

ISSN:
Impreso: 1390-4450
Digital: 2661-6777

UCUENCA

**REVISTA DE LA
FACULTAD DE
CIENCIAS
MÉDICAS**
UNIVERSIDAD DE CUENCA

VOLUMEN 40 N°1 ABRIL 2022

REVISTA INDEXADA EN LILACS Y LATINDEX



MISIÓN

“Incentivar a los profesionales de la salud de la región y el país en la producción científica y tecnológica en salud, para difundir y socializar sus resultados por vía impresa y digital, para beneficio de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, para mejorar la formación profesional y contribuir a la adecuada toma de decisiones basadas en el conocimiento de nuestra realidad”.

VISIÓN

“Constituirse en los próximos diez años en el referente de la producción científica y tecnológica de la región y el país por la magnitud y calidad de las investigaciones publicadas y por su contribución efectiva a la solución de los apremiantes problemas de salud de la colectividad”.

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca es una publicación cuatrimestral con arbitraje ciego por pares académicos y que observa las regulaciones bioéticas para manuscritos en el área de la salud. Se autoriza la reproducción parcial o total citando la fuente. La opinión de los autores no representa la posición de la Facultad de Ciencias Médicas ni del Comité Editorial. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca mantiene su compromiso de publicar su revista en línea y a texto completo. Su difusión es gratuita.

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Dra. Vilma Bojorque Ñiguez, Mg.

Decana

Dr. Fernando Castro Calle, Mg.

Subdecano

Lic. Llaquelina Buenaño Barrionuevo, Mg.

Vocal Principal Docente

Dra. Mirian Huiracocha Tutiven, Mg.

Vocal Principal Docente

Srta. María José Ochoa Insuasti

Vocal Estudiantil

Sr. Edgar Mogrovejo Villa

Vocal Representante de Empleados y Trabajadores

Dra. Lorena Encalada Torres, Mg.

Directora de la Carrera de Medicina

Lic. Carmen Cabrera Cárdenas, Mg.

Directora de la Carrera de Enfermería

Lic. María Isabel Clavijo, Mg.

**Directora de la Carrera de Estimulación Temprana en
Salud**

Lic. María Ayavaca Tapia, Mg.

Directora de la Carrera de Fisioterapia

Lic. Paola Ortega Mosquera, Mg.

Directora de la Carrera de Fonoaudiología

Lic. Sandra Aguilar Riera, Mg.

Directora de la Carrera de Imagenología

Lic. Reina Macero Méndez, Mg.

Directora de la Carrera de Laboratorio Clínico

Lic. Daniela Vintimilla Rojas, Mst.

Directora de la Carrera de Nutrición y Dietética

Dra. Lourdes Huiracocha Tutiven, PhD.

Directora del Centro de Postgrados

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR/EDITOR:

Dr. David Achig Balarezo, PhD.

Doctor en Medicina y Cirugía

**Doctorado con mención en Acupuntura, Moxibustión y
Masaje por la Universidad de Medicina Tradicional China
de Tianjin**

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

COMITÉ EDITORIAL LOCAL:

Dr. Sergio Guevara Pacheco, PhD.

Carrera de Medicina

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

Md. Adrián Sacoto Molina, Mg.

Carrera de Medicina

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

Dr. Jorge Parra Parra, Mg.

Carrera de Medicina

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

Lic. Karolin Varela Solano, Mg.

Instituto Universitario de Lenguas

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

Lic. Margoth Elizabeth Maza

**Licenciada en Bibliotecología e Información Científica
Técnica**

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

Ing. Jenny Alvarado Narváez

Analista de Gestión de Facultad

Universidad de Cuenca

Cuenca, Ecuador

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Jaime Breilh Paz y Miño, PhD.
Universidad Andina Simón Bolívar - Sede Ecuador.
Área de Salud. Centro de Investigación y Laboratorios
de Evaluación de Impactos en la Salud Colectiva
(CILABSsalud)
Quito, Ecuador.

Dr. César Hermida Bustos, Mst.
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
Departamento de Postgrados.
Cuenca, Ecuador.

Dr. Edmundo Estévez Montalvo, Mg.
Universidad Central del Ecuador.
Quito, Ecuador.

Dr. Patricio Maldonado Miño
Hospital Metropolitano.
Quito, Ecuador.

Dra. Dorys Noemy Ortiz Granja, Mst.
**Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de
Psicología.**
Quito, Ecuador.

Lic. Yolanda Salazar Granizo
**Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de
Ciencias de la Salud.**
Riobamba, Ecuador.

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL:

Dr. Ricard Cervera Segura, PhD.
**Director y Docente del Servicio de Enfermedades
Autoinmunes de la Universidad de Barcelona. Director
de la Maestría en Enfermedades Autoinmunes.
Investigador de la EULAR.**
Barcelona, España.

Dr. Miguel A. Cuevas Toro
**Coordinador Académico Campus Norte Facultad de
Medicina Universidad de Chile. Jefe de Departamento de
Postgrado de Urología de la Universidad de Chile.
Chile.**

Dra. Alicia Alemán Rigantti
**Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de
la República.**
Uruguay.

Dr. Juan Jorge Álvarez Ríos
Universidad Autónoma de Guadalajara.
México.

Dra. Elena Ryder Jaksic
**Editora del Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrete", Facultad de Medicina de la
Universidad de Zulia.**
Maracaibo, Venezuela.

Dra. Amarilis Calle Cáceres, PhD.
**Ex Directora de Postgrados de la Universidad Nacional
de Tumbes.**
Perú.

Dr. Miguel Ángel Falasco.
**Hospital Interzonal General de Agudos Pedro Fiorito.
Jefe del Servicio de Docencia e Investigación.**
Buenos Aires-Argentina.

UCUENCA

EDITORIAL

40 años

■
Achig Balarezo David

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca inicia su aniversario de rubí, 40 años de investigación y publicaciones; el mejor homenaje a su historia y trayectoria es un presente activo.

En este número se destacan investigaciones cuasi experimentales y descriptivas en el Hospital Vicente Corral Moscoso e interesantes casos clínicos de Quito, Guayaquil y Cuenca.

En una investigación cuasi experimental sobre el desempeño escolar con el objetivo de determinar la efectividad del Programa Integral de Estimulación de la Inteligencia (PIENSO); se estudió el aprendizaje de 329 niños de 8 a 9 años de edad, a quienes se aplicó la escala de inteligencia de Wechsler antes y después de la intervención, el resultado muestra que los participantes de los módulos del programa PIENSO obtuvieron un mejor rendimiento escolar.

En el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período 2014-2017 se investigó la pancreatitis aguda biliar en una muestra de 207 expedientes clínicos de pacientes; la prevalencia fue de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos en los servicios de clínica, emergencia y cirugía. Los resultados fueron los siguientes: el 79.7% presentó afecciones leves. El 99% de los pacientes presentó dolor abdominal. La complicación local más frecuente fue la colección líquida aguda, 11.1%. El fallo orgánico se manifestó en el 17.9%, el 12.6% fue transitorio y el 5.3% persistente. El 94.7% requirió de manejo quirúrgico, en el 100% de los casos se empleó tratamiento clínico adicional. El 98.06% registró mejoría, el 0.96% complicaciones y el 0.96% fallecieron.

Una investigación transversal con 175 mujeres gestantes midió la automedicación en el Hospital Vicente Corral Moscoso. En los resultados se muestra que el 12.6% de la población estudiada se automedicó con mayor frecuencia de 25 a 29 años, la mayoría correspondió a instrucción secundaria de área rural y nivel socioeconómico bajo. El 81.8% se automedicaron por indicación del farmacéutico, con analgésicos en un 72.7%; el principal síntoma encontrado fue la cefalea en el 77.3% de los casos; lo hizo en el 54.5% en el primer trimestre de la gestación y un 13.6% refirió haber presentado efectos adversos.

En el mismo hospital se analizó la afección de los órganos blanco por la preeclampsia y eclampsia, se revisaron 6 356 expedientes clínicos encontrándose 189 pacientes con preeclampsia y 6 con eclampsia; de las gestantes con preeclampsia, el 32.8% con signos de severidad; el 69.8% presenta una índice proteinuria/creatinuria positivo y el 84.1% tiene el ácido úrico con valores mayores a 4.5 mg/dl; siendo la proteinuria mayor

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

1. Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas.
Carrera de Medicina.
Cuenca-Ecuador

Editorial | Editorial

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.01>

Correspondencia:
david.achig@ucuenca.edu.ec

Dirección:
Ezequiel Márquez y Moreno Mora

Código Postal:
010207

Teléfono:

0996088480

Cuenca - Ecuador

en pacientes con eclampsia.

Un paciente de la capital acude a centro asistencial para recibir atención médica por presentar cuadro clínico de doce horas caracterizado por ocho episodios de diarrea acuosa, vómitos postprandiales, dolor y distensión abdominal, luego de su manejo clínico correspondiente y el apoyo del laboratorio, se documenta la coexistencia de una infección viral y bacteriana.

Un paciente de la ciudad de Guayaquil de 68 años sin historial familiar ni personal relevante consulta por sensación de masa más retracción del pezón en mama izquierda, indolora que no afecta las actividades diarias. Al examen físico se evidencia una lesión dura, inmóvil de aproximadamente 3 cm con adenopatía axilar de 2 cm en nivel II, ventajosamente una oportuna intervención quirúrgica y el seguimiento respectivo permitieron mejorar su calidad y expectativa de vida.

En Cuenca se revisa el caso de un paciente de 27 años con antecedentes de rinitis alérgica, dermatitis y conjuntivitis tratado con antihistamínicos; además, asma bronquial manejado con salbutamol de rescate y un diagnóstico previo de reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol. Sin causa aparente desarrolla cuadro clínico caracterizado por diarrea tipo acuosa no sanguinolenta, dolor abdominal, se realiza calprotectina fecal con resultado de 516 ug/g, decidiéndose endoscopia digestiva alta y baja sin alteraciones, histopatología reporta colon compatible con colitis colagenosa.

Un hombre mestizo de 74 años con disfonía, pérdida de peso, lesiones eritematosas superficiales distribuidas en miembros inferiores; una semana previa a su ingreso presentó rectorragias, dolor abdominal difuso además de clínica de choque hipovolémico, se identificó colitis ulcerosa (colonoscopia) y serología positiva para PR3-ANCA. Evolución favorable al tratar con inmunosupresores.

Agradecemos a los autores de provincias por la confianza y extendemos una cordial invitación a los investigadores de la ciudad y el país a seguir publicando en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Contenido

EDITORIAL

Editorial: 40 años	5
<hr/>	
Achig Balarezo David Ricardo	

ARTÍCULOS ORIGINALES

Efectividad de programa PIENSO en el rendimiento escolar	9
<hr/>	
Bojorque Iñiguez Vilma Mariela, Bojorque Iñegues Gina Catalina, López Orellana Cindy Tatiana, Dávalos Molina Juana Catalina	
Automedicación en gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso	17
<hr/>	
Illescas Cando Hernán Esteban, Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia	
Prevalencia y características de la pancreatitis aguda biliar en los pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2017	25
<hr/>	
Cañar Mendes Andrea Estefanía, Vidal Durazno Paola Nicole	
Afección de órgano blanco en preeclampsia – eclampsia. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca	33
<hr/>	
Tacuri Porras Karen Daniela, Orellana Morocho Gabriela Liseth	

CASOS CLÍNICOS

Gastroenteritis por rotavirus y coinfección bacteriana en paciente inmunocompetente de 60 años. Reporte de caso	41
<hr/>	
Sánchez Herrera Kimberly Vanessa, Calderón Vivanco Juan Martín	
Cáncer de mama en el hombre. Reporte de caso	47
<hr/>	
Chehab Andrade Jorge Chafic, Montes Lainez Hector Daniel, Campoverde Vilela Nathaly Paola	
Colitis colagenosa, una causa poco estudiada de diarrea crónica. Reporte de caso	53
<hr/>	
Sánchez León Juan Sebastián, Parra Álvarez Marcela Nataly, Tigsi Mendoza Luis Gabriel	
Granulomatosis con poliangitis (Wegener) con sangrado gastrointestinal. Reporte de caso	63
<hr/>	
López Valencia Jessica Anabel, Bermeo Cabrera Marcia Janneth, Sacoto Flores Goethe Salomón	
Normas de publicación	71
<hr/>	

Efectividad del programa PIENSO en el rendimiento escolar

Effectiveness of the PIENSO program on school performance

Bojorque Iñiguez Vilma Mariela¹, Bojorque Iñegues Gina Catalina², López Orellana Cindy Tatiana³, Dávalos Molina Juana Catalina²

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 30/01/2021
FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 18/08/2022

1. Universidad de Cuenca.
Facultad Ciencias Médicas.
Carrera de Medicina
Cuenca - Ecuador
2. Universidad de Cuenca.
Facultad de Filosofía.
Carrera de Educación Inicial.
Cuenca - Ecuador
3. Universidad de Cuenca.
Facultad de Psicología.
Carrera de Licenciatura en
Psicología.
Cuenca - Ecuador

Artículo original | Original Article

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.02>

Correspondencia:
vilma.bojorque@ucuenca.edu.ec

Dirección:
San Pedro de Huaca s/n

Código Postal:
010101

Celular:
0998139917

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Introducción: estudios a nivel global resaltan la importancia de estimular la inteligencia de los escolares para mejorar su rendimiento académico, replicar estas experiencias a nivel local es la motivación del presente trabajo.

Objetivo: determinar la efectividad del Programa Integral de Estimulación de la Inteligencia (PIENSO) en el rendimiento escolar de niños cuencanos de 8 a 9 años de edad.

Metodología: estudio cuasi-experimental en 13 escuelas urbanas públicas de la ciudad de Cuenca, participaron 329 niños de cuarto año de educación básica, 183 menores fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental que recibió el programa PIENSO, 146 se incluyeron en el grupo control. Los estudiantes fueron evaluados mediante la escala de inteligencia de Wechsler antes y después de la intervención con el programa PIENSO. La valoración del rendimiento se tomó de la libreta de calificaciones.

Resultados: los menores del grupo experimental obtuvieron puntajes significativamente más altos en las pruebas de rendimiento escolar (media 8.59) que los escolares del grupo control (media 8.47).

Conclusión: los niños que participaron de los módulos del programa PIENSO obtuvieron un mejor rendimiento escolar que los del grupo control.

Palabras clave: rendimiento académico, inteligencia, niños, educación.

ABSTRACT

Introduction: different international studies highlight the importance of stimulating the intelligence of schoolchildren to improve their academic performance, replicating these experiences at the local level is the motivation of this work.

Objective: to determine the effectiveness of the PIENSO program in the school achievement of Cuenca children aged 8- to- 9 years.

Methodology: a quasi-experimental study was carried out in 13 urban public schools in the city of Cuenca, a total of 329 children in the fourth year of basic education participated, 183 minors were randomly assigned to the experimental group that received the PIENSO program, 146 were included in the control group. The students were evaluated using the Wechsler intelligence scale before and after the intervention with this program. The performance appraisal was taken from the report card.

Results: the children of the experimental group obtained significantly higher scores in the school performance tests (mean 8.59) than the students of the control group (mean 8.47).

Conclusion: the children who participated in the modules of the PIENSO program obtained a better school performance than those of the control group.

Key words: academic performance, intelligence, child, education.

INTRODUCCIÓN

El proceso educativo mide el desarrollo y salud de una comunidad, el rendimiento académico es considerado un indicador importante del progreso en el proceso enseñanza-aprendizaje^{1,2}.

Existe una relación directa entre la inteligencia y el rendimiento escolar, siendo la primera un constructo conceptualizado como la capacidad de adquirir y transmitir información en el plano cognitivo; si se estimula la inteligencia con un proceso de desarrollo de herramientas teórico-metodológicas y prácticas será posible mejorar el desempeño académico^{3,4}.

Acorde a las últimas tendencias de la educación Yuste et al.⁵ construyen el programa PIENSO que vincula los contenidos escolares con destrezas del conocimiento planteadas de manera creativa,

en un entorno estimulante y atractivo para los alumnos que puede ser incluido fácilmente en el currículo educativo.

El programa PIENSO fomenta el aprendizaje mediante la consecución de una serie de habilidades agrupadas en seis áreas: atención-observación, fundamentos del razonamiento, orientación con razonamiento espacial, estrategias de cálculo con problemas numérico-verbales, pensamiento creativo y comprensión del lenguaje⁵.

El proyecto incluye una serie de actividades basadas en los Programas para la Estimulación de las Habilidades de la Inteligencia (PROGRESINT) desarrollados por Carlos Yuste⁵, psicólogo y filósofo hispano; quien los organizó de acuerdo a niveles progresivos según la edad y el grado o nivel de educación, en un rango de 9 a 12 años; permitiendo detectar en esta edad alguna dificultad en el desarrollo de ciertas áreas específicas que son fundamentales para conseguir los procesos superiores del pensamiento.

Cada sesión tiene un título llamativo, por ejemplo: "Visitando a la abuela", "Número secreto", "Cazando ratones golosos", entre otros; se define un objetivo, se establece un aprendizaje esperado con las siguientes dimensiones: área del conocimiento, competencia a desarrollar, capacidades e indicadores. Se planifican las actividades dentro de un proceso: inicio, desarrollo y cierre; el inicio se problematiza con imágenes, en el desarrollo se enuncia un problema cognoscitivo y se solicita a los participantes la ideación de una estrategia para resolverlo y hay que concretarla; en el cierre se realizan acciones para fijar lo aprendido y dentro de la metacognición se evalúa el cumplimiento del objetivo planteado. Se finaliza determinando tareas para realizar en casa y se colocan los recursos didácticos empleados⁵.

En vista del bajo rendimiento académico reportado en pruebas nacionales⁶ e internacionales⁷ en escolares de la localidad, y reconociendo la modificabilidad de la inteligencia, el objetivo del presente estudio fue determinar la efectividad de la implementación del programa PIENSO y sus repercusiones en el desempeño académico y salud escolar de niños cuencanos de 8 a 9 años de edad. Se trabaja con la hipótesis de que los escolares que participan del programa PIENSO tendrían un mejor rendimiento académico.

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio piloto cuasi experimental. La muestra inicial consistió en 14 unidades educativas públicas urbanas de Cuenca que fueron seleccionadas al azar, mediante sorteo del listado oficial que constan en el Archivo Maestro del Ministerio de Educación, cerca de iniciar la intervención una escuela se retiró, conformando la población de estudio definitiva en trece (13) escuelas que se aleatorizaron en un grupo de intervención siete (7) y de control seis (6).

El principal criterio de inclusión fue pertenecer a las unidades educativas seleccionadas y la firma del consentimiento informado por parte de los representantes legales, todos los participantes cumplieron con este requisito.

La fase de reclutamiento consistió en realizar un sorteo en presencia de los docentes de todas las

instituciones participantes; la población de estudio fue de 329 niños de cuarto año de educación básica. En el grupo experimental se incluyeron siete escuelas con un total de 183 niños y en el control, seis instituciones educativas con 146 niños.

Se empleó la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños IV (WISC-IV)^{8,9} para evaluar la capacidad cognitiva global y cuatro dominios específicos de inteligencia que son: a) Comprensión verbal, a través las subescalas: semejanzas, vocabulario, comprensión, información, adivinanzas; b) Razonamiento perceptivo, por medio de las subescalas: cubos, conceptos, matrices y figuras incompletas; c) Memoria de trabajo, mediante las subescalas: dígitos, letras y números, aritmética; y d) Velocidad de procesamiento, a través de las subescalas: claves, búsqueda de símbolos, animales.

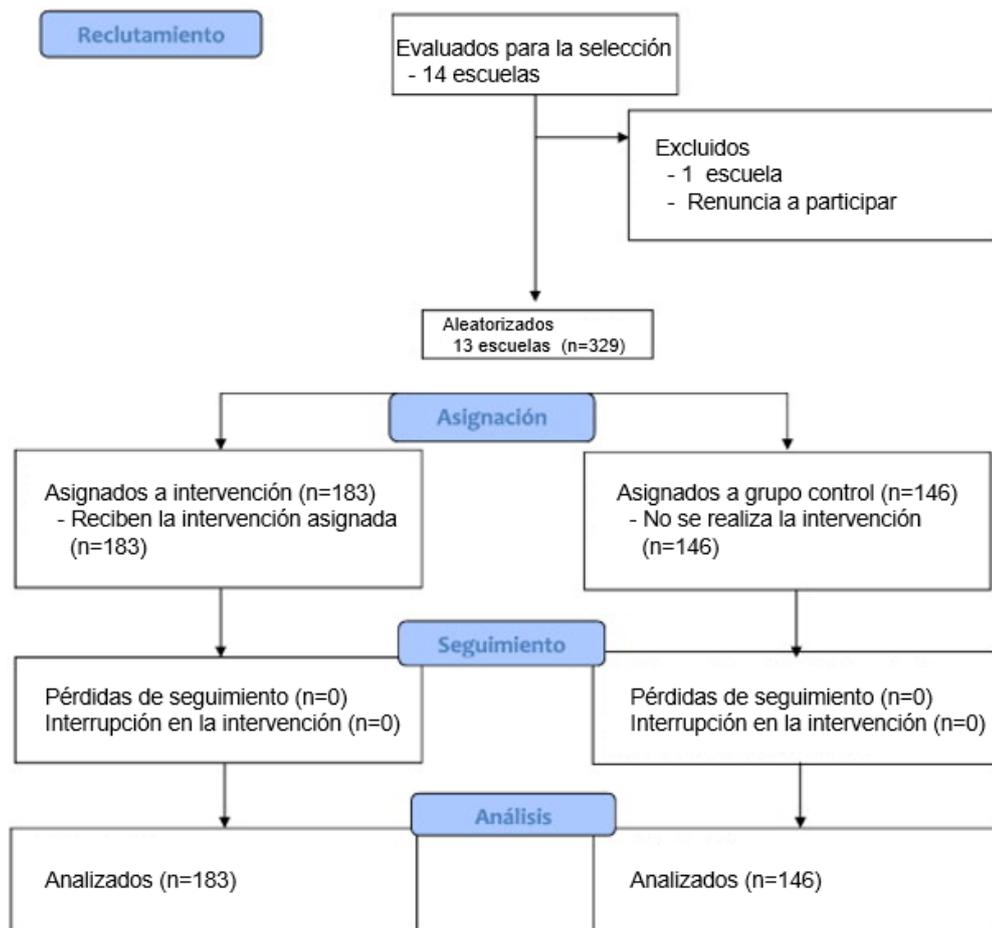


Gráfico N°1

Diagrama de flujo de los participantes en el programa PIENSO

El rendimiento escolar se determinó a través del promedio de calificaciones escolares obtenidas por los estudiantes al término del primer quimestre cuando cursaban el cuarto año de básica.

Previo a la implementación del programa PIENSO, los docentes recibieron talleres de capacitación del mismo. El programa se aplicó en las aulas del grupo de intervención tres horas a la semana, durante los últimos cinco meses del año lectivo. Las autoras del estudio acompañaron a los docentes al menos una vez a la semana para apoyar el desarrollo del programa o recibir retroalimentación.

Antes de administrar los test, se obtuvo el consentimiento informado de los padres de familia de todos los niños. Las pruebas fueron realizadas

durante los primeros dos meses del año lectivo, durante las jornadas de clases de manera individual con una duración entre 60 y 110 minutos por niño.

El test WISC-IV fue aplicado de manera individual en una aula separada y libre de ruidos por nueve evaluadores entrenados previamente. Los formularios fueron calificados por un miembro del equipo de investigación con experiencia en el tema, siguiendo las instrucciones presentadas en los respectivos manuales.

No hubo pérdidas en el proceso en ninguno de los dos grupos, la información se analizó mediante estadística inferencial en el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS

Tabla N°1

Población en estudio según edad y sexo

Grupo	Edad (años)	Hombres	Mujeres	Media	DS
Experimental	8	13	27	8 años 2 meses	6.8 meses
	9	55	81		
	10 y más	2	5		
Control	8	19	12		
	9	61	43		
	10 y más	9	2		

En la Tabla N°1 se observa a los participantes en cada uno de los grupos, experimental y control, la mayoría de menores tienen 9 años de edad, 159 son hombres y 170 son mujeres, en el grupo de in-

tervención hay 70 niños y 113 niñas, mientras que en el control 113 varones y 57 mujeres. La media de la población es de 8 años y 2 meses, con un desvío estándar de 6.8.

Tabla N°2

Evaluación del rendimiento escolar luego de la intervención

Grupo	Evaluación	n=	Media	T	gl	P
Experimental	Inicial	183	8.77	0.527	327	0.598
Control	Inicial	146	8.74			
Experimental	Final	183	8.59	2.659	327	0.004
Control	Final	146	8.47			

En la Tabla N°2 se observan los resultados del *t* de Student que indican al inicio del estudio, el rendimiento escolar del grupo de intervención ($M = 8.77$) y control ($M = 8.74$), fue similar ($t = 0.527$, $gl\ 327$, $p = 0.598$); luego del programa, el rendimiento escolar de los niños del grupo experimental ($M = 8.59$), fue significativamente mayor al rendimiento escolar de los niños del grupo control ($M = 8.47$), ($t = 2.659$, $gl\ 327$, $p = 0.004$). La prueba *t* de Student para muestras emparejadas indica que el rendimiento escolar disminuyó en el transcurso del estudio (tanto de los niños del grupo de intervención ($t = 6.96$, $gl\ 182$, $p = 0.000$) como del grupo control ($t = 8.14$, $gl\ 145$, $p = 0.000$).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que el programa PIENSO contribuye a un mejor desempeño escolar en concordancia con los reportes de Ghiglione et al.¹⁰, en donde se reseña que al estimular las habilidades cognitivas (o intelectuales) de los niños, se incrementa su rendimiento, en primera instancia en los elementos lingüísticos.

El rendimiento académico está relacionado directamente con la inteligencia¹¹⁻¹³, existiendo diversas variables en su determinación^{1,14} de orden socioeconómico, familiar y personal; sin embargo, no todas lo hacen en la misma proporción y manera; las de orden cognitivo como la inteligencia con mayor frecuencia son usadas como predictores del rendimiento escolar. En este sentido, varios estudios transversales y longitudinales a nivel internacional coinciden en señalar que la inteligencia es un buen predictor¹⁵⁻¹⁶. Pulido¹¹ encuentra una correlación positiva y significativa entre la inteligencia y el rendimiento escolar en Celta, Zhen¹² coincide con sus investigaciones en China, Archambault¹³ en Canadá estudia diferentes poblaciones de niños y destaca el rol de la inteligencia y el compromiso docente como factores que mejoran el desempeño académico.

Varios tratadistas coinciden en afirmar que la inteligencia es un constructo dinámico que puede modificarse en base a las oportunidades ambientales, siendo la escuela la que cumple una función primordial en el desarrollo de la misma⁸, Román y Diez¹⁷ señalan que un alto porcentaje de la inteligencia escolar de los niños es mejorable por medio de la implementación de técnicas adecuadas para el entrenamiento de los procesos

cognitivos, que incluyen habilidades intelectuales prebásicas: percepción, atención y memoria; básicas: razonamiento lógico, comprensión, expresión oral y escrita, orientación espacio-temporal y socialización y superiores: pensamiento creativo, pensamiento crítico, pensamiento resolutivo y pensamiento ejecutivo. Lo corrobora un estudio realizado en Huambaló por Sánchez en el año 2020¹⁸.

La modificabilidad de la inteligencia ha sido demostrada mediante la implementación de programas de intervención². Ghiglione et al.¹⁰ aplicaron el Programa de Estimulación Cognitivo Escolar (P.E.C.E.) para fortalecer funciones cognitivas y lingüísticas, adaptado al currículo escolar en niños de 6 años de edad en riesgo por pobreza, en los resultados se destacan progresos significativos en sus procesos cognitivos como en su rendimiento escolar, específicamente en su habilidad lingüística.

Entre las limitaciones del presente estudio está el no haber abordado el componente emocional, Valenzuela¹⁹ por ejemplo estudian la inteligencia emocional en estudiantes de primaria en instituciones públicas en México encontrando una relación directa con el rendimiento escolar; Usán²⁰ en Zaragoza lo ratifica en adolescentes.

En la presente investigación tanto los niños del grupo experimental como los del control obtuvieron un rendimiento escolar más bajo al finalizar el estudio, posiblemente, los instrumentos de evaluación empleados para medir el rendimiento escolar en las escuelas al finalizar el segundo quimestre (momento en el cual finalizó la intervención) tuvieron un mayor nivel de dificultad, lo que llevó a que los niños en ambos grupos reduzcan sus calificaciones; esta es una limitación, ya que no se pudieron controlar los instrumentos de evaluación del rendimiento escolar aplicados en las escuelas, por lo que futuras investigaciones deberían recolectar las medidas del rendimiento escolar con instrumentos estandarizados para el efecto.

CONCLUSIÓN

Los niños capacitados con los módulos del programa PIENSO obtuvieron un mejor rendimiento escolar que los del grupo control.

RECOMENDACIONES

Las actividades del programa PIENSO son pertinentes a la tarea educativa debido a la fácil adecuación de las mismas a los contenidos curriculares.

Los encargados de las políticas educativas del país podrían considerar el incluir en el currículo nacional un trabajo más específico centrado en dichas habilidades intelectuales con el fin de mejorar, no solamente el rendimiento escolar de los niños – en especial de aquellos que presentan rendimientos más bajos – sino también contribuir a su éxito futuro, ya que se ha reportado que un bajo rendimiento académico es un problema que conlleva dificultades personales y sociales que pueden comprometer el porvenir de los estudiantes¹.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Ministerio de Educación, Zonal 6 y la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, se contó con los consentimientos informados de los representantes de los participantes en el estudio, para la recolección de la información y su procesamiento los autores son responsables de las medidas correspondientes de confidencialidad y seguridad.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Bojorque Iñiguez Vilma Mariela. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: vilma.bojorque@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2779-4157>

- Bojorque Iñegues Gina Catalina. Licenciada en Psicología Educativa. Doctorado en Ciencias de la Educación. Universidad de Cuenca. Facultad de Filosofía. Docente de la carrera de Educación Inicial. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: gina.bojorque@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5223-2829>

- López Orellana Cindy Tatiana. Licenciada en Ciencias de la Educación mención Psicología Educativa Terapéutica. Magíster en Psicología Educativa. Universidad de Cuenca. Facultad de Psicología. Docente de la carrera de Licenciatura en Psicología. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: cindyt.lopez@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6054-1154>

- Dávalos Molina Juana Catalina. Licenciada en Ciencias de la Educación especialidad en Educación Especial y Preescolar. Magister en Gerencia y Liderazgo Educativo. Universidad de Cuenca. Facultad de Filosofía. Docente de la carrera de Educación Inicial. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: juana.davalos@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9962-3755>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

VMBI, GCBI: concepción y diseño del artículo, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final. Capacidad de responder por todos los aspectos del artículo.

CTLO, JCDM: apoyo en el diseño del trabajo, recolección de datos, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final. Capacidad de responder por todos los aspectos del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La presente investigación fue financiada por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca (DIUC).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blancas E. Educación y desarrollo. Horizonte de la ciencia. 2018;8(14):113-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5709/570960866008/html/>
2. Rodríguez D, Guzmán R. Rendimiento académico y factores sociofamiliares de riesgo. Variables personales que moderan su influencia. Perfiles educativos. 2019;41(164):118-134. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982019000200118&lng=es&nrm=iso. ISSN 0185-2698. <https://doi.org/10.22201/iissue.24486167e.2019.164.58925>.

3. Rodríguez JC, Rodríguez JA, Rodríguez J, Bojórquez C. Inteligencia emocional y rendimiento académico en universitarios: una revisión sistemática. *Revista Espacios. Educación.* 2021;42(7):145-151. DOI: 10.48082/espacios-a21v42n07p10. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a21v42n07/a21v42n07p10.pdf>
4. Salcedo J. Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de la Universidad Continental, Huancayo. *Apunt. cienc. soc.* 2017;07(02):125-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.18259/acs.2017017>. Disponible en: <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/>
5. Andrade N, Andrade J, Andrade J, Peñafiel V, Andrade AL. La inteligencia emocional: una estrategia para mejorar el rendimiento académico, la comunicación y la pedagogía crítica. *Ciencia digital* 2018;2(1):360-374. <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v2i1.25>. Disponible en: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/25>
6. Yuste C, Errisuriz M, Ruiz L. PIENSO, Programa integral de estimulación de la inteligencia. México: editorial Trillas, 2006.
7. INEVAL, Ser Estudiante 2013: Primeros resultados. Publicaciones INEVAL. 2014. Disponible en http://www.evaluacion.gob.ec/resultados/images/_in2_bin/DAGI_SEI2013_InformeNacionalSE_20150701.pdf, 55 pp.
8. UNESCO Logros de aprendizaje, Ecuador. Santiago, Chile: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe. 2015. Disponible en <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/Ficha-Logros-del-Aprendizaje-Ecuador.pdf>.
9. Wechsler D. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence. Spanish version. Third edition. New York: Psychological Corporation. 2002.
10. Lambating J, Allen J How the multiple functions of grades influence their validity and value as measures of academic achievement. Ponencia presentada en: Annual Meeting of the American Educational Research Association. New Orleans, April 1-5. 2002. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/234647291_How_the_Multiple_Functions_of_Grades_Influence_Their_Validity_and_Value_as_Measures_of_Academic_Achievement
11. Ghiglione M, Arán Filippetti V, Manucci V, Apaz A. Programa de intervención, para fortalecer funciones cognitivas y lingüísticas, adaptado al currículo escolar en niños en riesgo por pobreza. *Interdisciplinaria.* 2011;28(1):17-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18022327002.pdf>
12. Pulido F, Herrera F. La influencia de las emociones sobre el rendimiento académico. *Ciencias Psicológicas,* 2017;11(1):29-39. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v11i2.1344>. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1344>
13. Zhen R, Liu R, Wang M, Ding Y, Jiang R, Fu X. et. al. Trajectory patterns of academic engagement among elementary school students: The implicit theory of intelligence and academic self-efficacy matters. *Br J Educ Psychol.* 2020;90(3):618-634. doi: 10.1111/bjep.12320. Epub 2019 Oct 1. PMID: 31573072.
14. Archambault I, Dupéré V. Joint trajectories of behavioral, affective, and cognitive engagement in elementary school, *The Journal of Educational Research,* 2017;110(2):188-198, DOI: 10.1080/00220671.2015.1060931.
15. González J. El rendimiento escolar. Un análisis de las variables que lo condicionan. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación.* 2003;7(8):1138-1663. <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/6952/?sequence=1>
16. Buschkuehl M, Jaeggi S. Improving intelligence: A literature review. *Swiss medical weekly.* 2010;140(19-20):266-272. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2010.12852>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20349365/>
17. Román M, Diez E. La inteligencia escolar, aplicaciones al aula. Santiago de Chile: Editorial Conocimiento, 2009.
18. Sánchez L, Valarezo C, Martínez G, Sánchez R. Inteligencia emocional y rendimiento académico: estudio en escolares de

Huambaló, Ecuador. Correo Científico Médico. 2021;25(3)1-17. Disponible en: <http://www.revcofmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3965>

19. Valenzuela A, Portillo S. Emotional Intelligence in Primary Education and Its Relationship with Academic Performance. *Revista Electrónica Educare*, 2018;22(3):1-15. <https://doi.org/10.15359/ree.22-3.11>
20. Usán P, Salavera C, Mejías JJ. Relaciones entre la inteligencia emocional, el burnout académico y el rendimiento en adolescentes escolares. *CES Psicología*, 2019;13(1):125–139. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.8>

Automedicación en gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso

Self-medication in pregnant women treated at the Vicente Corral Moscoso Hospital

Illescas Cando Hernán Esteban¹, Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia²

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 13/03/2021
FECHA DE APROBACIÓN: 15/06/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 07/04/2022

1. Médico en libre ejercicio
Cuenca - Ecuador
2. Universidad Católica de Cuenca.
Unidad Académica de Salud y
Bienestar.
Cuenca - Ecuador

Artículo original | Original Article

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.03>

Correspondencia:
estebanillescasc@gmail.com

Dirección:
José Alvear 1-91 y Av. Solano

Código Postal:
010204

Teléfonos:
072835764 - 0995555820

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Introducción: la automedicación en la gestación implica un riesgo significativo tanto para la madre como el producto, siendo mayor en los inicios de la fase de organogénesis.

Objetivo: determinar la frecuencia y características de la automedicación en gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, periodo agosto- septiembre 2019.

Metodología: estudio descriptivo, de corte transversal. Se aplicaron encuestas a 175 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión. La muestra se calculó con base en una población finita y fue no probabilística. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva en el programa SPSS 15. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

Resultados: la prevalencia de automedicación en la gestación fue 12.6%. La mayor frecuencia se observó en mujeres de 25 a 29 años con un 31.8%; instrucción secundaria con 50%; áreas rurales en un 59.1% y nivel socioeconómico bajo en 72.6%. Un 81.8% se automedicaron por indicación del farmacéutico, con analgésicos en un 72.7%; por presentar cefalea en el 77.3% de los casos; el 54.5% se automedicó en el primer trimestre de la gestación y un 13.6% refirió haber tenido efectos adversos.

Conclusiones: la automedicación en el embarazo es más frecuente en mujeres residentes en zonas rurales de 25 a 29 años, con instrucción secundaria y por indicación del dependiente de la farmacia. Los fármacos más utilizados son analgésicos, el malestar general y la cefalea fueron los síntomas prevalentes. La mayoría de pacientes se automedicaron durante el primer trimestre de gestación.

Palabras clave: automedicación, mujer embarazada, embarazo.

ABSTRACT

Introduction: self-medication during pregnancy implies a significant risk for both the mother and the fetus, being higher at the beginning of the organogenesis phase.

Objective: to determine the frequency and factors associated with self-medication in pregnant women who attend to the Vicente Corral Moscoso public hospital in Cuenca, during the period August-September 2019.

Methodology: a descriptive, cross-sectional study was carried out. Surveys were applied to 175 pregnant women who met the inclusion criteria. The sample was calculated based on a finite population and was non-probabilistic. Data were processed using descriptive statistics in the SPSS 15 program. The study was approved by the Bioethics Committee of the Catholic University of Cuenca.

Results: the prevalence of self-medication during pregnancy was 12.6%. The highest frequency was observed in women between 25 and 29 years old with 31.8%; secondary education with 50%; rural areas in 59.1% and low socioeconomic level in 72.6%. A total of 81.8% self-medicated at the pharmacist's recommendation, with analgesics in 72.7%; for presenting headache in 77.3% of cases; the 54.5% self-medicated in the first trimester of pregnancy and 13.6% reported having had adverse effects.

Conclusions: self-medication during pregnancy is more frequent in women living in rural areas between the ages of 25 and 29, with secondary education and as indicated by the pharmacy clerk. The most used drugs are analgesics, general malaise and headache were the prevalent symptoms. Most of the patients self-medicated during the first trimester of pregnancy.

Key words: self medication, pregnant woman, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La automedicación es definida como el uso de medicamentos por iniciativa propia, sugerencia empírica de terceros o consejo del farmacéutico, sin diagnóstico de una patología, con ausencia de prescripción y/o seguimiento médico; es un acto peligroso con consecuencias perjudiciales que van desde el enmascaramiento de enfermedades, reacciones adversas y/o interacciones medicamentosas o la inducción a una drogodependencia^{1,2}.

Durante la gestación la automedicación puede afectar tanto a la madre como al producto, siendo mayor el riesgo en los inicios de la fase de organogénesis³. El problema es multicausal, debido a factores como la deficiente accesibilidad y cobertura de servicios de salud, la venta indiscriminada de medicamentos sin necesidad de receta médica, el marketing y las campañas publicitarias de las empresas farmacéuticas y la falta de información a la población sobre los efectos de automedicación^{1,2,4,5}.

Las mujeres embarazadas constituyen una población de gran interés, en donde la automedicación es ya un grave problema de salud pública por las implicaciones y riesgos que acarrea, que van desde la aparición de efectos adversos indeseados hasta el desarrollo de resistencias antibióticas y teratogénesis en edades tempranas⁶.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal. La investigación se llevó a cabo en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca, Ecuador. El universo lo constituyeron 5 875 mujeres, teniendo en cuenta una prevalencia de automedicación en gestantes del 11% con un nivel de confianza del 95% y 5% de margen de error, la muestra iniciaba con 146 pacientes, sumados al 20% de pérdidas para un total de 175 personas. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Para la recolección de datos se elaboró un formulario con variables de orden sociodemográfico, obstétrico y factores asociados a automedicación; fue elaborado por los autores e incluyó varias secciones, la primera de características

sociodemográficas y obstétricas, y la segunda con indicadores clínicos sobre automedicación: causas, fármacos más usados, sintomatología más frecuente, tiempo de embarazo, de dónde obtiene los medicamentos, entre otros; el cuestionario fue avalado por el equipo de investigación mediante validación del constructo.

El nivel socioeconómico se determinó aplicando la encuesta validada de Graffar-Méndez-Castellanos^{7,8}, que categorizó a las pacientes en 4 grupos: con un puntaje de 4 a 6 alto, 7 a 9 medio, 10 a 12 medio bajo, 13 a 16 bajo y 17 a 20 marginal.

El análisis y procesamiento de la información se realizó por medio del programa SPSS 15, con base a estadística descriptiva aplicando frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La prevalencia de automedicación en la gestación fue de 12.6%. Este fenómeno se observó con mayor frecuencia en mujeres de 25 a 29 años; 6 de cada 10 pacientes registraban un nivel de instrucción secundaria; el 50% residían en áreas rurales y pertenecían a bajos estratos socioeconómicos (Tabla N°1).

Tabla N°1

Características sociodemográficas de gestantes que se automedicaron

	n= 22	%
Edad		
≤ 19 años	2	9.1
20 a 24 años	5	22.7
25 a 29 años	7	31.8
30 a 34 años	4	18.2
≥ 35 años	4	18.2
Instrucción		
Primaria	10	45.5
Secundaria	11	50.0
Superior	1	4.5
Residencia		
Urbana	9	40.9
Rural	13	59.1
Nivel socioeconómico		
Medio-alto	1	4.5
Medio-bajo	4	18.2
Bajo	16	72.7
Marginal	1	4.5

En la Tabla N°2 se señala la prevalencia de automedicación en la población estudiada en 12.6%.

Tabla N°2

Prevalencia de automedicación en mujeres embarazadas

		n= 175	%	IC* 95%	
Automedicación embarazo	Sí	22	12.6	7.3	17.6
	No	153	87.4		

*IC: Intervalo de Confianza

La mayoría de gestantes se automedicó por indicación del dependiente o expendedor de la farmacia, 81.8%; menor frecuencia se describieron otras causas como: uso de una receta anterior (36.4%), hábito o costumbre (27.3%), consejo de un familiar o amigo (13.6%). (Tabla N°3).

Tabla N°3

Causas de automedicación

Causas	n=22	%
Por indicación del dependiente de la farmacia	18	81.8
Por hábito y/o costumbre	6	27.3
Porque ya se lo había recetado anteriormente un médico	8	36.4
Por consejo de un familiar, amigo, vecino	3	13.6
Falta de recursos económicos para pagar una consulta	2	9.1

Los analgésicos es el grupo farmacológico más recetado (72.7%), además de antiinflamatorios (31.8%) y vitaminas (31.8%). (Tabla N°4).

Tabla N°4

Grupos de fármacos que se automedicaron

Fármacos	n=22	%
Analgésicos	16	72.7
Antiinflamatorios	7	31.8
Vitaminas	7	31.8
Antibióticos	3	13.6

El malestar general referido por los pacientes como cansancio, sensación de pesadez en todo el cuerpo y la cefalea fueron los síntomas más frecuentes con un 86.4% y 77.3%, seguidos por odinofagia y fiebre en un 18.2%, y 4.5%, respectivamente (Tabla N°5).

Tabla N°5

Síntomas referidos en gestantes que se automedicaron

Síntoma	n=22	%
Malestar general	19	86.4
Cefalea	17	77.3
Odinofagia	4	18.2
Fiebre	1	4.5

El 50% de embarazadas se automedicaron durante el primer trimestre, en tanto que el 13.6% de pacientes se presentaron efectos no deseados (Tabla N°6).

Tabla N°6

Automedicación, trimestres de gestación, lugar de adquisición y efectos no deseados

	n=22	%	
Automedicación y trimestres de gestación	Primer trimestre	12	54.5
	Segundo trimestre	5	22.7
	Tercer trimestre	5	22.7
¿El medicamento que consumió le produjo efectos no deseados?	Sí	3	13.6

DISCUSIÓN

La automedicación es una práctica común en la población general y particularmente en las mujeres gestantes, dentro de un mercado de productos farmacológicos de venta libre y de fácil acceso. La frecuencia de automedicación del embarazo en la presente investigación es de 12.6% (IC 95%: 7.3%-17.6%); cifras similares a las reportadas por Miní et al.⁹ con el 10.5% (IC 95% 7 al 14%) un porcentaje algo menor señala Melo¹⁰ con un 8.2%. Álvarez¹¹ señale cifras mayores con un 28.3% y Marín, et al.¹² alcanza un 32.3%; Ebrahimi¹³ 43.5% y BiBintsene-Mpika¹⁴ 41.14% y Marwa¹⁵ 46.24% en sus estudios encuentran cifras de automedicación superiores a 40%. Sin embargo, es marcada la diferencia con las referencias de Gbagbo¹⁶ al identificar una frecuencia del 69% y Leke et al¹⁷ con un 73.2%, en donde las mujeres refirieron que consumieron al menos un medicamento en el primer trimestre sin prescripción médica.

En la presente investigación los rangos de edad fluctuaron entre 25 a 29 años representando el 31.8%; el 59.1% residían en áreas rurales. Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Gbagbo¹⁶, con una media de edad de 29 ± 5 años, coincidiendo con la investigación de Alonso¹⁸ con un rango entre 25 a 34 años representando el 43.9%. Estos resultados son similares a los presentados por Leke et al.¹⁷ con valores entre los 18 y 25 años en un 47.8%, para Marwa y colaboradores¹⁵, la mayor frecuencia comprende edades de 18 a 27 años.

La frecuencia de automedicación del embarazo en el presente estudio fue del 12.6%, respecto a características sociodemográficas, la edad de las mujeres osciló entre los 18 y 25 años representado el 47.8%, en el estudio de Leke et al¹⁷ el grupo mayoritario de gestantes que se automedicó cursó instrucción secundaria 41.4%¹⁷. Marwa et al¹⁵ reportaron gestantes con un nivel de educación primaria incompleta en un 65.79%, comparadas con el 22.58% de gestantes con nivel superior.

Resultados similares fueron obtenidos por Gbagbo F¹⁶ determinando el 38.2% de gestantes encuestadas tienen una instrucción básica.

En cuanto a las semanas de gestación se observó que el 54.5% de pacientes que consumieron medicamentos sin prescripción médica, se encontraban en el primer trimestre de embarazo. Álvarez¹¹ presentó datos similares en el mismo período gestacional; Marwa, et. al.¹⁵ concluyeron que existió mayor prevalencia de automedicación en las 12 primeras semanas, con el 57.84% ($p < 0.01$) y 83.9%, respectivamente. Estos resultados se contraponen con los obtenidos por Gbagbo F¹⁶ que encontraron una mayor frecuencia en el tercer trimestre con 34.6%.

El presente estudio señala que el 81.8% de gestantes se automedicaron por indicación de la persona que vende en la farmacia. Mini⁹ et al. por su parte registra un 40% debido a recomendación de familiares y 20% de técnicos en salud; además de falta de tiempo en el 50% y problemas económicos en un 11.9%.

BiBintsene-Mpika¹⁴ concluye que la fuerte creencia en la seguridad del medicamento fue la principal razón para la automedicación en un 48.6%; y, la falta de acceso a un centro de salud en un 47.9%. Jambo¹⁹ resesña que fue indicación del farmacéutico en el 23.94% y el 69.72% los familiares y/o amigos. Gbagbo¹⁶ señala que la razón esencial fue por una condición simple de enfermedad, representando el 43.3% y 25.4% por un tratamiento más económico.

En la investigación de Marwa¹⁵, las gestantes indicaron que, debido a las deficiencias en el sistema sanitario por la falta de medicamentos adecuados, el insuficiente personal formado y las carencias en los sistemas de prevención y tratamiento las principales causas de automedicación. Para Gbagbo¹⁶ la principal motivación fue el alto costo de las consultas médicas y la búsqueda de tratamientos más económicos en el 17%, dolencias menores 29% y resultados positivos en el tratamiento automedicado un 33%.

Mini⁹, evidencia que el 52.4% de las mujeres que se automedicaron, obtuvieron su medicamento en una farmacia. BiBintsene-Mpika¹⁴ concluye que los preparados fueron obtenidos en el mercado en un 55% de los casos y en las farmacias en un 30%; en

la presente investigación todos los medicamentos se consiguieron en la botica.

En cuanto a los síntomas más frecuentes fueron el malestar general y la cefalea; Álvarez¹¹ en su estudio encuentra el dolor de cabeza prevalente en un 46.21%; BiBintsene-Mpika¹⁴ atribuyó a este síntoma un 42.2% y Gbagbo¹⁶, refirieron que el 55.2% de gestantes consumió medicamentos sin prescripción médica por cefalea. Marwa¹⁵ señala que, las mujeres con malaria que se automedicaron fue por presentar náuseas matutinas en un 25.55% y cefalea en un 19.19%.

Los analgésicos con un 72.7% resultaron ser los medicamentos utilizados con mayor frecuencia en la automedicación de las gestantes, seguidos por los antiinflamatorios, con una frecuencia del 31.8%. Resultados similares fueron encontrados por Álvarez¹¹, quien determinó que el acetaminofén fue el fármaco más común, con el 46.7% y los antiinflamatorios no esteroideos, en un 23%. BiBintsene-Mpika¹⁴ identificaron al paracetamol en el 70% de casos de automedicación en gestantes, seguidos del diclofenaco e ibuprofeno en un 24.3%. En el estudio de Gbagbo¹⁶ los antibióticos fueron los fármacos que más ingirieron en un 34.3%, seguido de los antiinflamatorios con un 29.9%. Marwa¹⁵ observó que los principales fármacos utilizados fueron los antipalúdicos 24.42%, antieméticos 34.30% y analgésicos 19.19%.

Posiblemente debido a la alta carga de enfermedades infecciosas, Gbagbo¹⁶ presta especial atención a los datos antiinfecciosos, el 44.9% de las embarazadas ingirió uno o más antiinfecciosos, antimaláricos 33.6% seguido de los antibióticos 20.8%; los más utilizados fueron los analgésicos, 48.8%.

CONCLUSIONES

La automedicación en el embarazo es más frecuente en mujeres residentes en zonas rurales de 25 a 29 años, con instrucción secundaria y por indicación de la persona que expende en la farmacia.

Los fármacos más utilizados son analgésicos, el malestar general y la cefalea fueron los síntomas prevalentes.

La mayoría de pacientes se automedicaron durante el primer trimestre de gestación.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca; todas las participantes firmaron el consentimiento informado. Además, se guardó absoluta confidencialidad en el manejo de la información de los datos en todas las fases del proyecto.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Illescas Cando Hernán Esteban. Médico. Libre ejercicio. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: estebanillescasc@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3290-3066>
- Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia. Médica. Magister en Investigación de la Salud. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Universidad Católica de Cuenca. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Internado Rotativo.
e-mail: janethtapiac@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3203-8225>

CONTRIBUCION DE LOS AUTORES

Los autores declaran haber contribuido de manera similar en la concepción de la idea, revisión bibliográfica, recolección y análisis de datos, redacción y aprobación final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores exponen la no existencia de conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hermoza-Moquillaza R, Loza-Munarriz C, Rodríguez-Hurtado D, Arellano-Sacramento C, Hermoza-Moquillaza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Medica Hered.* 2016;27(1):15-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a03v27n1.pdf>
2. Betancourt SMR, Fernández AR, Fuentes KH. Intervención sobre la automedicación en el Consultorio Médico de la Familia 130, año 2012. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar* Vidaurreta. 2013;38(4). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/587>
3. Jiménez S, Torres YB, Bravo Y, Rivero Y. Automedicarse en el embarazo, acto de doble irresponsabilidad. *Acta Médica Cent.* 2015;9(1):58-61. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/185/373>
4. Garrigoza S, Fernández C, Valdovino M, Bernal B, Ojeda M. Automedicación en jóvenes de Santa Rosa del Aguaray, Paraguay. *Med. cli. soc.* 2017;1(2):114-118. Disponible en: <https://www.medicinaclicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/21/15>
5. Dahir C, Hernandorena C, Chagas L, Mackern K, Varela V, Alonso I. Automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. *Evid Act Pract Amb* 2015;18(2):46-9. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/0aabef9c6504180b3e8bd39807a23a86.pdf>
6. Fajardo-Zapata A, Méndez-Casallas F, Hernández-Niño J, Molina L, Tarazona A, Nossa C, et al. La automedicación de antibióticos: un problema de salud pública. *Salud, Barranquilla,* 2013;29(2):226-235. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000200008&lng=en.
7. Squillaro-Rivero CA, Ríos-González CM, De Benedictis-Serrano GA. Estratificación social de Graffar-Méndez Castellano y bajo peso al nacer en un hospital de Venezuela. *Med. clín. soc.* 2021;5(2):115-116. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/mcs/v5n2/2521-2281-mcs-5-02-115.pdf>
8. Campos Urribarri ML. Medición alternativa del bienestar: aplicación del índice abreviado del bienestar a la encuesta de presupuesto familiar en Venezuela. *Rev.fac.cienc.econ* 2015;23(2):53-79. Disponible en: <http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rfce/article/view/1607>
9. Miní E, Varas R, Vicuña Y, Lévano M, Rojas L, Medina J, et al. Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012;29(2):212-7. Disponible en: <http://>

- www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200007
10. Melo S, Pelloso, Carvalho M, Oliveira N. The use of medicines by pregnant women who receive care in the Brazilian Universal Healthcare System. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):66-70. Disponible en: <<https://acta-ape.org/en/article/the-use-of-medicines-by-pregnant-women-who-receive-care-in-the-brazilian-universal-healthcare-system/>>. ISSN 1982-0194.
 11. Álvarez K, De Ávila, Hernández L, Méndez F, Palomino L, Socarrás C, et al. Automedicación en mujeres embarazadas. Evaluación en una Clínica de Maternidad en Cartagena. *Rev. cienc.biomed.* 2011;2(1)supl:7s Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1047>.
 12. Marín, Cañas M, Homar C, Aimetta C, Orchuela J. Taking medicine during pregnancy in females living in Buenos Aires, Argentina. *Rev Salud Pública.* octubre de 2010;12(5):722-31. doi: 10.1590/s0124-00642010000500003. PMID: 21755100.
 13. Ebrahimi H, Atashsokhan G, Amanpour F, Hamidzadeh A. Self-medication and its risk factors among women before and during pregnancy. *Pan African Medical Journal.* 2017;27(183). Disponible en: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/183/full/>
 14. BiBintsene-Mpika G, Mouankié Ndziessi G, Mozoma, Iloki, Abena A, Self-medication practice among pregnant women in Brazzaville. *Int J Fam Commun Med.* 2018;2(3):137-140. DOI: 10.15406/ijfcm.2018.02.00066. Disponible en: <https://medcraveonline.com/IJFCM/self-medication-practice-among-pregnant-women-in-brazzaville.html>
 15. Marwa, Njalika A, Ruganuz D, Katabalo D, Kamugisha E. Self-medication among pregnant women attending antenatal clinic at Makongoro health centre in Mwanza, Tanzania: a challenge to health systems. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(16):1-8 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1642-8>. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1642-8.pdf>
 16. Gbagbo, Nkrumah J. Self-medication among pregnant women in two municipalities in the Central Region of Ghana. *Health Care Women J Nurs Midwifery Res.* 2021;42:4-6,547-562. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1716235>. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2020.1716235>
 17. Leke AZ, Dolk H, Loane M, Casson K, Maboh NM, Maeya SE, et al. First trimester medication use in pregnancy in Cameroon: a multi-hospital survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:450. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2081-x>. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-018-2081-x.pdf>
 18. Alonso-Castro, Ruiz-Padilla, Ruiz-Noa Y, Alba-Betancourt C, Domínguez F, Ibarra-Reynoso, et al. Self-medication practice in pregnant women from central Mexico. *Saudi Pharm J.* 2018;26(6):886-90. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016418300719>
 19. Jambo A, Mengistu G, Sisay M, Amare F, Edessa D. Self-Medication and Contributing Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care at Public Hospitals of Harar Town, Ethiopia. *Front Pharmacol* 2018;9: 1063. doi: 10.3389/fphar.2018.01063. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6178140/pdf/fphar-09-01063.pdf>

Prevalencia y características de la pancreatitis aguda biliar en los pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2017

Prevalence and characteristics of acute biliary pancreatitis in patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital 2014-2017

Cañar Mendes Andrea Estefanía¹, Vidal Durazno Paola Nicole²

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 17/03/2022
FECHA DE APROBACIÓN: 18/05/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 13/06/2022

1. Ministerio de Salud Pública.
Médico General de Primer Nivel de Atención.
Cuenca - Ecuador
2. Clínica Latino.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Cuenca - Ecuador

Artículo Original | Original Article

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.04>

Correspondencia:
angiecess@hotmail.com

Dirección:
Primero de Mayo y Alfonso María Mora

Código Postal:
010158

Teléfonos:
072856422 - 0987564088

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia y características de la pancreatitis aguda biliar de los pacientes en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2014-2017 de la ciudad de Cuenca.

Metodología: estudio descriptivo transversal con una muestra de 207 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar (PAB) en los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), en el periodo 2014 -2017. La información se recolectó en un formulario elaborado por los autores y se analizó con el programa SPSS versión 19.0 por medio de distribuciones de frecuencia, porcentajes y media.

Resultados: la prevalencia de PAB fue de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos en los servicios de clínica, emergencia y cirugía. El 79.7% presentó una complicación leve, el 15.9% moderadamente grave y el 4.3% grave. El 99% de los pacientes presentó dolor abdominal. La complicación local más frecuente fue la colección líquida aguda, 11.1%. El fallo orgánico se manifestó en el 17.9%, el 12.6% fue transitorio y el 5.3% persistente. El 94.7% requirió de manejo quirúrgico, en el 100% de los casos se empleó tratamiento clínico. El 98.06% presentaron mejoría, el 0.96% complicaciones y el 0.96% fallecieron.

Conclusiones: los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de PAB en el HVCM es de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos, predominando el sexo femenino, el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente, el manejo clínico se empleó en la totalidad de los casos y el quirúrgico en el 94.7%.

Palabras clave: cálculos biliares, pancreatitis aguda, abdomen agudo.

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence and characteristics of acute biliary pancreatitis in patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital in the period 2014-2017 in Cuenca city.

Methodology: it is a descriptive study with a sample of 207 clinical records of patients diagnosed with acute biliary pancreatitis (ABP) in the services of the Vicente Corral Moscoso Hospital (HVCM), in the period 2014-2017. The information was collected in a form prepared by the authors and analyzed with the SPSS version 19.0 program through frequency distributions, percentages and means.

Results: the prevalence of BAP was 2.11 cases per 1 000 patients attended in the clinical, emergency and surgery services. The 79.7% presented a mild complication, 15.9% moderately severe, and 4.3% severe. A total of 99% of patients have abdominal pain. The most frequent local complication with 11.1%, was the acute liquid collection. The 17.9% presented organ failure, 12.6% was transitory and 5.3% persistent. The 94.7% required surgical management, in 100% of cases clinical treatment was used. The 98.06% of patients showed improvement, 0.96% complications and 0.96% died.

Conclusions: the results obtained show that the prevalence of BAP in the HVCM is 2.11 cases per 1 000 patients attended, predominantly female, abdominal pain was the most frequent symptom, clinical management was used in all cases and the surgical in 94.7%.

Key words: gallstones, pancreatitis, abdomen acute.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda biliar (PAB), es una condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte¹, siendo una de las patologías gastrointestinales que frecuentemente requieren hospitalización².

Los cálculos biliares constituyen la etiología más habitual de PAB a nivel mundial, presentes en el 40% al 60% de los casos diagnosticados. El consumo prolongado de alcohol se atribuye al 30%. La hipertrigliceridemia el 2% al 5%. Los fármacos causan menos del 5% de los casos de pancreatitis aguda³.

Las guías de práctica clínica tanto del Colegio Americano de Gastroenterología como de la Asociación Europea para el estudio del hígado^{4,5} establecen los criterios diagnósticos de PAB; requiriendo dos de los siguientes: dolor abdominal superior, alteración de pruebas de función hepática y pancreática; y, colelitiasis y/o coledocolitiasis.

Actualmente el tratamiento de la PAB se compone de hidratación intravenosa temprana, nutrición adecuada, analgesia e intervenciones necesarias¹, en Ecuador los centros de salud utilizan guías de diversa manera que en ocasiones no permiten a los pacientes recibir una terapia estandarizada que mejore sus molestias.

La incidencia global de pancreatitis aguda es de 15 a 80 casos anuales por cada 100 000 adultos, dependiendo de la zona geográfica⁶. En Latinoamérica en el 2006 se reportó 15.9 casos por cada 100 000 habitantes⁷; en el año 2001 México reportó el 3% de casos⁸ y Perú en el 2009 una incidencia de pancreatitis de 28 casos por cada 100 000 habitantes⁹.

En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) resgistró en el año 2013, un total de 4 061 egresos hospitalarios por pancreatitis aguda, siendo más frecuente en mujeres, con una razón de 2:1 y tasa de letalidad del 2.5%. Para el año 2016 se registraron 4 715 casos, una tasa de letalidad del 2.99%¹⁰.

Un estudio transversal realizado en Cuenca, en la emergencia del HVCM, sobre pacientes con diagnóstico de PAB en los años 2014 al 2015,

obtuvo como resultado que la prevalencia de pancreatitis aguda severa fue del 14.2% y una mortalidad del 3.9 %¹¹.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. El universo fueron 98 127 expedientes clínicos con diagnóstico de abdomen agudo, atendidos en los diferentes servicios, se trabajó con una muestra de 207 pacientes con diagnóstico de PAB en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, desde enero 2014 a diciembre 2017.

Entre los criterios de inclusión se encuentran pacientes con edad igual o mayor de 18 años con diagnóstico confirmado de PAB, se excluyó de la investigación a pacientes con expedientes clínicos incompletos, con pancreatitis aguda de origen diferente al biliar, previamente colecistectomizados o realizados CPRE y pacientes que fueron trasladados a otras unidades de salud o solicitaron el alta.

La recolección de datos se llevó a cabo por los autores, el instrumento fue el formulario que constó con las variables del estudio. Los datos obtenidos fueron analizados y tabulados en el programa SPSS versión 19.0, para las variables cualitativas categorizadas se utilizaron frecuencias y porcentajes, presentados en forma de tablas simples. Se propuso la clasificación

de Atlanta revisada en el año 2012, que divide la gravedad de la PAB en 3 grupos¹²: a) Leve: sin complicaciones locales, sistémicas ni fallo orgánico. b) Moderadamente grave: con presencia de complicaciones locales o sistémicas y/o fallo orgánico transitorio. c) Grave: con fallo orgánico persistente¹².

Utilizando los criterios de Marshall¹² se valoran 3 sistemas, respiratorio, cardiovascular y renal, si la puntuación obtenida en cada sistema es igual o superior a 2 se define como falla orgánica: a) Circulatoria: hipotensión arterial con PAS<90mm Hg que no responde a fluido terapia¹². b) Respiratoria: PaO₂<60mmHg basal (sin O₂ suplementario) o PaO₂/FiO₂<300mmHg. c) Renal agudo: incremento de creatinina >1.8mg/dl (>169μmol/l) o incremento de creatinina basal ×2 y/o disminución del flujo urinario (oliguria) <0.5 ml/kg/h×12h o <30ml/h¹². Si la duración de la insuficiencia de uno o más sistemas supera las 48h, se conoce como fallo orgánico persistente y transitoria si es inferior a 48h¹².

RESULTADOS

De los 207 pacientes con PAB, predominó el sexo femenino 65.2% frente a 34.8% al masculino. La patología se presentó principalmente en jóvenes, el 24.2% tenían entre 28 y 37 años y el 21.7% de 18 a 27 años.

Tabla N° 1

Distribución de los pacientes según las características sociodemográficas: sexo y edad.

Variables sociodemográficas.	n=207	%
Sexo		
Femenino	135	65.2
Masculino	72	34.8
Edad (años)		
18 a 27	45	21.7
28 a 27	50	24.2
38 a 47	26	12.6
48 a 57	30	14.5
58 a 67	24	11.6
68 o más	32	11.5

La prevalencia de PAB, en el HVCM del 2014 al 2017 fue de 0.21% con una frecuencia de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos en clínica, emergencia y cirugía, conociendo que 98 187 pacientes poseían diagnóstico de abdomen agudo.

La categorización de Atlanta clasifica la gravedad de la pancreatitis en leve, moderada y grave. El 79.7% de los 207 pacientes ingresados por PAB, en el periodo estudiado, presentaron una complicación leve. El 15.9% moderadamente grave y el 4.3% grave.

Tabla N° 2

Distribución de los pacientes según la categorización de las complicaciones clínicas

Complicaciones	n=207	%
Leve	165	79.7
Moderadamente grave	33	15.9
Grave	9	4.3

El dolor abdominal registró un 99%, seguido de náusea 58.9%, vómito 56.5%, y con menor frecuencia ictericia 18.4%, la distensión abdominal

9.2%. En muchos casos se encontró más de un síntoma.

Tabla N° 3

Manifestaciones clínicas presentadas

Manifestaciones Clínicas	n=207	%
Dolor abdominal	205	99.0
Náusea	122	58.9
Vómito	117	56.5
Ictericia	38	18.4
Distensión abdominal	19	9.2

La complicación local más frecuente, con el 11.1%, fue la colección líquida aguda, mientras la colección necrótica aguda y el pseudoquiste alcanzaron el 4.4% y 2.4% respectivamente.

3.9% insuficiencia cardiocirculatoria; y un 3.9% insuficiencia respiratoria.

Las complicaciones sistémicas se constataron en baja proporción, el 4.4% con insuficiencia renal;

El 17.9% presentaron algún tipo de fallo orgánico, el 12.6% fue transitorio (< 48 horas) y el 5.3% persistente (> 48 horas).

Tabla N° 4

Complicaciones locales y sistémicas presentadas

	n=207	%
Complicaciones locales		
Colección líquida aguda	23	11.1
Colección necrótica aguda	9	4.4
Pseudoquiste	5	2.4
Complicaciones sistémicas		
Insuficiencia renal	9	4.4
Insuficiencia cardiocirculatoria	8	3.9
Insuficiencia respiratoria	8	3.9
Fallo orgánico		
Transitorio	26	12.6
Persistente	11	5.3

El 94.7% requirió de manejo quirúrgico, en el 100% de los casos se necesitó reparar la volemia y se empleó tratamiento clínico, para el 68.6% se aplicó reposiciones de 150 mL/h, el 80.2% requirió de soporte nutricional enteral y el 19.8% parenteral. Para el manejo del dolor se aplicó al 49.3% una

combinación de analgésicos, 31.4% opioides y AINES en el 19.3%. El 67.1% de los pacientes fueron tratados tanto con colecistectomía como CPRE, la necrosectomía fue utilizada para el 19.8%, el drenaje percutáneo en un 5.3% y la endoscopia 1.4%.

Tabla N° 5

Tratamiento clínico y quirúrgico empleado.

Tratamiento clínico	n=207	%
Reposición de la volemia		
150 mL/h	142	68.6
300 mL/h	54	26.1
450 mL/h	9	4.3
600 mL/h	2	1.0
Manejo del dolor		
Opioides	65	31.4
AINES	40	19.3
Combinación de analgésicos	102	49.3
Tratamiento quirúrgico	n=196	%
Colecistectomía	139	67.1
CPRE	139	67.1
Necrosectomía	41	19.8
Drenaje percutáneo	11	5.3
Endoscopia	3	1.4

El 98.06% presentaron mejoría, el 0.96% complicaciones y el 0.96% fallecieron.

Tabla N° 6

Condición al egreso de pacientes con pancreatitis aguda biliar.

Condición al egreso	n=207	%
Mejora	203	98.06
Complica	2	0.96
Fallece	2	0.96

DISCUSIÓN

La PAB es frecuente a nivel mundial, con una fluctuación de entre el 4.9 a 73.4 casos por cada 100 000 habitantes¹³. El presente estudio encontró una prevalencia de 0.21%, de todos los casos atendidos en los diferentes servicios. La causa principal fue la litiasis biliar con el 40%, con predominio en jóvenes de sexo femenino, esto concuerda con el estudio de López^{4,14} que indica que el 65% fueron pacientes de sexo femenino con edades entre 20 a 25 años.

Las manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal, náusea y vómito, esto concuerda con la investigación de Estepa et al¹⁵, donde los pacientes presentaron dolor abdominal 99.0% y vómitos 81.6% respectivamente.

La pancreatitis aguda leve es la forma de complicación más frecuente⁸. Entre estas la colección líquida se destacó como la más común, esto coincide con una publicación de Padrón et al¹⁶, en donde se realizó un estudio de 100 casos de pancreatitis aguda durante un periodo de 5 años, en el cual refiere que los pacientes presentaron colecciones peri pancreáticas.

Entre los tratamientos clínicos se encuentra: restauración de la volemia, administración de nutrición enteral y parenteral, control del dolor y de la misma manera quirúrgicos: colecistectomía y CPRE, rigiéndose según protocolos de guías estandarizadas¹⁷. El clínico se aplicó en el 100%.

En cuanto a la volemia, fue corregida con 150 ml/h en 68.6% de casos. El 80.2% requirió de soporte enteral y el 19.8% parenteral. En 49.3% de pacientes se manejó el dolor con una combinación de analgésicos, un 31.4% con opioides y al 19.3% con AINES, lo que coincide con lo revisado el 2019 por Álvarez¹⁸, en Costa Rica, donde menciona que la

pedra angular para el tratamiento de pacientes con PA fueron medidas de sostén, suspensión de la vía oral por un tiempo no mayor de 48 horas, hidratación intravenosa como manejo inicial con preferencia de cristaloides, analgésicos como acetaminofén, opiáceos o AINES, dependiendo de la condición del paciente y alimentación parenteral.

El 67.1% de pacientes con PAB requirió de colecistectomía o CPRE, dato similar al estudio realizado por Bejarano et al¹⁹, que analizaron 296 pacientes con diagnóstico de PAB de los cuales 70.6% necesitaron colecistectomía y 22% CPRE. 14.2% de pacientes que no se les realizó CPRE ni colecistectomía presentaron recurrencia de PAB, cuatro de ellos a las 24 horas y dos a los 6 meses post-colecistectomía.

El 98.1% de pacientes presentaron mejoría posterior al tratamiento, 0.96% se complicaron y 0.96% fallecieron, lo que refleja una tasa de mortalidad inferior en el marco de lo reportado en la investigación de Ocampo et al²⁰, donde la mortalidad fue del 1.5% en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar.

CONCLUSIONES

La PAB en el HVCM, durante el período 2014-2017 afectó más al sexo femenino y poblaciones jóvenes.

La mayoría de manifestaciones clínicas fueron leves como el dolor abdominal. Un porcentaje significativo requirió tratamiento quirúrgico como la colecistectomía y la CPRE.

Los pacientes evolucionaron favorablemente, las complicaciones de mayor frecuencia fueron colección líquida aguda, siendo el drenaje percutáneo el tratamiento de elección.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios comparativos en diferentes poblaciones en el país, con mayor cantidad de pacientes donde se pueda evaluar los factores de riesgo asociados a la PAB.

ASPECTOS BIOÉTICOS

La información que se obtuvo durante la realización de este estudio fue manejada con absoluta reserva y de uso exclusivamente investigativo. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación del Área de la Salud, la Universidad de Cuenca (COBIAS-UCuenca) y autorizado por la dirección del Hospital Vicente Corral Moscoso.

INFORMACIÓN DE LAS AUTORAS

- Cañar Mendes Andrea Estefanía. Médica. Ministerio de Salud Pública. Médico General de Primer Nivel de Atención. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: angiecess@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3205-8074>

- Vidal Durazno Paola Nicole. Médica. Clínica Latino. Unidad de Cuidados Intensivos. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: poli.vd1994@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0992-0618>

CONTRIBUCIÓN DE LAS AUTORAS

Las autoras contribuyeron en la concepción, diseño del trabajo, recolección de datos, redacción, revisión y modificaciones, hasta la aprobación de la versión final.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara no existencia de conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018;154(4):1096-101. Disponible en: <https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2818%2930076-3>.
2. Rebollar González RC. Prevalencia y mortalidad de la pancreatitis aguda grave de origen biliar y alcohólica en el Hospital Juárez de México. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo*. 2012;1(1):13-7. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=85729>.
3. Duron DB, Garcia Lainez A, Umanzor Garcia W. Pancreatitis aguda, evidencia actual. *iMedPub Journals* 2018;14(1:4):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3823/1380>
4. Pérez F, Arauz Valdes E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. *Rev Méd Científica*. 2020;33:67-88. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>.
5. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of gallstones. *J Hepatol*. 2016;65(1):146-81. Disponible en: <https://www.journal-of-hepatology.eu/action/showPdf?pii=S0168-8278%2816%2930032-0>.
6. Breijo A, Prieto JA. Pancreatitis Aguda. *Intramed Journal*. 2015; 3(2) Disponible en: journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/download/332/133).
7. De Campos T, Parreira JG, Utiyama E, Rasslan S. Pesquisa nacional sobre condutas na pancreatite aguda. *Rev Colégio Bras Cir*. 2008;35(5):304-10. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>.
8. Junquera TRE, Pereyra SI. Pancreatitis aguda. *Arch Salud Publica*. 2010;1(1):24-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25132>.
9. Acevedo Alfaro M, Cisneros Escobar GA, Curaca Mendoza VE. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Cayetano Heredia 2014. *Epidemiología y Salud Ambiental Hospital Cayetano Heredia*. 2014. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hch_2014.pdf.

10. INEC. Instituto nacional de estadísticas y censos. 2013-2016. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>.
11. Aguilar Gaibor CI, Salamea Molina JC, Tenezaca Tacuri ÁH. Eficacia de la Escala BISAP para Predicción Temprana de Severidad en Pancreatitis Aguda Biliar. Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2014 – Julio 2015. *Revista Médica HJCA*. 2016;8(2):148-53. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/265>.
12. Duron DB, Garcia Lainez A, Umanzor Garcia W. Pancreatitis aguda, evidencia actual. *iMedPub Journals*. 2018;14(1:4):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3823/1380>.
13. Navarro RG, Cordero GAS. Actualización en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc*. 2020;4(5):51-62. Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i5.207>.
14. López Díaz MV, Cabrera Bernal HF, Viteri Rojas AM, Reyes Prieto Aguayo MP. Pancreatitis aguda en pacientes con litiasis biliar ingresados en el hospital Martín Icaza. *RECIAMUC*. 2022;6(1):64-1. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/783>
15. Estepa Ramos JL, Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Acea Paredes Y, Estepa Ramos JL, Santana Pedraza T, et al. Caracterización clínico- quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. *Cienfuegos*, 2018-2020. *MediSur*. 2021;19(2):245-59. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5012>.
16. Padrón AG, Concha MAJ. Prevalencia de pancreatitis aguda en un Hospital General. Análisis de Cinco años. *Salud Quintana Roo*. 2021;14(45):18-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102409>.
17. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49(4):307-323. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF06.pdf>.
18. Álvarez Aguilar PA, Dobles Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta méd costarric*, 2019;61(1),14–17. Disponible en: http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/1020/1049.
19. Bejarano González N, Romaguera Monzonís A, García Borobia FJ. Cómo afecta el retraso de la colecistectomía tras la pancreatitis aguda litiásica en la aparición de recidivas. *Consecuencias de la falta de recursos. Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2016;108(3):117-22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082016000300002&script=sci_arttext&lng=es.
20. Ocampo C, Kohan G, Leiro F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 2015; 45(4), 295–302. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2015/Vol-45-N4/Vol45N4-PDF07.pdf>.

Afección de órgano blanco en preeclampsia-eclampsia. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

Target organ injury in preeclampsia – eclampsia. Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca

Tacuri Porras Karen Daniela¹, Orellana Morocho Gabriela Lisseth²

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 17/03/2022
FECHA DE APROBACIÓN: 06/07/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 09/08/2022

1. Instituto Superior Tecnológico "American College"
Carrera de Tecnología en Paramedicina.
Cuenca - Ecuador
2. Médica en libre ejercicio.
Cuenca - Ecuador

Artículo original | Original Article

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.05>

Correspondencia:
dannyp712@hotmail.com

Dirección:
Cacique Chamba y Pedro Collazo

Código Postal:
010101

Celular:
0994803305

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Introducción: la preeclampsia y eclampsia son complicaciones frecuentes durante el embarazo o puerperio. Forman parte de los trastornos hipertensivos que constituyen la principal causa de muerte materna en Ecuador y una de las primeras a nivel mundial. Su oportuno diagnóstico y tratamiento permite evitar complicaciones en los órganos blanco.

Objetivo: determinar la frecuencia de afección de los órganos blanco por la preeclampsia y eclampsia, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2017.

Metodología: estudio descriptivo que recopila la información de 195 pacientes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2017 mediante un formulario previamente elaborado. El análisis de datos se realizó en el programa SPSS v19 determinando frecuencias relativa y absoluta, de las variables cualitativas nominales y ordinales. Los datos se presentan en tablas simples y cruzadas.

Resultados: de 6 356 pacientes, 189 presentaron preeclampsia y 6 eclampsia. De las pacientes con preeclampsia, el 32.8% presenta signos de severidad; el 69.8% presenta índice proteinuria/creatinuria positivo y el 84.1% tiene el ácido úrico con valores mayores a 4.5 mg/dl. En paciente con eclampsia la principal alteración es la proteinuria.

Conclusión: el principal órgano blanco afectado en la preeclampsia-eclampsia es el riñón, seguido del hígado.

Palabras clave: preeclampsia, eclampsia, embarazo, muerte.

ABSTRACT

Introduction: preeclampsia and eclampsia are frequent complications during pregnancy or the puerperium. They are part of the hypertensive disorders that constitute the main cause of maternal death in Ecuador and the one of the first worldwide. Its timely diagnosis and treatment allows to avoid complications at the level of the target organs.

Objective: to determine the frequency of affection of the target organs by preeclampsia and eclampsia, at the Vicente Corral Moscoso Hospital, year 2017.

Methodology: It is a descriptive study, which compiles information from 195 patients diagnosed with preeclampsia and eclampsia at the Vicente Corral Moscoso Hospital in 2017; using a previously prepared form. The data analysis was performed in the SPSSv19 program, determining the relative and absolute frequencies, of the nominal and ordinal qualitative variables. The data is presented in simple and cross tables.

Results: from a total of 6356 patients, 189 presented preeclampsia and 6 eclampsia. Of the patients with preeclampsia, 32.8% show signs of severity; 69.8% have a positive proteinuria/creatinuria index and 84.1% have uric acid values greater than 4.5 mg/dl. In patients with eclampsia, the main alteration is proteinuria.

Conclusion: the main target organ affected in preeclampsia-eclampsia is the kidney, followed by the liver.

Key words: pre-eclampsia, eclampsia, pregnancy, death.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día 830 mujeres cada día a nivel mundial mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, siendo una de las principales causas los trastornos hipertensivos que afecta entre el 2% al 9%. En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25.7% de las muertes maternas y en los Estados Unidos de Norteamérica se registra un aumento de su incidencia en un 25% en las últimas 2 décadas; por cada mujer fallecida 50 a 100 padecen morbilidad materna extremadamente grave. En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006, y representan el 26% de todas las muertes maternas¹⁻⁴.

Los trastornos hipertensivos son la complicación médica más frecuente durante el embarazo; cubren un amplio espectro de condiciones, incluyendo la hipertensión crónica (pre-existente), hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida, preeclampsia, eclampsia y la hipertensión gestacional. Asociadas con una mayor mortalidad y morbilidad perinatal la preeclampsia severa, la eclampsia y el síndrome de Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet (HELLP)^{5,6}.

La enfermedad hipertensiva en el embarazo es una entidad compleja y multisistémica; numerosos modelos han intentado explicar su patogénesis que altera el endotelio y produce afecciones locales y sistémicas. Son afectados los sistemas cardiovascular, nervioso y hematológico, el riñón y el hígado, además de compromiso fetal^{1,6}.

La preeclampsia se caracteriza por hipertensión con o sin proteinuria, pero con afección de un órgano diana a partir de la segunda mitad del embarazo o en el puerperio⁶. El compromiso de órganos diana puede conllevar a graves complicaciones e inclusive la muerte fetal o materna^{1,7,8}.

Se recomienda un examen clínico exhaustivo en busca de signos que guíen a un diagnóstico temprano con apoyo en pruebas de laboratorio como: frotis sanguíneo, relación proteinuria/creatinuria en orina al azar, o proteinuria de 24 horas; en casos de que no sea posible realizar, la indicación es determinar proteinuria en tirilla, con la finalidad de identificar a tiempo alteraciones que reflejen daño renal^{9,10}. Las gestantes con

antecedentes de preeclampsia/eclampsia tienen doble riesgo de accidentes cerebrovasculares, mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, e incrementan diez veces más el riesgo de padecer enfermedad renal terminal a largo plazo^{11,12}.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en el Hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2017, con el objetivo de determinar la frecuencia de daño a los órganos blancos en pacientes con preeclampsia y eclampsia, para lo cual, se analizaron los resultados de exámenes de laboratorio que evalúan la función de los principales órganos.

De un total de 6 356, se incluyeron y analizaron 195 pacientes, el criterio de inclusión fue todos los expedientes de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia durante el año 2017; mientras que se excluyó a aquellas con historias clínicas incompletas y con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, epilepsia, insuficiencia cardíaca que podrían haber generado daño previamente a los órganos diana, alterando los resultados de laboratorio.

De los expedientes se tomaron las variables: edad materna, residencia, estado civil, nivel de instrucción, diagnóstico de preeclampsia y/o eclampsia, resultados de laboratorio (proteínuria, creatinina, ácido úrico, urea, plaquetas, lactato deshidrogenasa (LDH), aspartato aminotransferasa (AST), alanino aminotransferasa (ALT), tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina (TPT), índice internacional normalizado (INR) e índice proteinuria/creatinuria.

Los datos obtenidos mediante el formulario, fueron tabulados en el programa SPSS v19. El análisis estadístico consistió en la determinación de las frecuencias relativa y absoluta, de esta manera se estableció una relación directa entre la alteración de los análisis de laboratorio con el diagnóstico de preeclampsia - eclampsia

RESULTADOS

Los datos socio demográficos evidencian que tanto la preeclampsia como la eclampsia tienen mayor frecuencia entre los 20 a 29 años, con residencia en el área rural e instrucción secundaria y de estado civil unión libre. En tanto que en la eclampsia prevalece el estado civil soltera (Tabla N°1).

Tabla N°1

Características sociodemográficas de gestantes con preeclampsia y eclampsia

Datos sociodemográficos		n= 189	%	n=6	%
Edad materna	10-19 años	47	24.9	1	16.7
	20-29 años	87	46.0	3	50.0
	30-39 años	49	25.9	2	33.3
	> o igual a 40 años	6	3.2	0	0
Residencia	Urbano	87	46.0	2	33.3
	Rural	102	54.0	4	66.7
Estado civil	Soltera	47	24.9	3	50.0
	Casada	66	34.9	1	16.7
	Unión libre	74	39.2	2	33.3
	Divorciada	1	0.5	0	0
	Viuda	1	0.5	0	0
Instrucción	Primaria	35	18.5	1	16.7
	Primaria incompleta	34	18.0	0	0
	Secundaria	73	38.6	4	66.7
	Secundaria incompleta	33	17.5	1	16.7
	Superior	14	7.4	0	0

De un total de 6 356 pacientes se observó que la frecuencia de eclampsia fue de 0.1% y de preeclampsia fue de 2.9% (Tabla N°2). De las 189

pacientes con preeclampsia, el 32.8% presentó signos de gravedad (Tabla N°3).

Tabla N° 2

Frecuencia de preeclampsia y eclampsia

Trastorno hipertensivo	n=195	%
Preeclampsia	189	2.9
Eclampsia	6	0.1

Tabla N° 3

Gravedad de preeclampsia

Preeclampsia	n=189	%
Sin signos de gravedad	127	67.2
Con signos de gravedad	62	32.8

En la Tabla N°4 se muestra que las pacientes con preeclampsia presentaron proteinuria, elevación del índice proteinuria/creatinuria y ácido úrico, así como de AST y ALT. Las pacientes con eclampsia además de estas alteraciones, también registraron elevación en las pruebas de función hepática y de

coagulación; lo que indica que cuando un trastorno hipertensivo se complica con eclampsia, se puede observar un mayor daño a los órganos blanco. Las gestantes muestran los resultados de laboratorio con alteración en niveles sanguíneos de marcadores de función hepática y renal (Tabla N°5).

Tabla N°4

Comportamiento de la función de órganos blancos en pacientes gestantes con preeclampsia y eclampsia

Pruebas de laboratorio		Preeclampsia		Eclampsia	
		n= 189	%	n=6	%
Proteinuria en 24 horas	≥ de 300 mg	40	21.2	5	83.3
	<300 mg	149	78.8		
Proteinuria/creatinuria	≥ a 30 mg/mmol o ≥ 0.26 mg/mg	132	69.8	1	16.7
	<30 mg/mmol o < 0.26 mg/mg	57	30.2	4	66.7
Creatinina	≥ a 1.1 mg/Dl	12	6.3	2	33.3
	< de 1.1 mg/Dl	177	93.7	3	50
Ácido úrico	≥ a 4.5 mg/Dl	159	84.1	2	33.3
	< a 4.5 mg/Dl	30	15.9	4	66.7
Úrea	10-50 mg/dl	184	97.4	5	83.3
	>50 mg/dl	5	2.6	1	16.7
Plaquetas	<50.000/mm3	2	1.1	4	66.7
	> 50.000-100.000/mm3	7	3.7	2	33.3
	>100.000-150.000/mm3	28	14.8	0	0
	> 150.000/mm3	152	80.4	0	0
LDH	≥600 U/l	8	4.2	3	50
	<600 U/l	181	95.8	3	50
AST	>32 UI/L o elevado el doble del valor normal	67	35.4	4	66.7
	0.0-32.0 UI/L	122	64.6	2	33.3
ALT	>35 UI/L el doble del valor normal	44	23.3	3	50
	0.0-35 UI/L	145	76.7	3	50
Bilirrubina total	>1.2 mg/ml	7	3.7	1	16.7
	0.1-1.2 mg/ml	182	96.3	5	83.3

Tabla N° 5

Comportamiento de la función de los órganos blancos según la severidad de la preeclampsia

Pruebas de laboratorio		Sin signos de gravedad		Con signos de gravedad	
		N=127	%	N=62	%
Proteinuria en 24 horas	≥ de 300mg	26	20.5	14	22.6
	<300 mg	101	79.5	48	77.4
Proteinuria/creatinuria	≥ a 30 mg/mmol o ≥ 0.26 mg/mg	93	73.2	39	62.9
	<30 mg/mmol o < 0.26 mg/mg				
Creatinina	≥ a 1.1 mg/dL	34	26.8	23	37.1
	< de 1.1 mg/Dl	5	3.9	7	11.3
Ácido úrico	≥ a 4.5 mg/Dl	122	96.1	55	88.7
	< a 4.5 mg/Dl	109	85.8	50	80.6
Úrea	10-50 mg/dl	18	14.2	12	19.4
	>50 mg/dl	124	97.6	60	96.8
Plaquetas	<50.000/mm3	3	2.4	2	3.2
	> 50.000- 100.000/mm3	0	.0	2	3.2
	>100.000/- 150.000/mm3	2	1.6	5	8.1
	> 150.000/mm3	11	8.7	17	27.4
Lactato	≥600 U/l	114	89.8	38	61.3
	<600 U/l	1	.8	7	11.3
AST	>32 UI/L o elevado el doble del valor normal	126	99.2	55	88.7
	0.0-32.0 UI/L	31	24.4	36	58.1
ALT	>35 UI/L o elevado el doble del valor normal	96	75.6	26	41.9
	0.0-35 UI/L	16	12.6	28	45.2
Bilirrubina total	>1.2 mg/ml	111	87.4	34	54.8
	0.1-1.2 mg/ml	1	0.8	6	9.7
		126	99.2	56	90.3

DISCUSIÓN

En la presente investigación el 2.9% de gestantes fueron afectadas por preeclampsia, coincidiendo con las cifras esperadas de acuerdo a las estadísticas de la OMS⁵.

Según los estudios realizados por Álvarez et al.⁸ las pacientes con preeclampsia tienen doble riesgo de accidentes cerebrovasculares, mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, además de un riesgo 10 veces mayor de enfermedad renal terminal a largo plazo^{1,8,13}. Estas alteraciones se deben a la disfunción endotelial sistémica que afecta primordialmente a hígado, riñones y cerebro. Cabe recalcar que no todos los órganos diana pueden ser evaluados mediante el laboratorio, lo que constituye otra limitante al momento de evaluarlos. Sin embargo, los exámenes de laboratorio y su correcta interpretación acompañada de la correlación clínica, nos da una base fundamental para un diagnóstico y tratamiento oportunos¹⁴.

Zhuang¹⁵ señala que el 85% de las pacientes con hipertensión gestacional presentaron proteinuria mayor a 300 mg en 24 horas. En este estudio, el 21.2% de las pacientes con preeclampsia presentó proteinuria elevada y el 69.8% tuvo índice proteinuria/creatinuria. Mientras que, de las pacientes con eclampsia, el 83.3% tuvo proteinuria y el 66.7% presentó índice proteinuria/creatinuria positivo.

Barlandas¹⁶ analizaron las alteraciones bioquímicas en pacientes con preeclampsia, registran valores elevados de urea y creatinina, en el 67.95% y 79.55% de los casos, respectivamente. Estos resultados contrastan con la presente investigación, ya que el incremento de la creatinina alcanzó tan solo el 6.3% y el de la urea, 2.6%; sin embargo, en pacientes con eclampsia se evidencia que la creatinina elevada se presenta hasta en el 50% de los casos.

Entre las limitaciones que presenta este estudio cabe recalcar que existieron historias clínicas incompletas que es importante anotar.

CONCLUSIONES

La frecuencia de preeclampsia fue 2.9% y de eclampsia 0.1% en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2017.

El 32.8% de las pacientes con preeclampsia presentaron signos de gravedad siendo los principales órganos afectados el riñón e hígado.

RECOMENDACIONES

En pacientes con sospecha de preeclampsia y eclampsia es mandatorio realizar exámenes de laboratorio para descartar riesgos y afección de órganos blanco y evitar complicaciones a largo plazo.

Se deberían llevar controles post gestacionales por lo menos una vez al año en todas las pacientes que presentaron cifras de presión arterial elevada para identificar a tiempo complicaciones y brindar un tratamiento oportuno.

ASPECTOS BIOÉTICOS

La información obtenida en este estudio fue manejada con absoluta confidencialidad y con fines exclusivamente investigativos. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS) y el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital Vicente Corral Moscoso.

INFORMACIÓN DE LAS AUTORAS

- Tacuri Porras Karen Daniela. Médica. Instituto Superior Tecnológico "American College". Carrera de Tecnología en Paramedicina. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: dannytp712@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9187-9417>
- Orellana Morocho Gabriela Liseth. Médica. Libre ejercicio. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: mdgabyorellana@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2156-1037>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Las autoras declaran haber contribuido de manera similar en la concepción y diseño del trabajo, aná-

lisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica del manuscrito, aprobación de la versión final y capacidad de responder todos los aspectos del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica clínica. 2016. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-conportada-3.pdf.
2. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. 2016;20(4):516-529. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):1 – 25. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003018. PMID: 30575675.
4. Ministerio de Salud Pública. Gaceta Epidemiológica de muerte materna. 2021. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. 19 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Rojas L, Villagómez M, Rojas A, Rojas A. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Rev Eug Esp*. 2019;13(2):79-91. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422019000200079&lng=es. <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>
7. Ortiz R, Rendón C, Gallego C, Chagüendo J. Hipertensión/preeclampsia postparto. Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos. seguridad en la lactancia materna. una revisión de la literatura. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2017;82(2):219-231. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262017000200013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200013>.
8. Alvarez-Alvarez B, Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, García-Donaire JA. Trastornos hipertensivos en el embarazo: repercusión a largo plazo en la salud cardiovascular de la mujer. *Hipertensión*. 2017;34(2):85-92. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183716300290>
9. Bryce A, Alegría E, Valenzuela G, Larrauri C, Urquiaga J, San Martín M. Hipertensión en el embarazo. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet*. 2018;64(2):191-196. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a06v64n2.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
10. Lezcano G, Sánchez A, Torres A, Sosa O, Álvarez M, Corona J. Consideraciones y actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. *Rev.Med.Electrón*. 2019;41(5):1242-1258. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2643>
11. Hernández J, Espino y Sosa S, Estrada A, Nares M, Ortega V, Mendoza S, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo. parto y puerperio. *Perinatol Reprod Hum* 2013;27(4):262-280. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip134i.pdf>
12. Vilatuña P, Revelo E, Morocho J, Pérez T. Valoración de la función renal en el embarazo. *Recimundo*. 2019;3(3):68-81. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/511>

13. Condo-Baque C, Barreto-Pincay G, Montaña-Parrales G, Borbor-Sanchez L, Manrique-Regalado G, García-Sigcha A. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. Dom. Cien. 2018;4(3):278-293. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6560181.pdf>
14. Grupo desarrollador de guías de la Universidad Nacional de Colombia. Guía de práctica clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Rev Colomb Ginecol y Obstet. 2013;64(3):289-326. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n3/v64n3a06.pdf>
15. Zhuang X, Chen YY, Zhou Q, Lin JH. Análisis cualitativo del valor diagnóstico de la proteinuria en 24 h para la preeclampsia. Chin Med J (Engl) 2015;128(22):2998-3002. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795255/>
16. Barlandas N, Quintana S, de la Cruz R, Pérez J, Ramos M. Alteraciones bioquímicas y celulares para preeclampsia en mujeres embarazadas que asisten al Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Guerrero, México. RICS 2018;7(14):21-38. Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/68>.

Gastroenteritis por rotavirus y coinfección bacteriana en un paciente inmunocompetente de 60 años. Reporte de caso

Rotavirus gastroenteritis and bacterial coinfection in a 60-year-old immunocompetent patient. Case report

Sánchez Herrera Kimberly Vanessa¹, Calderón Vivanco Juan Martín²

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 16/12/2021
FECHA DE APROBACIÓN: 09/03/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 30/04/2022

RESUMEN

1. Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
Sangolquí - Ecuador
2. Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
Quito - Ecuador

Caso Clínico | Clinical Case

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.06>

Correspondencia:
kimberlysanchezhe@gmail.com

Dirección:
Cuenca y Ambato, conjunto Ciprés-Sangolquí

Código Postal:
171103

Teléfonos:
2339714 - 0979266525

Sangolquí - Ecuador

Introducción: gastroenteritis por rotavirus es una enfermedad poco común en adultos, presentándose tras contacto con niños contagiados. Además de ser subdiagnosticada, es raro que se presente junto a una coinfección bacteriana.

Caso clínico: paciente de 60 años, antecedentes de contacto con paciente pediátrico. Presenta dolor abdominal difuso acompañado de diarrea, vómito y distensión abdominal. Pulso filiforme y débil, extremidades frías con llenado capilar mayor a 3 segundos. Se diagnostica deshidratación moderada. Se solicitó marcadores de función renal (creatinina y urea) que resultaron aumentados; examen de heces con aumento de polimorfonucleares y positivo para antígenos de rotavirus.

Conclusión: gastroenteritis por rotavirus y coinfección bacteriana conllevan a deshidratación moderada a grave e insuficiencia renal. Resaltar que los valores de marcadores renales como creatinina y urea por si solos no indican daño renal, pero si demarcan una disminución en la función renal, que debe ser tratada de forma inmediata con restitución de líquidos para evitar un daño irreversible.

Palabras clave: gastroenterología, rotavirus, gastroenteritis.

ABSTRACT

Introduction: rotavirus gastroenteritis is an uncommon disease in adults, it occurs after contact with infected children. In addition to being underdiagnosed, it is rare that it occurs with a bacterial coinfection.

Clinical case: It is a case of a 60-year-old patient, with a history of contact with a pediatric patient. This person presents diffuse abdominal pain accompanied by diarrhea, vomiting, and abdominal distention. Filiform and weak pulse, cold extremities with capillary filling greater than 3 seconds. Moderate dehydration is diagnosed. Renal function markers (creatinine and urea) were requested, which were increased; stool examination showed increased polymorphonuclear cells and positive for rotavirus antigens.

Conclusion: rotavirus gastroenteritis and bacterial coinfection lead moderate to severe dehydration and renal failure. It should be emphasized that the values of renal markers such as creatinine and urea alone do not indicate renal damage, but they do indicate a decrease in renal function, which must be treated immediately with fluid restitution to avoid irreversible damage.

Key words: gastroenterology, rotavirus, gastroenteritis.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis se define por la presencia de 3 o más deposiciones líquidas en 24 horas con una duración menor a los 14 días¹, dentro de las causas infecciosas se incluyen agentes como virus, bacterias y en menor medida parásitos. En los niños el agente etiológico más frecuente de gastroenteritis infecciosa es el rotavirus, mientras que en la población adulta este agente es inusual².

Debido a la falta de estudios sobre la frecuencia de gastroenteritis por rotavirus en la población adulta no se puede precisar su verdadera incidencia³⁻⁵. En cuanto a la patología esta es en la mayoría de los casos un cuadro leve y autolimitado que no precisa de atención médica por lo que pasa desapercibida y subdiagnosticada⁶. Se debe resaltar que la mayoría de infecciones en adultos ocurren tras el contacto con niños enfermos o viajeros⁷.

La presentación clínica va desde un cuadro asintomático hasta uno leve, manifestado por diarrea, vómitos y dolor abdominal. En adultos inmunocomprometidos la enfermedad cursa con deshidratación severa, llegando a presentar complicaciones como insuficiencia multiorgánica e inestabilidad hemodinámica secundarias a la hipovolemia^{2,3}. A pesar de ser poco frecuentes, las complicaciones también pueden aparecer en adultos inmunocompetentes⁵.

Los episodios de diarrea asociada a procesos virales causados por rotavirus muestran una alta prevalencia de coinfecciones con otros virus y bacterias en pacientes pediátricos. En adultos no es posible estimar la prevalencia, debido a que la infección por rotavirus es muy rara. Sin embargo, en cualquier grupo etario una gastroenteritis viral asociada a una coinfección bacteriana presentará mayor severidad clínica que las infecciones monovirales por rotavirus⁸.

Se expone el caso de una paciente adulta sin comorbilidades e inmunocompetente con una infección por rotavirus y coinfección bacteriana, con el objetivo de mencionar la presentación clínica y las posibles complicaciones del cuadro, y que a su vez sirva para prevenir el contagio de rotavirus en pacientes adultos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 60 años, procedente de Quito, ama de casa, antecedente de contacto con paciente pediátrico. Acudió con un cuadro clínico de 12 horas caracterizado por 8 episodios de diarrea acuosa, vómitos postprandiales por 5 ocasiones, dolor y distensión abdominal.

A las 3 de la mañana, presentó diarrea de color amarillenta, sin moco ni sangre que se acompañó de dolor abdominal difuso que alivió tras las deposiciones y vómitos de características biliosas tras la ingesta de alimentos sólidos y líquidos. Se automedicó ciprofloxacina 500mg una sola toma y propinox clorhidrato 10mg una sola toma. Sin embargo, por la persistencia de la sintomatología decidió acudir al servicio de Emergencias.

Al ingreso, paciente hemodinámicamente inestable, frecuencia cardíaca en 94 latidos por minuto, pulso filiforme y débil, presión arterial de 100/59 mmHg, afebril y facie dolorosa. A la exploración

física, presentaba ojos hundidos, mucosa oral semihúmeda, labios agrietados, extremidades frías con llenado capilar de 3 segundos, se diagnosticó una deshidratación moderada, el abdomen estaba distendido y los ruidos hidroaéreos aumentados, había dolor continuo en epigastrio; timpanismo a la percusión y signo del psoas negativo. El caso se enfocó como el de una paciente con diarrea aguda

y a partir de ahí se realizaron todos los exámenes y tratamientos indicados. Se administró solución salina 0.9% 1000 ml pasar a 150 ml/h y bolo de 400 ml en ese momento, tramadol 50 mg intravenoso y ondansetrón 4 mg.

Se realizaron exámenes serológicos de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados. (Tabla N°1)

Tabla N°1

Resultados de laboratorio y valores de referencia

Parámetro	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Leucocitos	9 380	mm3	4 800-10 800 mm3
Neutrófilos	88	%	43-65 %
Linfocitos	4	%	20-45 %
Monocitos	7	%	1-9 %
Eosinófilos	0.1	%	1-5 %
Basófilos	0.3	%	0.2-1 %
Hemoglobina	17.2	g/dl	12-16 g/dl
Hematocrito	53.5	%	40-51 %
Plaquetas	265	10*3 uL	150-400 10*3 uL
Glucosa	134	mg/dl	70-105 mg/dl
Proteína C reactiva	6.87	mg/L	0-5 mg/L
Sodio	142	mmol/L	136-145 mmol/L
Potasio	4.8	mmol/L	3.5-5.5 mmol/L
Cloro	105	mmol/L	98-107 mmol/L
Creatinina	2.15	mg/dl	0.5-0.9 mg/dl
Urea	37.1	mg/dl	16.6-48.5 mg/dl

El examen de heces resultó negativo para presencia de parásitos, pero se evidenció un aumento de polimorfonucleares en un 70% y dio positivo para antígeno de rotavirus.

Tras 3 horas con hidratación parenteral se repitió el examen de sangre, en el cual se evidenció una reducción de creatinina a 1.88 mg/dl, se inició tolerancia oral y se continuó hidratación parenteral a misma velocidad por una hora más. Para la noche, los vómitos y la diarrea cesaron por completo. La paciente fue dada de alta con el diagnóstico de gastroenteritis por rotavirus y coinfección bacteriana al igual que insuficiencia prerrenal, se le recetó ciprofloxacina tableta 500 mg vía oral cada 12 horas por 5 días, propinox clorhidrato tableta 10mg vía oral cada 8 horas por 5 días e hidratación oral a tolerancia con una dieta blanda, sin grasas y lácteos. En el seguimiento

se le indicó realizarse un examen de creatinina al día siguiente y acercarse al hospital en caso de presentar cualquier signo de alarma.

DISCUSIÓN

La gastroenteritis por rotavirus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo, siendo infrecuente en los adultos², sin embargo, se presenta en una paciente adulta de 60 años.

En el Ecuador, no existen datos acerca de la incidencia de gastroenteritis por rotavirus en la población adulta, puede ser por varios factores como una obtención difícil de datos en este grupo etario, ausencia de atención médica al ser una patología autolimitada o al no realizar un coprocultivo para la identificación etiológica⁵.

El rotavirus es eliminado en grandes cantidades en las heces y se transmite generalmente por vía fecal-oral, es necesario unos pocos viriones para causar la enfermedad⁸. Por otro lado, en la población adulta la transmisión ocurre tras el contacto con pacientes pediátricos o tras el contacto con viajeros⁵, como pudo haber ocurrido en el presente caso.

Las manifestaciones clínicas son muy variables, van desde una infección asintomática a una enfermedad diarrea autolimitada no sanguinolenta de poca duración hasta una deshidratación severa con dolor abdominal y fiebre^{9,10}. El vómito es más sugestivo de infecciones virales o causado por la ingesta de toxinas bacterianas preformadas¹. Las manifestaciones nombradas anteriormente son compatibles con los síntomas del presente caso: diarrea acuosa, vómitos biliosos postprandiales, dolor abdominal y debido a la severidad de la deshidratación presentó un cuadro de insuficiencia renal que fue tratada con reposición intravenosa de líquidos.

La analítica de las heces en infecciones por rotavirus se presenta sin leucocitosis, en cambio hay un aumento de leucocitos fecales en gastroenteritis causadas por bacterias invasivas o productoras de toxina¹, los valores de la paciente del caso presentado reflejan un incremento sustancial del porcentaje de polimorfonucleares, lo cual orienta a pensar en una coinfección bacteriana¹¹.

Para diagnosticar una gastroenteritis por rotavirus se pueden usar varios kits comerciales que detectan la existencia del antígeno vírico (VP6) en el coprocultivo mediante un inmunoensayo ligado a enzimas (EIA). Por otro lado, los ensayos basados en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), poseen una mayor sensibilidad para detectar el ARN de rotavirus en heces y es una de las razones por la que cada vez se utilizan con mayor frecuencia^{5,10}.

El tratamiento consiste principalmente en manejo sintomático, con una adecuada reposición de líquidos por vía oral si no existiese un grado de intolerancia o por vía intravenosa en casos de deshidratación severa, además se debe considerar el uso de antieméticos, antiespasmódicos y de antibioticoterapia⁴. En casos de sospecha o comprobación de una infección bacteriana concomitante se recomienda

el uso de ciprofloxacina o trimetoprima con sulfametoxazol en pacientes adultos con diarrea grave y deshidratación severa^{2,12}. A la paciente se le administró solución salina parenteral debido al grado de deshidratación y además de intolerancia inicial a la vía oral; se decidió tratamiento antibiótico por la sospecha de coinfección bacteriana.

Es frecuente que una gastroenteritis por rotavirus y coinfección bacteriana se presente en adultos que han sido previamente hospitalizados. Un estudio en India estimó que de 2 478 pacientes hospitalizados el 30% tuvieron diarrea severa por rotavirus y coinfección por *Vibrio cholerae*¹³. En este caso se resalta la ausencia de antecedentes de hospitalización, la adquisición de manera ambulatoria y la inmunocompetencia del sistema inmune de la paciente.

CONCLUSIÓN

La gastroenteritis viral es un proceso raro en adultos, puede presentarse como un cuadro leve en pacientes inmunocompetentes; sin embargo, puede evolucionar rápidamente a un cuadro severo con deshidratación moderada a grave que requiere tratamiento inmediato con reposición de líquidos. Esta enfermedad es prevenible con un adecuado lavado de manos y la vacunación en niños, siendo esta la piedra angular. Actualmente los estudios disponibles denotan que una gastroenteritis viral acompañada de un patógeno bacteriano juega un papel crítico en la severidad y progresión de la enfermedad.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente trabajo de investigación fue realizado con el previo consentimiento de la paciente y con total compromiso de los autores en la confidencialidad del manejo de los datos personales.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Sánchez Herrera Kimberly Vanessa. Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Sangolquí-Pichincha-Ecuador.

e-mail: kimberlysanchezhe@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7962-3571>

- Calderón Vivanco Juan Martín. Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Quito-Pichincha-Ecuador.
e-mail: calderonm777@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8939-9817>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran haber contribuido de manera similar desde la concepción hasta la aprobación de la versión final del presente manuscrito.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barr W, Smith A. Acute Diarrhea in Adults. *Am Fam Physician*. 2014;89(3):180–9. <https://www.aafp.org/afp/2014/0201/p180.html>
2. Riddle MS, Dupont HL, Connor BA. ACG clinical guideline: Diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(5):602–22. https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2016/05000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis,_Treatment,_and.14.aspx
3. Chansaenroj J, Chuchaona W, Lestari FB, Pasittungkul S, Klinfueng S, Wanlapakorn N, et al. High prevalence of DS-1-like rotavirus infection in Thai adults between 2016 and 2019. *PLoS One*. 2020;15(6). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235280>
4. Ayón Seminario J, Castro M, Yshii Tamashiro, Lecca García, Cano Candiotti. Enfermedad diarreica aguda por rotavirus en adultos de un establecimiento de salud privado de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2004;21(3):183–5. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000300011
5. Chavez R, Vizcaino A, Jara G. A propósito de un caso: gastroenteritis por rotavirus en el adulto mayor. *Horizontes Enferm*. 2019;9:54–61. <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/831>
6. Pacilli M, Cortese MM, Smith S, Siston A, Samala U, Bowen MD, et al. Outbreak of Gastroenteritis in Adults Due to Rotavirus Genotype G12P[8]. *Clin Infect Dis*. 2015 Aug 15;61(4):20–5. <https://academic.oup.com/cid/article/61/4/e20/329039>
7. Bresee JS, Marcus R, Venezia RA, Keene WE, Morse D, Thanassi M, et al. The Etiology of Severe Acute Gastroenteritis Among Adults Visiting Emergency Departments in the United States. *J Infect Dis*. 2012;205:1374–81. <https://academic.oup.com/jid/article/205/9/1374/2192242>
8. Riveros M, Ochoa TJ. Enteropatógenos de importancia en salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(1):135–43. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100022&script=sci_abstract
9. Crawford SE, Ramani S, Tate JE, Parashar UD, Svensson L, Hagbom M, et al. Rotavirus infection. *Nat Rev Dis Prim*. 2017;3:1–16. <https://www.nature.com/articles/nrdp201783>
10. Centers for Disease Control and Prevention. Rotavirus. In: *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. 14th ed. Washington, D.C.; 2021. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>
11. Turgeon DK, Fritsche TR. Laboratory approaches to infectious diarrhea. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001;30(3):693–707. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7135126/>
12. Cardoso V, de Almeida S, Nhaypi T, Pereira L. Rotavirus infection in immunocompetent adult patient in a city of state of São Paulo, Brazil – case report. *Res Soc Dev J*. 2019;9:1–12. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2216>
13. Azevedo M, Mullis L, Agnihothram S. Viral and bacterial co-infection and its implications. *SciFed Virol Res J*. 2017;1(1):10.23959/sfjv-1000002. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6027610/>

Cáncer de mama en el hombre. Reporte de caso

Male breast cancer. Case report

Chehab Andrade Jorge Chafic¹, Montes Lainez Hector Daniel¹,
Campoverde Vilela Nathaly Paola¹

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 27/05/2021
FECHA DE APROBACIÓN: 27/04/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 07/05/2022

1. SOLCA. Unidad de Cirugía.
Departamento de Cirugía
Oncológica.
Guayaquil - Ecuador

Caso
Clínico | Clinical
Case

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.07>

Correspondencia:
jorgechehab@hotmail.com

Dirección:
Cdla. Ceibos

Código Postal:
090615

Celular:
0994447025

Guayaquil - Ecuador

RESUMEN

Introducción: el cáncer de mama en hombres es una enfermedad rara, representa menos del 1% de todos los tipos de cáncer en este sexo, y a nivel mundial alcanza el 0.2% de mortalidad.

Caso clínico: paciente masculino de 68 años, sin antecedentes de importancia con masa indolora retroareolar de 1 año de evolución, con crecimiento progresivo, que retrae la piel de su pezón, acude con una lesión inmóvil de 3 cm con adenopatía axilar de 2 cm en nivel II, (T2N1MX, Estadío IIB), se realizó biopsia con reporte de carcinoma ductal infiltrante, por estadiaje tumoral inicial se decide realizar quimioterapia neoadyuvante con protocolo TAC y mastectomía radical modificada, posteriormente se aplica radioterapia adyuvante y hormonoterapia. Al año de control no se presentan signos de recidiva tumoral.

Conclusión: ante la sospecha de patología mamaria maligna en el sexo masculino se debe estatificar y tratar de manera similar a la femenina.

Palabras clave: neoplasias de la mama, oncología, mastectomía.

ABSTRACT

Introduction: Male breast cancer is an uncommon disease, it represents less than 1% of all types of cancer in this sex, and worldwide it represents only 0.2% of all types of cancer's death.

Clinical case: It is a case of a 68-year-old male patient, with no significant history, with a painless retro areolar mass of 1-year evolution, with progressive growth, which retracts the skin of his nipple, the physical examination showed an immobile lesion of 3 cm with axillary adenopathy of 2 cm in level II, (T2N1MX, Stage IIB), An incisional biopsy was performed with a report of infiltrating ductal carcinoma. Due to initial tumor staging, it was decided to perform neoadjuvant chemotherapy with a CT protocol, and a modified radical mastectomy was performed late, subsequently adjuvant radiotherapy and hormonal therapy were applied. After a year of control, there are no signs of tumor recurrence

Conclusion: as soon as any malignant breast pathology is suspected in males, it should be staged and treated in a similar way to females.

Key words: breast neoplasms, oncology, mastectomy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama masculino (CMM) es una entidad rara que representa menos del 1% de todos los cánceres de este sexo¹; dentro de las muertes oncológicas alcanza el 0.2% a nivel mundial².

El origen de esta patología es multicausal, no obstante, se identifican factores de riesgo similares al cáncer de mama femenino, como la afección principalmente en poblaciones afroamericanas e hispanas². En Ecuador son contados los casos publicados de esta patología³.

Existen pocas directrices claras para su manejo y tratamiento, por lo que, se suele seguir las mismas normativas para la terapia de cáncer de mama en la mujer².

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años, mestizo, ocupación comerciante, sin historial familiar ni personal relevante. Acude por sensación de masa más retracción del pezón en mama izquierda, indolora que no afecta las actividades diarias, con crecimiento progresivo de un año de evolución, que produjo retracción de la piel de su pezón, motivo por el cual buscó atención médica. Al examen físico se evidencia una lesión dura, inmóvil, de aproximadamente 3 cm, retroareolar acompañado de una adenopatía axilar de 2 cm en nivel II. Se realizó una biopsia en cuña con resultado de cáncer ductal infiltrante. En mamografía se evidenció lesión tumoral radiopaca con contornos espiculados de 2 x 3.5 cm retroareolar que retrae el pezón y engrosa la piel (Imagen N°1). Ganglios en axila aumentados de tamaño, morfología normal. Catalogada con BIRADS 6 por el diagnóstico histopatológico.

Se estadia al paciente clínicamente en el tip T4bN1MX (Estadio IIIB) siendo enviado a oncología clínica para tratamiento neoadyuvante; se realizaron 6 ciclos de quimioterapia con Protocolo AC-T (docetaxel- doxorubicina -ciclofosfamida) luego del cual es referido a servicio de cirugía.

En el examen físico de control se aprecia la persistencia de masa retroareolar de 3 cm aproximadamente (Figura N°2A) sin ganglios



Imagen N°1

Mamografía digital: proyección oblicua medio lateral, lesión retroareolar que engrosa la piel y la retrae

palpables en axila, se realiza mastectomía radical modificada, la misma que se efectúa sin complicaciones.

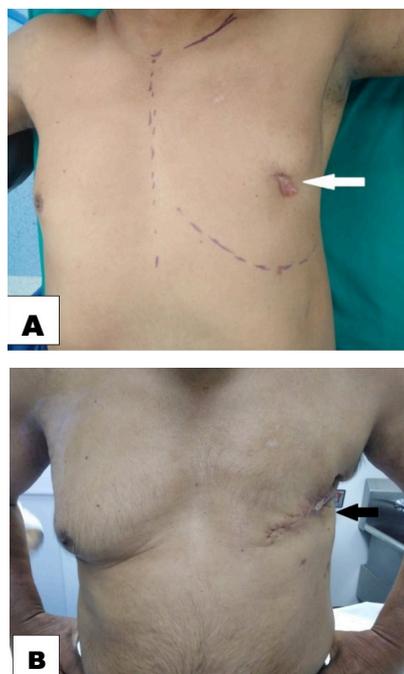


Imagen N°2

A: prequirúrgico con retracción de pezón. B: resultado postquirúrgico

El estudio patológico confirma el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante grado histológico 1. Medida tumoral: 3.2x3x1.5 cm unifocal, con invasión perineural evidente (Imagen N°3), bordes libres de lesión. Producto de linfadenectomía axilar: 20 ganglios de niveles I y II sin evidencia de metástasis PT2N0MX. Estudios de inmunohistoquímica establecen: receptor estrógeno: positivo (+), receptor progesterona: positivo (+), Her2neu: negativo (-), Ki67: 30%. Clasificado como Luminal A.

El paciente presentó evolución postquirúrgica favorable con resultados estéticos aceptables (Imagen N°2B). Luego de la cirugía es valorado por el servicio de oncología clínica quienes indican tratamiento hormonal con tamoxifeno 20 mg vía oral diario, se decide iniciar radioterapia como terapia adyuvante por 3 meses completando 66 GYS sobre la pared costal y 50 GYS sobre regiones ganglionares. En control anual clínico no reporta signos de recidiva tumoral.

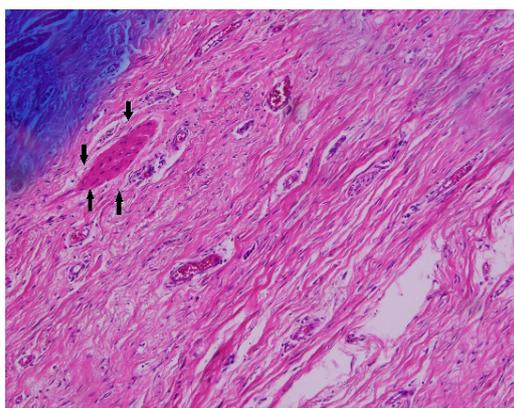


Imagen N°3

Estudio anatomopatológico: carcinoma ductal infiltrante. Invasión perineural evidente (flechas negras). Tinción de hematoxilina y eosina

DISCUSIÓN

El cáncer de mama (CM) es una patología frecuente en mujeres, siendo la principal causa de muertes en población oncológica femenina en el mundo, pero en hombres es una entidad rara que representa menos del 1% de todos los tipos de cáncer del sexo masculino en el mundo¹. En Colombia se presenta una incidencia anual estimada de 1 por cada 1 000 000 habitantes⁴. En Ecuador según datos del Registro de Tumores de SOLCA en el año 2015 la incidencia fue del 0.2%³. El riesgo de padecer cáncer de mama en

mujeres en su vida es de 1:8, mientras que en hombres es de 1:1 000⁵

La edad constituye un factor de riesgo de desarrollar CM, aunque generalmente el diagnóstico es más temprano en las mujeres⁶. La historia familiar de CM es un factor de riesgo compartido para ambos sexos, un 20% de pacientes tiene antecedentes en familiares de primer grado, el riesgo aumenta 5 veces cuando hay más de uno con cáncer de mama. Del 5% al 10% de hombres que posean mutación del gen BRCA2 desarrollarán eventualmente CM y en menor proporción aquellos con mutaciones del BRCA1⁷. Las mutaciones familiares de estos genes de línea germinal son los responsables del 4% al 40% del CMM².

El incremento de la concentración de estrógenos o la disminución en el nivel de testosterona podría aumentar el riesgo de desarrollar CMM⁶. Se demostró que en pacientes con CMM, el nivel de estradiol es mayor en comparación con un grupo de la misma edad y etnia⁸. El uso de antiandrógenos para el cáncer de próstata o estrógenos en transexuales se ha asociado al CMM⁹. La obesidad, orquitis/epididimitis también se relacionan con su génesis, pero no de manera concluyente⁷. En el caso presentado no se registran evidencias de asociación con factores hormonales, obesidad o infecciones genitales.

El diagnóstico de CMM es subóptimo, generalmente el estadio inicial es mayor al compararse con el CM en mujeres¹⁰. El síntoma más frecuente es una masa indolora retroareolar con retracción en un 9%, secreción y ulceración en un 6% cada una¹¹. Es común que se encuentre ginecomastia bilateral, pero esta no incrementa el riesgo de producir la enfermedad¹².

Los métodos diagnósticos como ecografía mamaria y mamografía se solicitan previa a la toma de muestra para histopatología¹². Se prefiere la biopsia con aguja gruesa; las indicaciones de cada tipo de biopsia son iguales que en la mujer¹³.

Del total de casos de CM cerca del 90% corresponden a carcinoma ductal infiltrante, seguido de carcinoma ductal in situ, mucinosos, papilares o medulares; los lobulillares generalmente se asocian al síndrome de Klinefelter o estados de hiperestrogenismo¹².

Los CMM tienden a ser receptor estrogénico (RE) positivo (+) hasta en el 90%, y en las mujeres es del 75%; receptor de progesterona (RP) positivo (+) hasta el 80%, comparado con el 65% del CM femenino¹². Es menos probable que el protooncogen Her 2 se exprese en CMM¹⁴. Por dicho motivo el subtipo luminal A (RE+ RP+, Her 2 -) es el más común y concuerda con el caso reportado.

Se estadia mediante el TNM de igual forma que en el CM femenino. La supervivencia general es del 40% al 65 % a los 5 años¹⁴. Los protocolos siguen el mismo esquema o abordaje que para el cáncer de mama en la mujer y la cirugía es la piedra angular del tratamiento a nivel mundial². El procedimiento mayormente realizado es la mastectomía con disección radical de axila o con disección de ganglio centinela (GC), se podría considerar la opción de la cirugía conservadora¹⁵. La biopsia del GC es exitosa y precisa en pacientes masculinos con CM. Para los hombres con ganglios negativos, la biopsia del GC puede reducir la morbilidad relacionada con la disección radical de axila¹⁶. La identificación doble técnica, está recomendada (azul de isosulfán y Tc-99m)¹⁷.

Los criterios para aplicar radioterapia son los mismos que para el CM en la mujer⁷; generalmente en tumores de más de 5mm o márgenes de menos de 10mm¹⁴. La quimioterapia (QT) sigue los lineamientos aprobados para mujeres, por esta razón su uso es más aplicado a pacientes con menos edad, afectación linfática importante o tumores de alto grado. La terapia neoadyuvante es poco utilizada, pero recomendada en casos seleccionados¹⁸.

A pesar del estadiaje del paciente se decidió terapia neoadyuvante para luego ofrecerle un tratamiento quirúrgico. La terapia hormonal se ofrece a pacientes con RE+ por un periodo de 5 años⁵.

El seguimiento deberá realizarse con pruebas de imagen que incluyan mamografía anual⁵.

CONCLUSIÓN

El presente caso clínico revela la necesidad de mantener un índice de sospecha frente a la patología mamaria maligna en el sexo masculino, que merece estadiación y tratamiento de manera similar a la neoplasia mamaria femenina.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Se cuenta con la aprobación del servicio para la realización del presente estudio, además el paciente dio su consentimiento informado, durante el desarrollo de la investigación se mantuvieron las medidas correspondientes para guardar la confidencialidad y cuidar la identidad del paciente.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- ChehabAndrade Jorge Chafic. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Oncológica. SOLCA. Unidad de Cirugía. Departamento de Cirugía Oncológica. Guayaquil-Guayas-Ecuador.
e-mail: jorgechehab@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0275-8563>
- Montes Lainez Hector Daniel. Médico. Especialista en Cirugía General. SOLCA. Unidad de Cirugía. Departamento de Cirugía Oncológica. Guayaquil-Guayas-Ecuador.
e-mail: hector_montes93@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3243-456X>
- Campoverde Vilela Nathaly Paola. Médica. SOLCA. Unidad de Cirugía. Departamento de Cirugía Oncológica. Guayaquil-Guayas-Ecuador.
e-mail: nathycampoverdev@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7617-3472>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores declaran haber contribuido de manera similar en la elaboración del presente manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no poseer conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nofal M, Yousef A. El diagnóstico de cáncer de mama masculino. *Neth J Med.* 2019;77(10):356–9. Disponible en: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=2169>.

2. Gucalp A, Traina T, Eisner J, Parker J, Selitsky S, Park B, et al. Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;173(1):37-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513797/>
3. Tanca J, Real J, Jaramillo L, Quinto R. Cáncer en Guayaquil. Registro de Tumores SOLCA-Guayaquil. Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Informe año 2019. Disponible en: http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/Publicacion_RT_2015_22-nov-2019_enero-2020.pdf
4. Angel J, Ibarra J, Diaz S, Lehmann C, Garcia M, Guzman L, et al. Comportamiento clínico de cáncer de mama en hombres en una población latinoamericana. *Rev colomb cancerol.* 2015;19(3):150-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-comportamiento-clinico-cancer-mama-hombres-S0123901515000566>
5. Hassett M, Somerfield M, Baker E, Cardoso F, Kansal K, Kwait D, et al. Management of male breast cancer: ASCO guideline. *J Clin Oncol.* 2020;38(16):1849-63. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.19.03120>
6. Ali Jad Abdelwahab Y. Male breast cancer: Epidemiology and risk factors. *Semin Oncol.* 2017;44(4):267-72. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2017.11.002>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0093775417300684?via%3Dihub>
7. Ruddy K, Winer E. Male breast cancer: risk factors, biology, diagnosis, treatment, and survivorship. *Ann Oncol.* 2013;24(6):1434-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23425944/>
8. Nirmul D, Pegoraro R, Jialal I, Naidoo C, Joubert S. The sex hormone profile of male patients with breast cancer. *Br J Cancer.* 1983;48(3):423-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6684472/>
9. Lee S, Ellis R. Male breast cancer during finasteride therapy. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(4):338-9. <https://doi.org/10.1093/jnci/djh062> Disponible en: <https://academic.oup.com/jnci/article/96/4/338/2606725>
10. Ishii T, Nakano E, Watanabe T, Higashi T. Epidemiology and practice patterns for male breast cancer compared with female breast cancer in Japan. *Cancer Med.* 2020;9(16):6069-75. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cam4.3267>
11. Agrawal A, Ayantunde A, Rampaul R, Robertson J. Male breast cancer: a review of clinical management. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;103(1):11-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17033919/>.
12. Ibáñez R, Calderón G, Márquez Z. Cáncer de mama en hombres: Situación actual a nivel mundial y nacional. *Rev chil cir.* 2011;63(1):95-101. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000100018
13. Vargas-Howell M. Cáncer de mama en hombres: reporte de caso. *Rev médica Univ Costa Rica.* 2014;7(2):58-64. DOI 10.15517/rmu.v7i2.14963. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/14963>
14. Rudlowski C. Male breast cancer. *Breast Care (Basel).* 2008;3(3):183-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931115/>
15. Yadav S, Karam D, Bin Riaz I, Xie H, Durani U, Duma N, et al. Male breast cancer in the United States: Treatment patterns and prognostic factors in the 21st century. *Cancer.* 2020;126(1):26-36. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.32472>
16. Gupta S, Kadayaprath G, Gupta N. Sentinel lymph node biopsy in a male breast cancer: An underutilized procedure in India. *Indian J Surg.* 2020; Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12262-020-02562-8#citeas>
17. Fentiman I. Surgical options for male breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2018;172(3):539-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245106/>
18. Prada N, Ángel J, Ríos D. Cáncer de mama en hombres. ¿Es una entidad diferente al cáncer de mama en la mujer? Revisión de la literatura.

Rev colomb cancerol. 2014;18(2):78–82.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2014.04.003>

Colitis colagenosa, una causa poco estudiada de diarrea crónica. Reporte de caso

Collagenous colitis, an understudied cause of chronic diarrhea.
Case report

■ Sánchez León Juan Sebastián¹, Parra Álvarez Marcela Nataly², Tígsi Mendoza Luis Gabriel³

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 16/06/2021
FECHA DE APROBACIÓN: 27/04/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 30/04/2022

-
1. Posgradista en la Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre. Especialidad Neurología Clínica. Porto Alegre-Río Grande do Sul-Brasil
 2. Maestrante en Nutrición y dietética. Universidad de las Américas. Porto Alegre-Río Grande do Sul. Brasil.
 3. Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Gastroenterología. Cuenca - Ecuador

Caso Clínico | Clinical Case

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.08>

Correspondencia:
juansebastian1516@hotmail.com

Dirección:
Travessa Tuyuty, 74 e Rua Avai

Código Postal:
90050270

Celular:
55 51 995158923

Porto Alegre - Brasil

RESUMEN

Introducción: la colitis colagenosa es un subtipo de colitis microscópica, que se presenta como un cuadro de diarrea sin sangre, de inicio insidioso con períodos de remisión, exacerbación y dolor abdominal. Tiene una prevalencia de 10 a 15 por 100 000 habitantes.

Caso clínico: paciente de 27 años con cuadro de diarrea acuosa de 1 año 6 meses de evolución, asociado al consumo de alimentos y acompañado de malestar abdominal, presenta incremento de la frecuencia evacuatoria. Se realiza calprotectina fecal con resultado de 516 ug/g por lo que se decide endoscopia digestiva alta y baja, con hallazgo endoscópico normal y de histopatología con reporte de colon compatible con colitis colagenosa. Se aplican restricciones dietéticas y de medicamentos desencadenantes; se inicia terapia con subsalicilato de bismuto obteniendo mejoría.

Conclusión: en caso de diarrea crónica no filiada, el estudio debe ser exhaustivo para un diagnóstico certero, como en este caso de colitis colagenosa para definir un tratamiento específico.

Palabras clave: colitis microscópica, diarrea, colitis colagenosa.

ABSTRACT

Introduction: collagenous colitis, is a subtype of microscopic colitis, which presents as a picture of diarrhea without blood, of insidious onset with periods of remission, exacerbation and abdominal pain. It has a prevalence of 10 to 15 per 100 000 inhabitants.

Clinical case: It is a case of a 27-year-old patient with watery diarrhea of 1 year 6 months of evolution, associated with food consumption and accompanied by abdominal discomfort, this person presents an increase in evacuation frequency. Fecal calprotectin was performed with a result of 516 ug/g, so upper and lower gastrointestinal endoscopy was decided, with normal endoscopic findings and histopathology with a colon report compatible with collagenous colitis. Food and trigger medication restrictions apply; therapy with bismuth subsalicylate is started, obtaining improvement.

Conclusion: in the case of unknown chronic diarrhea, the study must be exhaustive for an accurate diagnosis like this case of collagenous colitis to define a specific treatment.

Key words: colitis microscopic, diarrhea, colitis collagenous.

INTRODUCCIÓN

La colitis colagenosa es un subtipo de colitis microscópica similar a la colitis linfocítica¹. La presentación clínica de estas enfermedades y sus variantes, así como la evolución y su tratamiento son los mismos por lo que se estudian dentro de un solo grupo. Su característica es la inflamación crónica en el colon, presentándose clínicamente como un cuadro de diarrea acuosa no sanguinolenta^{1,2}.

Descrita por primera vez en el año de 1976², se estima en general que las colitis microscópicas representan de un 4% al 13% del total de causas de diarrea crónica³, en Europa su prevalencia es de 10 a 15 por 100 000 habitantes, en Norte América de 3 a 4 por 100 000 habitantes^{3,4}.

El diagnóstico de la colitis colagenosa es histológico, caracterizado por la presencia de una banda colágena subepitelial en colon mayor a 10 micrómetros, más evidente entre las criptas⁵.

En todos los pacientes que presenten diarrea crónica es de gran importancia considerar el diagnóstico de colitis microscópica, incluyendo la colitis colagenosa, ya que al ser una patología poco frecuente puede ser pasada por alto y no recibir el tratamiento adecuado.

El tratamiento a diferencia de otras enfermedades inflamatorias del sistema digestivo como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, tiene como primera línea el uso del budesonida⁶, corticoide oral que es utilizado por tener mayor acción local y poca biodisponibilidad sistémica, generando menos efectos adversos en los pacientes. Además, como segunda línea se debe considerar: mesalazina, colestiramina, subsalicilato de bismuto; sumados a medicación para manejo sintomático (antidiarreicos) y el retiro de cualquier alimento o medicamento que pudiera ser desencadenante de episodios diarreicos^{7,8}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años con antecedentes de rinitis alérgica, dermatitis y conjuntivitis tratado con antihistamínicos, además de asma bronquial manejado con salbutamol de rescate y también un diagnóstico previo de reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol. Presenta sin

causa aparente cuadro clínico de 1 año 6 meses caracterizado por diarrea tipo acuosa no sanguinolenta con una frecuencia evacuatoria promedio de 4 deposiciones al día en moderada cantidad, con periodos de exacerbaciones y remisiones, en relación con ciertos alimentos como café, cerveza y bebidas gaseosas, acompañado de malestar abdominal; es tratado como un cuadro de síndrome de intestino irritable tipo diarrea con fibra y mebeverina. Las manifestaciones clínicas se exacerbaban dos semanas antes de acudir a la evaluación con deposiciones diarreicas en mayor frecuencia (6 veces al día) atribuyendo el cuadro

a la ingesta de comida rápida, de manera empírica se administra tratamiento a base de secnidazol y albendazol sin mejoría. Ante la sospecha de un proceso inflamatorio intestinal se solicitan exámenes complementarios iniciales (Tabla N°1).

Examen físico: sin hallazgos patológicos aparentes al momento de la evaluación. Peso adecuado, no se registra pérdida del mismo. Sin signos clínicos de mala absorción como astenia, distensión abdominal, flatulencia, heces voluminosas o esteatorrea.

Tabla N°1

Exámenes complementarios iniciales

Heces	Color: café, Aspecto: homogéneo, Consistencia: blanda, Moco: negativo, Leucocitos: ausentes, Hematíes: ausentes, Restos vegetales: ausentes, Almidones: negativo, Grasas: negativo, Monilias: negativo, Flora Bacteriana: normal, no se observan parásitos, Polimorfonucleares: 0%
Sangre oculta	Negativo.
Calprotectina fecal	516.6 ug/g (positivo mayor 200)

Con estos hallazgos iniciales por el valor patológico de la calprotectina fecal se decide inicio de estudio para diarreas de origen inflamatorio (Tabla N°2).

Tabla N°2

Exámenes complementarios secundarios

Biometría	Sin Hallazgos patológicos
Vsg	23 mm/1h (0 – 22 mm/1h)
Pcr	0.08 mg/dl (0.01 – 0.5)
Ferritina	221.9 ng/ml (28 – 397 ng/ml)
Hiv	No reactivo
Heces	Características similares al anterior. Coprocultivo: Negativo
Sangre oculta	Negativa
Calprotectina fecal	364.6 ug/g (positivo mayor a 200)

Por el valor de la calprotectina fecal, se toma la decisión de realizar video endoscopia alta (Imagen N°1) y baja (Imagen N°2) para toma de biopsias (Imágenes N°3, N°4 y N°5).

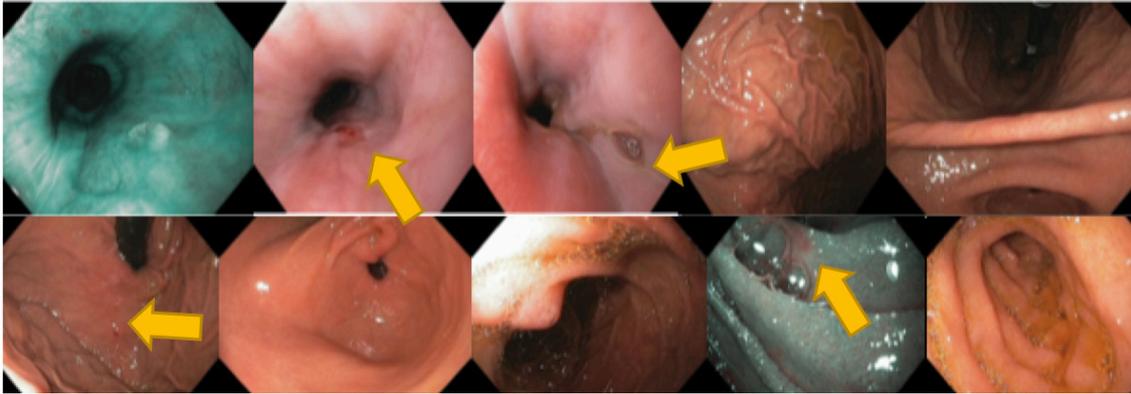


Imagen N°1

Endoscopia digestiva alta: se observan imágenes compatibles con gastropatía eritematosa.

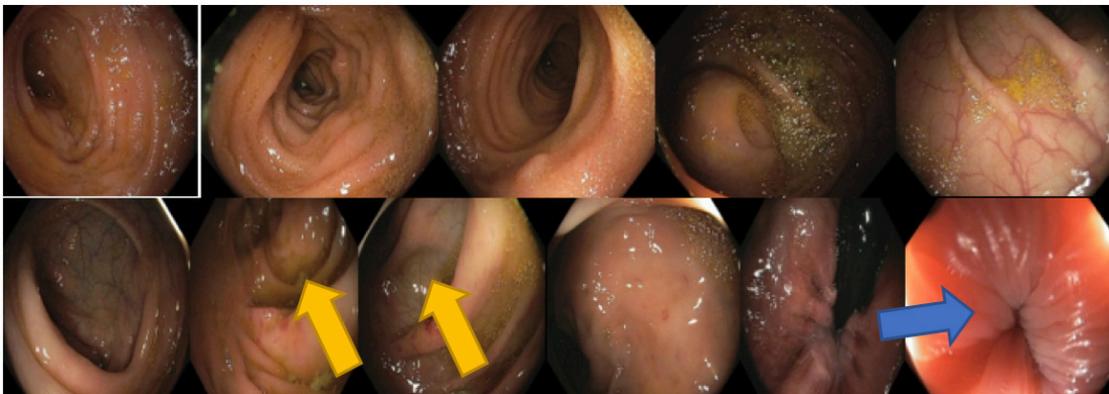


Imagen N°2

Colonoscopia más ileoscopia: se observa íleon nodular (flecha amarilla), con sospecha hiperplasia nodular linfocitaria. Colitis izquierda leve (flecha azul) - biopsias

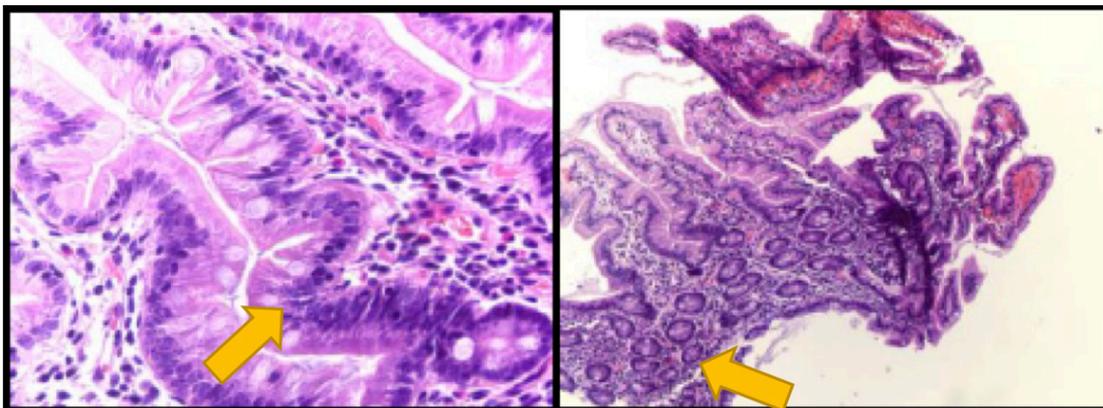


Imagen N°3

Biopsia de duodeno: se observa duodenitis crónica activa pseudopolipósica.

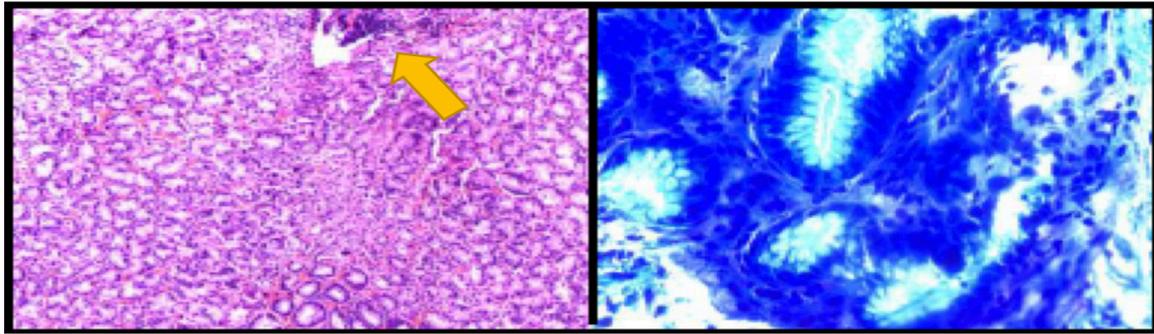


Imagen N°4

Biopsia gástrica: gastritis crónica superficial y profunda en mucosa de antro, *Helicobacter Pylori*: negativo

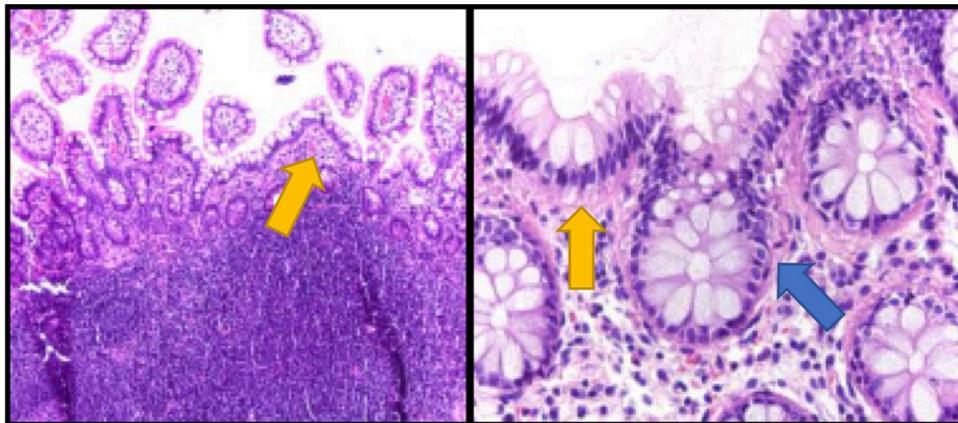


Imagen N°5

Biopsia de íleon y de colon: ileítis crónica (flecha azul), banda colágena subepitelial en colon compatible con colitis colagenosa (flecha amarilla)

Con el resultado de las biopsias, sumado a las características clínicas del paciente se diagnostica de colitis colagenosa; siendo inicialmente el principal objetivo terapéutico la remisión clínica, consiguiéndose la disminución de deposiciones por día a una cantidad menor a 3. En primera instancia se recomendó evitar ciertos alimentos como lácteos, cafeína, colorantes y gluten que pueden exacerbar el cuadro. Así como suspender el uso del omeprazol, siendo uno de los más asociados con esta patología^{9,1}. Con la evidencia disponible se decide iniciar el uso de salicilato de bismuto en dosis de 262 mg 3 veces al día, ya que tiene propiedades antiinflamatorias, antidiarreicas y antibióticas además se ha demostrado que induce la remisión de los síntomas y desaparición de la banda de colágeno¹⁰.

Se recomiendan antidiarreicos como loperamida, corticoides tipo budesonida oral, los cuales mejoran

los síntomas de dolor abdominal, la consistencia de las heces y su calidad de vida, ya que induce y mantiene dicha remisión clínica e histológica^{10,9}; sin embargo, se descarta su uso debido a que en el país no se dispone de los mismos.

El paciente experimentó mejoría clínica a la semana del tratamiento instaurado, con disminución de la frecuencia evacuatoria a menos de 3 al día y de consistencia semisólida, se decide mantener el tratamiento con salicilato de bismuto por 8 semanas, así como medidas dietéticas pautadas. Luego de este período las características de las deposiciones y la frecuencia evacuatoria persisten dentro de objetivos mencionados, negando deposiciones líquidas, así como ausencia de dolor abdominal, urgencia fecal o incontinencia. En este momento se decide suspender la medicación oral y mantener únicamente medidas dietéticas enfocadas en evitar cualquier desencadenante

de los síntomas, sugiriendo seguimiento por especialista en nutrición. La calidad de vida mejoró significativamente, ya que al desaparecer las deposiciones líquidas ha logrado desenvolver su vida de manera normal.

DISCUSIÓN

La colitis colagenosa se manifiesta con deposiciones diarreicas crónicas, como en el caso clínico presentado, de más de un año de evolución, de característica acuosa y en ausencia de sangre¹¹. Dicha enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres y respecto al rango de edad en su mayoría después de los 50 años, aunque puede presentarse a cualquier edad, existiendo estudios con diagnósticos de pacientes de 40 años o incluso más jóvenes como el caso de la variedad colagenosa¹².

Debido a que existe una fuerte asociación entre la colitis colagenosa y ciertas enfermedades autoinmunes como por ejemplo tiroiditis, diabetes mellitus tipo I y artritis oligoarticular no erosiva¹² es importante valorar clínicamente y descartar estas posibilidades en el paciente, las cuales han sido estudiadas y se evidencia ausencia de las mismas. Se analizó el antecedente alérgico, pues la disfunción motora intestinal podría tener relación con un proceso inflamatorio ante la presencia de un alérgeno¹². Así como descartar cuadro de gastroenteritis eosinofílica como un diagnóstico diferencial por los antecedentes del paciente.

Al ser los medicamentos unos de los principales desencadenantes de episodios agudos de colitis, se estudió en el interrogatorio sobre el consumo de los principalmente asociados: AINES, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, e inhibidores de la recaptación de serotonina^{13,10}, entre los cuales el paciente menciona consumo de omeprazol. De igual manera los pacientes pueden mejorar al suspender la ingestión de secretagogos intestinales como la cafeína.

Aproximadamente la mitad de los casos de colitis microscópica cumplen criterios de síndrome de intestino irritable tales como períodos de estreñimiento, distensión y dolor abdominal. Según un estudio realizado en la ciudad de México, se demuestra una prevalencia de colitis microscópica del 18% en pacientes con criterio para dicha enfermedad con predominio de diarrea^{2,14}, es por eso que de acuerdo al algoritmo de la Sociedad

Española de Gastroenterología, ante la sospecha de éste síndrome, como en el caso presentado, se debe solicitar el estudio de la calprotectina fecal, ya que posee una elevada sensibilidad y especificidad¹⁵, marcador inflamatorio que se evidencia aumentado en el examen de heces del paciente. Posterior a este resultado alterado se sugiere la realización de colonoscopia con toma de biopsias^{10,15}, procedimiento diagnóstico que se aplicó en el caso.

En cuanto a los hallazgos macroscópicos, en la colonoscopia se evidencia aparente normalidad; sin embargo, es necesario la toma de muestras de biopsia para establecer el diagnóstico, que de acuerdo a la literatura se caracteriza por una banda colágena subepitelial^{10,16}, tal como se describe en el estudio histopatológico del paciente.

Los resultados del laboratorio clínico, los exámenes complementarios comúnmente son normales, aunque puede presentar anemia leve y VSG elevada^{16,10} se ha estudiado que son manifestaciones inespecíficas, en el paciente del caso dichos valores se encuentran dentro del rango normal.

Respecto al manejo clínico, el pilar fundamental es la disminución de las evacuaciones líquidas por día, lo cual se ha logrado con la instauración del tratamiento. Se ha eliminado el consumo de los fármacos desencadenantes como es el caso de IBP^{16,10}. La budesonida es el medicamento más estudiado para la colitis microscópica, ya que en varios estudios y metaanálisis de Cochrane se ha demostrado superior al efecto placebo, al inducir remisión clínica en el 80% de casos aproximadamente, demostrando ser superior a la prednisolona y con menores efectos adversos. La Sociedad Americana de Gastroenterología, recomienda el uso de budesonida como tratamiento de primera línea ya que logra la remisión clínica en un promedio de 7-13 días^{6,16}; sin embargo, en Ecuador no se dispone del mismo, por lo que es necesario buscar otras alternativas. No se ha decidido recomendar el uso de prednisona ya que la bibliografía sugiere que no existe suficiente evidencia en su uso^{16,1} debido a que reduce la inflamación del colon, mas no disminuye el grosor de la banda de colágeno además presenta un mayor riesgo de efectos adversos, así como recaída al momento de suspender el tratamiento^{16,17,10}.

Existen datos que sugieren que otros tratamientos pueden ser efectivos en estos pacientes.

Destacan por la mayor experiencia en su uso los antibióticos (metronidazol, eritromicina, penicilina G), la mepacrina y el subsalicilato de bismuto¹⁸. Se decidió el uso de salicilato de bismuto como terapia de segunda línea^{18,4,6}, ya que se ha evidenciado en un estudio que ayuda en la disminución de la frecuencia fecal, así como mejora en la consistencia de las heces y disminución del grosor de la banda de colágeno^{18,12}.

El uso de inmunomoduladores podría ser una alternativa en caso de que fracase la terapia con budesonida y agentes antidiarreicos^{18,10}; sin embargo, en el caso presente no ha sido necesario ya que se ha visto una mejoría clínica. Finalmente, la cirugía se ha planteado como alternativa en casos severos y refractarios al tratamiento médico^{18,11} con derivación del tránsito intestinal mediante una ileostomía o la proctocolectomía total con ileostomía, pero sin evidencia para ser recomendada ya que ha respondido adecuadamente a la terapia iniciada.

En este caso se puede observar una mejoría de los síntomas en pocos días, sin embargo, la resolución completa del cuadro requiere de 6 a 8 semanas, es por eso que se envía el tratamiento para este período de tiempo, bajo supervisión médica permanente, acompañado de una dieta adecuada.

CONCLUSIÓN

La colitis colagenosa es una enfermedad inflamatoria intestinal poco estudiada por lo que se convierte en una causa frecuente de diarrea crónica.

Una correcta anamnesis acompañada del estudio histopatológico permitirá llegar al diagnóstico certero con el cual se puede mejorar el manejo y la calidad de vida de estos pacientes.

Pese a la ausencia de medicamentos estándar en Ecuador para el manejo, como budesonida y loperamida, se logra remisión clínica y alivio en la sintomatología con el tratamiento de segunda línea disponible, acompañado de mejora en medidas dietéticas.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio se efectuó bajo total confidencialidad de datos personales del paciente y con el respectivo consentimiento informado

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El conocer cuál es la causa de mis síntomas, es una tranquilidad pues saber que es algo tratable con evolución favorable alivia la ansiedad que la enfermedad pudo generar en mí. Al tener claro el diagnóstico, el tratamiento específico me hace sentir confiado que el problema seguirá mejorando hasta el punto de no interferir en mis actividades diarias.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Sánchez León Juan Sebastián. Médico. Especialista en Medicina Interna. Posgradista en la Santa Casa de Misericordia Porto Alegre. Especialidad Neurología Clínica. Porto Alegre-Río Grande do Sul-Brasil.

e-mail: juansebastian1516@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9955-7030>

- Parra Álvarez Marcela Nataly. Médica. Maestrante en Nutrición y dietética. Universidad de las Américas. Porto Alegre-Río Grande do Sul. Brasil.

e-mail: gary_1156@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4131-4877>

- Tigsí Mendoza Luis Gabriel. Médico. Especialista en Gastroenterología. Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Especialidades Clínicas. Gastroenterología. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: gabo9002@hotmail.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7166-8986>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran haber contribuido de manera similar en la elaboración del presente artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Fondos propios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Toole A. Optimal management of collagenous colitis: a review, Clin Exp Gastroenterol. 2016; 9: 31–39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754103/>

2. Perez J. Colitis microscópica. *Revista de Gastroenterología de México* 2011; Supl.1(76):72-74. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-colitis-microscopica-articulo-X0375090611252703>
3. Ianiro G, Cammarota G, Valerio L, Annicchiarico B, Milani A, Siciliano M, Gasbarrini A. Microscopic Colitis. *World J Gastroenterol.* 2012;18(43):6206-6215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23180940/>
4. Muñoz G. Colitis microscópica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI* 2014;(611)471-476. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51266>
5. Bohr J, Wickbom A, Hegedus A, et al. Diagnosis and management of microscopic colitis: current perspectives. *Clin Exp Gastroenterol.* 2014;7:273-284. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25170275/>
6. Nguyen G, Smalley W, Swaroop S, Carrasco A, Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Microscopic Colitis. *Gastroenterology* 2016; 150: 242-246. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/136561/American-Gastroenterological-Association-Institute-Guideline.pdf;jsessionid=F9031D93885D27DDB9952DD6DC0568A1?sequence=1>
7. Beaugerie L, Pardi DS. Patients with drug-induced microscopic colitis should not be included in controlled trials assessing the efficacy of anti-inflammatory drugs in microscopic colitis. *Gastroenterology* 2009;137:1535. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2005.02561.x>
8. Arasaradnam R, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd Edition. *Gut* 2018;67:1380-1399. Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/67/8/1380>
9. Miehlike S, Guagnozzi D, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology (UEG) and European Microscopic Colitis Group (EMCG) statements and recommendations. *United European Gastroenterology Journal* 2020;0(0) 1-28. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050640620951905>
10. Zabana Y, Ferrer C, Aceituno M, et al. Colitis microscópica: avances para una mejor identificación en los pacientes con diarrea crónica. *GastroenterolHepatol.* 2017;40(2):107-116. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-colitis-microscopica-avances-una-mejor-S0210570516000923>
11. Rojas R. Diagnóstico y manejo de la colitis microscópica. *Gastroenterología Latinoamericana* 2019;30(2)35-38. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019s1000.07.pdf>
12. Bauta J, Pupo A. Colitis microscópica. *Correo Científico Médico* 2017;21(2):526-539. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200017&lng=es.
13. Betancourt S, García D, Garrido M, et al. Colitis microscópica: serie de casos y revisión de la bibliografía. *Revista médica MD* 2019;10(4):265-270. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2019/md194f.pdf>
14. Prieto R, Prieto E. Colitis microscópica, un diagnóstico en aumento. *Revista Colombiana de Gastroenterología.* 2019;34(4):399-403. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.377>
15. Balboa A, Ciriza C, Delgado S, et al. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Asociación Española de Gastroenterología. 2017. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/contenidos/siendrome_del_intestino_irritable.pdf
16. Mellander MR, Ekblom A, Hultcrantz R, Löfberg R, Öst A, Björk J. Microscopic colitis: a descriptive clinical cohort study of 795 patients with collagenous and lymphocytic colitis. *Scand J Gastroenterol* 2016;51(5):556-562. DOI: 10.3109/00365521.2015.1124283 Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365521.2015.1124283?scroll=top&needAccess=true>

17. Rojo E, Casanova MJ, Gisbert JP. Tratamiento de la colitis microscópica: papel de la budesonida y nuevas alternativas en pacientes refractarios. *Rev Esp Enferm Dig* 2020;112(1):53-58. Disponible en: <https://www.reed.es/ArticuloFicha.aspx?id=4516&hst=0&idR=80&tp=1&AspxAutoDetectCookieSupport=1>
18. Chande N, Al Yatama N, Bhanji T, Nguyen, McDonald J, MacDonald. Interventions for treating lymphocytic colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD006096. doi:10.1002/14651858.CD006096.pub4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483541/>

Granulomatosis con poliangiitis (Wegener) con sangrado gastrointestinal. Reporte de caso

Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's) with gastrointestinal bleeding. Case report

López Valencia Jessica Anabel¹, Bermeo Cabrera Marcia Janneth², Sacoto Flores Goethe Salomón³

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/04/2022
FECHA DE APROBACIÓN: 04/05/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 21/05/2022

1. Posgradista de la Universidad de Cuenca.
Especialidad Medicina Interna.
Cuenca - Ecuador
2. Hospital Municipal de Cuenca.
Unidad de Medicina Interna.
Medicina Interna.
Cuenca - Ecuador
3. Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Carrera de Medicina.
Cuenca - Ecuador

Caso Clínico | Clinical Case

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.09>

Correspondencia:
jeslop369@hotmail.com

Dirección:
Av. 12 de Abril y los Arupos

Código Postal:
010107

Celular:
09970 53013

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Introducción: las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) se caracterizan por inflamación de vasos sanguíneos de calibre pequeño y un alto porcentaje de positividad para anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

Caso clínico: hombre mestizo de 74 años, con disfonía, pérdida de peso, lesiones eritematosas superficiales distribuidas en miembros inferiores. Una semana previa a su ingreso presentó rectorragias, dolor abdominal difuso con datos clínicos de choque hipovolémico, se identificó colitis ulcerosa (colonoscopia) y serología positiva para PR3-ANCA. Se inició tratamiento inmunosupresor con evolución favorable.

Conclusión: las VAA tienen fenotipos clínicos variables con formas de leves a fulminantes, deben sospecharse de manera temprana, tratarlas oportunamente para influir favorablemente en su pronóstico.

Palabras clave: granulomatosis con poliangiitis, vasculitis, hemorragia, patología.

ABSTRACT

Introduction: ANCA-associated vasculitides (AAV) are characterized by inflammation of small caliber blood vessels and a high percentage of positivity for antineutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA).

Clinical case: It is a case of a 74-year-old mestizo man, with dysphonia, weight loss, superficial erythematous lesions distributed in lower limbs. One week prior to admission, he presented rectal bleeding, diffuse abdominal pain with clinical data of hypovolemic shock, ulcerative colitis was identified (colonoscopy) and positive serology for PR3-ANCA. Immunosuppressive treatment was started with favorable evolution.

Conclusion: AAV have variable clinical phenotypes with forms from mild to fulminant, they should be suspected early, treated promptly to favorably influence their prognosis.

Key words: granulomatosis with polyangiitis, vasculitis, hemorrhage, pathology.

INTRODUCCIÓN

Las vasculitis sistémicas primarias (VSP) son un grupo de enfermedades heterogéneas en su presentación clínica que histopatológicamente se caracterizan por presentar infiltrado leucocitario en la pared de los vasos sanguíneos, produciendo un daño estructural (estenosis, dilatación, ruptura) con consecuencias clínicas que pueden ser letales; el espectro clínico de las VSP difieren en base a su epidemiología, etiología, patogenia, tipo y calibre de vasos afectados, topografía de órganos afectados, hallazgos histológicos y susceptibilidad genética. La clasificación más usada en la actualidad se basa en las definiciones nominales propuestas por la Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill (CHCC) del año 2012, que toma como referencia principal el tamaño predominante de los vasos afectados¹. Dentro del grupo de vasculitis de vasos pequeños se encuentran las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (VAA), un subgrupo de vasculitis sistémica autoinmune grave con un alto porcentaje positividad para anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)² y que permite sean agrupadas de forma específica en granulomatosis con poliangitis (GPA), granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA) y poliangitis microscópica (PAM)^{3,4}.

Se presenta un caso de VAA tipo granulomatosis con poliangitis (GPA) con afectación cutánea, respiratoria alta y baja (pulmonar), gastrointestinal y renal, se destaca sus manifestaciones clínicas atípicas y el tiempo transcurrido para llegar a su diagnóstico definitivo, considerándolo un desafío en el estudio clínico diferencial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 74 años, varón, procedente y residente en Cuenca, mestizo, jubilado, con antecedente de hospitalización hace 3 años por cuadro de disfonía y pérdida de peso (aproximadamente 10 kilos en los últimos 3 meses), se demostró en tomografía computada (TC) de tórax lesiones nodulares bilaterales y elevación de dímero D, sospechándose de neoplasia linfoproliferativa la cual se descartó. Hace un año presentó cefalea acompañado de lesiones eritematosas en miembros inferiores y nueva elevación de

dímero D, siendo diagnosticado de trombosis venosa profunda. Hace 48 horas acudió a servicio de emergencia por presentar rectorragia de 8 días de evolución con una frecuencia de tres a cuatro por día. Al examen físico se evidenció inestabilidad hemodinámica por hipotensión arterial (80/40mmHg), taquicardia (120 latidos por minuto) y llenado capilar mayor a 3 segundos, piel pálida, mucosas orales secas, abdomen doloroso en forma difusa, extremidades inferiores con lesiones eritematosas, palpables de bordes regulares, que no desaparecen a la digitopresión, se realizó endoscopia digestiva alta y baja que reportaron gastropatía crónica atrófica (Imagen N°1), colitis ulcerosa (CU) de moderada a severa (Truelove Witt 15 puntos, Montreal S3). En biopsia de lesiones cutáneas de pierna derecha se observó dermatitis crónica inespecífica con patrón perivascular. En los estudios complementarios (Tabla N°1) destaca leucocitosis con neutrofilia, anemia moderada, elevación de reactantes de fase aguda, hiperazoemia y hematuria. RT-PCR para SARS-CoV-2, serología para hepatitis B,C, HIV y prueba de PPD negativos.

Por sospecha de vasculitis sistémica se solicitaron estudios de extensión diagnóstica (inmunológicos e imagen), resaltando el hallazgo de positividad a título alto para PR3-ANCA por ELISA y por TC de tórax simple datos sugerentes de vasculitis pulmonar bilateral. (Imagen N°2). Por el fenotipo clínico descrito y hallazgos de laboratorio se estableció diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA, subgrupo granulomatosis con poliangitis (granulomatosis de Wegener) con un índice de actividad Birmingham Vasculitis Activity Score versión 3 (BVASv3) de 25/63 y topográficamente localizada a nivel de vía aérea alta (disfonía), pulmón (nódulos y neumopatía intersticial), renal (hematuria), piel (púrpura) y, gastrointestinal (sangrado bajo); se inició tratamiento de inducción a la remisión de actividad con inmunosupresión dual a base de rituximab (1 gramo en dos dosis, 0 y 15 días) y glucocorticoides (prednisona 1 gramo/kg/día), la respuesta al manejo inicial fue favorable por disminución franca de lesiones cutáneas, remisión de hematuria y ausencia de nuevos episodios de sangrado; como tratamiento de mantenimiento de remisión de actividad se decidió el uso semestral de rituximab y monitorización periódica de actividad de enfermedad.



Imagen N°1

A. Imagen de miembros inferiores demuestra manchas purpúricas y lesiones papulonecroticas. B. colonoscopia. Colitis ulcerosa moderada-severa, erosiones y úlceras con fondo de fibrina friable al rose sin sangrado espontáneo (flecha), eritema intenso desde el recto hasta el ciego.

Tabla N°1

Exámenes de laboratorio al ingreso

Parámetro	Valor	Referencia
Biometría		
Leucocitos	11.95	5.00-10.00x10 ³ /uL
Neutrófilos	90.2	%
Hemoglobina	7.8	12.6-16.4 g/dl
Hematocrito	25.1	%
Plaquetas	447	150-450 x 10 ³ /uL
Reactantes de Fase aguda		
Proteína C reactiva (PCR)	13.22	Hasta 0.6 mg/dL
Dímero D	5995.7	50-500 FEU/ml
Ferritina	368	25-350 ng/dl
Función renal		
Urea	37.39	15.0-045.0 mg/dL
Creatinina	1.43	0.7-1.4 mg/dL
Uroanálisis		
Sangre	250 eri/UI	
Hematíes	100/c	< 4 / campo
Inmunológicos		
Ac. Anti-nucleares (ANA) HEp-2 IF	Negativo	Positivo >1:40
MPO-ANCA (ELISA)	2.65 U	Positivo 21 a 30
PR3-ANCA (ELISA)	42.20 U	Positivo 21 a 30
		Positivo fuerte >30
Ac. Anti. membrana basal glomerular*	2.60 U	Negativo <20
		Positivo 21 a 30
Complemento C3 (nefelometría)	65.50	79.00-152.00 mg/dl
Complemento C4 (nefelometría)	14.50	16.00-38.00 mg/dl

*ELISA: ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas



Imagen N°2

TC de tórax simple. Área de vidrio despulido y patrón alveolar a nivel de lóbulos superior e inferior, datos sugestivos de vasculitis pulmonar bilateral.

DISCUSIÓN

La GPA tiene una prevalencia de 0.4 a 11.9 casos por millón de personas al año, afecta predominantemente a la población de ascendencia europea^{2,5}, es más frecuente en adultos mayores, sin discriminación por sexo², en el país se desconoce su prevalencia e incidencia siendo por aquello importante su presentación ya que servirá de base para futuros estudios con un mejor nivel de evidencia.

La mortalidad en GPA no tratada se ha documentado en un 82% al año y mayor al 90% a los dos años, lo cual cambia radicalmente con el manejo inmunosupresor (supervivencia a 5 años entre el 70%-80%)⁶. Las manifestaciones clínicas en VAA son muy variadas, con síntomas generales prodrómicos (malestar general, fiebre, pérdida de peso, artralgias, mialgias) que pueden presentarse de forma temprana, tener una duración de semanas a meses y estar o no acompañada de compromiso sistémico.

Prácticamente cualquier órgano puede verse afectado; sin embargo, existe cierta preferencia topográfica en las diferentes VAA que permiten identificar fenotipos de sospecha. (Imagen N°3). En la GPA el compromiso otorrinolaringológico ocurre en un 85%-100% de casos; el laringotraqueal se ha reportado en un 15%-55%²; el pulmón es frecuentemente afectado, siendo la inflamación granulomatosa necrosante característica, la enfermedad nodular múltiple o única puede encontrarse hasta en un 50% de casos y puede

cavitar por necrosis central. La GPA es una causa frecuente de capilaritis pulmonar, la cual genera hemorragia alveolar difusa (HAD) hasta en un 22%-30%³; el espectro clínico en HAD varía desde hallazgos incidentales por imágenes o lavados broncoalveolar (LBA) en pacientes asintomáticos hasta insuficiencia respiratoria aguda potencialmente mortal, la mayoría de pacientes con HAD presentan disnea que progresa rápidamente, otros hallazgos son hemoptisis (aunque está ausente en un tercio de los casos) tos y dolor torácico.

La combinación de disminución del nivel de hemoglobina en sangre o hematocrito y opacidades alveolares es altamente sugestiva de HAD incluso en ausencia de hemoptisis, por lo cual es importante mantener una alta sospecha ya que su identificación y tratamiento temprano es un aspecto clave para disminuir la mortalidad asociada (10%-25%)⁷. Las manifestaciones gastrointestinales (GI) en VAA son poco frecuentes y variable en su presentación clínica. Son consideradas manifestaciones graves pancreatitis, apendicitis, colecistitis, infarto hemorrágico y perforación intestinal y/o gástrica², los síntomas acompañantes pueden ser dolor abdominal inespecífico, náuseas, vómito, diarreas hematemesis o melenas^{8,9}. La afectación cutánea ocurre en un 30% a 50% de casos con GPA, siendo la lesión más frecuente la púrpura palpable y en extremidades inferiores, el cuadro puede ser polimórfico con pápulas, nódulos, vesículas, ampollas, lesiones ulcerativas y necróticas¹⁰. Estas manifestaciones típicamente presentan un curso clínico y cíclico con recaídas

que duran semanas a meses y resuelven con el manejo inmunosupresor sistémico¹¹. El compromiso renal es comúnmente encontrado en las vasculitis necrosantes de pequeños vasos como GPA (70%), su espectro clínico va desde una

glomerulonefritis rápidamente progresiva de tipo 3 o pauci-inmune¹², otras manifestaciones como hematuria microscópica con cilindros eritrocitarios, proteinuria en rango no nefrótico².

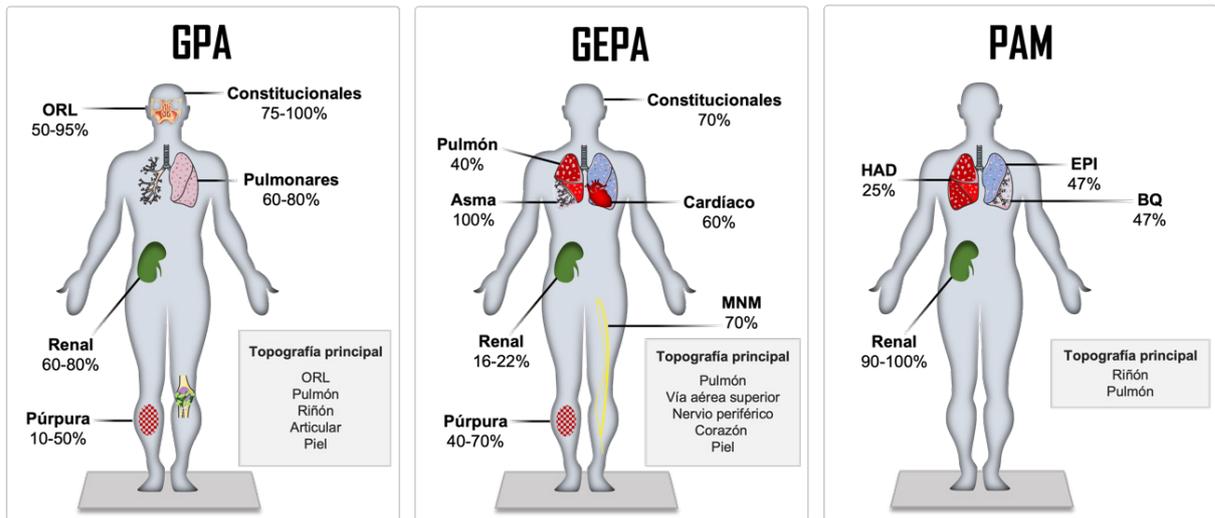


Imagen N°3

Fenotipos clínicos y frecuencia de presentación en VAA.

En la imagen se describen las manifestaciones clínicas más frecuentes de las VAA. GPA (*Granulomatosis con poliangitis*). Manifestaciones constitucionales (fiebre, pérdida de peso, fatiga, artralgias), otorrinolaringológicas (costras nasales, epistaxis, úlceras nasales, sinusitis, otitis e hipoacusia neurosensorial), pulmonares (nódulos pulmonares sólidos o cavitados, hemorragia alveolar difusa, estenosis subglótica o bronquial) y renales. GEPA (Glomerulomatosis eosinofílica con poliangitis). Manifestaciones constitucionales (fiebre, pérdida de peso, fatiga, artralgias), pulmonares y de vía aérea (asma, poliposis nasal, rinitis, nódulos pulmonares), de sistema nervioso periférico (mononeuritis múltiple), cutáneas (púrpura, nódulos subcutáneos), cardíacas (miocarditis, pericarditis, hipertensión, valvulopatía, falla cardíaca) y renales (glomerulonefritis focal o difusa). PAM (*Poliangitis microscópica*). Compromiso renal (glomerulonefritis rápidamente progresiva, hematuria y proteinuria) y pulmonar con hemorragia alveolar difusa (HAD), enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y bronquiectasias^{6,7}.

En el presente caso se reportaron hallazgos clínicos y de laboratorio que se han encontrado asociados

frecuentemente a manifestaciones renales, tales como síntomas generales (fiebre, pérdida de peso, fatiga), síntomas gastrointestinales, incremento en la PCR, hipocomplementemia y positividad para PR3-ANCA, recalcando la importancia de buscar afectación renal basal con estas asociaciones por la influencia directa en la decisión terapéutica y pronóstico a corto y largo plazo¹³.

En el diagnóstico de una VAA es indispensable realizar una anamnesis y examen físico exhaustivo², ya que son las claves para llegar a un diagnóstico temprano y oportuno, es importante además el apoyo con estudios paraclínicos (sangre, orina, histopatología e imágenes) que permitirán descartar simuladores o causas secundarias de vasculitis (infecciones, tumores, genéticas, émbolos de colesterol, calcifilaxia, fármacos), lo cual es esencial como primer paso a seguir en el estudio diferencial de una VSP; posteriormente se pueden realizar estudios específicos dependiendo del órgano que se sospeche que esté afectados³. En la Tabla N°2 se resumen los exámenes recomendados para el estudio de VSP.

Tabla N°2.

Estudios para evaluar la presencia de simuladores de vasculitis.

Hematología	Hemograma, VSG, coagulación
Bioquímica/orina	Urea, creatinina, ionograma, pruebas de función hepática, PCR, proteinograma, perfil lipídico, TSH, PTH, HbA1c, examen general de orina con estudio de sedimento, proteinuria en orina de 24 horas.
Inmunología	ANCA, ANA, ENA, factor reumatoide, C3, C4, anticuerpos anticardiolipinas, crioglobulinas.
Microbiología	Hemocultivos (bacterias/hongos), urocultivos pruebas para VIH, VHB, VHC, tuberculosis, sífilis, COVID-19, cultivo-biopsia.
Otros*	Imágenes: (<i>ultrasonido, radiografía, tomografías, resonancia magnética</i>). Endoscopía. Biopsia

*Según sospecha diagnóstica. Modificado de Nat Rev Dis Primer. 2020 Aug 27;6(1):1–27. DOI: 10.1038/s41572-020-0204-y.

Como biomarcadores los ANCA son de utilidad para respaldar el diagnóstico de una VAA, se recomienda la medición de antígeno para proteinasa 3 (PR3)-ANCA y mieloperoxidasa (MPO)-ANCA por ELISA y ANCA por inmunofluorescencia indirecta (IFI)¹⁴.

El tratamiento de la VAA comprende de dos fases; la primera fase se denomina de inducción a la remisión, tiene un promedio de duración de 3 a 6 meses y su principal objetivo es evitar la alta morbilidad, la segunda se denomina de mantenimiento de la remisión, tiene una duración que va desde 3-6 a 24-48 meses¹⁵ y tiene como objetivos prevenir recaídas, minimizar la toxicidad de los medicamentos inmunosupresores usados en la fase de inducción² y disminuir la dosis de GC¹⁶. En las dos fases son opciones terapéuticas rituximab o ciclofosfamida en conjunto con GC (1mg/kg/día de prednisona o equivalente), especialmente cuando existe enfermedad activa y grave^{2,5,6,15}. En algunos casos de enfermedad grave (p. ej. HAD, GMNRP) se recomienda el uso de metilprednisolona (PM) en dosis de 1gramo por tres días, sin embargo, su uso para inducir remisión en VAA grave se asocia a un riesgo incrementado de infección (hazard ratio (HR) 2.7, IC 95% [1.4-5.3], p=0.004) y mayor incidencia de diabetes (hazard ratio 6.33 [1.94-20.63], p=0.002), por lo que debe ser usada con precaución¹⁷. En enfermedad no grave no existe un consenso sobre su dosis, se recomienda usar 0.5 mg/kg/día de prednisona o su equivalente¹⁸. Varios estudios prospectivos han reportado eficacia similar para la administración de rituximab o ciclofosfamida en la terapia de inducción a la remisión de la actividad^{19,20}.

CONCLUSIONES

Las VAA tienen fenotipos clínicos variables con formas de leves a fulminantes, deben sospecharse de manera temprana a pesar de tratarse de manifestaciones atípicas como rectorragias, dolor abdominal difuso con datos clínicos de choque hipovolémico.

La identificación temprana apoyada en la colonoscopia y la serología positiva para PR3-ANCA permitieron iniciar un tratamiento inmunosupresor con evolución favorable.

Al ser los inmunosupresores la base terapéutica en las VSP se debe identificar de forma oportuna otras condiciones asociadas (por ejemplo, infecciones) ya que de no hacerlo y no tratarlas las consecuencias pueden ser perjudiciales.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Los autores poseen el respectivo consentimiento informado por parte del paciente para la publicación de las imágenes y del caso clínico.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- López Valencia Jessica Anabel. Médica. Posgradista de la Universidad de Cuenca. Especialidad Medicina Interna. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: jeslop369@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8319-559X>

- Bermeo Cabrera Marcia Janneth. Médica. Especialista en Medicina Endocrinología. Hospital Municipal de Cuenca. Unidad de Medicina Interna. Coordinadora de Docencia e Investigación/ Medicina Interna. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: jrbendocrino@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0483-1592>
- Sacoto Flores Goethe Salomón. Médico. Alta Especialidad en Medicina Vasculitis Sistémicas Primarias. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Docente de la Carrera de Medicina. Cuenca-Azuay-Ecuador.
e-mail: goethe.sacoto@ucuenca.edu.ec
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8114-0114>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran haber contribuido de manera igual en la concepción, diseño, análisis e interpretación en cuanto a redacción, datos y aprobación final, así como estar en capacidad de responder todos los aspectos del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores refieren no presentar conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1–11. DOI: 10.1002/art.37715.
2. Kitching AR, Anders H-J, Basu N, Brouwer E, Gordon J, Jayne DR, et al. ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Dis Primer.* 2020;27(6):1–27. DOI: 10.1038/s41572-020-0204-y.
3. Sacoto G, Boukhilal S, Specks U, Flores-Suárez LF, Cornec D. Lung involvement in ANCA-associated vasculitis. *Presse Médicale.* 2020;1(49)3:104039. DOI: 10.1016/j.lpm.2020.104039.
4. Ciotoracu AC, Dimăncescu MG, Mitulescu TC, Haralambie CI, Iorga A-M, Busuioc C, et al. A clinical case of recurrent episcleritis as the initial manifestation of granulomatosis with polyangiitis. *Romanian J Ophthalmol.* 2021;65(4):386–90. DOI: 10.22336/rjo.2021.76.
5. 2021 American College of Rheumatology/ Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody–Associated Vasculitis - Chung - 2021 - Arthritis & Rheumatology - Wiley Online Library. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.41773>
6. Sinico RA, Guillevin L, editors. *Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA) Associated Vasculitis*. Springer International Publishing; 2020 (Rare Diseases of the Immune System). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-02239-6>
7. Nasser M, Cottin V. Alveolar Hemorrhage in Vasculitis (Primary and Secondary). *Semin Respir Crit Care Med.* 2018;39(4):482–93. DOI: 10.1055/s-0038-1668533
8. Guillevin L, Le Thi Huong D u, Godeau P, Jais P, Wechsler B. Clinical findings and prognosis of polyarteritis nodosa and Churg-Strauss angiitis: a study in 165 patients. *Br J Rheumatol.* 1988;27(4):258–64. DOI: 10.1093/reumatologia/27.4.258.
9. Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, Guillevin L. Presentation and Outcome of Gastrointestinal Involvement in Systemic Necrotizing Vasculitides: Analysis of 62 Patients With Polyarteritis Nodosa, Microscopic Polyangiitis, Wegener Granulomatosis, Churg-Strauss Syndrome, or Rheumatoid Arthritis-Associated Vasculitis. *Medicine (Baltimore).* 2005;84(2):115–28. DOI: 10.1097/01.md.0000158825.87055.0b

10. Micheletti RG, Chiesa Fuxench Z, Craven A, Watts RA, Luqmani RA, Merkel PA, et al. Cutaneous Manifestations of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody–Associated Vasculitis. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(10):1741–7. DOI: 10.1002/art.41310.
11. Marzano AV, Raimondo MG, Berti E, Meroni PL, Ingegnoli F. Cutaneous Manifestations of ANCA-Associated Small Vessels Vasculitis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2017;1;53(3):428–38. DOI: 10.1007/s12016-017-8616-5.
12. Little M, Pusey C. Rapidly progressive glomerulonephritis: Current and evolving treatment strategies. *J Nephrol.* 2004;1(17) Suppl 8:S10-9. PMID: 15599880, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15599880/>
13. Kronbichler A, Shin JI, Lee KH, Nakagomi D, Quintana LF, Busch M, et al. Clinical associations of renal involvement in ANCA-associated vasculitis. *Autoimmun Rev.* 2020;1(19)4:102495. DOI: 10.1016/j.autrev.2020.102495.
14. Bossuyt X, Cohen Tervaert J-W, Arimura Y, Blockmans D, Flores-Suárez LF, Guillevin L, et al. Position paper: Revised 2017 international consensus on testing of ANCAs in granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis. *Nat Rev Rheumatol.* 2017;13(11):683–92. DOI: 10.1038/nrrheum.2017.140.
15. Raffray L, Guillevin L. Rituximab treatment of ANCA-associated vasculitis. *Expert Opin Biol Ther.* 2020;2(20)8:899–910. DOI: 10.1080/14712598.2020.1748597.
16. Monti S, Brandolino F, Milanesi A, Xoxi B, Delvino P, Montecucco C. Novel Therapies for ANCA-associated Vasculitis. *Curr Rheumatol Rep.* 2021;28(23)6:38. DOI: 10.1007/s11926-021-01010-0.
17. Chanouzas D, McGregor JAG, Nightingale P, Salama AD, Szpirt WM, Basu N, et al. Intravenous pulse methylprednisolone for induction of remission in severe ANCA associated Vasculitis: a multi-center retrospective cohort study. *BMC Nephrol.* 2019;20(58) Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1226-0>
18. Gopaluni S, Smith RM, Lewin M, McAlear CA, Mynard K, Jones RB, et al. Rituximab versus azathioprine as therapy for maintenance of remission for anti-neutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitis (RITAZAREM): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2017;7(18)1:112. DOI: 10.1186/s13063-017-1857-z.
19. Jones RB, Cohen Tervaert JW, Hauser T, Luqmani R, Morgan MD, Peh CA, et al. Rituximab versus Cyclophosphamide in ANCA-Associated Renal Vasculitis. *N Engl J Med.* 2010;15(363)3:211–20. DOI: 10.1056/NEJMoa0909169.
20. de Groot K, Rasmussen N, Bacon P, Cohen W, Feighery C, Gregorini G, et al. Randomized trial of cyclophosphamide versus methotrexate for induction of remission in early systemic antineutrophil cytoplasmic antibody–associated vasculitis. *Arthritis & Rheumatism* 2005;52(8):2461-2469. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.21142>. DOI 10.1002/art.21142

Normas para la publicación en la Revista de la Facultad

Universidad de Cuenca,
Facultad de Ciencias Médicas,
Comisión de Publicaciones.

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca es una publicación cuatrimestral con arbitraje ciego por pares académicos. Publica artículos referentes a temas de salud dirigido a profesionales y estudiantes del área y público en general.

Ingreso y recepción de manuscritos

El ingreso de los manuscritos a la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas se realiza a través de la plataforma Open Journal System (OJS), en el siguiente link: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina>

El manual de usuario para el manejo de la plataforma podrá ser encontrado en el link: <https://www.ucuenca.edu.ec/images/DIUC/Documentos/Manuales/Tutorial-para-autor-Open-Journal-System.pdf>

Si ingresa por primera vez, será necesario registrarse en la plataforma, caso contrario se digitará usuario y contraseña.

Para el ingreso del manuscrito, se debe considerar los siguientes detalles:

- Archivo digital sin nombres de autores, en formato "Word" con una medida estándar ISO A4, márgenes de 2.5 cm a cada lado, letra "arial" de 12 puntos, 1.5 de espacio interlineado y una extensión máxima de 12 páginas numeradas a partir de la hoja del título.

Figuras e imágenes: las imágenes de los manuscritos (máximo 5), deben llevar numeración y una breve explicación de los hallazgos observados al pie de la misma. Las imágenes deben ser de óptima calidad con una resolución mínima de 1,200 dpi (2 Mb); sin identificación de la persona. Las figuras o imágenes contarán con la respectiva autorización si el material ha sido tomado de alguna fuente bibliográfica. El material gráfico a más de incluirse en el texto del manuscrito, debe ser enviado a través de la plataforma o correo de la Comisión (publicaciones.medicina@ucuenca.edu.ec) en formato "jpg".

Tablas: presentar en formato abierto, sin color y referenciadas dentro del texto. El título de la tabla debe ser conciso y hacer referencia a las variables involucradas. De ser el caso, colocar fuente primaria. Ejemplo:

Tabla N° 1
 Título

Variables	n	%
X		
X1	0	00.00
X2	0	00.00
Y		
Y1	0	00.00
Y2	0	00.00

La utilización de **abreviaturas** o **siglas** en el texto, estará precedida por el significado completo de las mismas la primera vez que aparezcan en el documento. Cada referencia, figura o tabla, se citará en el texto en orden numérico. Para **valores numéricos**, se utilizará el punto como separador de decimales (máximo 2) y un espacio en blanco para los miles y millones (exceptuando los años).

Aspectos bioéticos: los artículos científicos para su publicación se sujetarán a las normas nacionales e internacionales de Bioética para investigación y publicación (declaración de Helsinki y Singapur); por lo cual es necesario remitir a la Revista copia de la aprobación del proyecto de investigación por parte de un Comité de Bioética. Para la presentación

de un caso clínico se requerirá el consentimiento informado del paciente. Se solicitará copias de los consentimientos informados de ciertos estudios originales.

Selección de descriptores (DeCS): los descriptores son colecciones de términos que facilitan el acceso a la información. Sirven como lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, informes técnicos y otros materiales disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Todo manuscrito llevará un máximo de cinco descriptores. Se los puede encontrar en el enlace: <http://decs.bvs.br/>

Datos de autores: todos los “ítems” son de carácter obligatorio. El ítem “Institución/Organización/Libre Ejercicio” hace referencia a la institución en la que se presta servicio. En caso de pertenecer a varias instituciones, se tendrá que escoger una sola para poder colocar la “Unidad” y “Departamento” correspondiente. Si forma parte de una Universidad, se especificará si es en calidad de docente, estudiante de 3er o 4to nivel (indicando la carrera o especialidad según corresponda). El documento podrá ser enviado en formato “Word” a través del correo electrónico de la Comisión. (Click para acceder al formulario).

AUTOR N°	
Nombre Completo (2 apellidos-2 nombres)	
Cédula N°	
Código ORCID	https://orcid.org/.....
Apellido Bibliográfico	
Título 3er Nivel	
Título 4to Nivel (escoger un solo título)	
Correspondencia (e-mail)	
Dirección Domiciliaria	
Ciudad-Provincia-País	
Código Postal	
Telf. Convencional - Celular:	
Institución/Organización/Libre Ejercicio	
Unidad	
Departamento	

Los manuscritos incluirán declaración de conflicto de intereses, contribución de los autores y fuentes de financiamiento. El agradecimiento será opcional.

Conflicto de intereses: constituye aquella situación en donde el juicio de un individuo puede estar influenciado por un interés secundario. De no ser el caso, los autores declararán la no existencia de conflicto de intereses.

Contribución de los autores: se considera Autor a quien cumple con los 4 criterios recomendados por el Comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE):

1. Concepción y diseño del trabajo con el correspondiente análisis e interpretación de los datos.
2. Redacción y revisión crítica del manuscrito.
3. Aprobación de la versión final.
4. Capacidad de responder de todos los aspectos del artículo.

http://www.ms.cbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/RecomendacionesICMJEspanol.pdf

Fuentes de financiamiento: incluir el nombre de los patrocinadores con el uso dado a cada una de las fuentes: diseño del estudio, análisis de datos, redacción del informe, etc. De no existir fuentes externas, se colocará “autofinanciado” o “fondos propios”.

Agradecimiento (opcional): expresa la gratitud a aquellas personas o instituciones que, habiendo colaborado, no cumplen con los criterios de autoría, estos son, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito o apoyo general prestado. Podrá saludarse el apoyo financiero o los medios materiales recibidos.

Proceso de Revisión

Los manuscritos enviados a la Revista, ingresan en primera instancia al sistema **urkund** con el objeto de garantizar medidas antiplagio. para luego ser revisados por el Comité Editorial, el cual evaluará la estructura, contenido y presentación. De cumplir con las normas será sometido a arbitraje por pares académicos designados por la Comisión. Los pares académicos a través de su informe, determinarán

si el manuscrito será aceptado sin modificaciones; enviado a autores para correcciones o devuelto al autor/es. El procedimiento de revisión se mantendrá hasta lograr el cumplimiento de los requerimientos teóricos, técnicos y metodológicos exigidos por la revista. El Comité Editorial será quien defina los artículos a ser publicados en el respectivo número y volumen en consideración a la temática y necesidades de cada volumen.

El Comité Editorial y los pares académicos realizarán un arbitraje a ciegas. Los autores no conocerán la identidad de los revisores.

Una vez que el manuscrito sea aceptado para publicación, se solicitará documento impreso y firmado por cada uno de los autores con las cláusulas de responsabilidad: *declaración de autoría, aceptación de publicación en la revista y contribución de autor*. Así mismo, será de absoluta responsabilidad de los autores el actualizar y/o completar la información cargada en la plataforma Open Journal System (OJS) previo a la publicación del artículo.

Tipo y estructura de manuscritos

- A. Artículo Original
- B. Ensayo
- C. Caso Clínico
- D. Revisión Bibliográfica
- E. Artículo de Reflexión
- F. Carta al Editor

Las guías para la presentación de estudios según el tipo de manuscrito, se encuentran en Equator network, bajo el link: <http://www.equator-network.org/library/spanish-resources-recursos-en-espanol/>; y pueden sintetizarse en el siguiente cuadro:

TIPO DE ESTUDIO	GUÍA
Ensayos Controlados Aleatorios	CONSORT
Revisiones Sistemáticas	PRISMA
Estudios Observacionales	STROBE
Estudios de Diagnóstico de la Enfermedad	STARD
Estudios Cualitativos	COREQ, SRQR
Reporte de Casos	CARE

A. Artículos Originales

Los artículos científicos, para efectos metodológicos, se ordenarán de la siguiente manera:

1. Título en español e inglés.
2. Resumen en español e inglés, incluidas las palabras clave.
3. Introducción con planteamiento del problema y revisión de literatura o estado del arte.
4. Metodología.
5. Resultados en cuadros, tablas o gráficos.
6. Discusión.
7. Conclusiones.
8. Referencias bibliográficas de acuerdo a las normas de Vancouver.

1. **Título**

El título será corto, de 8 a 10 palabras, reflejará el contenido del trabajo.

2. **Resumen**

El Resumen contendrá hasta 250 palabras en los artículos originales, de revisión y opinión; y, máximo 150 para los casos clínicos. El Resumen será estructurado de la siguiente manera: *objetivos, métodos, resultados y conclusiones*. Se podrá utilizar siglas siempre que se describa el significado de las mismas. *Palabras clave*: todo artículo llevará un máximo de cinco palabras clave en español y en inglés (key words), mismas que serán descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

3. **Introducción**

Tiene el objetivo de familiarizar al lector con la temática, la finalidad y el sentido del artículo científico. En ella se exponen el fundamento científico de la investigación, el problema a investigar y el objetivo que se plantea al realizar el estudio.

4. **Metodología**

Se describirá las particularidades de la investigación de acuerdo al tipo de diseño; una adecuada descripción posibilita que la experiencia pueda ser comprobada y recreada por otros investigadores y científicos. En trabajos cuantitativos es importante presentar el universo o población de estudio,

las características de la muestra, número de participantes, criterios de inclusión y exclusión, variables que intervienen, medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo, diseño estadístico y métodos matemáticos utilizados para demostrar las hipótesis, así como los instrumentos y procedimientos para su validación.

5. **Resultados**

Los resultados deben seguir una secuencia lógica con el texto, tablas y figuras dando relevancia a lo más importante. Restringir las tablas y figuras a las necesarias para explicar el argumento central del manuscrito; los resultados demuestran el cumplimiento del objetivo de la investigación y del proceso científico. La utilización de tablas o gráficos estará sujeta a la naturaleza de los datos. En ambos casos serán auto explicativos, es decir, que eviten remitirse al texto y sean convincentes por sí mismos. El título y las notas explicativas al pie de la tabla y gráfica serán breves y concretos.

6. **Discusión**

Constituye la parte esencial del artículo científico; tiene el propósito de utilizar los resultados para obtener un nuevo conocimiento. Discutir las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Proporcionar una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes. Discutir la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa).

7. **Conclusiones**

Se destacan las observaciones o aportes importantes del trabajo los cuales deberán estar respaldados por los resultados y se constituyen en una respuesta a los objetivos e hipótesis planteados al inicio de la investigación.

8. **Aspectos bioéticos**

Todos los manuscritos deberán contar con el consentimiento/asentimiento informado del paciente o sus representantes legales, aprobación de un Comité de Bioética y de la Institución donde se realizó la investigación, garantizando la confidencialidad de la información, además de anotar los riesgos, beneficios y limitaciones del estudio.

9. Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas serán escritas de acuerdo a las **Normas del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (Vancouver)** y podrán ser: libro, capítulo de libro, artículo de revista, artículo de revista en internet reconocido por una sociedad o comunidad científica en el campo de la salud, página web de una institución nacional o internacional reconocida oficialmente en el campo de la salud. Las citas bibliográficas serán colocadas en superíndices

Libros: Apellido e inicial del nombre del/los autor/es. Título de la obra. Volumen o N° de edición. Lugar de publicación: Editorial, año, página (s).

Ejemplo:

Guerrero, R. González, C. Medina, E. Epidemiología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, S.A.; 1981, p. 52.

Capítulo de libro: Apellido e inicial del nombre del/los autor/es. Título del Capítulo. En: Director/Coordinador/Editor literario del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.

Ejemplo:

Achig, D. Hitos de la Ciencia y la Tecnología Médica en Cuenca durante el siglo XX. En: Cárdenas María Cristina. Ciencia, Tecnología y Desarrollo en el Azuay desde una perspectiva histórica (Siglos XIX y XX). Cuenca. Gráficas Hernández; 2014. 113-177.

Artículos de revista impresa: Apellido e inicial del nombre del/los autor/es, Título. Abreviatura de la revista. Año y mes. Volumen (número): páginas.

Ejemplo:

Ojeda, M. Coronel, F. De la Cruz, E. Vivar, D. Gárate, A. Orellana, P. et al. Características de prescripción antibacteriana en hospitales públicos de la provincia del Azuay. Rev. Fac. Cien. Med. 2010 Abr; 29(1):17-22

B. Ensayo

Es un escrito en prosa con lenguaje conceptual y expositivo que presenta con profundidad, madurez y sensibilidad una interpretación menos rigurosa metodológicamente sobre diversos temas, sean filosóficos, científicos, históricos, etc. El punto de vista que asume el autor al tratar el tema adquiere primacía. La nota individual, los sentimientos del autor, gustos o aversiones se ligan a un lenguaje más conceptual y expositivo. Combina el carácter científico de los argumentos con el punto de vista y la imaginación del autor. La estructura del ensayo consta de: **título, resumen, introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas**. Tiene una extensión de hasta 5.000 palabras.

C. Casos Clínicos

Se realiza la descripción y análisis de casos clínicos con una extensión máxima de 5.000 palabras con la siguiente estructura: **título, resumen (introducción; aporte del caso a la literatura médica; descripción del caso: principales signos y síntomas del paciente, hallazgos clínicos importantes, resultados de exámenes; diagnósticos e intervenciones terapéuticas; conclusiones: cuales son las principales lecciones o aprendizajes que se puede extraer del caso, con una extensión máxima de 150 palabras), introducción, presentación del caso (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y evolución), discusión, conclusiones, aspectos bioéticos (perspectiva del paciente, consentimiento informado), referencias bibliográficas**. Se incluye tablas con datos analíticos y hasta cinco gráficos de alta calidad. La Revista de la Facultad publicará los casos que tengan mayor relevancia científica, profesional y social. Favor acoger los criterios de la guía CARE: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

D. Revisiones Bibliográficas

Son escritos para analizar con mayor profundidad temas de interés académico, científico, profesional o social relacionados con la salud. La extensión es de hasta 15 páginas, pueden contener hasta 10 cuadros o gráficos y mínimo 30 referencias bibliográficas. La Revisión debe contener: **título, resumen, introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones**. El resumen debe ser

estructurado de aproximadamente 200 palabras.
(click para descargar la guía).

E. Artículos de Reflexión

Son escritos de análisis filosóficos, éticos o sociales relacionados con la salud con contenido crítico, con una extensión de hasta 5.000 palabras. Pueden ser elaborados a pedido del Director o por iniciativa de los autores.

F. Cartas al Editor

Las Cartas al Editor son comunicaciones cortas realizadas por expertos, personas reconocidas en un campo de la ciencia con comentarios, en general, de desacuerdo o acuerdo conceptual, metodológico, interpretativo, de contenido, etc., sobre algún artículo original, de revisión, editorial, etc. publicado previamente en una revista.

Las cartas también estimulan, promueven e impulsan el desarrollo de nuevos conocimientos sobre un tema concreto en tres órdenes: referencia a artículos publicados previamente en la revista, tratamiento de temas o asuntos de interés para los lectores, o bien presentación de una investigación en no más de una carilla que no sería publicada en el formato de un artículo original u original breve.

Las reformas que constan en la presente normativa, fueron aprobadas por los miembros de la Comisión de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas, el 7 de abril del 2021.

COMISIÓN DE PUBLICACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA

MEDICINA

ENFERMERÍA

ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

FISIOTERAPIA

FONOAUDILOGÍA

IMAGENOLOGÍA

LABORATORIO CLÍNICO

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

REVISTA DISPONIBLE EN FORMATO DIGITAL

<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/index>