

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

JORGE EDUARDO VERA ALMEIDA

Trabajo de titulación presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Medicina de Urgencias

Quito marzo de2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION

JORGE EDUARDO VERA ALMEIDA

Juan Francisco Fierro Renoy, MD
**Director del Programa de Postgrados
Especialidades Médicas.**

José Alejandro Guanotasig Villamarín MD.
**Director del Postgrado de Medicina
de Urgencias USFQ**

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca MD-MEd-FAAP
**Decano del Colegio de Ciencias
de la Salud USFQ**

Víctor Viteri Breedy, Ph D
Decano del Colegio de Postgrados

Quito, marzo de 2014

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a los dispuestos en la Política.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma: _____

Nombre: Jorge Eduardo Vera Almeida

CC: 1304669243

Fecha: Marzo de 2014

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| TABLA DE CONTENIDOS | 5 |
| DEDICATORIA | 7 |
| A.-Publicaciones | 8 |
| B.- Exposiciones en Congresos | 8 |
| C.- Posters electrónicos..... | 9 |
| RESUMEN DE TRABAJOS REALIZADOS | 10 |
| a) Publicaciones..... | 10 |
| DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO | 10 |
| ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI..... | 10 |
| EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA..... | 11 |
| b) Exposiciones en Congresos | 11 |
| DUPLICACIÓN INTESTINAL..... | 11 |
| SÍNDROME DE BURNOUT | 12 |
| CRITERIOS ACTUALES DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EMERGENCIAS..... | 12 |
| TROMBO EMBOLISMO PULMONAR..... | 12 |
| c) Posters electrónicos: | 13 |
| LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS Y COEXISTENCIA CON RABDOMIOSARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 13 |
| JUSTIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS..... | 14 |
| a) Publicaciones..... | 14 |
| DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO | 14 |
| ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI..... | 14 |
| EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA..... | 14 |
| b) Exposiciones en Congresos | 15 |
| DUPLICACIÓN INTESTINAL..... | 15 |
| SÍNDROME DE BURNOUT | 15 |
| CRITERIOS ACTUALES DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EMERGENCIAS..... | 15 |

| | |
|--|----|
| TROMBO EMBOLISMO PULMONAR..... | 16 |
| c) Posters electrónicos: | 16 |
| LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS Y COEXISTENCIA CON RABDOMIOSARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO | 16 |
| DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO | 17 |
| ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI | 23 |
| EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA..... | 29 |
| DUPLICACIÓN INTESTINAL | 37 |
| SINDROME DE BURNOUT | 40 |
| CRITERIOS ACTUALES DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EMERGENCIAS | 43 |
| TROMBOEMBOLISMO PULMONAR..... | 45 |

DEDICATORIA

No existe meta que no se alcance cuando caminamos junto a Dios. A mi esposa, quien ha sido mi apoyo incondicional en todo este largo camino que he recorrido, a mi padre por ser ejemplo de trabajo, superación y honestidad, quien me apoyo en mis logros y fracasos, a mi madre por el amor y comprensión desde mi infancia hasta la actualidad, a mis hermanos por su apoyo incondicional y ejemplo de superación, a todos aquellos docentes que contribuyeron en la formación diaria durante todos los 5 años del postgrado, en especial al Dr. Hugo Romo por su paciencia y dedicación en la formación como especialista siendo un ejemplo de vida con su lecciones y experiencia, finalmente a mis hijos George y Alexander, por ser la motivación de cada acto que realizo en mi vida, a todos ellos les dedico el presente trabajo para mi titulación como especialista.

Jorge Eduardo Vera Almeida

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

A.-Publicaciones

1. Vera J, Castro M, Parraga J. Duplicación intestinal a propósito de un caso. La Técnica. Revista Académica Investigativa de la Universidad Técnica de Manabí. Publicación semestral diciembre 2013:66-69
2. Vera J, Castro M, Vera J. Angiomiolipomaepitelioide con infiltración a vena cava inferior y aurícula derecha más síndrome de Budd-Chiari. Nuestros Hospitales. 2014:20. In Press.
3. Jiménez P, Castro M, Vera J, Borja J. Eficacia de ketorolaco sublingual en el tratamiento del dolor agudo en el área de emergencia. CAMbios Vol. 2013; 22. In Press.

B.- Exposiciones en Congresos

1. Duplicación Intestinal. IV Semana Ecuatoriana de Enfermedades Digestivas. Realizado en Manta y Portoviejo del 3 al 5 de noviembre de 2011.
2. Síndrome de Burnout. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres. Realizado en Quito del 27 al 31 de agosto de 2012.
3. Criterios actuales del manejo de la insuficiencia cardiaca en emergencias. IV Curso de Actualización de Medicina, Enfermería, Nutrición; En Salud Pública, Trauma y Emergencias del Paciente Adulto y Pediátrico. Realizado en Ibarra del 22 al 26 de octubre; 10 al 14 de diciembre de 2012 y 21 al 25 de enero de 2013.
4. Trombo embolismo Pulmonar. IV Curso Lineamientos de Gestión y Atención Médica y de Enfermería en Urgencias. Realizado en Quito del 10 al 15 de febrero de 2014.

C.- Posters electrónicos

1. Hoyos R, Vera J, Muñoz M. Leucemia de Células Peludas y Coexistencia con Rabdomiosarcoma de Tejidos Blandos: A Propósito de Un Caso. VII Congreso ALAT, XXVII Congreso Peruano de Neumología, XVI Encuentro de Integración Iberoamericano de Neumología y Cirugía de Tórax. Realizado en Lima – Perú del 4 al 7 de octubre de 2010

RESUMEN DE TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

La duplicación intestinal es una patología poco frecuente, que consiste en una malformación congénita, presentándose en 1 de cada 5000 nacidos vivos. Puede presentarse en cualquier parte del trayecto del tubo digestivo, con mayor frecuencia en yeyuno e íleon (44%), esófago (20%), colon (15%), gástricas (7%) duodenales (5%) y rectales (5%), 75% son quísticas y 25% de tipo tubular. En el presente caso el diagnóstico se realizó en el transoperatorio, se realizó la cirugía bajo el contexto de un abdomen agudo secundario a perforación en el sitio de la duplicación. El tipo de duplicación correspondió a un tipo 1C. Siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes.

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Los angiomiolipomas, son tumores raros, generalmente benignos, que pueden presentarse con una variante epitelioide, puede tener un comportamiento inusual, que conlleva a invasión vascular a venas renales, cava inferior e incluso aurícula, además de provocar trombosis de dichas venas. Se reporta el caso de una mujer de 47 años, en quien se realizó una nefrectomía izquierda por la presencia de una tumoración renal, que fue diagnosticada como un angiomiolipoma epitelioide, con infiltración vascular que abarca la vena cava inferior en toda su extensión hasta la desembocadura en la aurícula, con desarrollo de síndrome de Budd-Chiari al cabo de 12 meses posterior a la cirugía.

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA

Es un reporte de serie de casos en 100 pacientes adultos mayores de 18 años, con dolor nociceptivo moderado a severo, que acudieron al área de Urgencias del hospital Carlos Andrade Marín de enero a marzo de 2013. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con dolor nociceptivo somático o visceral moderado a severo, con valores superiores a 4 en la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA - N). Se hizo una evaluación basal y a los 5, 15, 30 y 60 minutos posteriores a la administración de Ketorolaco SL, el dolor se evaluó con la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA – N), los datos se recogieron en una encuesta. Fueron excluidos pacientes con dolor neuropático, antecedentes de hipersensibilidad a los AINEs, enfermedad ácido péptica o sangrado digestivo activo, trastornos de coagulación y quienes cursaban con inestabilidad hemodinámica.

El 52% de los pacientes cursaron con dolor visceral, de los cuales 44% fueron de origen abdominal y 8% genitourinario. El EVA - N inicial promedio fue de 8,05 con una mediana de 8 y rango de 5, con una disminución significativa del dolor a los 5 minutos ($P = 0,0315$) y a los 30 minutos ($P = 0,0358$). No hubo eventos adversos.

b) Exposiciones en Congresos

DUPLICACIÓN INTESTINAL

La duplicación intestinal es una patología poco frecuente que se debe a un trastorno en el desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal, usualmente se diagnostica antes de los 2 años de edad, pero en raro casos se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, pudiendo causar cuadro de abdomen agudo debido a las complicaciones que pueden asociarse a este trastorno. El manejo es quirúrgico y se asocia a la existencia de complicaciones.

SÍNDROME DE BURNOUT

Síndrome relacionado con el stress laboral, caracterizado por cansancio, despersonalización y falta de realización personal, el cual afecta a un porcentaje considerable del personal de salud y cuyas consecuencias pueden derivar en crisis profunda de depresión e incluso llevar al suicidio en ciertos casos, por lo que debe ser detectada y tratada de manera oportuna.

CRITERIOS ACTUALES DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EMERGENCIAS

Enfermedad cardiaca debido a la falta de contractibilidad adecuada del miocardio, que deriva en compromiso sistémico, se caracteriza principalmente por la presencia de disnea de esfuerzo, ortopnea, edema distal, dificultad respiratoria, etc. Es patología frecuente que motiva e ingreso a los servicios de emergencias y hospitalización en diferentes hospitales debido a su descompensación y cuyo tratamiento está destinado a mejorar la condiciones funcional del miocardio en base a tratamiento farmacológico y procedimientos invasivos que requieren manejo hospitalario en casos puntuales o únicamente la compensación en los servicios de emergencias para posterior manejo ambulatorio.

TROMBO EMBOLISMO PULMONAR

Enfermedad caracterizada por la oclusión de la arteria pulmonar secundaria a un trombo o coagulo, que puede obstruir parcial o totalmente la circulación arterial a un territorio pulmonar, lo que conlleva en el peor de los escenarios a un compromiso cardiovascular con repercusiones hemodinámicas e incluso llevar a la muerte en poco minutos u horas. Se asocia de forma importante a la existencia de trombosis venosa profunda y aunque su incidencia no es muy alta, tiene un alto porcentaje de mortalidad el mismo que puede triplicarse con la recurrencia del mismo.

c) **Posters electrónicos:**

**LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS Y COEXISTENCIA CON
RABDOMIOSARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

La leucemia de células peludas es un síndrome linfoproliferativo crónico de células B, que comprende aproximadamente del 2 al 3% de las leucemias, puede cursar con pancitopenia, esplenomegalia, hepatomegalia y puede asociarse a enfermedades inmunológicas, mientras que el rabdomiosarcoma es un tumor maligno que presenta la mayor incidencia en la infancia (65%), la coexistencia de la misma con la leucemia de células peludas no se ha descrito en la literatura

JUSTIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Las duplicaciones intestinales son anomalías poco frecuentes del desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal, se presentan regularmente durante la infancia y son pocos los casos que son diagnosticados después de los 2 años. En la actualidad existen pocos reportes de duplicación intestinal en pacientes adultos, siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes, patología que se presenta en forma frecuente en el área de emergencia.

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Es conocido que los AML tienen un comportamiento generalmente benigno, sin embargo es difícil precisar por medio de métodos de laboratorio o imagen el comportamiento que tendrá dicho tumor, así como también la diferenciación entre el tipo clásico y el epiteliodeo, hasta el 2008 se han reportado alrededor de 120 casos de angiomiolipomas malignos, y existen poco más de 12 casos de angiomiolipomas epiteliodeos con invasión o trombosis reportados hasta el 2009. Finalmente según varios investigadores al parecer, una mutación del gen p53, tendría relación con el desarrollo de AML epiteliodeo y su comportamiento maligno.

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA

El Servicio de Emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín atendió a 196.641 pacientes en el año 2012. El 50% de esos pacientes acudió por dolor, siendo el tiempo de espera el factor que causa mayor insatisfacción en los usuarios se realizó el presente trabajo con el fin de valorar la eficacia de Ketorolaco sublingual (SL - 30mg), en el manejo del dolor agudo y verificar si este tipo de presentación

acelera el control del dolor, disminuyendo el tiempo de espera para la administración de medicación, y alivio de los síntomas a la vez que se mejora la satisfacción del usuario.

b) Exposiciones en Congresos

DUPLICACIÓN INTESTINAL

La duplicación intestinal si bien es una patología poco frecuente en pacientes adultos, sus complicaciones pueden provocar situaciones que requieren manejo emergente en los servicios de emergencia, que implican la intervención quirúrgica, aunque al final en la mayor parte de los casos este tipo de patología no son diagnosticadas previo a la intervención y más bien su diagnóstico se lo realiza de forma incidental, pero se convierte en una patología a considerar como diferencial dentro de las causas de abdomen agudo.

SÍNDROME DE BURNOUT

Este síndrome relacionado con el stress laboral, se observa con mayor frecuencia cada día y son las personas que trabajan dentro del ámbito de la salud las que tienen un alto riesgo de presentarla, causando deterioro y deficiencia en su desempeño laboral, sin dejar de lado la depresión e incluso el riesgo de suicidio como las consecuencias más fatales, es por esto que se vuelve primordial el identificar y tratar a las personas que padecen de este tipo de trastornos, ya que el tratamiento precoz podría mejorar su condición laboral y reducir la posibilidad de presentar las complicaciones más graves relacionadas con este síndrome.

CRITERIOS ACTUALES DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EMERGENCIAS

El diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca de manera adecuada desde el ingreso de los paciente al servicio de emergencias se ha vuelto un pilar fundamental en la reducción de la mortalidad y la estancia hospitalaria, por lo que se han creado diferentes guías que se enfocan al manejo de esta patología, por lo

que es primordial dar a conocer los nuevos lineamiento para el diagnóstico y manejo, los mismos que se basan en una serie de estudios y meta análisis.

TROMBO EMBOLISMO PULMONAR

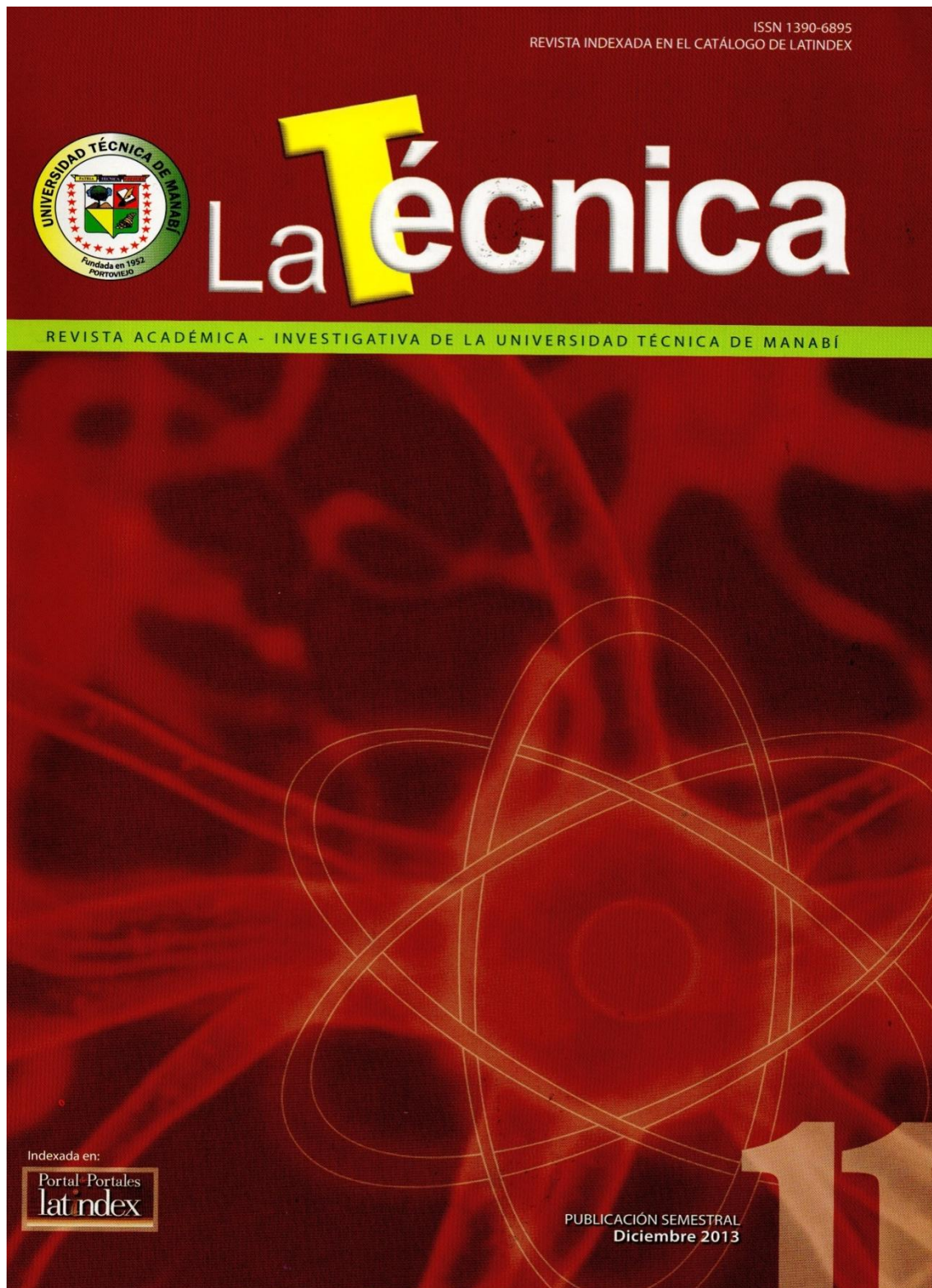
Es una enfermedad que puede tener consecuencias catastróficas en ciertos pacientes que ingresan a los servicios de emergencias que puede confundirse con enfermedad coronaria isquémica, neumonía, entre otras, por lo que para su adecuado diagnóstico y tratamiento debemos basarnos en guías que basados en diversos estudios diagnósticos, sumados a la probabilidad clínica establecida por los médicos mediante la anamnesis y escalas de valoración, mejoren la certeza del diagnóstico de manera que se inicie de forma oportuna el tratamiento específico.

c) Posters electrónicos:

LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS Y COEXISTENCIA CON RABDOMIOSARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

La coexistencia de estos 2 tipos de patología no se ha descrito en la literatura, lo que hace este caso particularmente especial, es ambas patologías tienen un pobre pronóstico, lo cual reduce de manera sustancial las expectativas de vida.

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO



INVESTIGACIÓN

- 6** Reconociendo el importante rol que desempeña el pueblo Montubio en el contexto sociocultural del Ecuador
Arq. Patricia Violeta Gávilanes Yanes, Dipl.
- 16** Diagnóstico de normas procedimentales en las carnes producidas en el Matadero Municipal del cantón Paján
*Dr. Joel René Calero Moreira Mg.
M.V.Z. Luis Javier Andrade Navarro Sc.
M.V.Z. Michael Diovis Cedeño Witong*
- 26** Efecto de tratamientos insecticidas, antes de la siembra, a la semilla de dos híbridos de maíz
*Ing. Agro. Oswaldo Valarezo Cely Mg.Sc
Ing. Agro. Líder Oswaldo Loo Alcívar
Ing. Agro. Mg. Carlos O. Valarezo B.*
- 34** Análisis de períodos para producir maíz (*Zea mays l.*) considerando la distribución temporal de la precipitación y la evapotranspiración
*Ing. Emil, Vega Ponce Mg.
Ing. César, Jarre Cedeño Mg.
Ing. Amador, Calderón Cedeño Mg.*

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 42** Viabilidad para hacer un dispositivo de destrucción selectiva de manera remota de tejidos orgánicos
Antonio Javier Moreno Castro Mg.
- 50** Cronología de Tsunamis en Ecuador desde 1586 a 2012
Ing. Manuel Contreras López Mg.

ENSAYO

- 60** El espacio biográfico: La crónica narrativa como autenticación movilizante de emociones
Jeovanny Benavides Mg.

REPORTE DE CASO

- 66** Duplicación intestinal a propósito de un caso
*Dr. Jorge Eduardo Vera Almeida
Dra. Mayra Janeth Castro Reyes
Dr. Jairo Párraga*

ARTÍCULO

- 70** Desafíos para la gestión universitaria
Ing. Isidro Vélez Macías Mg.
- 73** Instructivo para publicar artículos académicos y de investigación en revista "La Técnica"

REPORTE DE CASO

Duplicación intestinal a propósito de un caso

Intestinal duplication a case report

RESUMEN

Dr. Jorge Eduardo Vera Almeida

Becario 5 de la Universidad San Francisco, Postgrado de Medicina de Urgencias Hospital Carlos Andrade Marín, Quito - Ecuador
jevjed23@hotmail.com

Dra. Mayra Janeth Castro Reyes

Becario 5 de la Universidad San Francisco Postgrado de Medicina de Urgencias Hospital Carlos Andrade Marín, Quito - Ecuador
mjcr1983@hotmail.com

Dr. Jairo Párraga

Médico Anatómo Patólogo Portoviejo-Ecuador

Introducción: La duplicación intestinal es una patología poco frecuente, que consiste en una malformación congénita, presentándose en 1 de cada 5000 nacidos vivos. Puede presentarse en cualquier parte del trayecto del tubo digestivo, con mayor frecuencia en yeyuno e íleon (44%), esófago (20%), colon (15%), gástricas (7%) duodenales (5%) y rectales (5%), del total 1, 10, 75% son quísticas y 25% de tipo tubular. **Discusión:** No existe una teoría concluyente, con respecto al origen embriológico de las duplicaciones intestinales, y han sido varias las teorías. Clásicamente se ha descrito la teoría del "Gemelo abortivo" que podría explicar las duplicaciones del colon, que se asocian a duplicaciones de estructuras genitales y urinarias^{3,4}. La teoría del "divertículo embriológico persistente", que sugiere la existencia de pequeños divertículos habitualmente transitorios, que se localizan en el lado antimesentérico de la pared intestinal del embrión, su persistencia se la relaciona con el desarrollo de duplicaciones intestinales; de igual manera no se conoce el origen de su desarrollo, planteándose diversas hipótesis con respecto al mismo, y los estudios de imagen guardan una importancia significativa para el diagnóstico de las complicaciones, más no para sugerir de manera directa la existencia de duplicación intestinal. Finalmente su tratamiento siempre será quirúrgico. **Conclusión:** En el presente caso el diagnóstico se realizó en el transoperatorio, cirugía que se realizó bajo el contexto de un abdomen agudo secundario a perforación en el sitio de la duplicación. El tipo de duplicación correspondió a un tipo 1C. Siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes.

Palabras claves: Duplicación intestinal, malformación, perforación, abdomen agudo, anomalías embrionarias.

ABSTRACT

Introduction: intestinal duplication is an uncommon condition; it is a birth defect that occurs in 1 in 5000 live births. It can occur anywhere in the digestive tract path, most commonly in the jejunum and ileum (44%), esophagus (20%), colon (15%), gastric (7%) duodenal (5%) and rectal (5%) of total 1, 10, 75% and 25% are cystic tubular type. **Discussion:** There is no conclusive theory regarding the embryological origin of intestinal duplications, and there have been several theories. Classically described the theory of "Twin abortive" could explain the duplication of the colon, which is associated with genital structures duplications and urinarias^{3, 4}. The theory of "persistent embryological diverticula," suggests the existence of small diverticula usually transients, which are located on the antimesenteric side of the embryo's bowel wall. Its persistence is related to the development of intestinal duplications, though the origin of their development is not known, several scenarios regarding thereto bare a significant importance to the diagnosis of complications, though they do not directly suggest the existence of intestinal duplication. Finally the treatment will always be surgery.

Conclusion: In this case the diagnosis was made during the trans- surgery which was performed under the context of an acute abdomen secondary to perforation at the site of the duplication. The type of replication corresponded to a type 1C. Being an uncommon condition, it is important to keep in mind the differential diagnoses of bowel obstruction and perforation in pediatric patients, youth and young adults.

Key words: Duplication intestinal malformation, perforation, acute abdomen, embryonic abnormalities.

Recibido: 30 de agosto, 2013
Aceptado: 24 de octubre, 2013



Figura 1. Fotografía del acto Quirúrgico
Fuente: Dr. Javier Vera Almeida

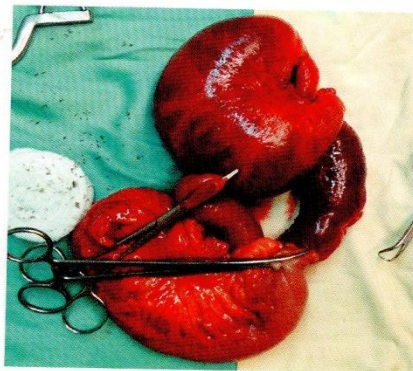


Figura 2. Fotografía del acto Quirúrgico
Fuente: Dr. Javier Vera Almeida

INTRODUCCIÓN

La duplicación intestinal es una patología poco frecuente, que consiste en una malformación congénita, presentándose en 1 de cada 5000 nacidos vivos. Puede hallarse en cualquier parte del trayecto del tubo digestivo, con mayor frecuencia en yeyuno e ilion (44%), esófago (20%), colon (15%), gástricas (7%) duodenales (5%) y rectales (5%), del total^{1,10}, 75% son quísticas y 25% de tipo tubular. Estas deben de cumplir 3 características:

1. Presencia de una pared bien desarrollada de músculo liso.
2. Recubrimiento epitelial representando algunas porciones del tubo digestivo primario o heterotópico.
3. Adherencia a alguna parte del tubo digestivo, con o sin comunicación con la luz intestinal.

Se clasifica en 2 tipos, dependiendo de la irrigación sanguínea y su relación con el intestino y el mesenterio, presentando

otras subclasificaciones dependiendo de la configuración estructural. Su diagnóstico usualmente se hace durante los primeros 2 años de vida, en la mayoría de los casos y se lo realiza durante la intervención quirúrgica.^{2, 4, 10}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 16 años, soltera, estudiante, con antecedentes de apendicetomía y ooforectomía derecha (8 meses previos), que ingresa al servicio de emergencias por presentar dolor abdominal tipo cólico difuso, intermitente, de 3 días de evolución, que se acompaña de distensión abdominal, y posteriormente presenta náusea, sin llegar al vómito, malestar general, en el examen físico, se observa una paciente álgica, pálida, con evidencia de distensión abdominal importante, ruidos hidroaéreos aumentados y signos de irritación peritoneal.

Se realiza estudio radiológico de abdomen, en el mismo que se evidencian niveles hidroaéreos. Se decide la ejecución de paracentesis, en

la misma que se obtiene un líquido de aspecto inflamatorio, con evidencia de contenido intestinal. Teniendo en consideración un cuadro de abdomen agudo perforativo se considera la realización de una intervención quirúrgica de forma inmediata.

Se efectuó laparotomía exploratoria, encontrándose la existencia de obstrucción de un segmento de intestino delgado de aproximadamente 40 cm a 80 cm de la válvula ileocecal, con edema y engrosamiento de la parte afectada, se procedió a realizar resección de intestino delgado con anastomosis termino terminal en 2 planos, se encontró líquido inflamatorio en cavidad por sufrimiento intestinal, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 8 días del postquirúrgico, actualmente acudió al último control sin presentar novedades.

El estudio histopatológico en la descripción macroscópica reportó recepción de un segmento de intestino delgado de 95 cm de longitud; diámetro promedio de 2,8 cm en la parte

central y en los bordes 1cm de diámetro; serosa pardo amarillenta, opaca; los cortes presentan luz central que se estrecha en los extremos; pared de 0.6 cm. Se procesan cortes de la pared de estructura tubular y los bordes de sección. Descripción microscópica: Pared de estructura compuesta por capas mucosas, muscular y serosa similares a la pared de intestino delgado, con infiltrado inflamatorio mixto moderado y congestión en la lámina propia, bordes quirúrgicos viables.

TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DE LAS DUPLICACIONES INTESTINALES

No existe una teoría concluyente, con respecto al origen embriológico de las duplicaciones intestinales, han sido varias las especulaciones. Clásicamente se ha descrito la teoría del "Gemelo abortivo" que podría explicar las duplicaciones del colon, que se asocian a las de estructuras genitales y urinarias^{3,4}.

La teoría del "divertículo embriológico persistente", sugiere la existencia de pequeños divertículos habitualmente transitorios, que se localizan en el lado antimesentérico de la pared intestinal del embrión, su persistencia se la relaciona con el desarrollo de duplicaciones intestinales, sin embargo en la práctica, la mayoría se localizan en el lado mesentérico del intestino, por lo que la teoría no sería del todo aceptable^{4,5}. Una de las teorías más populares es la "hipótesis de la recanalización luminal aberrante" que explica de forma adecuada las duplicaciones del

estómago, intestino delgado y colon^{4,6}.

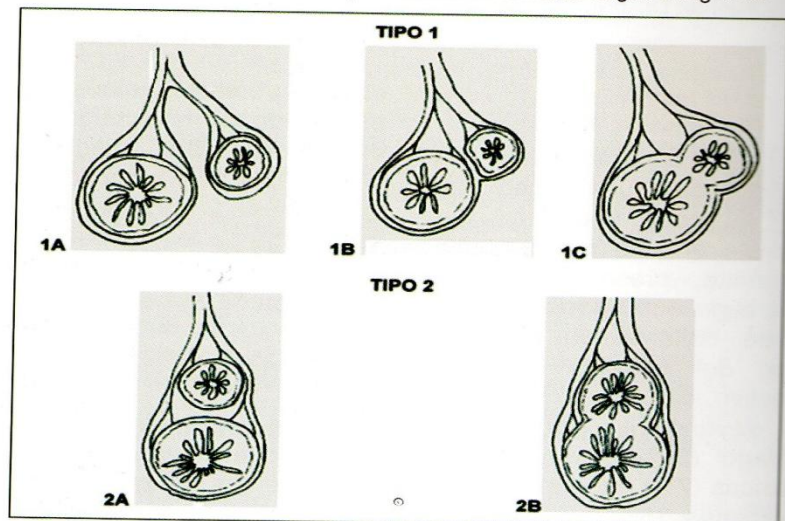
En la actualidad, la teoría más aceptada para las duplicaciones intestinales, en especial, aquellas del intestino delgado, es la del "accidente vascular intrauterino", que considera que estas anomalías son consecuencia de accidentes vasculares intrauterinos^{3,7}.

CLASIFICACIÓN

En 1998 (Long et al) clasificaron las duplicaciones intestinales de acuerdo al tipo de irrigación

| Tabla 1. Clasificación de las duplicaciones intestinales. | |
|---|--|
| Tipo | Descripción de la duplicación |
| 1 | Extramesentérica. |
| 1A. | Meso independiente del meso intestinal. |
| 1B. | Meso común con el meso intestinal. |
| 1C. | Duplicación unida al intestino por una pared muscular común. |
| 2 | Intramesentérica. |
| 2A. | Pared de la duplicación separada de la pared intestinal. |
| 2B. | Duplicación unida al intestino por una pared muscular común. |

Figura 3. Clasificación de las duplicaciones intestinales según Long et al.²



de la malformación y su relación con el intestino delgado y su mesenterio^{2,4} (Tabla 1 y Figura 1). Las malformaciones de Tipo 1, son aquellas que se encuentran a un lado del mesenterio, y las arterias que la irrigan transcurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal, mientras que las de Tipo 2, son las que se encuentran entre ambas cubiertas peritoneales del mesenterio, su irrigación proviene de las arterias que irrigan el intestino, y ambas, tanto el intestino como la duplicación se encuentran rodeadas^{2,4}.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de las duplicaciones son inespecíficas y dependen del tipo de duplicación, localización, presencia de mucosa gástrica heterotópica y de las complicaciones que se pueden presentar.

En la mayoría de las ocasiones la principal sintomatología, la constituyen el dolor abdominal recurrente, náusea, vómitos, puede haber presencia de masa abdominal y síntomas asociados a complicaciones, como son hemorragia digestiva (34% de los casos), debido a ulceración de la mucosa, por producción de ácido en la mucosa gástrica heterotópica o por isquemia secundaria a compresión extrínseca del intestino normal por una duplicación de tipo quística, obstrucción intestinal, por invaginación, vólvulo, o compresión extrínseca y perforación intestinal con peritonitis^{3,8,9}. La mayoría de las duplicaciones intestinales se diagnostican y se resuelven durante los primeros años de vida (72% antes de los 2 primeros años)³.

DISCUSIÓN

Las duplicaciones intestinales son anomalías poco frecuentes del desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal, que se presentan regularmente durante la infancia y son pocos los casos que son diagnosticados después de los 2 años, en la mayoría de los casos son establecidos de forma incidental durante un

procedimiento quirúrgico que se realiza por complicaciones relacionadas con la duplicación intestinal o por otros motivos.

De igual manera no se conoce el origen de su desarrollo, planteándose diversas hipótesis con respecto al mismo, y los estudios de imágenes guardan una importancia significativa para el diagnóstico de las complicaciones, más no para sugerir de manera directa la existencia de duplicación intestinal. Finalmente su tratamiento siempre será quirúrgico.

En la actualidad existen pocos reportes de duplicación intestinal en pacientes adultos, es así que hasta el 2009 (Letelier et al), de otras revisiones realizadas reportan un total de 15 casos de duplicación de ilion, de los cuales 4 (28%) degeneraron posteriormente en adenocarcinoma, lo cual

demonstraría cierta tendencia a la malignización de este tipo de lesiones, motivando de cierta manera a mantener una conducta quirúrgica con respecto a las mismas en caso de ser diagnosticadas de forma incidental.

CONCLUSIÓN

En el presente caso el diagnóstico se realizó en el transoperatorio, cirugía que se efectuó bajo el contexto de un abdomen agudo secundario a perforación en el sitio de la duplicación, correspondiendo a un tipo 1C.

Siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Neil JA, Rowe M, Grosfelt J., 1998. *Pediatric Surgery* 5ta Edición. Nashville. Pg 1257 - 1267
2. Long L, Zhang JZ, Wang YX. Vascular classification for small intestinal duplications: Experience with 80 cases. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1243-1245.
3. Edwards H. **Congenital diverticula of the intestine:** With report of a case exhibiting heterotopia. *Br J Surg* 1929; 17: 7-21
4. Letelier A, Barría C, 2009. Duplicación intestinal: Diagnóstico y tratamiento de una condición inusual. *Rev. Chilena de Cirugía* Vol. 61 – N2.
5. Lewis FT, Thyng FW. The regular occurrence of intestinal diverticula in embryos of the pig, rabbit and man. *Am J Anat* 1908; 7: 505 – 519.
6. Brenner JL., 1944. Diverticula and duplications of the intestinal tract. *Arch Pathol* 38: 132 – 140.
7. Favara BE, Franciosi RA. 1971. Enteric duplications: Thirty-seven cases: A vascular theory of pathogenesis. *Am J Dis Child* ; 122: 501 – 506.
8. Seguel FR, Alvarez MB., 2002. Duplicación intestinal independiente. *Cir Pediatr*; 15: 127-129.
9. Soares-Oliveira M, Castañón M. 2002. Duplicaciones intestinales: Análisis de 18 casos. *AnEspPediatr*; 56: 430-433.
10. Madriñan J, Uro H, Bulnes D. 2002. Duplicación intestinal de localización poco frecuente. *SALUD EN TABASCO*, Vol 8, No 2.
11. Galván A, Guzmán S, 2011. Duplicación de ciego. Informe en una paciente de 14 años. Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Servicio de Cirugía Pediátrica. México DF. Volumen 79, No. 6, Nov-Dic.
12. Tróchez H, Lizardo J. 1998. Duplicación intestinal. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Honduras Pediátrica*. Vol. XIX – No. 3, Julio, Agosto, Septiembre.

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE



Tradición de Fe, Amparo y Esperanza

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL REVISTA MÉDICA DE NUESTROS HOSPITALES

Órgano Oficial de Difusión Científica

Aval Académico de la Universidad Estatal y

Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Código ISSN 1390-7530

Centro Comercial Garzocentro 2.000 Etapa I Local 507

Teléfono: 2627439 - Telefax: 2627456

e-mail: info@revistamedica.org.ec - www.revistamedica.org.ec
Guayaquil - Ecuador

DIRECTIVA DE LA
REVISTA MÉDICA

ING. JORGE TOLA MIRANDA
MIEMBRO DE LA JUNTA
INSPECTOR

DR. RODOLFO GALÁN SÁNCHEZ
EDITOR

Guayaquil, febrero 21 del 2014

CONSEJO EDITORIAL:

Dr. Paolo Marangoni Soravia
Dr. Fabrizio Delgado Campodónico
Dr. Luis Hidalgo Guerrero
Dr. Joseph Mc Dermott
Dr. Enrique Valenzuela Baquerizo
Dr. Enrique Úraga Pazmiño

CONSEJO TÉCNICO EDITORIAL:

Dr. Astudillo Villarreal Manuel
Dr. Campuzano Castro Guillermo
Dr. Chedraui Alvarez Peter
Dra. Cuero Medina Leonisa
Dr. Flores Miranda Gino
Dr. Heinert Moreno Federico
Dra. Kittyle Kittyle Marisol
Dra. Morán Marussich Raquel
Dr. Orellana Román Carlos
Dr. Paredes Moreno Gilberto
Dra. Parra Paredes Susana
Dr. Pazmiño Arroba Jimmy
Dra. Pinto Torres Patricia
Dra. Quinde Calderón Rosa
Dr. Sánchez Sánchez Gonzalo
Dra. Zavala Alarcón Inés

Sra. María Elena Aucapina
Asistente I

Ing. Cosme Ottati R.
Coordinador

C E R T I F I C A D O

*Certifico que la **Md. Mayra Castro Reyes**, es Autora del Artículo Científico titulado "ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MAS SINDROME DE BUDD-CHIARI", que ha sido aprobado y saldrá publicado en el volumen 20 # 1 de Revista Médica de Nuestros Hospitales, correspondiente al trimestre: enero-marzo del 2014, que circulará a fines de marzo próximo.*

Atentamente,

DR. RODOLFO GALÁN SÁNCHEZ
EDITOR

REVISTA MÉDICA DE NUESTROS HOSPITALES

c.c. Archivo

BUDD-CHIARI

CASO CLINICO

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI.

Dr. Jorge Vera Almeida.

Posgradista de Emergencias de la Universidad San Francisco.

MD. Mayra Castro Reyes.

Posgradista de Emergencias de la Universidad San Francisco.

Dr. Javier Vera Almeida.

Cirujano de SOLCA

RESUMEN:

Los angiomiolipomas (AML), son tumores raros, generalmente benignos, que pueden presentarse con una variante epiteliode, que puede tener un comportamiento inusual, que conlleva a invasión vascular a venas renales, cava inferior e incluso aurícula, además de provocar trombosis de dichas venas. Se reporta el caso de una mujer de 47 años, en quien se realizó una nefrectomía izquierda por la presencia de una tumoración renal, que fue diagnosticada como un angiomiolipoma epiteliode, con infiltración vascular que abarca la vena cava inferior en toda su extensión hasta la desembocadura en la aurícula, con desarrollo de síndrome de Budd-Chiari al cabo de 12 meses posterior a la cirugía.

Palabras clave: angiomiolipoma, epiteliode, vena cava, aurícula derecha, Budd-Chiari.

SUMMARY:

Angiomyolipoma (AML) are rare tumors, usually benign, that can occur with epithelioid variant, which may have unusual behavior, which leads to vascular invasion renal veins, inferior vena cava and even atrium as well as causing thrombosis of the veins . We report the case of a woman of 47 years, who underwent left nephrectomy for the presence of a renal tumor that was diagnosed as epithelioid angiomyolipoma with vascular infiltration covering the inferior vena cava in its entirety to the mouth in the atrium, with development of Budd-Chiari syndrome after 12 months following surgery.

Keywords: angiomyolipoma, epithelioid, vena cava, right atrium, Budd-Chiari syndrome.

INTRODUCCIÓN:

Los angiomiolipomas (AML) renales son tumores generalmente benignos, conformados por tejido graso, vasos sanguíneos aberrantes y células musculares lisas¹, considerado dentro de los tumores mesenquimales con proliferación de células perivasculares epiteliodes (PEComas), existen 2 tipos de angiomiolipoma, la forma clásica y su variante el angiomiolipoma epiteliode, este último caracterizado por una proliferación de los elementos epiteliodes. Las características histopatológicas fueron descritas por primera vez por Fisher² en 1911 y el término de angiomiolipoma fue introducido por primera vez en la literatura por Morgan en 1951, aunque este fue utilizado previamente en 1900 por Grawitz como angiomiolipoma del riñón y en 1904 por Albrecht acuñó el término de hamartoma^{1, 4}.

Es una neoplasia poco frecuente que corresponde del 2 al 3% de los tumores renales sólidos⁵, en otros casos informan del 2 al 6% de todos los tumores renales⁶, aunque son de comportamiento benigno, existe casos en los cuales se presenta infiltración vascular a vena cava inferior e incluso aurícula izquierda, o presentan trombosis en la vena renal y cava inferior que provocan congestión venosa, no solo de las extremidades, sino también de órganos intraabdominales (congestión esplácnica, síndrome de Budd-Chiari, etc.)⁶

Frecuentemente se asocia con síndrome de esclerosis tuberosa (14 a 20% de los casos), y en el 80% de los casos de esclerosis tuberosa existe un angiomiolipoma, uní o bilateral, siendo esta última la presentación más frecuente⁵, los angiomiolipomas también pueden asociarse a otras facomatosis como las de von Recklinghause, von Hippel Landau y síndrome de Sturge-Weber aunque en muy raras ocasiones^{7, 8}, o presentarse independientemente de estos síndromes (80% de los casos) y en estos el predominio es en mujeres 4:1, en edades entre la quinta y séptima década de la vida y frecuentemente son unilaterales^{9, 10}.

Los angiomiolipoma por lo general son tumores asintomáticos hasta en un 60%, y pueden ser diagnosticados de forma accidental por medio de estudios de imagen que son realizados por algún otro tipo de patología. Puede presentarse con dolor (70%), masas abdominales (40%), hematuria macroscópica (21%) o microscópica (6%)^{9, 11}, en otras ocasiones puede presentarse con hemorragia retroperitoneal aguda (15%), como lo reporto Mauded en una revisión^{12, 13}.

Genéticamente comparten la misma alteración que el AML clásico: La pérdida alélica del brazo corto del cromosoma 16p (TS2), pero sólo se han detectado mutaciones en el gen p53 en la variante epiteloide, lo que sugiere un rol importante en su comportamiento maligno¹⁴. En aproximadamente un tercio de los casos de los AMLE se han descrito metástasis a ganglios linfáticos, hígado, pulmón, hueso y médula, pero no se ha identificado ningún parámetro patológico que se correlacione directamente con sobrevida^{14, 15}.

Con respecto al manejo del AML, no se tiene bien definido un criterio, hay publicaciones, que hacen referencia a los tumores de menos de 4 cm, recomendando únicamente observando la evolución de los mismos, por medio de estudios de imagen realizados periódicamente, mientras que aquellos, que tienen un tamaño mayor o comprometen la vena renal, cava inferior o incluso el corazón, se prefiere la cirugía^{16, 17}, existiendo otra alternativa para cierto tipos de tumores la embolización, en aquellos pacientes con un riesgo quirúrgico alto, reportándose una tasa de complicación de alrededor del 10%¹⁸. Sin embargo no existen estudios en los cuales se describa la embolización como alternativa en el tratamiento del angiomiolipoma epiteloide, en los que debido a la posibilidad de extensión y malignidad sería más conveniente un procedimiento quirúrgico mayor.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 47 años, con antecedentes de mastopatía fibroquística y colecistectomía, que en abril del 2011, se realiza nefrectomía izquierda por presencia de tumoración renal, reportándose como hallazgos operatorios, la existencia de tejido fibrótico perirenal, tumoración que abarca los dos tercios inferiores del riñón y trombosis de la vena renal. El estudio histopatológico reporto: riñón izquierdo que pesa 330g mide (12 x 8 x 5.5cm), sin glándula suprarrenal y un fragmento de grasa peri-renal que cuelga del borde del polo inferior y mide 5 x 3cm. Pelvis y el uréter están llenos de coágulos. Al corte, el parénquima renal esta sustituido en los dos tercios inferiores por masas tumorales redondeadas de bordes bien definidos que miden 2 y 5.5 cm, están ubicadas en la región medular y rechazan la cortical. El sistema pielocalicial esta comprimido. En el fragmento de grasa peri-renal no se observan ganglios. Microscopía: tumor renal que muestra secciones de una neoplasia angiomiolipomatosa, con amplias áreas constituidas por acúmulos de células epiteloideas de citoplasma amplio, que compromete los cálices renales, vasos hiliares y tejido adiposo, con pequeños acúmulos de células epiteloideas tumorales, uréter y pelvis renal con pequeños acúmulos tumorales, grasa peri-renal sin compromiso tumoral. Las placas fueron revisadas por segunda ocasión, confirmándose la invasión linfovascular, con estudio de inmunohistoquímica que describió, positividad para alfa-1 antitripsina, CD68 y HMB en células tumorales, desmina positivo en células musculares, CD117 positivo en escasas células tumorales, CD31, CD34 y factor VIII positivos en vasos.

En estudios de imagen de control (Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis) posterior a la cirugía, en la que se describieron hallazgos relacionados con defectos de llenado en la vena renal izquierda que se extendían hasta la desembocadura en la vena cava inferior, que sugerían la

existencia de trombosis, por lo que se inició tratamiento con warfarina. La paciente se mantuvo en controles por los servicios de urología, oncología y hematología, teniendo varios ingresos al servicio de urgencias por dolor abdominal y anemia, permaneció con valores de INR en rangos terapéuticos y en otras ocasiones supra-terapéuticos, durante los meses subsecuentes.

Figura 1

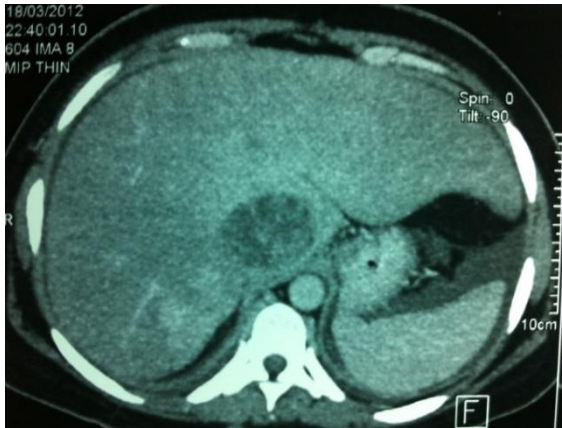


Figura 2

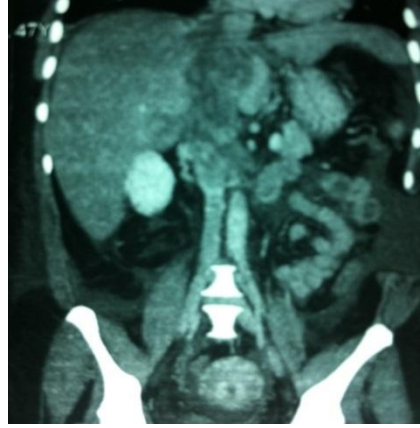
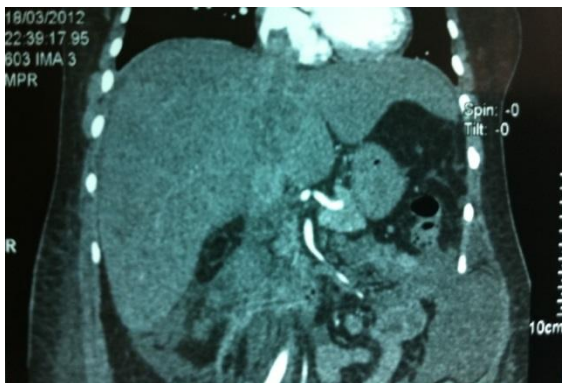


Figura 3



Figuras 1,2 y 3: Tomografía que muestra imagen heterogénea que se circunscribe dentro de la luz de la vena cava inferior.

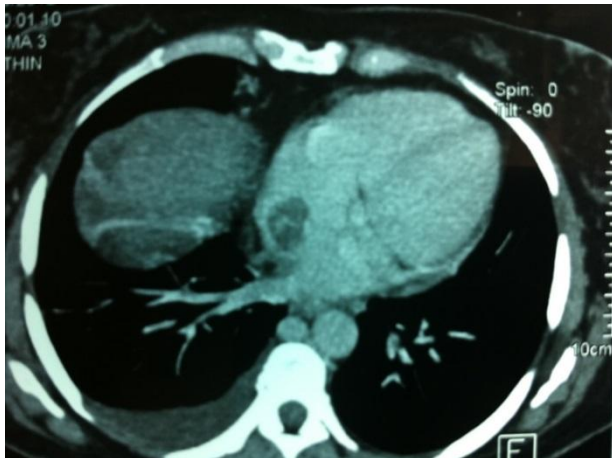


Figura 4: Tomografía que muestra imagen irregular heterogénea, localizada en la desembocadura de la vena cava inferior a nivel de la aurícula derecha.

La paciente ingresa por nueva ocasión al servicio de emergencias en mayo del 2012, por presentar un nuevo episodio de dolor abdominal, que se acompaña de edema de miembros inferiores y superiores, así como también del abdomen, evidenciando al examen físico de signos de ascitis, edema de la pared abdominal y de los miembros inferiores especialmente. Considerando el antecedente de trombosis de la vena cava inferior, y los signos que sugieren hipertensión portal, se realiza nuevos estudios de imagen y laboratorio. Se encontraron incremento de transaminasa (AST: 2014 U/L ALT: 1342 U/L), bilirrubina total: 1.61 mg/dl, directa: 1.20 mg/dl, Indirecta: 0.41 mg/dl, GGT: 234 U/L, leucocitos: 16760, Hemoglobina: 12.3, Hematocrito: 38.2, Eosinófilos: 0.9%, Linfocitos: 14.9%, Neutrófilos: 78.3%, Creatinina: 1.1, TP: 48,7 INR: 4,43 TPT: 68,3, elemental y microscópico de orina (EMO): infeccioso, adicionalmente marcadores tumorales, de los cuales fueron positivos el ca-125: 50.37 U/ml y la Beta-2 microglobulina: 2931.5 ng/ml, dentro de los estudios de imagen, una tomografía que demuestra un lesión de densidad heterogénea, que se extiende por toda la vena cava inferior hasta el orificio de su desembocadura en la aurícula derecha (**Figuras 1 a 4**), y un ecocardiograma que reporto la presencia de una imagen hipoecogénica, ocupativa en la vena cava inferior que se extiende hasta el techo de la aurícula derecha e insuficiencia tricuspídea leve, determinándose finalmente que se trata de una infiltración vascular consecuente del tumor extirpado inicialmente, que progresa durante los 12 meses posteriores a su exeresis. Al momento la paciente se encuentra en controles por el servicio de hematología, evidenciando un compromiso mayor de su estado general, y con evidencia de una lesión hepática que sugiere lesión tumoral, que se encuentra en investigación.

DISCUSIÓN:

Es conocido que los AML tienen un comportamiento generalmente benigno, sin embargo es difícil precisar por medio de métodos de laboratorio o imagen el comportamiento que tendrá dicho tumor, así como también la diferenciación entre el tipo clásico y el epiteliodeo. El primer caso de AML maligno fue reportado por Lowe y colaboradores en 1992, cuando se describió la transformación de un AML benigno en un leiomioma¹⁹, sin embargo hay datos que sugieren que probablemente tumores renales malignos (adenocarcinomas renales) relacionados con esclerosis tuberosa, que han sido reportados previamente, podrían ser en realidad AML epiteliodeos, como lo han sugerido Pean y colaboradores en una revisión previa²⁰.

En cuanto al tratamiento, se puede realizar nefrectomía parcial o total, en algunos casos se describen procesos más extensos, como son la realización de auriculotomía derecha conjuntamente con la nefrectomía, en un caso similar al de la paciente de nuestro caso, reportado por Innocenti F. en el 2008²⁰. En otros casos la embolización sería otra opción, es más conservadora reservada para paciente con contraindicaciones para cirugía o riesgo quirúrgico alto, con una tasa de complicación de hasta un 10%¹⁸, que incluyen absceso renal, sepsis, migración de material de embolización, derrame plural activo, licuefacción estéril y en otros casos el síndrome post-embolización que en casi todos los casos únicamente requiere tratamiento sintomático.

Hasta el 2008 se han reportado alrededor de 120 casos de angiomiolipomas malignos, y existen poco más de 12 casos de angiomiolipomas epiteliodeos con invasión o trombosis reportados hasta el 2009. Finalmente según varios investigadores al parecer, una mutación del gen p53, tendría relación con el desarrollo de AML epiteliodeo y su comportamiento maligno.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hornick JL. Fletcher CD. PEComa: What do we know so far? *Histopathology* 2006; Jan 48(1); 75-82.
2. Fisher W: Die Nierentumoren bei der Tuberosen Hirnsklerose *Beitr Pathol Anat* 1911; 50: 235-282.

3. Morgan GS, Straumford J, Hall EJ. Angiomyolipoma of the Kidney. *J Urol* 1951; 65: 625.
4. Eble NJ. *Seminars in diagnostic pathology*. 1998; 15: 21-40.
5. López J, Ramos P, Hernández O. Experiencia de angiomyolipoma renal en el Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". *Colegio Médico de Urología*. Vol. 17 No 1. Ene-Mar 2002.
6. Franco I, Alarcón E, Arias E. Left Kidney angiomyolipoma, spreading to the renal vein, inferior vena cava and involving the heart. Report of one case. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 60 – No 2. Abril 2008; Pags 150-153.
7. Fisher Die Nieren. Tuore bein der taberosed hirscklerose. *Zigler Bert Z Pathol Anat* 1998; 50: 235-1911.
8. Joseph EO, Eliot KF, Staumford. The management of angiomyolipoma. *J Urol* 1986; 135: 1221-1224.
9. American Urological Association (AUA), Update series. Lesson 39. XI. 1992; 148: 306-309.
10. Wegryn J, Resnick IM. Angiomyolipoma diagnosis and conservative management. *Contemporary Urology* 1998: 56-64.
11. Jardin A, Richard F, Le DUC A. et al. Diagnosis and treatment of renal angiomyolipoma (Based of 15 cases report). *Eur Urol* 1980; 6: 69.
12. Malon Mj, Jhonson PR, Jumper BM, et al. Renal angiomyolipoma 6 cases report and literature review. *J Urol* 1968; 135: 349.
13. González FR, González RL, San Martín Sánchez. Angiomyolipoma renal una causa de hemorragia retroperitoneal masiva. *Arch Esp Urol* 1992; 45: 783.
14. Astigueta JC, Abad M et al. Angiomyolipoma epitelioides: variante rara del angiomyolipoma renal. *Arch. Esp. Urol*. 2009; 62 (6): 493-497.
15. Martigoni G, Amin MB. Angiomyolipoma, En *Tumours of the urinary system and male genital organs*. Lyon France. WHO IARC; 2004: 63-67.
16. Gamé X, Soulié M, Moussouni S, Roux D, Escorrou G, Chevreau C et al. Renal angiomyolipoma associated with rapid enlargement and inferior vena caval tumor thrombus. *The J of Urol* 2003; 170: 918-919.
17. Ito H, Nakashima S, Toma S, Misaki T. Renal angiomyolipoma associated with inferior vena caval and right atrial thrombus. *The J of Urol* 1999; 162: 1371-1372.
18. Nelson CP, Sanda MG: Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. *J. Urol*. 2002. Oct; 168: 1315-1325.
19. Lowe BA, Brewer J, Houghton DC, et al. Malignant transformation of angiomyolipoma. *J Urol* 1992; 147:1356-8.
20. Innocenti F, Alarcón E. Angiomyolipoma renal con extensión tumoral a vena cava inferior y aurícula derecha. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol. 60 N^o 2, Abril 2008, págs. 150 – 153.

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA



DM. Quito, febrero 28 de 2014
111011241-147

LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

CERTIFICA

Que el artículo titulado **EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA**, cuyos autores son: Dr. Pablo Jiménez Murillo, Médico Tratante del Área de Cuidados Intensivos; Dres. Mayra Castro Reyes y Jorge Vera Almeida, Postgradistas de Medicina de Urgencias- Universidad San Francisco de Quito; Dra. Judith Borja, Médico Tratante de Urgencias, ha sido aceptado para su publicación en la Revista CAMBIOS, volumen XIII número 22, enero – junio 2013.



Atentamente,

Dr. Andrés Calle Miñaca
DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

| | | |
|------------------|-----------------------|--------------------|
| Elaborado por: | Lic. Dolores Reyes C. | <i>[Signature]</i> |
| Revisa/ aprueba: | Dr. Andrés Calle M. | <i>[Signature]</i> |
| Fecha: | 2014-2-28 | |

**EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL
DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA**

Dr. Pablo Jiménez Murillo*

Dra. Mayra Castro Reyes**

Dr. Jorge Vera Almeida **

Dra. Judith Borja***

***Hospital Carlos Andrade Marín - Médicos Tratante del Área de Cuidados Intensivos, **Hospital Carlos Andrade**

Marín - Posgradista de Urgencias (Universidad San Francisco de Quito), *** Hospital Carlos Andrade Marín - Médico Tratante de Urgencias.

RESUMEN:

El Servicio de Emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) atendió a 196.641 pacientes en el año 2012. El 50% de esos pacientes tuvo dolor. Tomando en cuenta el elevado número de pacientes, el presente estudio tuvo como objetivos valorar la eficacia de Ketorolaco sublingual (SL - 30mg), en el manejo del dolor agudo y verificar si este tipo de presentación acelera el control del dolor.

SUMMARY:

During 2012, in the Emergency Service of Carlos Andrade Marín hospital (HCAM), 196 641 patients were treated, 50% of them complained of pain. The aim of this study was assessing the efficacy of sublingual ketorolac 30mg in acute pain management and verify if this type of presentation accelerates pain control.

Materiales y métodos: En el área de Emergencia (AE) del HCAM, de enero a marzo de 2013 se realizó un reporte de serie de casos en 100 pacientes adultos mayores de 18 años, con dolor nociceptivo moderado a severo. Se excluyeron pacientes con dolor neuropático, antecedentes de hipersensibilidad a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), enfermedad ácido péptica o sangrado digestivo activo, trastornos de coagulación y quienes cursaban con inestabilidad hemodinámica. El dolor se evaluó con la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA – N) a los 5, 15, 30 y 60 minutos, y los datos se recogieron a través de una encuesta.

Resultados: El 52% de los pacientes cursaron con dolor visceral, de los cuales 44% fueron de origen abdominal y 8% genitourinario. El EVA - N inicial promedio fue de 8,05 con una mediana de 8 y rango de 5, con una disminución significativa del dolor a los 5 minutos ($P = 0,0315$) y a los 30 minutos ($P = 0,0358$). No hubo eventos adversos.

Conclusiones: Ketorolaco 30mg SL es eficaz para el manejo del dolor moderado a severo en pacientes atendidos en Emergencia. La presentación SL acelera la satisfacción del paciente por su rápido efecto analgésico, fácil administración y al sentirse inmediatamente atendido.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma común por el que acuden los pacientes a Emergencia. Se estima que de 60 a 90 % ingresan por dolor y 50 a 70% de ellos requieren alguna clase de tratamiento analgésico; lamentablemente, sólo 4 de cada 10 pacientes reciben un tratamiento eficaz. ^(1, 2, 3)

El dolor es un problema mayor de salud pública, tan es así que entre el 20 al 40% de las consultas médicas son por su causa ^(4,5). Su presencia decrece la calidad de vida, disminuye la actividad y limita la funcionalidad del individuo; por estas razones, en noviembre de 1998, la Administración para la Salud de los Veteranos de los Estados Unidos inició una estrategia denominada “Dolor como quinto signo vital”, con la finalidad de mejorar su manejo ^(6, 7).

Las opciones de tratamiento del dolor agudo incluyen el uso de terapias tópicas, AINEs, acetaminofén, opioides y anestésicos locales ^(8, 9,10). La Organización Mundial de la Salud definió en 1986 una escala del dolor, como una guía en la estructuración del tratamiento analgésico, utilizando el medicamento adecuado de acuerdo al escalón, según la intensidad del dolor. No es necesario el continuar los escalones en orden ⁽¹⁰⁾.

Muchos comentarios se han hecho a esta guía, entre ellos que está orientada a dolor crónico, no toma en cuenta el tipo de dolor, ni diferencia las características individuales de los AINEs, pues algunos son más antipiréticos o antiinflamatorios antes que analgésicos. Sin embargo, ha demostrado su efectividad y utilidad en más de 25 años, por lo que a pesar de necesitar modificaciones, sigue en vigencia ⁽⁷⁾.

En el 2012, en el AE del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de la ciudad de Quito se atendieron 196.641 pacientes; el 50% acudió con dolor agudo moderado a severo de diversa etiología. Optimizar el manejo del dolor se convierte en una prioridad para los equipos interdisciplinarios de la Emergencia de nuestro hospital, más aun cuando los tiempos de espera para la atención del paciente y del manejo del dolor son prolongados.

Nosotros realizamos un estudio para evaluar la eficacia de Ketorolaco sublingual de 30 mg en el manejo del dolor agudo.

MATERIAL Y METODOS

En el área de Emergencia del hospital Carlos Andrade Marín de enero a marzo de 2013 se realizó un reporte de serie de casos cuyo objetivo fue:

1. Valorar la eficacia de Ketorolaco SL de 30mg en el manejo del dolor agudo moderado a severo.
2. Verificar el tiempo de inicio de acción para el control del dolor con este fármaco.

Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con dolor nociceptivo somático o visceral moderado a severo, con valores superiores a 4 en la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA - N). Se hizo una evaluación basal y a los 5, 15, 30 y 60 minutos posteriores a la administración de Ketorolaco SL, el dolor se evaluó con la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA – N), los datos se recogieron en una encuesta.

Fueron excluidos pacientes con dolor neuropático, antecedentes de hipersensibilidad a los AINEs, enfermedad ácido péptica o sangrado digestivo activo, trastornos de coagulación y quienes cursaban con inestabilidad hemodinámica.

Se incluyeron 100 pacientes, 49 (49%) de ellos fueron hombres, con un rango de edad que va de 18 a 65 años.

El objetivo primario del estudio fue determinar la eficacia de la presentación SL en el control del dolor y, adicionalmente, la velocidad de su administración.

RESULTADOS

De los 100 pacientes que recibieron Ketorolaco SL, el 52% cursó con dolor visceral, de estos el 44% fue de tipo abdominal y 8% genitourinario, mientras que el 48% restante presentó dolor de tipo somático (Fig. 1).

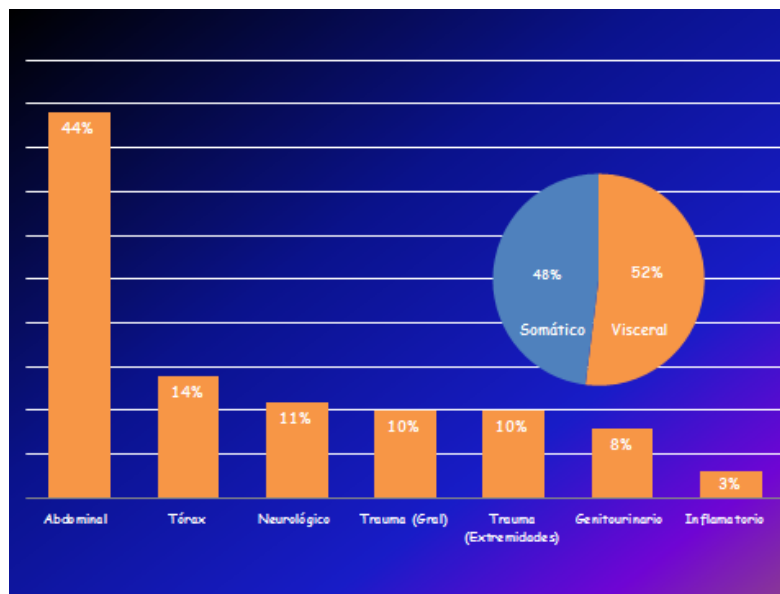


Figura 1. Distribución etiológica y regional del dolor. Grupo Ketorolaco SL

Con Ketorolaco SL, El EVA - N inicial promedio fue de 8,05 con una mediana de 8 y rango de 5, disminuyendo significativamente a los 5 minutos ($P = 0,0315$) y a los 30 minutos ($P = 0,0358$) (Fig. 2). No se presentaron eventos adversos.

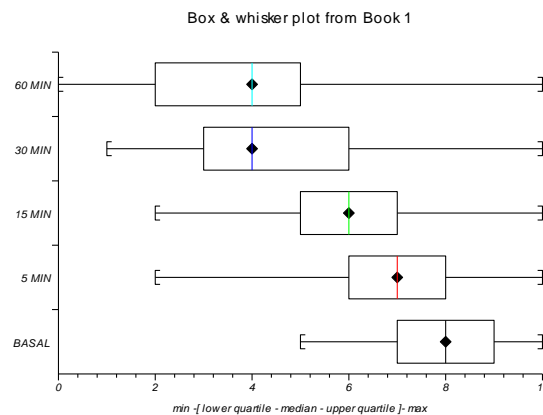


Figura 2. Evolución del dolor con Ketorolaco SL.

DISCUSIÓN

El dolor en las AE, es una de las razones más importantes por la que los pacientes buscan ayuda; hasta 9 de cada 10 pacientes ingresan con dolor, siendo moderado a severo en un 65% de ellos, afecta ligeramente más a las mujeres (56%) y no siempre es de origen traumático (32%)^(1,3,9,11,12).

La realidad de los pacientes de nuestro estudio no fue diferente, 1 de cada 2 cursó con dolor moderado a severo, fue más frecuente en mujeres y predominó el dolor visceral.

En Emergencia es frecuente el manejo inadecuado del dolor; en parte debido a la saturación de pacientes, el hacinamiento, la sobrecarga de trabajo del personal de salud, y la falta de protocolos de analgesia, adicionalmente la preocupación, sensación de debilitamiento y tiempo de espera, lo incrementan la sintomatología del paciente. En consecuencia, el tratamiento es poco efectivo e insuficiente, todo esto da lugar al proceso conocido como oligoanalgesia que según la literatura afecta al involucra hasta un 56% de pacientes^(2,13,14,15)

Con todos estos antecedentes, la utilización de analgésicos de fácil y rápida administración para el tratamiento de dolor moderado a severo, debería ser una prioridad a ejecutar en las AE. En este sentido y conocedores de la potencia analgésica del Ketorolaco, decidimos evaluar si la presentación SL de 30 mg disminuía la oligoanalgesia y mejoraba la calidad de atención del paciente.

Los antiinflamatorios no esteroideos son los fármacos de elección en el manejo del dolor agudo⁽¹⁶⁾. El Ketorolaco es una droga aprobada por la FDA para el dolor moderado a severo, habitualmente utilizada por vía oral y parenteral, sea intramuscular o intravenosa; sin embargo, actualmente muchos estudios soportan su administración sublingual, oftálmica (colirio) y recientemente nasal^(17, 18,19,20). También está indicado para analgesia preventiva⁽²¹⁾.

La vía SL es una vía de rápida absorción, menor a 5 minutos, y gran biodisponibilidad⁽²²⁾. Bajo este concepto, administramos Ketorolaco SL, 30mg. El resultado esperado es una acción analgésica rápida. En nuestro estudio, desde los primeros 5 minutos la población estudiada registró existió una disminución del dolor con datos estadísticamente significativos. Ketorolaco SL fue efectivo para todo tipo de dolor nociceptivo, independientemente de su etiología y localización.

CONCLUSIONES:

En las AE, Ketorolaco SL 30mg es eficaz para el manejo del dolor nociceptivo moderado a severo de cualquier etiología.

La presentación SL, por su fácil administración, acelera el control del dolor y aumenta la satisfacción del paciente, tanto por su efecto analgésico como por sentirse inmediatamente atendido; adicionalmente, contribuye a disminuir la carga laboral del personal.

Ketorolaco SL de 30mg se convierte en una presentación fármaco-económica.

No se reportaron eventos adversos en los pacientes que formaron parte del grupo de estudio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Todd KH, Ducharme J, et al. Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain* 2007;8(6): 460-466
2. Stephan FP, et al. Pain in the Emergency Department: Adherence to an implemented treatment protocol. *Swiss Med Wkly* 2010; 140(23 – 24):341 – 347.
3. Karwowski-Soulie F, et al. Pain in an Emergency Department: An audit. *European Journal of Emergency Medicine* 2006; 13:218–224.
4. Saastamoinen P, et al. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005; 114: 364–371.
5. Steward W. The epidemiology of chronic pain. En: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/NewsEvents/UCM307835.pdf> (Mayo 20, 2013).
6. Mularski RA, et al. Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med* 2006; 21:607–612.
7. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? *Can Fam Physician* 2010; 56:514-7.
8. Clark M. Analgesic use in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19:99–102.
9. McIntosh S, Leffler S. Pain management after discharge from the ED. *Am J Emerg Med*. 2004; 22(2):98–100.
10. Tratamiento del Dolor agudo en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Medicamentos y Terapéutica, Departamento de Farmacoepidemiología. 2005.
11. Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, Thode HC Jr. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med* 1999; 33:652–658.
12. Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the Emergency Department: A pilot study. *J Emerg Med* 1998; 16:377–382.
13. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the Emergency Department. *Am J Emerg Med* 1989; 7:620–623).
14. Motov S, Khan A. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better?. *Journal of Pain Research* 2009;2 5–11.
15. Tood, KH, Sloan EP, Chen S, Wamstad K. Survey of pain etiology, management practices and patients satisfaction in two urban emergency departments. *CJEM* 2002 Jul;4(4):252-256.
16. Gatti D, Viapiana G, et al. How much does an antiinflammatory treatment cost? *Reumatismo* 2010; 62(4):248-252.
17. Ketorolac. En: <http://www.drugs.com/pro/ketorolac.html> (Mayo 14, 2013).

18. Pérez J, Aguilar M, Herrera J, Flores F. Comparative bioavailability of ketorolac tromethamine after intramuscular and sublingual administration. *Proc. West. Pharmacol. Soc.* 2001;45:6-7.
19. Jeffrey S. FDA Approves Nasal Formulation of Ketorolac for Short-Term Pain Management. En: <http://www.medscape.org/viewarticle/722125> (Mayo 19, 2013).
20. Díaz EP, et al. Comparación de Ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia. *Cir Ciruj* 2009; 77:45-49.
21. Ong CS, Lirk, P, Seymour R, Jenkins B. The Efficacy of Preemptive Analgesia for Acute Postoperative Pain Management: A Meta-Analysis. *Anesth Analg* 2005;100:757-73.
22. Narag N, Sharma J. Sublingual mucosa as a route for systemic drug delivery. *Int J Pharm Pharm Sci*, 2011;3(2):18-22.

DUPLICACIÓN INTESTINAL



Sociedad Ecuatoriana
de Gastroenterología

50^{MO} ANIVERSARIO
DE LA SEG

IV

SEMANA ECUATORIANA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

CURSO TALLER DE ENDOSCOPIA
EN VIVO
3 DE NOVIEMBRE



DEL 3 AL 5 DE NOVIEMBRE - 2011
MANTA - PORTOVIEJO - ECUADOR

SÁBADO, 5 DE NOVIEMBRE

SESIÓN MAÑUTINA

Presidente: *Dr. Jimmy Morales*

Secretario: *Dr. Miguel Cedeño*

- 08H10 Conferencia: Hepatitis B, nuevas terapéuticas
Dr. Roberto León
- 08H30 Conferencia: Nuevos tratamientos en Hepatitis C
Dr. Roberto León
- 08H50 **PRESENTACIÓN DE VIDEOS**
- 08H50 Enfermedad de Crohn: A propósito de 2 casos *Dr. Carlos Robles M.*
- 09H00 Patología de colon *Dr. Gustavo Calle A.*
- 09H10 Duplicidad intestinal *Dr. Jorge Vera*
- 09H20 **SIMPÓSIO: CÁNCER GÁSTRICO. DIAGNÓSTICO Y MANEJO**
Moderador: *Dr. Xavier Kon*
- 09H20 ¿Las nuevas tecnologías incrementan su diagnóstico? *Dr. Carlos Robles J.*
- 09H30 Manejo de las condiciones preneoplásicas *Dr. Rodolfo Corti*
- 09H40 Terapéutica endoscópica: ¿Cómo seleccionamos? *Dr. Everson Artifón*
- 09H50 Quimioterapia: ¿Quién se beneficia? *Dr. Alejandro Figueroa*
- 10H20 **RECESO**
- 10H35 Conferencia: Esteatohepatitis no alcohólica. Tratamiento
Dr. Roberto León
- 10H55 Conferencia: Criterios prácticos de adenomas colorrectales, serrado y no serrado
Dr. Luis Caro
- 11H15 **SIMPÓSIO: SÍNDROME METABÓLICO Y OBESIDAD**
Moderador: *Dr. Adrián Rubinof*
- 11H15 Enfoque y manejo clínico *Dr. Mauro Villacreses*
- 11H25 Tratamiento endoscópico en el manejo de la obesidad *Dr. Roberto Fogel*
- 11H35 Cirugía: Resultados a corto y largo plazo *Dr. Max Torres*
- 12H00 Conferencia: Manejo endoscópico del cáncer colorrectal temprano
Dr. Horacio Rubio
- 12H20 Conferencia: Cáncer colorrectal avanzado ¿Cómo optimizar el manejo oncológico?
Dr. Alejandro Figueroa
- 12H40 **ALMUERZO**



PORTOVIEJO
MANABÍ

SOCIEDAD ECUATORIANA DE
GASTROENTEROLOGÍA,
CAPÍTULO DE MANABÍ
UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
COLEGIO DE MÉDICOS DE MANABÍ

CERTIFICAN

DR. JORGE VERA ALMEIDA

Que:

Participó en la **IV SEMANA ECUATORIANA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS,**
realizada del 3 al 5 de noviembre de 2011, en calidad de
DOCENTE

Duración: 32 horas

Portoviejo, 5 de noviembre de 2011



[Signature]
Dr. Gustavo Toala Bozada
**PRESIDENTE
SEG MANABÍ**

[Signature]
Dr. Freddy Hinojosa Dueñas
**SECRETARIO
SEG MANABÍ**

[Signature]
Dra. Luisa Montoya Valdez
**PRESIDENTA
C.M.M.**



[Signature]
Dr. Roddy Mata Moreira
**DECANO FACULTAD CC.MM.
ULEAM**

SINDROME DE BURNOUT



**SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
HOSPITAL "PABLO ARTURO SUÁREZ"**

S A E H P A S
FILIAL: CTE - OSUNTRAMSA
Registro N° 338, del 3 de Agosto de 1998
Código N° 17050217-0
Dirección: Ángel Ludeña OE-5261 Y MACHALA
TELÉFAX: 2593349

Of. No. 003SAEHPAS-2012
Quito, 9 de agosto del 2012

Doctor
Jorge Vera
Presente.-

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo de quienes conformamos el Sindicato de Auxiliares de Enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, al mismo tiempo nos permitimos informarle que nos encontramos organizando el **"IV CONGRESO DE ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA"**, el mismo se realizará del 27 al 31 de agosto del 2012, en la ciudad de Quito. (Valor Curricular de 60 Horas)

Motivo por el cual nos es grato hacerle una cordial invitación a que participe como profesor invitado de acuerdo al siguiente detalle:

Tema: Síndrome de Burnout
Modalidad: Charla Magistral
Fecha: Viernes 31 de Agosto 2012
Hora: 10:40 - 11:20
Lugar: Centro de Convenciones Eugenio Espejo Pabellón IV

Seguros de contar con su participación, la misma que contribuirá al éxito del evento, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Sra. María Carvajal
Secretaria General del Sindicato de
Auxiliares de Enfermería del HPAS

NOTA: Favor enviar un resumen en 10 líneas máximo de su Currículum al E-mail coexpondeidams@yahoo.com, para presentarlo antes de su intervención. Gracias.

JUEVES 30 DE AGOSTO DEL 2012

| | | |
|-------------|---|-------------------------|
| 08:00-08:40 | Que es un Desastre Dentro del Area Hospitalaria | Dr. Manuel Miraya |
| 08:40-09:20 | Cuidados Generales de Enfermería en falla renal aguda y evento cerebro vascular | Lcda. Margarita Bonilla |
| 09:20-10:00 | Atención de Enfermería en un Desastre Medio Ambiental | Lcda. Priscila Guevara |
| 10:00-10:40 | Aspiración de Cuerpos Extraños a Nivel Orofaríngeo | Dra. Jenny Vela |
| 10:40-11:20 | Biética y Trasplante en Donación de Organos | Mag Sandra Aguilera |
| 11:20-11:40 | Coffe Break | |
| 11:40-12:20 | Crisis Convulsivas | Dr. Morris Valle |
| 12:20-14:00 | Almuerzo | |
| 14:00-14:40 | Reanimación Cardiopulmonar en Neonatos | Dr. Washington Zurñiga |
| 14:40-15:20 | Antihiperensivos en el Embarazo y Puerperio | Dr. Alex Meza |
| 15:20-16:00 | Complicaciones en Parto Prematuro | Lcda. Maira Erazo |
| 16:00-16:40 | Coffe Break | |
| 16:40-17:20 | Como se debe Actuar ante un Desastre en el Area Hospitalaria | Dra. Mayra Castro |
| 17:20-18:00 | Cuidados Generales de Enfermería | Lcda. Margarita Bonilla |

COEXPO: Av. Colón 22-77 y Ulloa,

Edificio Fierro 2do Piso Of. 2A

Teléfono: 2522-612

E-mail: coexpondeidams@yahoo.com

Web: www.coexpociatlda.com

VIERNES 31 DE AGOSTO DEL 2012

| | | |
|-------------|---|---------------------------|
| 08:00-08:40 | Riesgos del Trabajo | Dr. Luis Pacheco |
| 08:40-09:20 | Cetoacidosis Diabética | Dr. Ricardo Bedon |
| 09:20-10:00 | Programa Sol 5 Mejoramiento Continuo de Procesos | Mag. Fernando Carrera |
| 10:00-10:40 | Consecuencias Legales en la Mala Administración de Medicamentos | Abogado Eduardo Cabrera |
| 10:40-11:20 | Síndrome de Burnout | Dr. Jorge Vera |
| 11:20-11:40 | Coffe Break | |
| 11:40-12:20 | Manejo de Desechos desde la Perspectiva de Bioseguridad | Lcda. Priscila Guevara |
| 12:20-13:30 | Importancia de la Ergonomía en el Trabajador de la Salud | Ingeniero Fabian Vasconez |
| 13:30-14:30 | Almuerzo | |
| 14:30-15:10 | Síndrome Coronario | Dr. Jorge Endara |
| 15:10 | Clausura | |

Bienvenidos a este Congreso de actualización que marca el punto de encuentro científico y social de todos los profesionales de la salud de Quito y todo el país.

**Atentamente,
Comité Organizador**

IV

CONGRESO DE ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

PROGRAMA

Fecha:
Del 27 al 31 de agosto del 2012

Duración Académica:
60 Horas

Sede:
Centro de Convenciones Eugenio Espejo Pabellón IV

Quito - Ecuador



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Doctor JORGE VERA**

Por haber participado en calidad de: **Conferencista del Tema: Síndrome de
Burnout**

En el "IV CONGRESO DE ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES ". Organizado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería del
Hospital Pablo Arturo Suárez, del 27 al 31 de Agosto del 2012 en la ciudad de Quito.

Duración Académica: 60 Horas


Michelle Grunatier, MD, M.Sc., Ph.D.
Decana Escuela de Medicina
Universidad San Francisco de Quito

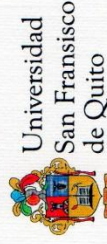

Dr. Alvaro Guamanica
Gerente General
Hospital Pablo Arturo Suárez
MSP

Quito, 31 de agosto del 2012


Sra. María Carvajal
Secretaria General del Sindicato de
Auxiliares de Enfermería del HPAS



Ministerio de Salud
Pública



Universidad
San Francisco
de Quito



Sind. de Auxiliares de Enfermería
Hospital Pablo A.

CRITERIOS ACTUALES DEL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EMERGENCIAS



Ibarra 13 de diciembre de 2012

CERTIFICADO

Por medio del presente Certifico que el **Dr. Jorge Vera**, funcionario del Hospital Carlos Andrade Marin, participó hoy día jueves 13 de diciembre 2012, en calidad de Docente Expositor al “IV Curso de Actualización de Medicina, Enfermería, Nutrición; en Salud Pública, Trauma y Emergencias del Paciente Adulto y Pediátrico”, realizado en la ciudad de Ibarra en el Auditorio del Antiguo Banco Central, Ministerio de Cultura, del 10 al 14 de octubre.

Lic. Viviana Espinel

COORDINADORA ACADÉMICA F.E.G.



IV CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN; EN SALUD PÚBLICA, TRAUMA Y EMERGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO



Conferieren el presente

Certificada

A: **AL DOCTOR: JORGE VERA**

Por haber participado como: **DOCENTE EXPOSITOR DE LOS EVENTOS**

Realizados en la ciudad de Ibarra Ecuador, del 22 al 26 de Oct; del 10 al 14 de Dic de 2012 y del 21 al 25 de enero de 2013

Con un aval curricular de **120 Horas**

Ibarra, a 25 de enero de 2013



Dr. Yu Ling Reascos
Coordinadora de Salud Zona 1



Dr. Miguel Naranjo
RECTOR U.T.N.



Lic. Salomé Andrade S.
PRESIDENTA DEL PATRONATO DE ACCIÓN SOCIAL



Lic. Viviana Espinel J.
COORDINADORA ACADÉMICA F.E.G.



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud de Imbabura



TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Programa del evento

IV CURSO

LINEAMIENTOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Del 10 al 15 de febrero 2014

INFORMES E INSCRIPCIONES

TELÉFONOS:
 (02) 2944300 Ext 1527
 (02) 2944200 Ext. 1528

Lic. Silvana Cordero
 0968732072
corderocharito@hotmail.com

Lic. Anita Astudillo
 0999663507
enferdomic@yahoo.com

Lic. Sulmita Severino
 0983713152
sulmitass@hotmail.com

Lic. María Robles
 0999155247
mariaeugenia_200610@yahoo.es

Lic. Susana Montesdeoca
 0984208964

Viernes 14 **MODULO 2: Aula VIP**

| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
|---------------|--|------------------------------|
| 08:30 - 09:30 | Calidad de atención como filosofía institucional- Principios Dimensiones | Dr. Washington Béaz |
| 09:30 - 10:30 | Calidad de atención al usuario externo | Dr. Mary Marcano |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | Derechos y obligaciones del paciente para la atención médica | Lic. Alicia Vallejo |
| 11:30 - 12:10 | PAE en Traumatismo Abdominal | Lic. Mercé Avilés |
| 12:10 - 12:50 | Evaluación y manejo de la hipertensión endocraneal | Dr. Leonardo Acosta Quintana |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | PAE en pacientes con Hemorragias Digestivas altas y bajas | Lic. Rocío Gómez |
| 14:40 - 15:20 | Pancreatitis aguda | Dr. Mauricio Cabott |
| 15:20 - 16:00 | PAE en pacientes con Pancreatitis Aguda | Lic. Eva Pizencia |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:20 - 18:20 | TALLER DE TRABAJO EN EQUIPO | Lcda. María Eugenia Robles |

Sábado 15 **MODULO 1: Auditorium HCAM**

| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
|---------------|---|-------------------------|
| 08:00 - 09:10 | Accidentes Cerebro Vasculares Agudos en Urgencias -imagen | Dr. Henry Cabzas |
| 09:10 - 09:50 | PAE en pacientes con eventos cerebro vasculares | Lic. Susana Montesdeoca |
| 09:50 - 10:30 | Trasmisismo cardíaco -enfático | Dr. Cristian Diaz |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | PAE en pacientes con trauma craneo encefálico | Lic. Iván Barreto |
| 11:30 - 12:10 | Lesiones por electricidad. Electrocutación | Dr. Mauricio Tapia |
| 12:10 - 12:50 | PAE en pacientes con lesiones por electrocución | Lic. Della Palumbo |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Infecciones del Sistema Nervioso Central | Dr. Esteban Pinargote |
| 14:40 - 15:20 | PAE en infección del Sistema Nervioso Central | Lic. Verónica López |
| 15:20 - 16:00 | Lesión mielájar aguda | Dr. Patricio Correa |

IV CURSO LINEAMIENTOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS



Ministerio de Salud Pública

Nota

DEL 10 AL 15 DE FEBRERO DEL 2014

| LUNES 10 | | |
|---------------|--|---|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 07:30 - 08:30 | Inspección Organizacional | Dr. Mauricio Galber |
| 08:30 - 08:35 | IMPLANTACION DE ENTRO | Dr. David Larreaqui |
| 08:35 - 09:10 | Revisión de la Práctica en el Laboratorio | Leda Germán Delgado |
| 09:10 - 09:50 | Metodología de seguimiento de pacientes en el laboratorio | Dr. Diego Pina |
| 09:50 - 10:30 | Implementación de la Biología | RECESO |
| 10:30 - 10:50 | Liderazgo | Dr. Washington Barz |
| 12:30 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Tratado y atención a los centros de atención de emergencias | Tecnólogo Diego Jula |
| 14:40 - 15:20 | Medidas de protección de barrera en emergencias de la enfermedad | Dr. Guillermo Borja |
| 15:20 - 16:00 | Medidas de protección de barrera en emergencias que requieren aislamiento en urgencias | Dr. Daniel Alvarado |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 18:30 | Revisión de perspectivas de atención del paciente en el servicio de Urgencias | Dr. María Miranda, Lic. Mónica López, Dra. María Inés, Lic. Lidia Delgado |

| Martes 11 | | |
|---------------|---|---|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | Atención de Urgencias: Conceptos, Organización y Trabajo | Dra. Norma Miranda |
| 09:10 - 09:50 | Atención de Urgencias en el servicio de Urgencias | Lic. Lidia Delgado |
| 09:50 - 10:30 | Dirección del potencial docente de Urgencias | Dr. Mauricio Galber |
| 10:30 - 11:30 | Manejo de fluidos | Lic. Verónica León |
| 11:30 - 12:10 | Atención de pacientes con problemas de salud | Dra. Verónica Jaramilla |
| 12:10 - 12:50 | Atención de pacientes postquirúrgicos | Lic. Diana Bravo |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Supervisión de Barras en situaciones de emergencia | Dr. Mary Mercedes |
| 14:40 - 15:20 | PAE en pacientes con ventilación mecánica en Urgencias | Lic. Mónica Borja |
| 15:20 - 16:00 | Atención de pacientes con problemas de salud en Urgencias | Dr. José Calvarino |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 17:00 | Atención de pacientes en el laboratorio | Dr. José Luis Varela |
| 17:00 - 17:40 | Atención de pacientes en Urgencias | Dr. Guillermo Borja |
| 17:40 - 18:20 | Actividad Profesional | Dr. Washington Barz, Lic. Lidia Delgado, Lic. Mónica López, Lic. María Inés |

| Martes 11 | | |
|---------------|--|----------------------|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | Fracturas, luxaciones y esguinces | Dr. Héctor Pina |
| 09:10 - 09:50 | PAE en pacientes con Fracturas, Luxaciones y esguinces | Lic. Angélica Mazona |
| 09:50 - 10:30 | Síndrome Compartmental | Dr. Luis Calderín |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | Cerebrología Lumbar | Dr. Fernando Garzón |
| 11:30 - 12:10 | PAE en pacientes con lesiones por síndrome de compartimiento por síndrome de compartimiento por síndrome de compartimiento | Lic. Piedad Reyes |
| 12:10 - 12:50 | Manejo de pacientes con infecciones por síndrome de compartimiento | Dr. Gabriela Marín |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Manejo del paciente en Urgencias | Dr. Henry Guara |
| 14:40 - 15:20 | PAE en pacientes con intoxicación por síndrome de compartimiento | Lic. Daniel Moreno |
| 15:20 - 16:00 | Intoxicación por síndrome de compartimiento | Dr. Pablo Bandura |
| 16:00 - 16:20 | Manejo de pacientes con Cerebrología Lumbar y estado Hipertensivo | Dr. Carlos Córdova |
| 16:30 - 17:00 | Manejo de pacientes con Cerebrología Lumbar y estado Hipertensivo | Dr. Carlos Córdova |
| 17:00 - 17:40 | PAE en pacientes con Alteraciones Hemodinámicas | Lic. Geórgy Borja |
| 17:40 - 18:20 | PAE en pacientes con Alteraciones Hemodinámicas | Lic. Adriana Añas |

| Miércoles 12 | | |
|---------------|---|----------------------|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | Dolor torácico: Síndrome | Dra. Diana Salazar |
| 09:10 - 09:50 | PAE en pacientes con dolor torácico | Lic. Mónica Revoredo |
| 09:50 - 10:30 | Dinámica en Urgencias: insuficiencia respiratoria aguda | Dr. Cristian Tapia |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | PAE en pacientes con Síndrome de insuficiencia cardíaca aguda | Lic. Nurly López |
| 11:30 - 12:10 | Insuficiencia cardíaca aguda | Dr. Cristian Marín |
| 12:10 - 12:50 | Manejo de la anemia en Urgencias | Dr. José Lasso |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Rehabilitación muscular: Intoxicación digitalica | Dr. Jorge Escobar |
| 14:40 - 15:20 | Crisis hipertensiva en Urgencias | Dr. Gabriel Acosta |
| 15:20 - 16:00 | PAE en pacientes con crisis hipertensiva | Lic. Luis Acosta |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 17:00 | Valoración de TPO en pacientes hipertensos | Dr. Pablo Cornejo |
| 17:00 - 17:40 | Valoración de TPO en pacientes hipertensos | Dr. Fernando Borja |
| 17:40 - 18:20 | Prescripción concurrente y reman | Lic. Margarita Tapia |

| Miércoles 12 | | |
|---------------|---|----------------------|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | Intoxicaciones agudas por agentes químicos | Dr. Marcos Romero |
| 09:10 - 09:50 | PAE en pacientes con intoxicaciones agudas por diferentes agentes | Lic. María Peña |
| 09:50 - 10:30 | Esguinces | Dr. Diego Carpio |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | Complicaciones Gastrointestinales en pacientes con síndrome de compartimiento | Dr. Marcos Alvarez |
| 11:30 - 12:10 | Cirugía ortopédica en el aparato digestivo | Dra. Lorena Novillo |
| 12:10 - 12:50 | Urgencias en traumatología | Dr. Juan Enriquez |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Urgencia | Dra. Graciela Erazo |
| 14:40 - 15:20 | Atención de pacientes con complicaciones de componentes sanguíneos en Urgencias | Dr. Manuel Carpio |
| 15:20 - 16:00 | Urgencias en Urgencias | Lic. Lidia Rodríguez |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 17:15 | Urgencias oncológicas | Dr. Ivan Maldonado |
| 17:15 - 18:00 | Urgencias oncológicas | Lic. María Mercedes |

| Jueves 13 | | |
|---------------|---|-------------------------|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | Síndrome Coronario Agudo | Dr. Pablo Bandura |
| 09:10 - 09:50 | PAE en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda | Lic. Janet Sampedo |
| 09:50 - 10:30 | Manejo de MIAMI | Dra. Catalina Calle |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | Atención de pacientes con problemas respiratorios | Lic. Shirley Zambrano |
| 11:30 - 12:10 | Crisis de asma | Dra. Fernanda Rojas |
| 12:10 - 12:50 | Trombo embolismo pulmonar | Dr. Jorge Vera |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Tratamiento tóxico | Dr. Carlos Larraga |
| 14:40 - 15:20 | Tratamiento de pacientes con trastornos tóxicos | Lic. Nora Montenegro |
| 15:20 - 16:00 | Hemo-Neurológicas | Dra. Verónica Jaramilla |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 17:15 | Atención de enfermos en crisis hipertensiva | Dr. David Larreaqui |
| 17:15 - 18:00 | PAE en pacientes con infección hipertensiva | Lic. Angélica Tejada |

| Jueves 13 | | |
|---------------|---|------------------------|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | El paciente diabético en Urgencias | Dra. Jenny Vela |
| 09:10 - 09:50 | Urgencias hipertensas | Dr. Marcos Romero |
| 09:50 - 10:30 | Urgencias hipertensas | Lic. Andrés Gómez |
| 10:30 - 10:50 | RECESO | |
| 10:50 - 11:30 | Enfoque práctico del dolor en Urgencias | Dr. María Paz |
| 11:30 - 12:10 | PAE en pacientes con dolor agudo | Lic. Rosa Rivera |
| 12:10 - 12:50 | Selección en Urgencias | Dr. Fernando Romero |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Atención del enfermo en paciente con síndrome de compartimiento | Lic. Francisco Carrero |
| 14:40 - 15:20 | Tratamiento de la crisis hipertensiva en el adulto | Dra. Graciela Erazo |
| 15:20 - 16:00 | Manejo de la Lumbalgia en el Adulto Mayor | Dr. Walter Acosta |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 17:00 | Quimioterapia y Tratamiento | Dr. José Andrés |
| 17:00 - 17:40 | PAE en pacientes con quemaduras graves | Lic. Daniela Borro |
| 17:40 - 18:20 | Asignatura en el laboratorio | Dr. Luis Concha |

| Viernes 14 | | |
|---------------|---|--|
| Horas | TEMA | RESPONSABLE |
| 08:30 - 09:10 | Trombosis en el embarazo | Dr. Luis Pacheco |
| 09:10 - 09:50 | Atención de pacientes con síndrome de compartimiento | Dr. Andrés Moreno |
| 09:50 - 10:30 | PAE en pacientes con dolor abdominal | Lic. Soledad Córdova |
| 10:30 - 10:50 | Dinámica aguda | Dr. Juan Carlos Varela |
| 10:50 - 11:30 | RECESO | |
| 11:30 - 12:10 | Tratamiento abdominal | Dr. Gido Ramirez |
| 12:10 - 12:50 | Atención de pacientes con síndrome de compartimiento | Dr. Francisco Pina |
| 12:50 - 14:00 | ALMUERZO | |
| 14:00 - 14:40 | Manejo de pacientes con problemas de salud en Urgencias | Dr. Javier Tejo |
| 14:40 - 15:20 | Manejo de pacientes con problemas de salud en Urgencias | Leda María Eugenia Rojas |
| 15:20 - 16:00 | Manejo de pacientes con problemas de salud en Urgencias | Dr. Javier Tejo |
| 16:00 - 16:20 | RECESO | |
| 16:30 - 17:00 | Manejo de pacientes con problemas de salud en Urgencias | Dr. David Larreaqui |
| 17:00 - 18:20 | Manejo de pacientes con problemas de salud en Urgencias | Leda María Eugenia Rojas, Lic. Lidia Delgado |