

Revista

Salud y Ciencia

Protegiendo tu salud

Cuerpo Médico Militar del Ejército de Nicaragua



ISSN 2958-3721



Año 1. Edición No. 2

Octubre-diciembre 2022



Investigación científica

Rincón informativo

En la actualidad

Calidad y seguridad



Ejército de Nicaragua



*“En defensa de la Patria y la Institución,
¡Firmeza y Cohesión!”*





HOSPITAL MILITAR TV



CONSEJO DIRECTIVO

Marco Antonio Salas Cruz
Coronel Doctor

Noel Vladimir Turcios Arróliga
Coronel Doctor

José Javier Vanegas Leiva
Coronel Máster

Héctor José Rugama Mojica
Coronel Doctor

Rolando Antonio Jirón Toruño
Teniente Coronel Doctor

Angélica Alvarado Vanegas
Teniente Coronel Doctora

Elífar Salvador González Uriza
Coronel (Retirado) Máster

Norma Medina Urbina
Máster

CONSEJO EDITORIAL

Carlos Ramiro Romero Manfut
Mayor Doctor

Milton José Valdez Pastora
Capitán Doctor

Ivania Fabiola González Cerda
Capitán Doctora

Lester José Aguirre Romero
Capitán Doctor

José Luis Talavera Carrasco
Capitán Doctor

Manuel Agustín Cortez Leiva
Teniente Doctor

Marisol Solórzano Vanegas
Teniente Doctora

EQUIPO EDITORIAL

Directora/Editora
Licenciada
Berny Gissell Cardona Vallecillo

Asesora de Edición
Máster
Ruth Nohemí Rojas Icabalzeta

Editora de sección
Licenciada
Karen Junieth Altamirano Catín

Edición y Corrección
Máster
Ruth Nohemí Rojas Icabalzeta
Licenciada
Karen Junieth Altamirano Catín

Diseño y Diagramación
Licenciado
Dick Noé Sánchez Blanco

Coordinación y Producción
Licenciada
Claudia Azucena Tinoco Ramos

Fotografía
Área de Comunicación

REGISTRO DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL CERTIFICADO SERIE "D" Nº. 002222

REGISTRO DE OBRAS

Título: SALUD Y CIENCIA,
PROTEGIENDO TU
SALUD, CUERPO MÉDICO
MILITAR DEL EJÉRCITO DE
NICARAGUA

Registro: OL-999-2023

Expediente: 2023-0000001

Tipo: LITERARIA

Folio: 99

Tomo: XVII

Libro: II de Inscripciones de
Obras Literarias

Fecha Presentado: 12 de enero,
del 2023

Fecha Registrada: 25 de enero,
del 2023

REGISTRO DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL CERTIFICADO SERIE "C" No. 219589

REGISTRO DE MARCA Y OTROS SIGNOS DISTINTIVOS

Número: 2022137429 LM

Folio: 157

Tomo: 454 Inscripciones

Fecha de resolución: 25 de noviembre, 2022

Fecha de vencimiento: 24 de noviembre, 2032

Titular: Ejército de Nicaragua

Domicilio: Rotonda el Güegüense 400 metros al
este, 300 metros al sur. Managua, Nicaragua

Número y fecha de la solicitud de registro:

2022-002136 del 29 de agosto, 2022

Publicación, La Gaceta D.O.: 194 del 17-10-2022.

Clasificación de Viena: 270508

Protege y Distingue:

Revista de contenido de investigación científica y
rincón informativo.

Clase: 16 Internacional

ISSN: 2958-3721

Revista Salud y Ciencia,
Protegiendo tu salud del Cuerpo
Médico Militar se distribuye
bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-
NoComercial-CompartirIgual
4.0 Internacional.



Para ver una copia de esta
licencia,
visite: [http://
creativecommons.org/
licenses/by-nc-sa/4.0](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

6 Editorial

7 Presentación

8 Investigación científica

- 9 • **Cáncer de vagina de células claras. Estudio de caso en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”**
Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina, Mayor Dr. José Vladimir Altamirano, Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno, Dra. Yamila Maradiaga Cuadra
- 14 • **Experiencia en la técnica ganglio centinela en cáncer de mama. Actualización en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”**
Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno, Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina, Mayor Dr. José Vladimir Altamirano, Capitán Dra. María Lastenia Rivas Barahona
- 18 • **Embolización endovascular de arterias uterinas en el manejo de la miomatosis. Experiencia en el Centro de Especialidades Médicas ISSET**
Capitán Dr. Abelardo Alexanders Aguilar West, Dr. Reynaldo Ramírez Chacón
- 22 • **Aplicación de Fibroscan para la evaluación de pacientes con probable daño hepático**
Dra. Tania de los Ángeles Mayorga Marín

26 En la actualidad

- 27 • **Supervivencia al cáncer de colon estadio clínico IV en pacientes tratados con esquema FOLFOX y FOLFIRI**
Dr. Scott Alexander Bonilla Téllez

31 Calidad y seguridad

- 32 • **Cultura de seguridad del paciente en el Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”**
Dr. Harold Francisco Campos Rodríguez, Lic. Kenia Patricia Castillo Ríos
- 37 • **Evaluación del impacto de la red de apoyo del Club de Puérperas en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”**
Lic. Beatriz Margarita López Polak, Msc. Yorlis Gabriela Luna Delgado
- 44 • **Comité de pacientes: involucramiento de la persona y su familia en procesos de mejora de la atención**
Dr. Harold Francisco Campos Rodríguez
- 49 • **Modelo de gestión por competencias en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”**
Máster Felipe Ernesto Colindres Gatica

51 Rincón informativo

- 52 Lanzamiento de la Unidad de Mama
- 53 Lanzamiento del modelo de gestión por competencias
- 57 Impacto comunicacional de Hospital Militar TV Nicaragua en el año 2022
- 59 Visita de la organización internacional Acreditación Canadá

60 Galería de fotos

69 Colaboradores

El cáncer de mama es un problema de salud pública y es el tipo más frecuente dentro de los cánceres ginecológicos con más de 2.2 millones de casos anualmente. Además, representa la causa más común de muerte por cáncer en mujeres en el mundo con alrededor de 685,000 decesos en el año 2020, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La carga de la enfermedad es mayor en los países en vías de desarrollo, donde del 60 % al 70 % de los diagnósticos se produce en etapas tardías y las muertes por cáncer de mama ocurren de manera prematura.

Los avances médicos, sobre todo en las técnicas de detección, han mejorado el pronóstico de la enfermedad en las últimas décadas. Por otro lado, el abordaje quirúrgico es cada vez más conservador o preservador tanto en la glándula mamaria como en la región axilar. De manera particular, se ha evolucionado desde técnicas axilares ultra radicales a la actualmente utilizada conocida como biopsia selectiva del ganglio centinela.

Esta técnica permite disminuir la morbilidad axilar de manera significativa y tener información relevante en relación con el diagnóstico, estadificación y decisión terapéutica. Se describen fundamentalmente tres métodos para su realización, a saber: el uso de colorantes particularmente azul de isosulfan o azul de metileno; el uso de radiofármacos, siendo el más utilizado el tecnecio 99, y un método mixto (combinación de colorante y radiofármaco). A nivel internacional este último ha demostrado mayor porcentaje de detección de ganglios.

En el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” se tiene experiencia con localización de ganglio centinela con azul de metileno con resultados en la correlación cito

histológica del 100% y, recientemente, con la adquisición de gammasonda se ha impulsado la técnica combinada, así como la técnica únicamente con radiofármaco, demostrando destreza del equipo quirúrgico, dominio en la evaluación transoperatoria y definitiva por parto de los colegas patólogos. Estamos a la espera de los resultados definitivos en el análisis de los datos que se presenten en estos pacientes.

Sin lugar a dudas, existen beneficios de la técnica de detección selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama, principalmente impacto en la disminución de la morbilidad, pero también en la calidad de vida a los 12 meses de la cirugía cuando se compara con las pacientes sometidas a un vaciamiento ganglionar axilar.

La *Revista Salud y Ciencia, Protegiendo tu salud* del Cuerpo Médico Militar como medio de difusión científica destaca avances, resultados y temas relevantes de investigación; a la par de ello, evidencia el progreso en materia de adquisición de equipamiento médico y tecnologías modernas para la atención a la población.

En esta segunda edición la revista destaca la importancia de nuevas técnicas quirúrgicas que están a disposición de los pacientes de la institución, con beneficios demostrados a nivel internacional. Desde los trabajos presentados por Giuliano et al. en 1994 y sus posteriores validaciones, la biopsia del ganglio centinela se ha convertido en el standard de la evaluación axilar en estadios tempranos del cáncer de mama. Es de vital importancia respaldar esta técnica con resultados locales y estos los obtendremos en corto tiempo.

Capitán Dr. Gonzalo Granados Etchegoyen
Mastólogo
<https://orcid.org/0000-0003-2034-9122>



Presentación

El Cuerpo Médico Militar del Ejército de Nicaragua presenta la segunda edición de la *Revista Salud y Ciencia, Protegiendo tu salud*, un canal de comunicación de carácter médico-científico para la divulgación de estudios, avances, procesos, resultados y protocolos vinculados a la prevención, atención y formación de recursos humanos en el ámbito de la salud, desde un nivel de investigación y desarrollo científico que ha alcanzado el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” y la Facultad de Ciencias Médicas “Cnel. y Dr. Juan Ignacio Gutiérrez Sacasa”.

En esta edición, médicos subespecialistas, especialistas, residentes, profesionales, técnicos del área de salud, así como pacientes del Hospital Militar, mediante diferentes enfoques teóricos, metodológicos y técnicos abordan temas de interés que coadyuvan en la aplicación de conocimientos en beneficio de la población y en la mejora de los procesos de atención médica de la institución.

La revista está estructurada en cuatro secciones. La sección INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA recopila trabajos de carácter médico-científico. A través del artículo *Cáncer de vagina de células claras. Estudio de caso en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”*, la Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina, el Mayor Dr. José Vladimir Altamirano, el Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno y la Dra. Yamila Maradiaga Cuadra explican en qué consiste esta enfermedad desde la perspectiva del manejo y tratamiento de un caso.

Seguidamente, a través del artículo *Experiencia en la técnica Ganglio centinela en cáncer de mama. Actualización en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”*, el Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno, la Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina, el Mayor Dr. José Vladimir Altamirano y la Capitán Dra. María Lastenia Rivas Barahona abordan diferentes procedimientos diagnósticos para la detección de este tipo de cáncer.

Por otro lado, el Capitán Dr. Abelardo Aguilar West explica la eficacia del dispositivo médico Gelfoam en el manejo de la miomatosis, mediante el artículo *Embolización endovascular de arterias uterinas en el manejo de la miomatosis, experiencia en el centro médico ISSET*.

La sección finaliza con el artículo *Aplicación de Fibroscan para la evaluación de pacientes con probable daño hepático*. En este texto, la Dra. Tania de los Ángeles Mayorga Marín destaca las características del FibroScan, una tecnología de ultrasonido especial que mide la rigidez del hígado.

La sección EN LA ACTUALIDAD aborda un tema de interés en el ámbito de manejo y tratamiento del cáncer de colon en etapas avanzadas, a través del texto titulado: *Supervivencia al cáncer de colon estadio clínico IV en pacientes tratados con esquema FOLFOX y FOLFIRI*, escrito por el Dr. Scott Alexander Bonilla Téllez.

En la siguiente sección CALIDAD Y SEGURIDAD, con el texto: *Cultura de seguridad del paciente en el Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”*, el Dr. Harold Francisco Campos Rodríguez y la Lic. Kenia Patricia Castillo Ríos presentan los resultados de un estudio descriptivo mediante el que identifican la conducta de seguridad del paciente en el personal de este servicio.

En esta sección también colaboran la Lic. Beatriz Margarita López Polak y la paciente Msc. Yorlis Gabriela Luna Delgado con el escrito titulado *Evaluación del impacto de la red de apoyo del Club de Puérperas del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”*. Las autoras muestran los alcances de la implementación del Club de puérperas para el binomio madre-hijo durante el periodo de lactancia materna.

Por otro lado, el manuscrito *Comité de pacientes: involucramiento de la persona y su familia en procesos de mejora de la atención*, presentado por el Dr. Harold Francisco Campos Rodríguez, detalla la importancia del funcionamiento del Comité de pacientes como parte de la estrategia de atención centrada en la persona y la familia.

A esta sección se añade el texto del Máster Felipe Ernesto Colindres Gatica, titulado *Modelo de gestión por competencias en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”*. En el escrito detalla los beneficios del modelo que busca alinear los talentos y habilidades de los trabajadores con los objetivos estratégicos de la institución.

La última sección RINCÓN INFORMATIVO compila información de los eventos más significativos del trimestre de la edición de la revista (octubre-diciembre 2022). Se incorporan los siguientes textos: *Lanzamiento de la Unidad de Mama; Lanzamiento Modelo de Gestión por Competencias; Impacto de Hospital Militar Tv Nicaragua; Visita Acreditación Canadá*; así como información sobre la *oferta académica 2023 de la Facultad de Ciencias Médicas “Coronel y Dr. Juan Ignacio Gutiérrez Sacasa”*.



Investigación Científica



Cáncer de vagina de células claras. Estudio de caso en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Clear cell vaginal cancer. Case study at the Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

-Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina ⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0002-7898-7533>

-Mayor Dr. José Vladimir Altamirano ⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0002-4420-5302>

-Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno ⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0003-2101-4834>

-Dra. Yamila Maradiaga Cuadra - Patóloga ⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0002-4077-4727>

(1) Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Resumen

El cáncer vaginal es una neoplasia maligna ginecológica rara que representa entre el 1 %-2 % de todas las neoplasias ginecológicas. A menudo estos tumores en estadio temprano se pueden curar con modalidad terapéutica quirúrgica. Una gran proporción de mujeres con carcinoma vaginal se han sometido a histerectomía por enfermedad premaligna; sin embargo, que se presentara en este caso no es una presentación usual. Las histologías con mayor frecuencia es la escamosa hasta en un 90 % de los casos y los adenocarcinomas (10 %), siendo menos frecuente la histología de células claras que se presenta después de la exposición de dietilstilbestrol (DES) en útero, con una incidencia pico en edades tempranas (menos de 30 años). No obstante, los adenocarcinomas que no se relacionan con una exposición al DES se muestran principalmente después de la menopausia. En este artículo se presenta el caso de una mujer menopáusica a quien se diagnostica adenocarcinoma de vagina de células claras, sin antecedente de histerectomía ni el uso de dietilbestrol, con una lesión en región de introito vaginal. Se realizó biopsia y estudios de extensión. Asimismo, para realizar el diagnóstico se precisó técnicas de inmunohistoquímica. Fue tratada quirúrgicamente sin necesidad de quimioterapia y radioterapia. Actualmente se encuentra en seguimiento.

Palabras clave: Cáncer de vulva, cáncer de vagina, cáncer de cérvix.

Summary

Vaginal cancer is a rare gynecologic malignancy accounting for only 1 %-2 % of all gynecologic neoplasms. Often these early-stage tumors can be cured with surgical therapeutic modality, a large proportion of women with vaginal carcinoma have undergone hysterectomy for premalignant disease, however in this case it is not a usual presentation. The most frequent histologies are squamous in up to 90 % of cases and adenocarcinomas (10 %). Clear cell histology is less frequent, which occurs after exposure to diethylstilbestrol (DES) in utero, with a peak incidence at early ages (less than 30 years). However, adenocarcinomas that are not associated with DES exposure occur primarily after the menopause. This paper presents a menopausal woman who is diagnosed with clear cell adenocarcinoma of the vagina, without a history of hysterectomy or the use of diethylbestrol who presented a lesion in the region of the vaginal introitus that underwent a biopsy and extension studies and to perform the precise diagnosis using immunohistochemical techniques. She was treated surgically without the need for chemotherapy and/or radiotherapy. The patient is currently being followed-up.

Keywords: Vulvar cancer, vaginal cancer, cervical cancer.



Introducción

El cáncer vaginal es una enfermedad de las mujeres mayores, con la incidencia máxima durante la sexta y séptima décadas. Menos del 15 % de las pacientes son diagnosticadas antes de los 50 años, y el <10 % de estos tumores ocurre en pacientes menores de 40 años. Más del 90 % de los casos de cáncer vaginal son carcinomas de células escamosas y aproximadamente el 5 % son adenocarcinomas¹.

El adenocarcinoma de vagina de células claras que no se relaciona con DES es extremadamente raro con mal pronóstico, mala respuesta a la terapia adyuvante y una alta frecuencia de metástasis a distancia con mayor porcentaje a pulmón².

Al igual que con las lesiones cervicales premalignas y el carcinoma de cuello uterino, la infección persistente por VPH, particularmente el subtipo VPH 16, se ha asociado con el desarrollo a largo plazo de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) y carcinoma de vagina. También, se ha demostrado que la introducción de la vacunación contra el VPH como estrategia de prevención primaria en el cáncer de cuello uterino reduce la prevalencia de lesiones premalignas no cervicales entre las mujeres vacunadas³.

No hay evidencia que indique exámenes de detección sistemáticos del cáncer de vagina después de la histerectomía para la enfermedad benigna. Si se ha realizado una histerectomía para lesión intraepitelial de alto grado persistente después de procedimientos de escisión repetidos del cuello uterino, se recomiendan frotis de cúpula para el seguimiento a largo plazo⁴. Como la mayoría de los cánceres vaginales son de histología escamosa, se comparte una etiología común con el cáncer cervical. Esta es la persistencia de infecciones por VPH de alto riesgo/oncogénicas. Los cofactores incluyen inmunosupresión y tabaquismo. Así, fumar en combinación con VPH de alto riesgo aumenta el riesgo de progresión a HSIL vaginal en comparación con los no fumadores⁵.

El tratamiento de las lesiones precancerosas de la vagina debe ser individualizado. Las lesiones LSIL comprobadas por biopsia se pueden seguir solo con observación (repetir frotis y colposcopia), especialmente si las mujeres tienen cepas no oncogénicas de VPH.

Las diversas modalidades de tratamiento para las lesiones HSIL incluyen ablación con láser, escisión quirúrgica y tratamientos tópicos como imiquimod y quimioterapia tópica con 5-fluorouracilo (5FU). La elección del tratamiento depende del número y la ubicación de las lesiones y del grado de sospecha de un cáncer invasivo, así como de la

disponibilidad de varias opciones de tratamiento, el costo del tratamiento y la habilidad del médico tratante.

Resultados

El caso clínico se trata de femenina de 56 años de edad que acudió a consulta de ginecología por la presencia de quiste en el tercio inferior de la vagina el cual fue drenado; sin embargo, presentó posteriormente absceso del mismo. En sala de operación se realiza lavado y toma de biopsia de lesión y se reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado G2, antecedentes gineco obstétricos; G:3 P:3 número de parejas sexuales 3; inicio de vida sexual, 14 años; fecha de la última regla en 2011; niega antecedentes de fumado, con citología cervical normal. En la exploración física en el tercio inferior de vagina se evidencia sitio de drenaje de quiste, área ulcerada, no se delimita tamaño de lesión, márgenes mal definidas, no aumento de calor local, no se identifica adenopatías inguinales (Figura 1).



Figura 1. Evidencia de lesión en tercio inferior de vagina.

Fuente: Archivo HMEDADB

Se atendió en la consulta de gineco oncología y se envía estudios de extensión. Tomografía de tórax reporta nódulos pulmonares menor de 6 mm en lóbulo superior izquierdo, inespecífico (Figura 2).



Figura 2. Tac de tórax sin evidencia de depósitos secundarios.

Fuente: Archivo HMEDADB



Serie ósea humero con imagen de mayor densidad de 34*14 mm sugerente a endocondroma. Tomografía de brazo derecho reporta metáfisis del húmero; se identifica lesión ovalada, de matriz condroide, en relación con calcificaciones típicas de anillo y arco, de márgenes definidos, sin destrucción cortical, no se asocia a reacción perióstica ni lesión de tejidos blandos; sugerente de endocondroma; mide 36x19 mm (Figura 3).

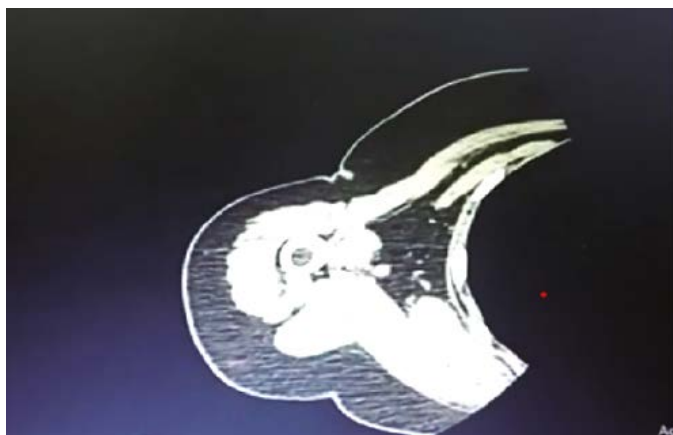


Figura 3. Tac de brazo derecho endocondroma de 36*19mm.
Fuente: Archivo HMEDADB

Tomografía de abdomen completo reporta quiste hepático simple, sin depósitos secundarios. Ultrasonidos de partes blandas en región inguinal sin evidencia de ganglios (Figura 4).



Figura 4. Tac de abdomen sin evidencia de depósitos secundarios.
Fuente: Archivo HMEDADB

Se envió inmunohistoquímica, se realizó CK7, CK20, CD10, CALRETININA, VIMENTINA, P15, ESTROGENO y PROGESTERONA. Resultó fuerte y difusa positiva CK7, negativo para el resto de los marcadores (Figura 5).

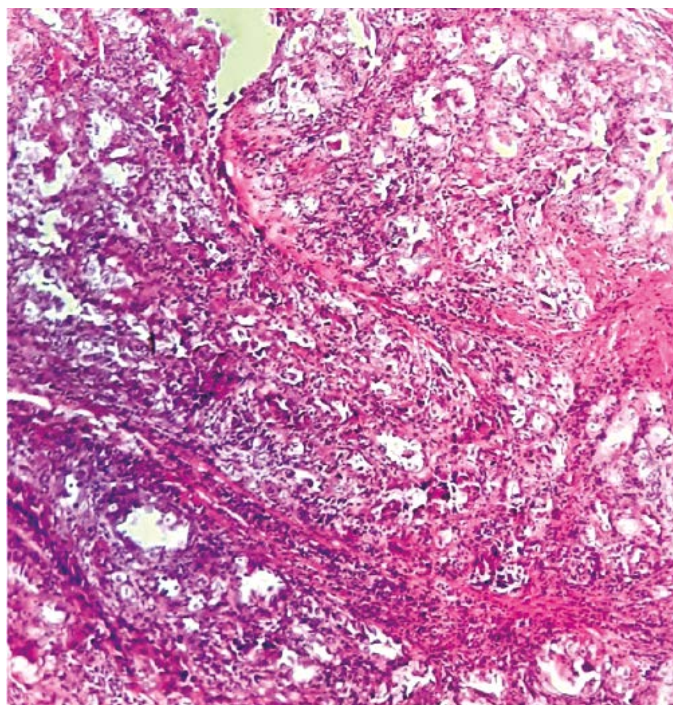


Figura 5. Atipia cito nuclear marcada y núcleos irregulares.
Fuente: Archivo HMEDADB

Mediante el diagnóstico se identificó adenocarcinoma de células claras de vagina. Se realiza vulvotomía radical modificada más vaginectomía parcial, linfadenectomía inguinofemoral superficial bilateral l (Figuras 6-8).



Figura 6. Realización de vulvotomía radical.
Fuente: Archivo HMEDADB



Figura 7. Pieza quirúrgica de vulvectomía radical.

Fuente: Archivo HMEDADB



Figura 8. Posquirúrgica de vulvectomía radical.

Fuente: Archivo HMEDADB

En el reporte definitivo no hubo evidencia de carcinoma residual, inflamación crónica granulomatosa, márgenes libres de lesión y ganglios inguinales negativos. Además, se encontró tumor vaginal, adenocarcinoma de células claras de vagina de tamaño de 1.5 *1 cm, así como cáncer de vagina EC I de células claras. Se sesionó en conjunto con oncología médica, servicio de patología, cirugía oncológica y gineco oncológica y por los hallazgos se deja en vigilancia.

Discusión de caso

El adenocarcinoma de vagina de células claras es una entidad rara en pacientes que no tienen antecedentes de exposición a DES y sin lesiones premalignas de cérvix con presencia de útero. Es por eso que el presente caso es de gran interés, ya que no contamos con factores de riesgos que nos hagan pensar en primera posibilidad en esta entidad rara; sin embargo, en la unidad hospitalaria del Hospital Militar contamos con estudios de patología como inmunohistoquímica que ayudan a corroborar el diagnóstico y descartar que se trate de cáncer primario de vulva y cáncer primario de cérvix uterino.

El tratamiento del carcinoma de vagina depende principalmente de la histología, el volumen del tumor, la localización anatómica de la lesión, el estadio de la enfermedad y la edad de la paciente. Adversamente, debido a la localización anatómica, tanto el potencial reproductivo (mujeres jóvenes) como la función sexual (cualquier edad) pueden verse perjudicados. Se pueden ofrecer diferentes modalidades de tratamiento a las pacientes afectadas por esta enfermedad, incluida la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia o su combinación¹.

El papel de la cirugía es limitado en el cáncer vaginal primario, ya que el tumor primario está muy cerca de la vejiga, la uretra y el recto. En general, el tratamiento primario con cirugía se limita a lesiones tempranas y pequeñas confinadas a la mucosa vaginal (menos de 2 cm). No hay ensayos clínicos aleatorizados y la mayor parte de la literatura es de naturaleza retrospectiva. Puede haber un papel en ciertas situaciones adicionales más allá de la enfermedad temprana, como se enumera a continuación.

Manejo quirúrgico de la enfermedad en estadio I (enfermedad temprana)

Enfermedad vaginal superior: el tumor se limita a la mucosa en la etapa I de la enfermedad. Si el útero está in situ, se debe ofrecer histerectomía radical, vaginectomía, con el objetivo de obtener márgenes libres de enfermedad de 1 cm y realización de linfadenopatía pélvica. Si se ha extirpado el útero, se puede realizar una vaginectomía radical con linfadenopatía pélvica.

Enfermedad vaginal inferior: se puede ofrecer una escisión local radical amplia con márgenes de 1 cm, además de la disección bilateral de ganglios inguinales.

1. Transposición/cirugía ovárica antes de la radiación en mujeres jóvenes con cáncer de vagina que requieren radiación como tratamiento primario. La transposición ovárica se puede ofrecer antes del tratamiento de



radiación definitivo en un esfuerzo por prevenir los efectos adversos de la menopausia inducida por radiación. En casos seleccionados, se puede ofrecer la extirpación laparoscópica o extraperitoneal de los ganglios linfáticos voluminosos como parte de la estadificación y la planificación del tratamiento.

2. Recurrencia central después del tratamiento con radiación. La exenteración pélvica es una posibilidad si la recurrencia es central y aislada. Estos pacientes requieren un amplio asesoramiento sobre los riesgos y la morbilidad de la cirugía, así como el impacto en la calidad de vida y la imagen corporal.
3. Manejo paliativo de la enfermedad recidivante o avanzada en las mujeres con enfermedad avanzada (enfermedad en estadio IV) o recidivante que presentan fistulas vesicovaginales o rectovaginales. Se puede ofrecer una derivación urinaria paliativa o colostomía para mejorar la calidad de vida antes del tratamiento definitivo con radioterapia⁶.

La quimioterapia y radioterapia concurrente para el tratamiento de cáncer de vagina pueden ser una opción como tratamiento primario. Existe una revisión retrospectiva que sugiere una mejora potencial en la supervivencia general. Aunque fue una revisión pequeña de 71 pacientes, mostró que la quimio-radioterapia versus la radioterapia sola mejoró

la supervivencia global (79 % versus 56 %) y la supervivencia libre de enfermedad (73 % versus 43 %), en un seguimiento de tres años. Estos datos debemos tomarlos con cautela, a la espera de nueva evidencia y mediante un manejo multidisciplinario en este tipo de cáncer⁷.

Conclusión

El cáncer de vagina es un tumor raro y debe realizarse diagnóstico diferencial según su ubicación anatómica, si es en el tercio superior de vagina y la paciente aún tiene útero se debe descartar que se trata de una lesión premaligna de cérvix y, en caso de lesión en el tercio inferior de vagina, debe de descartarse que se trata de una lesión de vulva.

Es importante realizar una buena evaluación clínica, a través de la especuloscopia, con exposición de las paredes vaginales en toda su extensión y del cérvix uterino, a fin de identificar de manera adecuada la lesión y no inducir a error diagnóstico. En caso de realizar el diagnóstico se debe de efectuar estudios de extensión en donde se descarte metástasis y se tome la mejor decisión en cuanto al manejo.

En este caso se contó con todas las herramientas diagnósticas disponibles, en aras de realizar un diagnóstico preciso y así poder indicar el tratamiento, en este caso quirúrgico, ya que se trata de una patología en etapas tempranas. El manejo por su histología fue radical para disminuir el riesgo de recurrencia.

Referencias bibliográficas

1. Di Donato, V., Bellati, F., Fischetti, M., Plotti, F., Perniola, G., & Panici, P. B. (2012). Vaginal cancer. Critical reviews in oncology/hematology, 81(3), 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2011.04.004>
2. Nomura, H., Matoda, M., Okamoto, S., Omatsu, K., Kondo, E., Kato, K., ... & Takeshima, N. (2015). Clinical Characteristics of Non-Squamous Cell Carcinoma of the Vagina. International Journal of Gynecologic Cancer, 25(2).
3. Garland, S.M., Paavonen, J., Jaisamrarn, U., Naud, P., Salmerón, J., Chow, S.-N., Apter, D., Castellsagué, X., Teixeira, J.C., Skinner, S.R., Hedrick, J., Limson, G., Schwarz, T.F., Poppe, W.A.J., Bosch, F.X., de Carvalho, N.S., Garmar, M.J.V., Peters, K., Del Rosario-Raymundo, M.R., Catteau, G., Descamps, D., Struyf, F., Lehtinen, M., Dubin, G. and (2016), Prior human papillomavirus-16/18 AS04-adjuvanted vaccination prevents recurrent high grade cervical intraepithelial neoplasia after definitive surgical therapy: Post-hoc analysis from a randomized controlled trial. Int. J. Cancer, 139: 2812-2826. <https://doi.org/10.1002/ijc.30391>.
4. Farghaly, H., Bourgeois, D., Houser, P.M., Padmanabhan, V., Lage, J.M. and Hoda, R.S. (2006), Routine vaginal Pap test is not useful in women status-post hysterectomy for benign disease. Diagn. Cytopathol., 34: 640-643. <https://doi.org/10.1002/dc.20527>
5. Sherman, J. F., Mount, S. L., Evans, M. F., Skelly, J., Simmons-Arnold, L., & Eltabbakh, G. H. (2008). Smoking increases the risk of high-grade vaginal intraepithelial neoplasia in women with oncogenic human papillomavirus. Gynecologic oncology, 110(3), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.05.015>
6. Hiniker, S. M., Roux, A., Murphy, J. D., Harris, J. P., Tran, P. T., Kapp, D. S., & Kidd, E. A. (2013). Primary squamous cell carcinoma of the vagina: prognostic factors, treatment patterns, and outcomes. Gynecologic oncology, 131(2), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.08.012>.
7. Miyamoto DT, Viswanathan AN. Concurrent chemoradiation for vaginal cancer. PLoS One. 2013;8(6):1–7. 10.1371/journal.pone.0065048



Experiencia en la técnica ganglio centinela en cáncer de mama. Actualización en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Experience in the sentinel lymph nodes technique in breast cancer at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

-Dr. Gilberto Benito Altamirano Centeno⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0003-2101-4834>

-Capitán Dra. Christian Yaoska Corea Urbina⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0002-7898-7533>

-Mayor Dr. José Vladimir Altamirano⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0002-4420-5302>

-Capitán Dra. María Lastenia Rivas Barahona⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0001-9485-9040>

(1) Equipo de ginecología oncológica y medicina nuclear / Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Resumen

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es un procedimiento diagnóstico desarrollado para la estadificación en el cáncer de mama. Actualmente en Nicaragua se utiliza doble técnica incorporada, recientemente el tecnecio 99 junto con el azul de metileno que ya se había utilizado en años anteriores para la identificación del ganglio centinela. La doble técnica (tecnecio y azul) aumenta la sensibilidad y especificidad para identificar correctamente el ganglio centinela y hacer correcto diagnóstico para evitar sobre tratar a las pacientes con la linfadenectomía axilar y prevenir el linfedema de miembro superior. El objetivo de este estudio es conocer la efectividad de la técnica ganglio centinela en cáncer de mama en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, a fin de disminuir el número de linfadenectomías axilares con sus morbilidades en pacientes con etapas clínicas temprana.

Palabras clave: Cáncer de mama, ganglio, ganglio centinela, linfadenectomía axilar.

Summary

Selective sentinel lymph node biopsy (SLNB) is a diagnostic procedure developed for staging in breast cancer. In our country, a double technique is currently used, recently incorporated technetium 99 together with methylene blue, which had already been used in previous years. for the identification of the sentinel node. The double technique (technetium and blue) increases the sensitivity and specificity to correctly identify the sentinel node and make a correct diagnosis and thus avoid over-treating patients with axillary lymphadenectomy and prevent upper limb lymphedema. In our study we set ourselves the objective of knowing the effectiveness of this technique at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, and with this to reduce the number of axillary lymphadenectomies with their morbidities in patients with early clinical stages.

Keywords: Breast cancer, lymph node, sentinel lymph node, axillary lymphadenectomy.



Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres a nivel mundial y la primera causa de muerte por cáncer; para el 2020 superó al cáncer de pulmón. Cada año se estiman alrededor de 1.7 millones de casos nuevos y deceso de 522.000 mujeres. En países de bajos o de medianos recursos se presentan 45 % de los casos (765.000); además, el 55 % del total de muertes por cáncer de mama ocurren en estos países (287.100)¹.

La afectación ganglionar se ha considerado como un factor relevante para la supervivencia, estadiaje y tipo de tratamiento de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

La estadificación ganglionar inicial está indicada en aquellos casos de carcinoma de mama en los que la información obtenida pueda cambiar la actitud terapéutica o establecer una información pronóstica con implicaciones para el seguimiento de las pacientes. Una vez establecido el diagnóstico de carcinoma de mama (intraductal o infiltrante) es preceptivo el estudio ecográfico de la axila.

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es un procedimiento diagnóstico desarrollado para la estadificación ganglionar sólidos, especialmente en el cáncer de mama; se basa en el fundamento de que las metástasis pasan a través de un ganglio o ganglios (el ganglio centinela GC), conectados directamente con el tumor mediante vasos linfáticos, antes de extenderse de forma más generalizada.

Actualmente, es el procedimiento de elección para la estadificación ganglionar del cáncer de mama, y permite seleccionar un subgrupo de pacientes en los que la linfadenectomía axilar no aporta ningún beneficio adicional.

La evaluación axilar es parte fundamental para el tratamiento del cáncer de mama; el objetivo primario es la información pronóstica que brinda el estado ganglionar²⁻³.

La afectación de los ganglios linfáticos axilares es un factor pronóstico importante en la etapa temprana del cáncer de mama. La linfadenectomía axilar tradicionalmente se ha considerado el método más preciso para evaluar la diseminación tumoral regional; entre algunos inconvenientes puede provocar linfedema, lesión nerviosa y disfunción del hombro⁴.

La biopsia de ganglio centinela, introducida en 1990, es un método menos invasivo para evaluar la afectación ganglionar. Su concepto se fundamenta en que los tumores drenan de manera ordenada a través del sistema linfático; por lo tanto,

el ganglio centinela es el primero en verse afectado por metástasis. Si no está afectado, es poco probable que otros ganglios lo puedan estar⁵.

Ensayos controlados, aleatorios, que comparan la biopsia de ganglio centinela con la linfadenectomía axilar, han aportado evidencia de que la biopsia de ganglio centinela proporciona información precisa, sin aumentar el riesgo de recurrencia regional o disminución de la supervivencia. En la actualidad es el procedimiento convencional para la estadificación ganglionar en pacientes con ganglios clínicamente negativos y ha reemplazado a la linfadenectomía axilar con disminución de su morbilidad⁶.

La recomendación del procedimiento del ganglio centinela incluye primordialmente la experiencia del cirujano, quien deberá demostrar dominio de la técnica de mapeo. En lo que respecta a la identificación del ganglio centinela, esta es independiente del sitio de aplicación del colorante o radioisótopo (peritumoral vs. periareolar).

A pesar de que se han demostrado tasas de localización altas con una sola técnica, la recomendación es hacerla con ambas técnicas (colorante y radioisótopo), cuando se disponga con departamento de medicina nuclear⁷.

Actualmente, los métodos comunes de mapeo linfático clínico para la biopsia del ganglio linfático centinela incluyen isótopos y/o tinte azul (se consideran el estándar de oro). La combinación de ambas técnicas puede aumentar la tasa de éxito al 96 %-99 %⁷⁻⁸.

Desde el punto de vista de la medicina nuclear, es el ganglio o ganglios linfáticos regionales que reciben el drenaje linfático directamente desde el tumor primario, detectables en la linfogammagrafía, especialmente si están conectados por un canal linfático.

En el ámbito quirúrgico, se considera al ganglio centinela a aquel o aquellos que presentan una actividad representativa y que están ubicados en el área preseleccionada gammagráficamente. Para el diagnóstico histopatológico depende de la técnica que se use, se mejora la sensibilidad y especificidad principalmente en busca de micrometástasis y datos de células aisladas en los ganglios linfáticos⁷⁻⁸.

Citológica impronta: no es recomendable como único método por su baja sensibilidad (61 %), que baja al 22 % para micrometástasis y porque no ofrece información



sobre el tamaño de la metástasis. Puede utilizarse como método complementario.

Corte de congelación: requiere más tiempo (especialmente cuando son varios los ganglios en estudio) y gran habilidad para el corte. Además, en el proceso de preparación, se puede perder tejido con información diagnóstica. Con hematoxilina-eosina (HE), la sensibilidad descrita para metástasis en general es del 78 %, del 94 % para macrometástasis y del 40 % para micrometástasis. Se puede mejorar levemente con el uso de citoqueratinas, aunque alarga la duración del procedimiento. En ganglios > 5mm se recomienda realizar un corte cada 2 mm según el eje mayor del ganglio, hasta un máximo de cinco cortes⁹.

No se recomienda profundizar más por la pérdida de material inherente al método. En ganglios < 5 mm se bisecciona y se debe estudiar un corte de cada mitad. Es importante tener en cuenta que, con esta técnica, solo es posible estudiar una parte del GC, lo que representa menos del 10 % y puede conducir a errores de valoración.

Por su parte, la técnica one-step-nucleic acid amplification (OSNA) no se utiliza en el Hospital Militar, pero es la que se está manipulando actualmente a nivel mundial con mayor aceptación. Es recomendada siempre que sea posible. Permite el estudio de la totalidad del ganglio y se basa en la detección por PCR Lamp del ARNm de la citoqueratina 19 (CK19), presente en el 95 % de los carcinomas de mama.

Además, ofrece un valor cuantitativo del tamaño de las metástasis. El protocolo desarrollado por Tsujimoto tiene una concordancia de un 98 % con el estudio de cortes seriados utilizando HE y citoqueratinas. Se han publicado varios metaanálisis que cuestionan la concordancia entre el resultado de OSNA y el tamaño de las metástasis, sugiriendo que OSNA puede inducir sobre-tratamiento. Sin embargo, Tiernan reconoce que OSNA ofrece más sensibilidad (89 %) y especificidad (98 %), que el método convencional¹⁰.

Es posible omitir la disección radical de axila en casos seleccionados de pacientes con ganglio centinela positivo y con menor morbilidad comparado con la disección axilar. Algunos estudios prospectivos como el ACOSOG Z00117, NSABP-32,29 IBCSG 23-0131 y AMAROS respaldan estas recomendaciones. Estos ensayos han evolucionado el paradigma para pacientes con enfermedad invasiva; sin embargo, hasta la fecha no se ha publicado ningún ensayo controlado aleatorizado que investigue el valor de realizar una biopsia de GC de rutina en pacientes con CDIS⁸.

Es posible omitir la disección radical de axila en:

- Pacientes con T1-T2, con ganglio centinela positivo para micrometástasis.
- Pacientes con tumores T1-T2, tratadas con cirugía conservadora y ganglio centinela.
- Si el resultado es de 1 o 2 ganglios centinela positivos para macrometástasis y que serán llevadas a tratamiento adyuvante con radioterapia y tratamiento sistémico.

Las guías internacionales recomiendan completar con disección radical axilar a las pacientes llevadas a mastectomía total con ganglio centinela, en el estudio transoperatorio y/o definitivo resulta con enfermedad macrometástasis, además de aquellas pacientes en cirugía primaria con tres o más ganglios centinelas positivos, y las que en el patológico post neoadyuvante persiste la enfermedad⁹.

Cabe inferir que en el futuro pueda evitarse la disección axilar en las enfermas con afectación por micrometástasis, a la espera de los resultados que proyecten los estudios multicéntricos actualmente en marcha.

Conclusión

La respuesta del ganglio centinela ha permitido actualizar algunas técnicas de los médicos para abordar la enfermedad. Antes se hacía un vaciamiento de la región linfática de la axila, que le quitaba movilidad a esta zona del cuerpo, pero en los últimos años se comenzó a utilizar lo que denominamos la detección del ganglio centinela, que está más cerca de la zona donde se sospecha que haya un tumor, evitando procedimiento dolorosos e innecesarios.

La alteración puede resultar en una acumulación anormal de linfa. Además de la hinchazón, las pacientes con linfedema pueden sentir dolor o molestia en la zona afectada, y el tejido cutáneo que cubre esa zona puede hacerse grueso o duro. Si se hace cirugía extensa de ganglios linfáticos en la axila, el edema puede afectar todo el brazo. Además, hay un riesgo mayor de infección en la zona o extremidad afectada. Muy rara vez, el linfedema crónico que resulta de la extirpación extensa de los ganglios linfáticos puede llevar a un tipo de cáncer de vasos linfáticos llamado linfangiosarcoma.

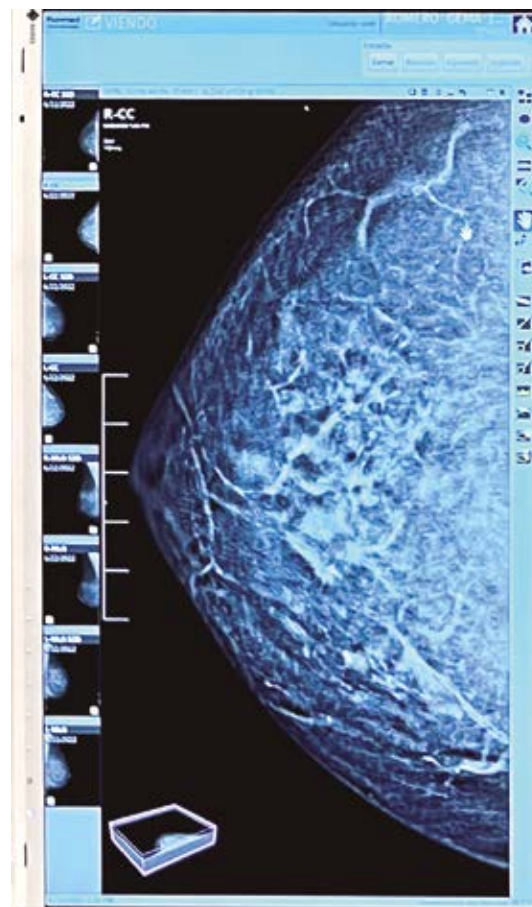
La biopsia del ganglio linfático centinela, como otros procedimientos quirúrgicos, puede causar dolor por un tiempo, edema y equimosis en el sitio de la cirugía y aumentar el riesgo de infección. Además, algunos pacientes



pueden presentar reacciones cutáneas o alérgicas al tinte azul usado en ese procedimiento. Otro posible perjuicio es un resultado negativo falso de la biopsia, es decir, no se ven células cancerosas en el ganglio linfático centinela, aunque sí están presentes y pueden haberse diseminado ya a otros ganglios linfáticos de la región o a otras partes del cuerpo.

Estos resultados justifican la importancia de mejorar la prevención, el tratamiento y el manejo del linfedema, que es actualmente una de las principales complicaciones del tratamiento del cáncer de mama, debido a su cronicidad e impacto en la calidad de vida. Hoy en día, gracias al programa de cribado del cáncer de mama, la mayoría de los casos son detectados en estadios iniciales que pueden ser intervenidos quirúrgicamente con la técnica del ganglio centinela, evitando así complicaciones en el brazo y consiguiendo una mejor recuperación y calidad de vida de las enfermas.

Estamos en espera de resultados del estudio de ganglio en centinela en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Hasta el momento se han realizado 12 casos, de los que se esperan resultados oncológicos y respuesta en la calidad de vida de las pacientes oncológicas.



Mamografía con proyección cefalocaudal.
Archivo HMEADB

Referencias bibliográficas

1. C. Cipolla, G. Graceffa, D. Cabibi, G. Gangi, M. Latteri, M.R. Valerio, et al. Current role of intraoperative frozen section examination of sentinel lymph node in early breast cancer. *Anticancer Res*, 40 (2020), pp. 1711-1717
2. Cárdenas Sánchez, Jesús et al. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario. Novena revisión. Colima 2021.
3. G. Davey, Matthew. Et al. Biopsia de ganglio centinela en pacientes con carcinoma ductal in situ: Revisión sistemática y metanálisis. 2022.
4. Ferlay J, Colombet M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2020: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer* 2019; 144 (8): 1941-53. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937> [Links]
5. Tyagi NK, Dhesy-Thind S. Clinical practice guidelines in breast cancer. *Curr Oncol* 2018; 25 (11): 151-60. <https://doi.org/10.3747/co.25.3729> [Links]
6. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, et al. A Randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 349 (6): 546-553. doi:10.1056/NEJMoa012782 [Links]
7. Bernet, A. Piñero, S. Vidal-Sicart, V. Peg, J. Giménez, M. Algara. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, (2022),
8. G. Davey, Matthew. Et al. Biopsia de ganglio centinela en pacientes con carcinoma ductal in situ: Revisión sistemática y metanálisis. 2022
9. M.E.M. Van der Noordaa, M.T.F.D. Vrancken Peeters, E.J.T. Rutgers. The intraoperative assessment of sentinel nodes - Standards and controversies. *Breast*, 34 (2017), pp. S64-S69
10. Santaballa Berttrán, Ana. Cáncer de mama. Sociedad Española de Oncología Médica. Febrero. 2020.



Embolización endovascular de arterias uterinas en el manejo de la miomatosis. Experiencia en el Centro de Especialidades Médicas ISSET

Endovascular embolization of uterine arteries in the miomatosis management. The experience at the Medical Specialties Center ISSET

Dr. Reynaldo Ramírez Chacón - Servicio de Angiografía y Terapia Endovascular Centro de Especialidades Médicas ISSET <https://orcid.org/0000-0001-7705-1808>

Dr. Abelardo Alexanders Aguilar West - Servicio de Imagenología Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" <https://orcid.org/0000-0002-7665-9771>

Resumen

Los miomas uterinos son los tumores sólidos benignos más comunes del aparato genital femenino. La embolización de las arterias uterinas (EAU) se debe de considerar una opción al tratamiento quirúrgico. Objetivos: evaluar la eficacia de la embolización de arterias uterinas en el manejo de los miomas sintomáticos del Centro de Especialidades Médicas ISSET, definir la tasa de éxito al disminuir la sintomatología y evaluar la seguridad de la técnica mediante la detección de complicaciones durante el procedimiento y con posterioridad al mismo. Material y métodos: Estudio retrospectivo constituido por 15 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina que deseaban un procedimiento menos invasivo, referidas al servicio de angiografía y terapia endovascular, por solicitud del servicio de ginecología y obstetricia del ISSET. Resultados: El éxito clínico de la técnica demostró tasa de éxito global del 68 %, complicaciones como síndrome postembolización, dolor e isquemia sin mayor complicación con tratamiento médico. Conclusión: La EAU es un tratamiento eficaz en mujeres con miomas sintomáticos, mostrando una alta seguridad y un bajo índice de posibles complicaciones menores.

Palabras clave: Embolización, arterias uterinas, miomatosis.

Summary

Uterine fibroids are the most common benign solid tumors of the female genital tract. Uterine artery embolization (UAE) should be considered as an alternative to surgical treatment. Objectives: To evaluate the efficacy of uterine artery embolization in the management of symptomatic fibroids at the ISSET Medical Specialty Center, define the success rate by reducing symptoms and assess the safety of the technique by detecting complications during the procedure and after it. Material and methods: Retrospective study consisting of 15 patients diagnosed with uterine myomatosis who wanted a less invasive procedure, referred to the angiography and endovascular therapy service, at the request of the gynecology and obstetrics service of the ISSET. Results: The clinical success of the technique was demonstrated with an overall success rate of 68 %, complications such as post-embolization syndrome, pain and ischemia without major complications with medical treatment. Conclusion: UAE is an effective treatment in women with symptomatic fibroids, showing high safety and a low rate of possible minor complications.

Keywords: Embolization, uterine arteries, myomatosis.



Introducción

La embolización de las arterias uterinas (EAU), causado por los fibromas uterinos, también conocidos como leiomiomas o miomas, es una técnica de la radiología intervencionista de mínima invasión. Tiene muchas ventajas como su rápida recuperación es menos invasiva; ayuda a mejorar la sintomatología de las pacientes permitiendo, además como punto importante, conservar el útero para lograr embarazos posteriores¹.

La miomatosis uterina es la patología benigna más frecuente que se presenta en el útero y su transformación en maligna es muy rara. Su prevalencia depende de la edad y la raza, presentándose en el 5 %-65 %. Son causa de menstruaciones abundantes y prolongadas, pueden también producir compresión de órganos vecinos e infertilidad. La cirugía es el tratamiento establecido para los miomas que presentan síntomas, ya que la mayoría de las terapias médicas han demostrado no ser efectivas a largo plazo².

La miomatosis se presenta en el 60 % de las mujeres antes de los 40 años de edad y en 80 % de las mujeres antes de los 50 años; pueden ocasionar infertilidad en 2 %-3 %; en 30 % de los casos causan hemorragia uterina anormal, dolor pélvico y otros síntomas que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes. Es importante mencionar que también son causa de anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente y parto pretérmino.

Si bien los miomas sintomáticos se han manejado mediante tratamiento hormonal y se ha relacionado con recurrencia y osteoporosis, la miomectomía está asociada con recurrencias, sangrado, adherencias y roturas uterinas en gestaciones futuras. Es por esto que se ha optado por realizar histerectomía, ya sea por laparotomía o laparoscopia en pacientes sin deseo reproductivo. Sin embargo, la (EAU) es una técnica radiológica vascular de mínima invasión que de manera superselectiva prevé la conservación de la fertilidad³.

Sánchez et al.⁴ en el 2003 presentaron un artículo de investigación titulado “Embolización de miomas uterinos a través de la arteria uterina y sus ramas”, con el objetivo de demostrar la eficacia de la embolización en el tratamiento definitivo de la miomatosis uterina. En el estudio participó un total de 12 pacientes con diagnóstico clínico y ultrasonográfico de miomatosis uterina. Estas se sometieron a embolización en el servicio de radiología del Hospital

Central Miliar. Se efectuó valoración previa y posterior a la embolización para evaluar la distribución del flujo.

El procedimiento fue bilateral en todos los casos, el 66 % de los síntomas desapareció o disminuyó en forma importante, un 34% se redujo discretamente. Con respecto al volumen uterino este disminuyó entre 7 % y 18 % y el del mioma dominante, entre 13 % y 27 %. Como conclusión se obtuvo que la embolización de las arterias uterinas en el tratamiento de la leiomiomatosis uterina es un procedimiento mínimamente invasivo que tiene como ventajas preservar el útero y requiere estancia hospitalaria corta y tiempos de recuperación menores que la histerectomía y miomectomía⁴.

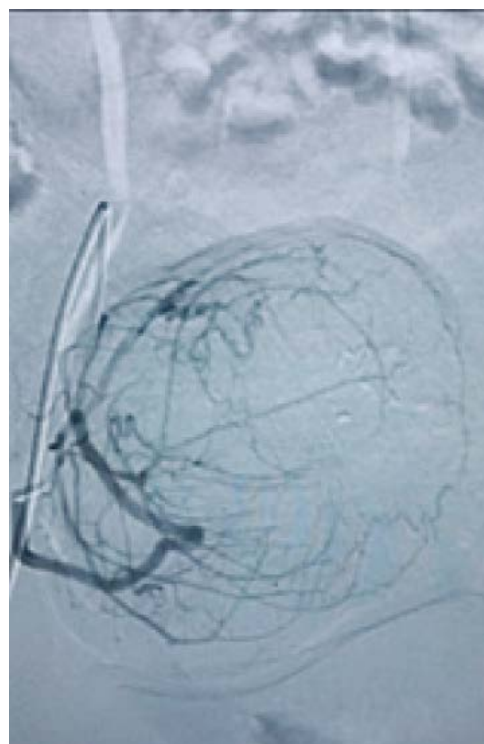


Figura 1. Cateterización selectiva de arteria uterina derecha. Fuente: Archivo personal.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de tipo observacional, con el objetivo de mostrar la utilidad del Gelfoam y las micropartículas como material embolizante en la miomatosis uterina en pacientes del Centro de Especialidades Médicas ISSET en el periodo del 2018 al 2020.

Características basales

En el estudio se incluyó inicialmente un total de 15 pacientes. La edad de estos presentó una media de 36.20 años y una desviación estándar de 7.07 años, con un mínimo de 23 años y un máximo de 47.



Figura 2. Catéter endovascular en arteria uterina izquierda previo a la administración de material embolizante.
Fuente: Archivo personal.

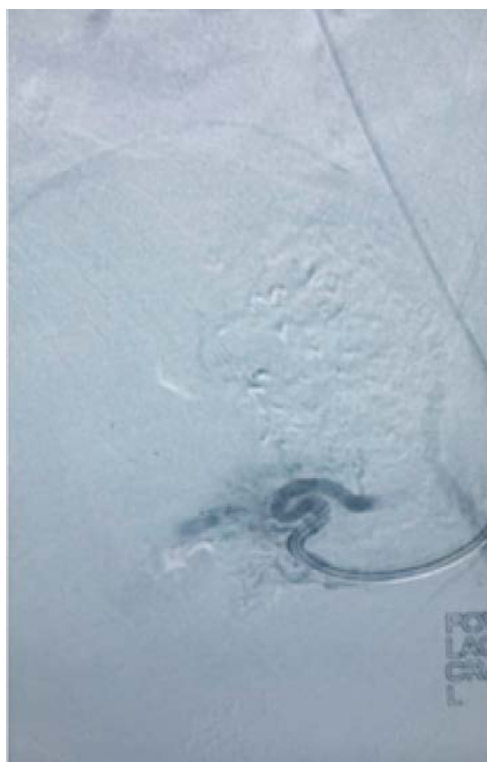


Figura 3. Catéter endovascular en arteria uterina izquierda post embolización.
Fuente: Archivo personal.

Resultados

El tratamiento previo a la embolización más frecuentemente empleado fue el implante subdérmico, utilizado por ocho pacientes (53.3 %), seguido por el uso de anticonceptivos orales en cinco pacientes (33.3 %), mientras que dos pacientes (13.3 %) no tenían un tratamiento anterior al procedimiento.

Al evaluar el efecto de la localización del mioma dominante respecto a la respuesta a la embolización, se encontró una disminución del volumen a los tres meses del mioma de 53.09 % con una desviación estándar de 27.95 % cuando se localizó intramural, mientras que disminuyó un 83.49 % con una desviación estándar de 20.11 % cuando se localizó subseroso. A los seis meses, si el mioma se localizó intramural presentó una disminución del 77.10 % con una desviación estándar de 16.16 % de su volumen, y en el caso del mioma subseroso, este disminuyó en un 94.35 % con una desviación estándar de 7.99 %. A pesar de estos resultados no se identificaron diferencias significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Efectos de la localización del mioma dominante sobre los cambios en el volumen posterior a la embolización

en el volumen posterior a la embolización					
	Intramural		Subseroso		
	Cambio volumen		Cambio volumen		
Tiempo	Media	D.E P	Media	D.E	p
3 meses	-53.09	27.95	-83.49	20.11	0.226
6 meses	-77.10	16.16	-94.35	7.99	0.111

Se realizó una comparación con la prueba t de Student no pareada del volumen por sitio de localización a los 3 y 6 meses.

Discusión

En nuestro estudio todas las pacientes a las que se les realizó embolización de las arterias uterinas presentaron desaparición de los síntomas al 100 % y ninguna necesitó ser re intervenida. En este contexto, tal como lo plantean Nogueira et al.⁵, en los primeros seis meses post procedimiento el éxito clínico fue del 100 %. Los autores describen que pasados esos seis meses encontraron 19 casos en los que fracasó el tratamiento conservador (32 %); por lo tanto, las pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico definitivo para realización de una histerectomía.

En el estudio publicado por García et al.⁶ se presenta una tasa de éxito a corto plazo para la mejoría de los síntomas del 92,3 % para la EAU, similar a lo publicado en una revisión de Cochrane, del 87,5 % en la embolización.

Por su parte, Wang et al.⁷ mostraron que la tasa de éxito de EAU fue del 100 %. Después de la intervención, el grupo de tratamiento fue significativamente menos propenso a complicaciones como dolor abdominal bajo, fiebre, náuseas,



vómitos y sangrado; estas se aliviaron con un tratamiento adicional, sin afectar el ciclo menstrual normal.

Conclusiones

La embolización de las arterias uterinas utilizando Gelfoam y micropartículas para el manejo de la miomatosis uterina es una técnica segura, eficaz y mínima invasiva que ayuda a mejorar la sintomatología de las pacientes, permite además como punto importante conservar el útero para así

asegurar la probabilidad de embarazos posteriores (según la superselectividad de la embolización), mostrando una reducción significativa del volumen de los miomas. Además, ha mostrado requerir menor tiempo de hospitalización y reincorporación más rápida de las pacientes a la vida cotidiana, con alto porcentaje de satisfacción. En este estudio se logró con éxito el control al 100 % de los síntomas de sangrado y dolor pélvico. Aún se necesitan estudios de mayor tiempo para poder definir las ventajas asociadas.



Fig. Dr. Reynaldo Ramírez (a la izquierda) y Dr. Abelardo Aguilar en sala de Angiografía y terapia endovascular durante procedimiento terapéutico.

Referencias bibliográficas

1. Donnez J, Dolmans M. Uterine fibroid management: from the present to the future, Human Reproduction Update 2016;1-22.
2. Lauren A, Wise MSC, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. Clin Obstetrics and gynecology 2016;59(1).
3. Hernández M. Castro E. Valdez C. Uterine myomatosis: Implications on reproductive health. Ginecol. obstet. Méx. vol.85 no.9 Ciudad de México sep. 201.
4. Sánchez G. Andrade J. Embolización de miomas uterinos a través de la arteria uterina y sus ramas. Rev Sanid Milit Mex 2003; 57 (1) Ene- Feb: 10 -15.
5. Nogueira J. Ruiz E. Gómez M. Embolización de las arterias uterinas como alternativa de tratamiento para miomas uterinos. Experiencia en 60 pacientes. Prog Obstet Ginecol 2014;57 (8): 339-343.
6. García V. Cernadas S. Buján V. Miomas sintomáticos: ¿miomectomía o embolización de Las arterias uterinas? REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(4): 255 – 258
7. Wang X. Zhang Z. Pan J. Effects of embolic agents with different particle sizes on interventional treatment of uterine fibroids. Pak J Med Sci 2015;31(6):1490-1495



Aplicación de Fibroscan para la evaluación de pacientes con probable daño hepático

Fibroscan application for the patient evaluation with probable liver damage

Dra. Tania de los Ángeles Mayorga Marín

Medicina Interna – Gastroenterología – Hepatología clínica y trasplante hepático

<https://orcid.org/0000-0003-3106-0375>

Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Resumen

Es conocida la importancia que reviste el grado de fibrosis en el manejo de las enfermedades hepáticas crónicas. Desde hace muchos años el estudio de elección para su evaluación es la biopsia hepática. En la actualidad se busca un método alternativo y de carácter no invasivo para su diagnóstico y evaluación. Este artículo se presenta como parte de los resultados del estudio que tuvo como objetivo conocer una nueva técnica de diagnóstico por imagen que evalúa la fibrosis del hígado de una forma segura, precisa y de bajo costo. La elastografía de transición en la actualidad es un método ampliamente usado alrededor del mundo para la valoración de los pacientes portadores de enfermedades hepáticas crónicas. El Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” cuenta con este equipo de alta tecnología, por lo que se aplicó el método observacional y descriptivo durante los meses de agosto a octubre de 2022. Se realizaron 60 estudios y se encontró como principal indicación hígado graso no alcohólico con un 48 % y, como resultado relevante, presencia de fibrosis significativa en 40 %.

Palabras clave: Fibrosis hepática, enfermedad hepática crónica, elastografía hepática.

Summary

The importance of the degree of fibrosis in the management of chronic liver diseases is well recognized. For many years, the liver biopsy has been the study of choice to evaluate it. This paper is the result of a study which focused on knowing the new imaging diagnostic technique to evaluate the liver in a harmless, precise and inexpensive way. Transient elastography is a broadly used method currently available around the world for the work-up of patients with chronic liver diseases. Currently, the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” has this high-tech equipment, for which an observational and descriptive study was carried out during the months of August to October 2022, 60 studies were carried out, finding non-alcoholic fatty liver as the main indication with a 48 % and as a relevant result the presence of significant fibrosis in 40 %.

Keywords: Liver fibrosis, chronic liver disease, liver elastography.



Introducción

Las enfermedades hepáticas crónicas tienen como consecuencia la activación de mecanismos inflamatorios, provocan la sustitución progresiva de los hepatocitos por tejido fibroso, lo que conduce en último término a la cirrosis. Este es el estadio final común de las hepatopatías crónicas y es un grave problema de salud asociado a una importante morbilidad¹.

Las enfermedades más prevalentes que ocasionan fibrosis hepática son las infecciones por virus de hepatitis C (VHC), consumo excesivo de alcohol, hígado graso no alcohólico, seguidas de otras etiologías como la hepatitis B (VHB), enfermedades autoinmunes y por depósito como la cirrosis biliar primaria (CBP), la colangitis esclerosante primaria, la hemocromatosis, la hepatitis autoinmune y la enfermedad de Wilson².

En cualquier hepatopatía crónica el pronóstico del paciente está determinado, fundamentalmente, por el desarrollo y la extensión de la fibrosis. El proceso suele ser progresivo, pero también puede permanecer estable, o incluso ser reversible en estadios tempranos; asimismo, el tratamiento de la etiología puede ser desencadenante^{2,3}.

Métodos para diagnóstico de fibrosis hepáticas

El diagnóstico de la fibrosis hepática, su estadio y el inicio del tratamiento de algunas de estas patologías, así como para su posterior control y seguimiento, tienen fundamental importancia para la indicación. El objetivo de la realización del estudio es la detección oportuna para poder incidir en un manejo óptimo y así evitar o disminuir las complicaciones propias que presenta un hígado enfermo.

La biopsia hepática ha sido durante años el método de referencia para cuantificar la fibrosis hepática. La ecografía, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) son algunos de los procedimientos de imagen empleados como técnicas no invasivas en el estudio de fibrosis hepática. En la mayoría de los casos han demostrado ser capaces de detectar cambios en el parénquima hepático cuando existe una fibrosis significativa, pero no resultan útiles para detectar estadios inferiores ni para realizar la estadificación de fibrosis^{4,5,6}.

La elastografía o elastografía de transición (ET) es una nueva técnica diagnóstica que ha revolucionado el campo del diagnóstico no invasivo para la fibrosis hepática. Fue descrita por primera vez en la literatura médica en 1999.

Hasta el momento es comercializada con el nombre de FibroScan® (FS) por la empresa Echosens de Paris, Francia⁷ (Figura 1).

El uso de la ET en pacientes con enfermedad hepática se basa en la relación existente entre la rigidez del hígado y el grado de fibrosis hepática⁷.

Descripción de la técnica

El FibroScan® consta de un transductor de ultrasonidos (de 5 MHz de frecuencia) acoplado sobre el eje de un vibrador. La sonda del transductor de ultrasonidos se coloca sobre la piel, en un espacio intercostal a la altura del lóbulo derecho hepático. Con la ayuda de una imagen ecográfica en modo tiempo-movimiento se selecciona el área a estudiar, que debe tener un espesor determinado y estar libre de estructuras vasculares importantes. Una vez localizada el área más adecuada, se inicia la exploración presionando el botón de la sonda para generar una vibración de baja frecuencia (50 Hz) y moderada amplitud. Esta vibración induce una onda elástica que se propaga a través de los tejidos, siendo analizada mediante la adquisición de señales de ultrasonido con las que se genera el mapa de rastreo de dicha onda elástica, de acuerdo con los parámetros de profundidad y tiempo⁸.

De esta manera, se determina la velocidad de propagación de la onda elástica que está relacionada con la elasticidad tisular hepática: a menor elasticidad del tejido, mayor velocidad de propagación de la onda.



Figura 1. FibroScan®

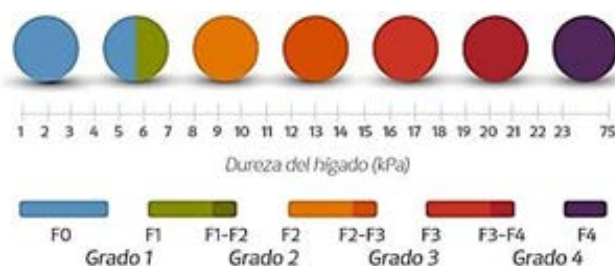


Figura 2. Estadificación de la fibrosis hepática. Fuente: elaboración propia.



El FibroScan® mide la elasticidad de un cilindro de parénquima hepático de aproximadamente 1 cm de diámetro y 2-4 cm de longitud, lo que representa un volumen 100 veces mayor que el explorado con la biopsia y por esto se considera que es más representativo de la totalidad del parénquima hepático. Aporta una información que se aproxima a 1:500 en relación con la masa total del hígado, comparado con los 1:50.000 que aporta la punción biopsia hepática^{8,9,10}.

La profundidad de las mediciones oscila entre 25 y 45 mm, distancia que evita la interferencia en la medición del tejido celular subcutáneo y la cápsula hepática en la mayoría de los adultos. Para cada paciente, generalmente se realizan diez mediciones de la elasticidad y el resultado final que ofrece el FibroScan® es la mediana de todas las mediciones realizadas. Los resultados se expresan en kilopascales (kPa), y el rango de valores de elasticidad va de 2,5 a 75 kPa (Figura 2). Cuando la medición no es válida, el FibroScan® no genera ningún resultado. El software determina cuándo una medición es válida o no^{8,11}.

Esta tecnología, además, tiene otras ventajas de no ser un método no invasivo, no doloso, con resultado inmediatos y de ser un estudio no operador independiente^{10,12}; por lo tanto, es de particular relevancia para que se realice en todos aquellos pacientes que presentan uno o más factores de riesgo para una futura progresión de daño hepático, entre estos, los pacientes con antecedentes de consumo de alcohol crónico, síndrome metabólico (diabetes, dislipidemia, sobrepeso u obesidad, hipertensión arterial), así como infección crónica por virus de hepatitis B y C y enfermedades hepáticas autoinmunes.

Diseño metodológico

El estudio es de tipo observacional y descriptivo. Los datos se recogieron de forma retrospectiva. Se incluyó como muestra a todos los pacientes a quienes se les realizó Fibroscan en los meses de agosto a octubre de 2022. Se describieron las características clínicas de los pacientes, así como los resultados del estudio del FibroScan. Finalmente, se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS y se elaboraron gráficas con resultados en Microsoft Excel para el análisis de los datos.

Resultados

Se realizaron 60 estudios con diferentes indicaciones clínicas, de los cuales el 48 % eran por hígado graso no alcohólico, 15 % por virus de hepatitis c, 35 % por consumo crónico de alcohol y 2 % por virus de hepatitis B (Figura 3).

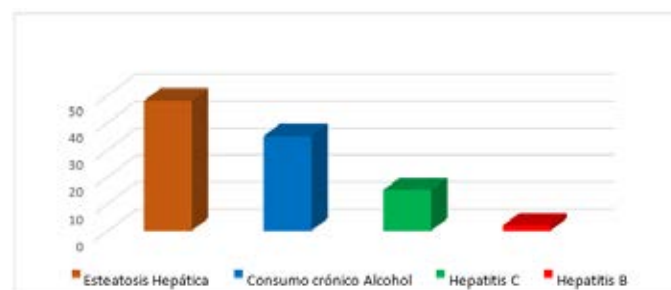


Figura 3. Gráfico con la distribución de estudios según indicación médica. Fuente: elaboración propia.

Con respecto al grado de fibrosis hepática se encontró que un 15 % no presentaba fibrosis; 40 % tenía fibrosis significativa; 20 %, fibrosis avanzada y un 25 %, cirrosis hepática. Del total de la población, un 63 % presentaba síndrome metabólico como principal factor de daño hepático, seguido alcoholismo crónico (Figura 4).

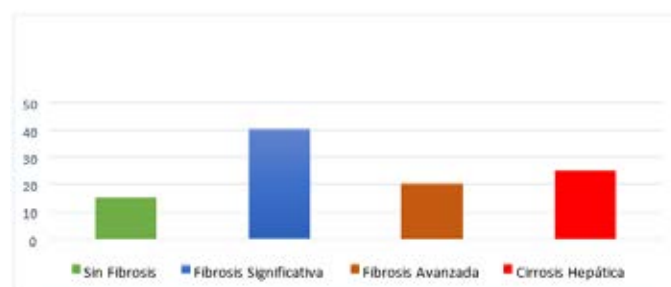


Figura 4. Gráfico con resultados de FibroScan, según grado de fibrosis. Fuente: elaboración propia.

Discusión

Si bien, a la fecha existen pocas oportunidades de curación para etapas avanzadas de cirrosis, a excepción del trasplante, los estadios tempranos o intermedios de fibrosis están emergiendo como entidades tratables por medio de algunas medidas preventivas y otras posiblemente curativas, que pueden detener la progresión o permitir la regresión de la fibrosis; estos pueden ser el caso de los nuevos antivirales directos y control del síndrome metabólico.



Los resultados de este estudio muestran una prevalencia inesperadamente alta de fibrosis hepática significativa, principalmente relacionada con hígado graso no alcohólico sin enfermedad hepática crónica conocida. Estos datos resaltan la relevancia de la enfermedad por hígado graso no alcohólico como un problema de salud importante y sugieren que se deben tomar medidas preventivas y de detección eficaces para reducir el impacto presente y futuro de esta enfermedad en la población.

Conclusión

Se obtuvo resultados similares a la literatura mundial, donde el principal factor de riesgo para el desarrollo de

una hepatopatía crónica es el hígado graso no alcohólico. La detección temprana nos permitirá medir a tiempo para poder brindar una intervención oportuna y así evitar un daño crónico irreversible.

La elastografía de transición aparece como una nueva tecnología sanitaria no invasiva, rápida y efectiva para el diagnóstico de fibrosis hepática, sin efectos secundarios para el paciente. Su utilidad está ampliamente aceptada para el diagnóstico y estadificación en los pacientes portadores de enfermedades hepáticas crónicas o que presentan algún factor de riesgo para su progresión.

Referencias bibliográficas

1. Schuppan, N.H. Afdhal. Liver cirrhosis. The Lancet, 371 (2008), pp. 838-851
2. Wong et al. Hepatology 2010; 51:454-62.
3. Angeli P, Bernardi M, et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol [Internet]. 2018; 69 (2): 406-460.
4. A. Cequera, M.C. García de León Méndez Revista de Gastroenterología de México. 2014; 79(3):187---199
5. Zois CD, Baltayiannis GH, Karayiannis P, Tsianos EV. Systematic review: hepatic fibrosis -regression with therapy. Aliment Pharmacol Ther 2008; 28(10):1175-1187.
6. De Ledinghen V, Beaugrand M, Kelleher TB, Foucher J, Castera L, Ziol M, et al. Prediction of liver fibrosis in non-alcoholic steatohepatitis (NASH): Risk factors and diagnostic potential of liver elasticity using Fibroscan. J Hepatol. 2006;44:S39.
7. Nahon et al. J Hepatol 2009; 49: 1062-68.
8. Asensio del Barrio C, Polo de Santos M, Luengo Matos S, Sanchez Gomez L, Alcazar Alcazar R. "Elastografía de Transición (FibroScan®) en el diagnóstico de fibrosis hepática: revisión sistemática y meta-análisis". [en línea]. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), [acceso octubre 2013] 2009.
9. Nguyen-Khac E, Capron D. Noninvasive diagnosis of liver fibrosis by ultrasonic transient elastography (Fibroscan). Eur J Gastroenterol Hepatol ; 2006; 18:1321-1325.
10. Castéra L, Foucher J, Bernard PH, Carvalho F, Allaix D, Merrouche W. Pitfalls of Liver Stiffness Measurement: A 5-Year Prospective Study of 13,369 Examinations. Hepatology. 2010;51(3):828-35.
11. Castera L, Forns X, Alberti A. Non-invasive evaluation of liver fibrosis using transient elastography. Journal of Hepatology 48 (2008) 835-847.
12. Nguyen-Khac E, Capron D. Noninvasive diagnosis of liver fibrosis by ultrasonic transient elastography (Fibroscan). Eur J Gastroenterol Hepatol ; 2006; 18:1321-1325



**En la
actualidad**



Supervivencia al cáncer de colon estadio clínico IV en pacientes tratados con esquema FOLFOX y FOLFIRI

Survival to clinical stage IV colon cancer in patients treated with FOLFOX and FOLFIRI scheme

Dr. Scott Alexander Bonilla Téllez

<https://orcid.org/0000-0002-3412-6029>

Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Resumen

El cáncer de colon es una patología frecuente, principalmente en occidente. Se ha relacionado con diferentes factores de riesgo, uno de ellos es la dieta. Es importante el tamizaje oportuno. Este estudio se inició por el hecho de no contar como institución con protocolos de cáncer de colon y porque en la práctica clínica se ha encontrado el aumento de la incidencia, en su mayoría en estadio avanzado. El estudio describe la supervivencia al cáncer de colon estadio clínico IV tratados con terapia FOLFOX y FOLFIRI en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” entre el año 2016 y 2021. El fin es que en el futuro se pueda analizar cuál es la mejor terapia para nuestra población y, de esta manera, poder darle calidad de vida a nuestros pacientes. Del análisis y discusión se logró concluir que el cáncer de colon es más frecuente en el sexo femenino y del área urbana. De igual forma, fue mayor la cantidad de pacientes que recibieron terapia con esquema FOLFOX y el tiempo de mortalidad fue directamente proporcional en esta terapia antes mencionada. Sin embargo, casi la mitad de los pacientes en estudio se presentaron como casos censurados al no encontrar datos de mortalidad, pero sin seguimiento en consulta externa, lo que limita el estudio.

Palabras clave: Cáncer de colon, FOLFOX, FOLFIRI.

Summary

Colon cancer is a frequent pathology, mainly in the West. It has been related to different risk factors, one of them is diet. Timely screening is important. This study was initiated due to the fact that the institution does not have colon cancer protocols and an increase in incidence has been found in clinical practice, most of which are in an advanced stage, which is why this study was carried out. descriptive type of survival from clinical stage IV colon cancer treated with FOLFOX and FOLFIRI therapy at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” between 2016 and 2021 and thus, in the future, be able to analyze which of them is the best therapy for our population and in this way to be able to give a better quality of life to our patients. From the analysis and discussion it was possible to conclude that colon cancer is more frequent in females and in urban areas. In the same way, the number of patients who received therapy with the FOLFOX scheme was greater and the mortality time was directly proportional in this aforementioned therapy, however, almost half of the patients in the study were found to be censored cases when no mortality data was found. but without follow-up in the outpatient clinic, which limits the study.

Keywords: Colon cancer, FOLFOX, FOLFIRI.

Introducción

A nivel mundial el cáncer de colon ocupa el tercer lugar en incidencia y mortalidad, solo superado por cáncer de mama y cáncer de pulmón. A pesar de los métodos de screening la mayoría de los pacientes debuta en etapas avanzadas o metastásicas, lo que constituye un reto en el abordaje terapéutico. A pesar de los avances en biología molecular, las quimioterapias siguen siendo la base del tratamiento en enfermedad metastásica¹.

A pesar de ser una neoplasia ubicada en pacientes de edad avanzada con una media de diagnóstico de 50.8 años, cada día se detectan casos en pacientes más jóvenes, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno que representa un gran reto en el conocimiento de la patología y actualización en el manejo adecuado, con la finalidad de aumentar la sobrevida y mejorar, en lo posible, la calidad de vida².

El cáncer es una anomalía que puede tratarse de diferentes maneras. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir los tejidos adyacentes, y diseminarse hacia sitios distantes en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica³.

Por sus características clínicas, epidemiológicas y genéticas del cáncer colorrectal se distinguen los siguientes tipos: a) esporádico: 70 % a 80 % de los cánceres del colon y recto; b) familiar; c) hereditario y d) relacionado con enfermedades inflamatorias, como colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y enfermedad de Crohn³.

Estudios epidemiológicos sugieren que el cáncer colorrectal se debe a factores dietéticos. Así, se cree que la grasa promueve la carcinogénesis y que su tipo y calidad son relevantes; además, la población que consume grandes cantidades de grasa (con mayor incidencia de cáncer colorrectal) secreta más sales biliares. El alto consumo de alcohol, el tabaquismo y la obesidad incrementan el riesgo de este padecimiento, mientras que la ingesta abundante de fibras, calcio, vitaminas C y E, selenio y antiinflamatorios no esteroideos lo reduce.

El esquema FOLFIRI incluye varios fármacos que actúan contra las células del cáncer. También se añaden otros fármacos que se administran para reducir algunos de los efectos adversos de los anteriores. Los fármacos

empleados para actuar contra el tumor son los empleados para actuar contra el tumor, en este caso, el irinotecán, un fármaco quimioterápico, así como el folinato que no es un fármaco quimioterápico, pero sí aumenta el efecto anticancerígeno del fluorouracilo, este último es un fármaco quimioterápico⁴.

Generalmente, se le administrará en el Hospital de Día. Dependiendo del esquema de tratamiento o su estado general puede ser conveniente que ingrese unos días en el hospital para recibir el tratamiento.

La reacción que cada persona tiene al tratamiento es única. Hay quienes tienen pocos efectos adversos, mientras otras tienen más. Los efectos adversos descritos no afectan a todas las personas que reciben este tratamiento y pueden ser diferentes si recibe otros fármacos. Algunos pueden ser debido al tratamiento, pero otros pueden ser por el propio tumor.

Hemos destacado los efectos adversos más comunes, clasificados como “muy frecuentes” (pueden afectar a más del 10 % de los pacientes) o “frecuentes” (pueden afectar de un 1 % al 10 % de los pacientes), a fin de que los usuarios sean capaces de detectarlos si ocurre alguno.

El esquema FOLFOX incluye varios fármacos que actúan contra las células del cáncer. También contiene otros fármacos que se administran para reducir algunos de los efectos adversos de los anteriores. Los fármacos empleados para actuar contra el tumor son: oxaliplatino (transparente e incoloro), un fármaco quimioterápico; folinato, no es un fármaco quimioterápico, pero sí aumenta el efecto anticancerígeno del fluorouracilo⁴.

Diseño metodológico

Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El estudio se realizó en la sala de la Policlínica Centroamérica y Sala de Hospitalización de Oncología en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

El estudio se realizó en el período comprendido entre enero 2016 a diciembre de 2021. El universo comprendió a los pacientes con cáncer de colon estadio clínico IV tratados con esquema FOLFOX y FOLFIRI en la sala de la Policlínica Centroamérica y Sala de Hospitalización de Oncología en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, siendo un registro total de 210 pacientes.

En tanto, la muestra estuvo compuesta por 51 pacientes con criterios de inclusión y exclusión. En este sentido, la técnica de obtención de la muestra fue no probabilístico por conveniencia.

La unidad de análisis se constituyó mediante los expedientes de todos los pacientes con cáncer de colon estadio clínico IV que fueron tratados con esquema FOLFOX y FOLFIRI en la sala de la Policlínica Centroamérica y Sala de Hospitalización de Oncología en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

De este modo, los criterios de inclusión del estudio se detallan a continuación:

- Pacientes que asistieron al servicio de oncología por cáncer colon estadio clínico IV.
- Pacientes que fueron tratados con terapia FOLFOX.
- Pacientes que fueron tratados con terapia FOLFIRI.
- Pacientes que recibieron esquema FOLFOX o FOLFIRI entre el periodo 2016 - 2021.

Por su parte, los criterios de exclusión del estudio fueron:

- Pacientes con cáncer de colon que no estaban en estadio clínico IV.
- Pacientes con cáncer de colon que fallecieron por otra causa.
- Pacientes con expedientes incompletos.
- Pacientes que no completaron el esquema.
- Pacientes que no aceptaron el tratamiento.
- Casos censurados.

Las variables del estudio se conforman por el marco teórico que consta de cuatro acápites fundamentales; estos se realizaron de la siguiente manera:

1. Características sociodemográficas de los pacientes del estudio

- a) Edad
- b) Escolaridad
- c) Sexo
- d) Procedencia

2. Comorbilidades de los pacientes del estudio

- a) Hipertensión arterial
- b) Diabetes
- c) Enfermedades reumática
- d) Enfermedad renal crónica
- e) Enfermedades tiroideas
- f) Cardiopatías
- g) Enfermedades neurológicas
- h) Otras

3. Esquemas de tratamientos

- a) FOLFOX
- b) FOLFIRI

4. El tiempo de supervivencia

- a) Fecha de inicio de tratamiento
- b) Fecha de muerte

La obtención de la información se realizó de manera indirecta secundaria por medio de la revisión sistematizada de los expedientes clínicos que se encuentran en el archivo del Hospital Militar. La información se recopiló mediante un formato de recolección de datos que fue elaborado por el autor de la presente investigación.

La técnica de obtención de información se realizó mediante la elaboración de fichas de recolección de datos con previa autorización de las autoridades de la Dirección del Hospital Militar para acceder al equipo de archivo.

La información recopilada se ingresó en una base de datos del sistema operativo Excel de Microsoft Office, donde se realizaron los cruces de variables con tablas de frecuencia 2X2 y con la corroboración de que el llenado de las fichas fuera de calidad para así comparar los resultados de los objetivos del estudio.

En este estudio se resguarda la identidad de los pacientes por medio del uso de números de identificación generados por los autores y asignados por nuestros documentos de recolección de datos, por lo que se consideró el modo aleatorio. Los números de expedientes fueron membretados en nuestro instrumento de recolección de datos para darle veracidad a la investigación; sin embargo, solo los autores del estudio y para fines didácticos, el tutor, tendrá acceso a este formato, a fin de asegurar la confidencialidad.

Resultados

Del presente estudio para una población total de 51 pacientes se encontró que la mayoría correspondió al sexo femenino con 64.7 % en comparación con el sexo masculino 35.3 %.

Respecto a la procedencia se encontró que la mayoría de la población era del sector urbano (60.7 %) y un 39.3 % era rural.

Se cruzó estas dos variables y se encontró que para ambos sexos predominó el sector urbano con 61.1 % del sexo masculino y 60.6 % del sexo femenino, siendo estos individualizados del 60.7 % mencionado anteriormente.

En este estudio se decidió dividir por tres grandes grupos de edad. Los pacientes del primer grupo fueron adultos entre 18 a 40 años, el segundo de 41 a 60 años y el tercero, mayores de 61 años. Se encontró predominio para ambos sexos en el segundo grupo, 55.5 % y 48.4 % en sexo masculino y femenino, respectivamente.

De los pacientes del estudio se mencionó las comorbilidades previas antes del diagnóstico de cáncer de colon y se encontró siete grupos de comorbilidades, siendo la de mayor prevalencia hipertensión arterial sistémica con 60.7 % y de manera secuencial las siguientes: enfermedad renal crónica (43.1 %); diabetes 41.1 %; cardiopatías con 15.6 %; enfermedades tiroideas 15.6 %; enfermedades reumáticas 5.8 % y, en último lugar de frecuencia, enfermedades neurológicas 3.9 %.

Debido a que este estudio solo evaluó a los pacientes a quienes se administró terapia con esquema FOLFOX y FOLFIRI se encontró que, del total de la población del estudio, se administró a la mayoría la terapia FOLFOX con 54.9 % en comparación con el 45.1 % que recibió terapia FOLFIRI.

De los pacientes que recibieron terapia con esquema FOLFOX se corroboró que 35.7 % era masculino y 64.3 % del sexo femenino.

De los pacientes que recibieron terapia con esquema FOLFIRI se corroboró que 34.7 % era masculino y 65.3 % del sexo femenino.

Conclusiones

Del presente estudio podemos concluir que en la población nicaragüense es más frecuencia el cáncer de colon en pacientes de sexo femenino.

Además, se diagnostica más en pacientes del sector urbano en comparación con la población rural, lo que da pauta para investigaciones futuras en busca de mayor profundidad.

Por otro lado, la edad de frecuencia de esta enfermedad es la de adultos jóvenes, lo que se debería recalcar en políticas de salud para el tamizaje oportuno.

Finalmente, respecto a patologías crónicas no cambia el comportamiento registrado a nivel mundial.

Referencias bibliográficas

1. Lorenzo, P., Moreno, A., Lizasouin, I., Leza, J., Moro, M., Portolés, A., & al, e. (2012). Farmacología Básica y Clínica de Velásquez (18 ed.). Panamericana.
2. Sánchez, G. C. (2009). Cáncer de Colon. Gaceta Mexicana de Oncología.
3. García, M. G., & Herrera Gómez, Á. (s.f.). Manual de Oncología: Procedimientos médico quirúrgicos.
4. Área de Farmacia Oncológica del Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe. Madrid



Calidad y
seguridad



Cultura de seguridad del paciente en el Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Patient safety culture in the unidose service at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Dr. Harold Francisco Campos Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0002-8986-3931>

Lic. Kenia Patricia Castillo Ríos: <https://orcid.org/0000-0003-0137-8825>

Resumen

Objetivo: identificar la conducta de seguridad del paciente en el personal del Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” de acuerdo con las dimensiones de la cultura de calidad y seguridad del paciente. **Métodos:** en una muestra por propósito de 35 colaboradores del Servicio de Unidosis se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, constituido por 42 criterios organizados en 12 dimensiones. Los aspectos referidos a fortaleza se estimaron en valores $\geq 75\%$ de respuestas “positivas” a preguntas formuladas en positivo y con similar porcentaje de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo; las respuestas “neutras”, correspondientes a las “alertas”, entre el 51 % y 74 % y “debilidad” a las respuestas “negativas” con valor $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo y $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo. Se realizó análisis de la fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario, utilizando el Alfa de Cronbach para validar la encuesta. El análisis fue dirigido a la valoración de los aspectos de cultura de seguridad del paciente y del clima de seguridad. Los datos se registraron en base de datos en formato de Microsoft Excel y se exportaron

Summary

Objective: to identify the safety behavior of the patient in the personnel of the Servicio de Unidosis, a unit dose supply method, at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” according to the dimensions of the culture of health quality and patient safety.

Methods: In a purposive sample of 35 employees of the unit dose supply, the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire was administered, which consisting of 42 criteria organized into 12 dimensions. Aspects related to strength were estimated at values $\geq 75\%$ of “Positive” responses to questions formulated in a positive manner and with a similar percentage of negative responses to questions formulated in a negative manner; the “Neutral” answers, corresponding to the “Alerts”, between 51 % and 74 % and “Weakness” to the “Negative” answers with value $\geq 50\%$ of negative answers to questions formulated in positive and $\geq 50\%$ of positive answers to questions asked in the negative. An analysis of the reliability of the dimensions contained in the questionnaire was carried out, using Cronbach’s Alpha, to validate the survey. The analysis was aimed at assessing

a SPSS versión 21. Para el análisis a las respuestas obtenidas se les identificó el valor porcentual máximo, mínimo y la mediana.

Resultados: el 52 % de los criterios de valoración obtuvo una frecuencia de respuesta de connotación negativa, mayor o igual al 50 %; el 10 % de los criterios alcanzó una frecuencia de respuesta de connotación negativa, entre 51 % y 74 %; y el 38 % de los criterios logró una frecuencia de respuesta de connotación positiva, mayor o igual al 75 %. Las dimensiones con puntuaciones más bajas fueron “franqueza en la comunicación”, con el 29 %, “dotación de personal”, con el 37 % y “percepción de seguridad”, con el 47 %.

Conclusiones: El Servicio de Unidosis en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” los aspectos de cultura de la seguridad del paciente alcanza un nivel general de “debilidad” y en el ámbito del clima de seguridad se obtiene un nivel general de “alerta” y de forma combinada se ubica en la categoría de “alerta” para la cultura de la seguridad del paciente en general, lo que orienta de forma imperativa o la implementación de acciones de mejora y al reforzamiento de las fortalezas.

Palabras clave: Calidad, atención en salud, seguridad del paciente, medicación, buenas prácticas, salud pública.

aspects of patient safety culture and safety climate. The data was recorded in a database in Microsoft Excel format and exported to SPSS version 21 and for the analysis, the maximum, minimum, and median percentage values were identified from the responses obtained.

Results: 52 % of the criteria obtained a response frequency with a negative connotation, greater than or equal to 50 %; 10 % of the criteria obtained a response frequency with a negative connotation, between 51 % and 74 %; and 38 % of the criteria obtained a response frequency of positive connotation, greater than or equal to 75 %. The dimensions with the lowest scores were “Openness to communication” (29 %), “Staffing” (37 %) and “Perception of security” (47 %).

Conclusions: The unit dose supply at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” reaches a category of “weakness” in the Patient Safety Culture parameter, and a category of “Alert” in Safety Climate. this categorizes all unit dose supply processes in “Alert” position, which mandates the implementation of improvement actions and the reinforcement of strengths.

Keywords: Quality, health care, patient safety, quality medication, good practices, public health.

Introducción

De forma general, la presentación disponible del medicamento en el hospital no siempre se encuentra lista para administrársele al paciente, o en la forma solicitada para satisfacer las necesidades especiales.

En consecuencia, se deben usar técnicas de preparación de medicamentos que se adapten a la condición clínica del paciente, para que puedan ser administrados en las dosis precisas y durante un periodo de tiempo determinado, según los requerimientos individuales.

El Servicio de Unidosis forma parte del sistema de preparación y distribución de medicamentos en dosis unitarias que, como mecanismo de seguridad en el uso de los medicamentos, contribuye a la consolidación de la estrategia de fortalecimiento de la seguridad del paciente atendido en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

La interiorización, el compromiso y la comprensión de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, por parte del personal de salud es necesaria y, de forma particular, la seguridad en la gestión de los medicamentos, alineada a la

Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 3, que reta a mejorar la seguridad del uso de medicamentos, sobre todo los de alto riesgo, vinculados con una alta incidencia de errores y de reacciones adversas.

Las estrategias de dispensación de medicamentos a los pacientes hospitalizados se realizan mediante el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU), el cual surgió en los Estados Unidos en los años 60. Al implementarse de acuerdo con estándares de efectividad aumenta la seguridad del paciente, específicamente en el uso de medicamentos, a diferencia de la alta ocurrencia de errores en los sistemas tradicionales de distribución ¹.

Entre los factores predisponentes y cumplimiento de buenas prácticas de dispensación del personal farmacéutico, al relacionar los factores predisponentes y su cumplimiento, en un 71 % se encontró una relación significativa entre el personal y el cumplimiento de las buenas prácticas de dispensación; en un 72 % una relación significativamente alta entre las actitudes del personal farmacéutico; y el 74 % mantiene una relación muy alta, entre conocimiento del personal farmacéutico con

las buenas prácticas de dispensación. En este sentido, existen factores predisponentes que están relacionados directa y significativamente con el cumplimiento de las buenas prácticas de dispensación².

En la comparación entre el sistema tradicional de distribución de medicamentos y la implementación del Sistema de Dosis Unitaria, puede evidenciarse que, en el primero imperan errores referidos a fallas en la distribución de medicamentos, errores en la dispensación e incumplimiento en el seguimiento farmacoterapéutico y que, al implementarse el Sistema de Dosis Unitaria se mejora la atención y seguridad al paciente³.

Al evaluar la implementación en 47 hospitales del Sistema de Dispensación y Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria, un estudio en Ecuador (2014-2016)⁴ determinó que, la ejecución del mismo conlleva a resultados favorables en términos de atención farmacéutica, permite la integración del profesional farmacéutico al equipo de salud, un adecuado uso racional de medicamentos y fortalece la seguridad del paciente.

A un año de instalado el Servicio de Unidosis para la valoración de la cultura de seguridad en el personal colaborador del Servicio de Unidosis en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, se recurre a la implementación de la evaluación de la cultura de seguridad en los colaboradores del servicio. De este modo, debido a que los procesos de uso de medicamentos entrañan un alto riesgo e implica una complejidad de manejo en el que interactúan factores organizativos de la institución, personales de los profesionales y clínicos de los pacientes, se requiere conocer el grado de adopción de la cultura de seguridad del paciente entre los colaboradores del servicio⁵.

La implementación del Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Alejandro Dávila Bolaños” tiene como propósito disminuir de manera significativa los eventos por medicamentos que se presentan, estableciendo pautas para mejorar la seguridad al paciente y la optimización de los recursos.

En la prestación del servicio es muy importante dar seguridad a los clientes, obtener certificaciones de calidad que demuestran que todos los procesos están organizados y controlados que, en la prestación de los servicios se es cada vez más exigente en calidad, en innovación, en servicio y en seguridad⁶.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es identificar la conducta de seguridad del paciente en el personal del Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” de acuerdo con las dimensiones de la cultura de calidad y seguridad del paciente.

Diseño metodológico

De acuerdo con el método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento, es descriptivo; conforme al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, es transversal; y, a tenor del diseño, el estudio tiene un componente mixto, al haberse realizado interdependencia durante la contrastación y el enlace de los resultados e inferencias de las aproximaciones cualitativa y cuantitativa.

Se estableció una muestra guiada por propósito, constituida por 35 colaboradores del Servicio de Unidosis, siendo el propósito la profundización en los aspectos relacionados con la cultura de seguridad del paciente que incluye el clima de seguridad en el servicio. El instrumento aplicado corresponde a la versión en español del cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión en español de Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁷.

La información se registró en base de datos en formato de Microsoft Excel y se exportó a SPSS versión 21. En el procesamiento de los datos se agruparon las preguntas o criterios de valoración en sus respectivas dimensiones; se realizó registro y clasificación de las respuestas en positivas, neutras y negativas; análisis de la fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario utilizando el Alfa de Cronbach, para validar la encuesta; clasificación de las dimensiones y los criterios de valoración, identificándose como fortalezas u oportunidades de mejora y se utilizó codificación de colores de semáforo, para identificar el grado de priorización para la intervención a realizarse. La metodología establece respuestas de “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Indiferente”, “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.

Para efectos de facilitar el análisis de la cultura de seguridad del paciente, en cada criterio se identificaron los valores máximos, mínimos y la mediana, de las respuestas de los 42 criterios de valoración, independiente de la forma de redacción de la pregunta, en negativo o positivo, el clima de seguridad del paciente se categorizó en “Fortaleza”, “Alerta” y “Debilidad”, codificándose con colores de semáforo, relacionado al grado de priorización para su intervención.

Para reducir el rango de error por la alta frecuencia en las respuestas neutras “Ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, se procedió a establecer rangos de valores corregidos en cada categoría y la asignación de valores en cada uno de los tipos de respuesta de la siguiente manera, aquellas $\geq 75\%$ de respuestas “Positivas” a preguntas formuladas en positivo y con similar porcentaje de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo; las respuestas “Neutras”, entre el 51% y 74% y respuestas “Negativas” aquellas con valor $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo y $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

En el análisis del clima de seguridad, en la valoración de los nueve criterios involucrados se consideró las características de las preguntas o criterios de valoración, formuladas en positivo y negativo. Se obtuvo respuestas con connotaciones positivas o negativas y a partir de las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, del criterio de valoración número 48, referido a las notificaciones de sucesos adversos (incidentes y eventos adversos); junto al criterio de valoración número 43 (clasificación del clima de seguridad del paciente), se utilizó la codificación de colores de semáforo para identificar las categorías de “Fortaleza”, “Alerta” y “Debilidad”, con los porcentajes anteriormente descritos, para efectos de “Oportunidad de mejora” relacionado con el grado de priorización para su intervención. Para el análisis de las respuestas obtenidas se identificó el valor porcentual máximo, mínimo y la mediana.

Resultados

En el análisis de la cultura de seguridad del paciente se valoraron los 42 criterios de la encuesta. El 52% de los criterios de valoración obtuvo una frecuencia de respuesta de connotación negativa, mayor o igual al 50% ; el 10% de los criterios alcanzó una frecuencia de respuesta de connotación negativa, entre 51% y 74% ; y el 38% de los criterios logró una frecuencia de respuesta de connotación positiva, mayor o igual al 75% .

Tres categorías obtuvieron puntuaciones bajas, “Franqueza en la comunicación” con el 29% , “Dotación de personal”, con el 37% y “Percepción de seguridad”, con el 47% , estas se identificaron como oportunidad de mejora en el Servicio de Unidosis.

Tres categorías obtuvieron puntuaciones bajas, “Franqueza en la comunicación” con el 29% , “Dotación de personal”, con el 37% y “Percepción de seguridad”, con el 47% , y al

igual fueron identificadas como oportunidad de mejora en el Servicio de Unidosis.

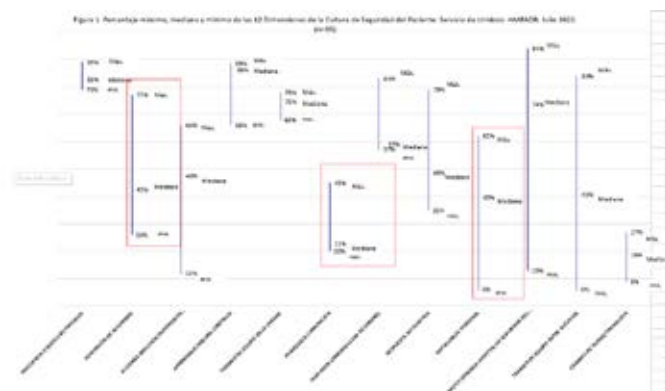


Figura 1. Porcentaje máximo, mediana y mínimo de las 12 Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente. Servicio de Unidosis-HMEADB. Julio 2022. Fuente: elaboración propia.

Según respuesta obtenida, aquellas dadas con connotación negativa obtuvieron un valor máximo del 52% , mínimo del 48% y una mediana del 50% . Las respuestas neutras obtuvieron un valor máximo del 10% , mínimo del 21% y una mediana del 16% . Las respuestas con connotación positiva obtuvieron un valor máximo del 38% , mínimo del 31% y una mediana del 35% . (véase figura 2)

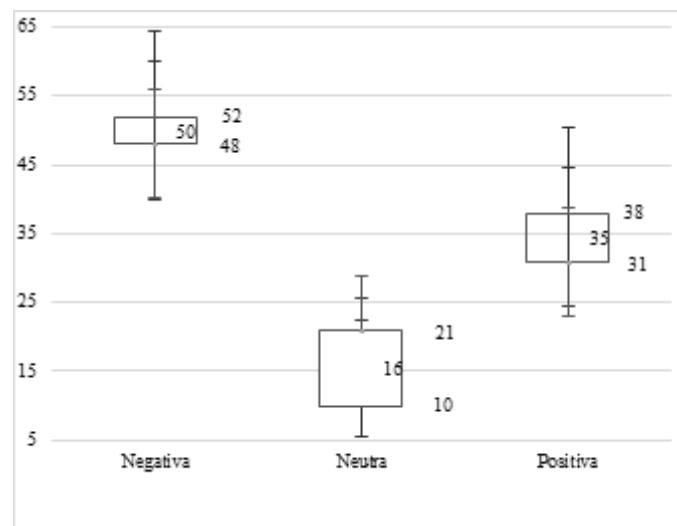


Figura 2. Porcentaje máximo, mediana y mínimo de las respuestas a los 42 criterios de Cultura de Seguridad del Paciente, según forma de redacción de la pregunta en positiva, neutra o negativa. Servicio de Unidosis. HMEADB. Julio 2022

Fuente: elaboración propia.

Para la calificación global del clima de seguridad del paciente, se valoró la cantidad de incidentes notificados durante el último año. Los colaboradores ($n=27$) mencionaron haber notificado de 6-10 eventos reportados, el 4% ; de 21 a más

eventos, el 11 %; de 3-5 eventos, el 11 %; de 1-2 eventos, el 22 % y que no notificaron eventos, el 52 %, criterio que se ubica en la categoría “debilidad”.

En conjunto, para la valoración de los criterios relacionados con el clima de seguridad (n=42), el 55 % se ubicó con un puntaje que lo categorizó como “Fortaleza”; el 22 % de los criterios se ubicó en un puntaje de “alerta” y el 22 % como “debilidad”, ubicándose en la categoría de “alerta”.

El grado de seguridad del paciente percibido por los colaboradores (n=34) en el Servicio de Unidosis fue categorizado como excelente en el 41 %, de muy bueno, en el 32 % y débil, en el 26 %, criterio que se ubica en la categoría “fortaleza” (Figura 3).

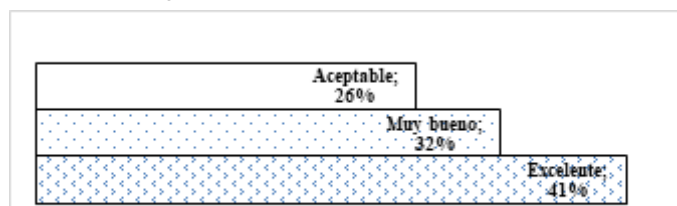


Figura 3. Clima de seguridad en el Servicio de Unidosis. HMEADB. Julio 2022 (n=34)

Fuente: elaboración propia.

En el análisis cualitativo, se valoró el peso de las frecuencias identificadas con el peso de importancia de cada criterio en categorías como la no realización de notificaciones de eventos o incidentes y la atribución de la ocurrencia de los fallos a la contingencia o la suerte, lo que muestra una limitada conciencia del riesgo y de la seguridad del paciente. (Figura 4)

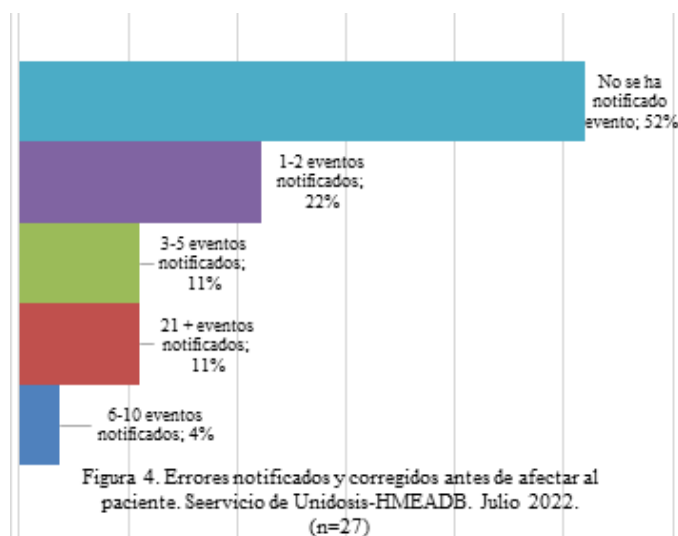


Figura 4. Errores notificados y corregidos antes de afectar al paciente. Servicio de Unidosis-HMEADB. Julio 2022. (n=27)

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

En la cultura de la seguridad del paciente, el Servicio de Unidosis en el HMEADB alcanza un nivel general de “debilidad” en la implementación de los procesos, lo que amerita un abordaje integral a la seguridad del paciente, priorizando las tres dimensiones con menor puntuación. Al alcanzar promedios globales que no sobrepasan el mínimo en el ámbito del clima de seguridad, se obtiene un nivel general de “alerta” en la implementación de los procesos, obteniéndose una categorización general a de “alerta”, aspectos imperativos para la implementación de acciones de mejora y al reforzamiento de las fortalezas.

Referencias bibliográficas

1. Sáenz Z, Salas L. Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria para 24 horas, una propuesta de evaluación. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc 1997; 5(2): 32-37.
2. Mallque A. Relación de Factores predisponentes y cumplimiento de Buenas Prácticas de Dispensación en el personal técnico y farmacéutico del distrito de Comas –Enero a mayo 2017” [Tesis]. Lima –Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas. 2017.
3. Blanco O. Implementación de un sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria (SDMDU) para el servicio médico de nefrología del hospital de niños “Dr. José Manuel de los Ríos”. [Tesis]. Caracas; 2015.
4. Merino, P. Evaluación de la implementación de una estrategia basada en Dosis Unitaria para el uso racional de medicamentos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el periodo 2014-2016. 2017. 24 - 25. Quito, Pichincha, Ecuador.
5. Aranaz J, Aibar C, Mira J, Vitaller J. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE. 2017. 2º ed. España.
6. López MT. “La cultura organizativa como herramienta de gestión interna y de adaptación al entorno: un estudio de casos múltiple en empresas murcianas.” Proyecto de investigación. 2013. España.
7. Gascón-Cánovas JJ et al. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.



Evaluación del impacto de la red de apoyo del Club de Puérperas en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Impact evaluation of the support network in the postpartum Club at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Lic. Beatriz Margarita López Polak: <https://orcid.org/0000-0002-3362-451X>

Msc. Yorlis Gabriela Luna Delgado: <https://orcid.org/0000-0002-3879-8252>

Resumen

La lactancia materna en la primera hora del nacimiento y la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida han sido reconocidos como un derecho humano esencial, tanto por el rol en la seguridad alimentaria y nutricional de los bebés, como por los múltiples beneficios en la salud física, emocional y mental de mamá e hijos. Sin embargo, en el mundo entero y en especial en los países del sur global, las bajas tasas de incidencia, prevalencia y duración de la lactancia materna incrementan los riesgos y vulnerabilidades en la salud de los infantes y las madres, lo cual se ha convertido en un problema de salud pública. En Nicaragua, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud, solo el 38 % de los niños son amamantados a los seis meses y menos del 30 % al año. Diversos factores objetivos como la carga laboral e inmaterial como los sistemas de creencias influyen en las decisiones de las mujeres sobre la duración de la lactancia materna. En el presente estudio se evaluará la permanencia de la lactancia materna en el periodo 2021-2022, a partir de la participación de la red de apoyo del Club

Summary

Breastfeeding within the first hour of birth and exclusive breastfeeding for the first six months of life have been recognized as an essential human right, both for their role in the food and nutritional security of babies, as well as for their multiple benefits for the physical, emotional and mental health of mother and child. However, worldwide, and especially in the countries of the global south, low rates of incidence, prevalence and duration of breastfeeding increase the health risks and vulnerabilities of babies and mothers, which has become a public health issue. In Nicaragua, despite the efforts of the Ministry of Health, only 38 % of babies are breastfed, and less than 30 % at one year. Various objective factors such as workload and immaterial ones, such as belief systems, influence women's decisions about the duration of breastfeeding. This paper will assess the permanence of breastfeeding in the 2021- 2022 period, based on the participation of the support network of the postpartum Club at the Hospital

de Puérperas en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Es un estudio mixto comparativo que se sustenta en la psicología social de Vygotsky y las comunidades de práctica de Etienne Wenger para acercarnos a una comprensión de los elementos afectivos, cognitivos y prácticos que permiten la permanencia de la lactancia materna en puérperas que se atienden en la institución de salud. Se aplicó una encuesta estructurada a dos muestras aleatorias estratificadas, observación participante y entrevistas abiertas para el análisis de contenido.

Palabras clave: Lactancia materna, aprendizaje, comunidad de práctica.

Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. It is a mixed comparative study based on the social psychology proposed by Vygotsky and the communities of practice of Etienne Wenger in order to approach an understanding of the affective, cognitive and practical elements that allow the permanence of breastfeeding in postpartum women who are treated in the health institution. For this purpose, a structured survey was applied to two stratified random samples, as well as participant observation, and open interviews for content analysis.

Keywords: *Breastfeeding, learning, community of practice.*

Introducción

Desde hace 50 años se ha documentado un fenómeno que está siendo catalogado en muchos países como una crisis de salud pública, por cuanto constituye un riesgo para la salud integral de los seres humanos recién nacidos y las madres alrededor del mundo. Este fenómeno es la reducción progresiva de la lactancia materna, tanto la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses y durante el primer año de vida.

La mala nutrición y la falta de desarrollo de un buen apego natural durante estas primeras etapas de vida ocasionan daños por malnutrición, así como rezagos en el óptimo desarrollo físico del cerebro. Múltiples estudios como los de Martín Morales¹ y Paige et al² demuestran que a largo plazo la niñez no amamantada padece con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. Dewey³ muestra su relevancia para la reducción del riesgo de obesidad. Paige et al.² y Pérez et al.⁴ muestran que la lactancia materna no solo ofrece la mejor nutrición y la protección inmune, sino un adecuado desarrollo en las redes neuronales que influye en la autoestima y el desarrollo cognitivo o afectivo-emocional de los infantes. Además, Cruz y Pérez⁵ muestran la relevancia para la salud mental de las madres.

La gravedad del problema ha provocado que diferentes actores tanto públicos, privados, institucionales y naturales se involucren en la elaboración de políticas y acciones a distintas escalas para promover la lactancia materna hasta los dos años o más. Desde el 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) impulsa el objetivo global de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de edad, con el fin de incrementar por lo menos 50 % de los bebés para el año 2025. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF) han hecho llamados de urgencia para atender la situación. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos internacionales y nacionales, los índices de permanencia de la lactancia materna en las diferentes etapas del desarrollo de los bebés siguen disminuyendo cada año, situación que se agrava en los países del sur global, en Latinoamérica y Centroamérica.

Diferentes factores materiales y simbólicos afectan la percepción de las mujeres sobre la lactancia materna, influyendo firmemente en su decisión de amamantar y continuar haciéndolo. Estos factores son parte de un medio o contexto histórico, social y cultural que crea condiciones para promover y crear soporte para la madre lactante o, por otro lado, para desanimar y facilitar la finalización de la lactancia. Entre los factores que favorecen de forma positiva, se encuentran la edad, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, la educación materna sobre los beneficios de la lactancia materna, el ambiente favorable hospitalario y el entorno materno. Martín Morales¹ y Paige et al², a partir de estudios de casos con mujeres de distintas edades y condición social, menciona que los elementos que influyen de forma negativa son la incorporación de la madre en el trabajo, las prácticas hospitalarias erróneas, el ofrecimiento precoz de biberones, el parto mediante cesárea, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer.

En Nicaragua permanecen los bajos índices de lactancia materna después de los seis meses y más bajos al primer año. Ante esta situación el Ministerio de Salud y los hospitales de referencia nacional de Nicaragua han desarrollado diferentes programas para incentivar este tipo de alimentación. En este ámbito, el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” ha desarrollado charlas educativas, cursos con enfermeras y doctores, y en 2020 creó la red de apoyo Club de puérperas, que incluye la participación de más de 500 mujeres organizadas.

Las mujeres lactantes en Nicaragua enfrentan una cultura patriarcal que se refleja en el poco involucramiento de los padres en los roles de cuidado en los recién nacidos, madres solteras que cuidan solas a sus hijos e hijas, embarazos en adolescentes y no planificados. En ocasiones las mujeres enfrentan entornos familiares y comunitarios que infantilizan a la mujer puerpera imponiendo decisiones o formas de cuidado que no valorizan la lactancia materna. Es común que a las mujeres lactantes reciban comentarios como “tu leche no llena”, “tiene hambre el niño”, “dale agua o comida”, “mirá como llora, tiene sed”, “¿y le seguís dando chichi? ¡Uy!”. Estos comentarios tienden a avergonzar a la mujer, restarle poder en sus decisiones y crearle confusión y dudas.

Por otro lado, muchas mujeres enfrentan lo que Ruggeri⁶ llama “la lucha por ser suficientemente buena”. El autor explica cómo un conflicto interno profundo genera expectativas de perfección y sobrecumplimiento, que se convierten en una ambivalencia y confusión entre amar y rechazar los roles de maternidad. Esto es resultado de un sistema de creencias sociales que idealizan la maternidad y sobre asignan roles de cuidado al género femenino. Bajo esta construcción social del patriarcado, Carrasco et al.⁷ plantean que la mayoría de las mujeres enfrentan solas un clima de mucha presión hacia la lactancia, cargada de misticidad romántica con duras críticas paternalistas y culpabilizadoras para las madres que no tienen “éxito” en los primeros intentos o prefieren no amamantar.

Ambos extremos -dentro de la cultura patriarcal-, no crean climas afectivos y cognitivos que apoyan a las mujeres, más bien son entornos familiares y comunitarios que sucumben a muchas féminas en estrés, ansiedad, soledad, impotencia y abandono deseado o involuntario de la lactancia materna. De ahí la relevancia de construir una red de apoyo físico y virtual que permita aclarar dudas, compartir experiencias y, sobre todo, crear un clima afectivo mediante el que sean respetados y valorados la voz, sentires y experiencias de las mujeres lactantes.

Desde la psicología social de Piaget⁸ y Vygotsky⁹, los seres humanos somos seres biopsíquicos y sociales. Por tanto, todas nuestras decisiones son parte de procesos de aprendizajes. Estos se encuentran interiorizados en nuestras estructuras mentales y se mueven todo el tiempo, estructuran y acomodan a partir de nuestra interacción con los demás en un entorno social y cultural concreto. Es decir, nuestras decisiones son procesos que codependen de la interacción social. Así, el tipo de interacción, las personas que interactúan y otras cualidades de interrelación influyen en la solidez y durabilidad de los aprendizajes, así como la forma en la cual

estos se integran como nuevos conocimientos, prácticas y creencias en nuestros modos de vida, hábitos y decisiones.

Para Vygotsky⁹, el ser humano está en constante cambio, es un ser activo que recibe un acumulado de experiencia sociohistórica, pero no es un receptor pasivo, sino que a partir de su propia naturaleza activa recibe y transforma ese acumulado, aportando a las experiencias sociales. Este ir y recibir es dinámico, comienza desde las primeras etapas del desarrollo infantil, sucede en fases y es mediado por el lenguaje, la cultura y la interacción social.

Para esta escuela teórica, el cambio en las formas de pensar, sentir o actuar solo puede ser resultado de un aprendizaje. Asimismo, plantean que todos los seres humanos tienen un estado o zona de desarrollo cognitivo actual y uno potencial. El estado actual es lo que es capaz de hacer solo y el potencial es lo que es capaz de hacer con la ayuda de los otros. Por eso, algunos sociólogos y pedagogos como Etienne Wenger¹⁰ han creado las categorías de comunidades de práctica para acercarse a una comprensión de cómo funcionan los cambios en los seres humanos y la permanencia en ciertos modos de vida y actuación.

Una comunidad de práctica consiste en un grupo organizado de personas que se reúnen periódicamente de forma intencionada para aprender y compartir sobre áreas de conocimiento e intereses comunes. En este contexto de estudio el interés común es la lactancia materna. De ahí que la investigación se enmarcó en la siguiente pregunta: ¿Cómo influye la comunidad de aprendizaje del Club de Puerperas del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en la permanencia de la lactancia materna a los seis meses y al año de nacimiento?

Esta investigación es pertinente a nivel nacional, puesto que la promoción de la lactancia materna es una necesidad y un tema relevante para acercarnos a la comprensión de cómo funcionan las redes de apoyo mutuo, en especial para las mujeres lactantes en Nicaragua, quienes se enfrentan a condiciones socioculturales complejas. Por tanto, el estudio generará elementos teóricos y prácticos para proponer acciones que impacten en la permanencia de la lactancia materna.

Diseño metodológico

El estudio es mixto, combina herramientas de la investigación cualitativa y cuantitativa. Se realizó un muestreo por estratos del Club de Puerperas del Hospital Militar y de mujeres que dieron a luz en el mismo periodo y que están fuera de la red. Se utilizaron herramientas de encuesta, entrevistas

semiestructuradas y en profundidad, así como historia de vida. Con la información obtenida se realizó un análisis de contenido y análisis de varianzas, a fin de determinar los factores que influyeron en la permanencia en la lactancia materna. Para el análisis de la información se utilizó Infostat versión libre.

Se analizarán las siguientes variables:

A) Cualidades de la red de práctica

A.1-Contenido de aprendizaje

A.2-Actividades que se realizan (reuniones virtuales, charlas, consultas en línea, intercambio de contactos)

A.3 -Clima afectivo

B) Lactancia materna

B.1 Duración de la lactancia exclusiva

B.2 Duración de la lactancia materna al primer año de vida

C) Percepción de las madres:

C.1-Percepción de apoyo con el grupo de WhatsApp

C.1.1 Problemas prácticos resueltos mediante el grupo

C.1.2 Problemas afectivos a los cuales el grupo aportó

C.2 Tipo de conocimiento interiorizado a partir de interactuar en el grupo

C.3 Sentido de pertenencia

C.3.1 Significado del grupo para las madres primerizas

C.3.2 Razones de afiliación y permanencia dentro del grupo de WhatsApp

Modelo matemático usado

Se usaron herramientas de estadística descriptiva como media, frecuencia acumulada y se determinó el tamaño de la muestra con la fórmula en un modelo de distribución normal bajo un intervalo de confianza del 95 % y un nivel de error del 5 %.

En este caso:

n= la muestra mínima para alcanzar un muestreo significativo

N= el tamaño de la población;

e= el error permitido

Z= valor obtenido de la distribución normal para una confianza del 95 %

gama es la desviación estándar de la población, con un valor estimado de 0.5 para efectos del modelo.

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Resultados

Se encuestó a 146 pacientes que dieron a luz en los periodos 2020, 2021 y 2022; el 60% de estas fueron madres que tuvieron partos en el 2021.

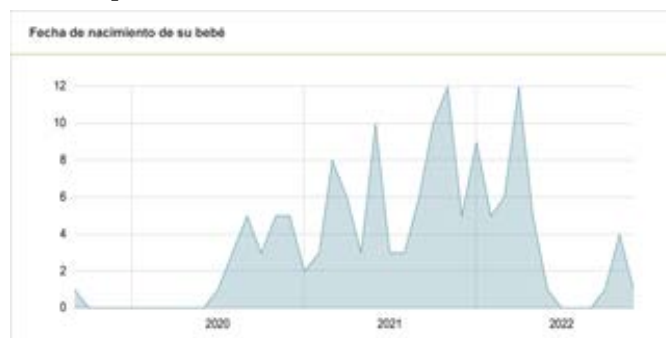


Figura 1. Nacimientos de los bebés de las mujeres muestreadas del Club de Puérperas. Fuente: elaboración propia.

Se entrevistaron a dos grupos de pacientes, uno que pertenece al Club de Puérperas del Hospital Militar y otro que no. Las pacientes que pertenecen al Club de Puérperas amamantaron en mayor cuantía con LME (Figura 3), además lo hicieron por más tiempo y mostraron mayor satisfacción y compromiso con la lactancia materna, así como mayor interés de informarse y apertura para recibir y dar apoyo a otras mujeres lactantes.

El 95 % de las féminas mencionó que se sienten escuchadas en la comunidad y que los contenidos facilitados por la unidad de curso profiláctico son altamente significativos. Asimismo, el 99 % siente que siempre son escuchadas, sus dudas aclaradas y que el clima afectivo del grupo contribuyó de manera relevante para iniciar y mantener la lactancia materna, (Figuras 5 y 10).

El 68 % de las mujeres recibió indicaciones por parte del hospital sobre cómo amamantar y un 32 % no recibió ninguna instrucción (Figura 11). Del grupo que sí recibió acompañamiento hospitalario para amamantar, siete fueron por pediatras, diez por enfermeras y 126 por el curso profiláctico. Del total, solo el 34 % de las mujeres dio de mamar en la primera hora y el 57% entre las cuatro y ocho horas (Figura 2).

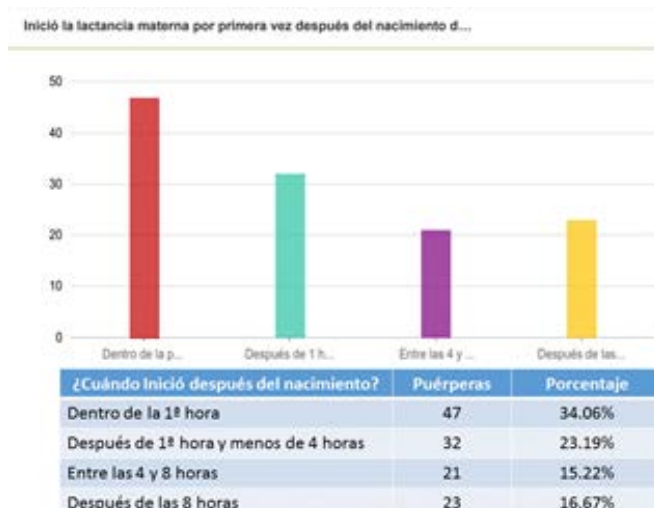


Figura 2. Inicio de la lactancia materna. Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la duración, el 91 % dio lactancia materna exclusiva el primer mes, solo el 66 % se mantuvo con lactancia exclusiva hasta los tres meses; el 31 % dio hasta los seis meses y el 16 % por más de seis meses. Sin embargo, el 51 % mantuvo la lactancia mixta al primer año de vida. En las mujeres que pertenecen al grupo del Club de Puérperas, el porcentaje que dio LME es del 91 %, mientras que en el grupo que no lo integra es del 64 %. Es decir, la participación en la comunidad fue un aporte para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Grupo que no pertenece a Club Puérperas y si dio LME
Si: 66%



Figura 3. Duración de la lactancia exclusiva con y sin grupo de apoyo. Fuente: elaboración propia.

Aporte del grupo de apoyo

La percepción de las mujeres es que el grupo y los contenidos que se comparten son de mucha ayuda para sobrellevar la maternidad, ya que la mayoría fue madre primeriza en edades comprendidas entre 25 y 33 años (Figura 4). El 90 % plantea que el grupo fue de mucha importancia y le ayudó a resolver problemas prácticos como alimentación complementaria, cólicos y reflujo, alergias, vacunas, uso de medicamento, regresión del sueño y brote de crecimiento. De estas, el 35 % percibió las recomendaciones como vitales (Figura 5)



Figura 4. elaboración Propia.

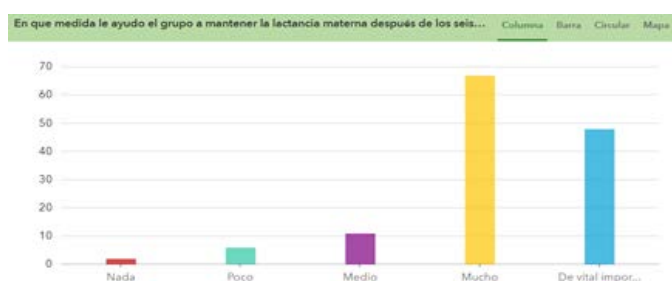


Figura 5. Percepción del aporte del grupo para iniciar y mantener la lactancia materna para madres del Club de Puérperas. Fuente: elaboración propia.

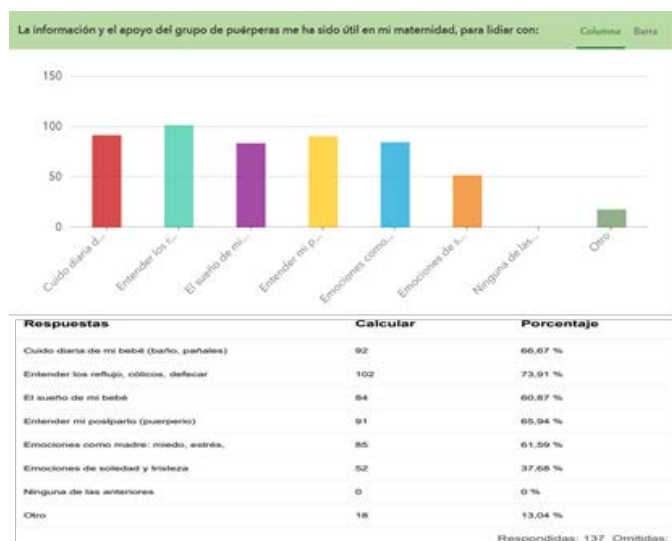


Figura 6. Percepción del aporte del grupo vivir con más tranquilidad la maternidad. Madres del Club de Puérperas. Fuente: elaboración propia.

En la Figura 6 se puede observar cómo los aspectos físicos y materiales de sueño de los bebés y los cambios fisiológicos tienen la misma importancia que las emociones. Es decir, comprender la complejidad fisiológica y cognitiva de este momento implica atender a las necesidades bioafectivas de las mujeres. De manera que solo entendiendo la complejidad del

cambio que implica la maternidad en todas las dimensiones se pueden crear mecanismos de apoyo para el entendimiento y acompañamiento del puerperio.

Se observa también que todos los aspectos relevantes para las mujeres es la ayuda de las otras para entender y comprender lo que viven y sienten. En ese entendimiento más profundo, lo que están viviendo y sintiendo no es único o aislado, sino que se trata de procesos, emociones, dudas y situaciones comunes a la maternidad en que se encuentra un mediador pedagógico para enfrentar de otras maneras el puerperio y la lactancia materna. Este proceso pedagógico de autodescubrimiento y colectividad fortalece el poder personal, el criterio y el liderazgo de las mujeres frente a los criterios externos y recomendaciones sociales sobre cómo cuidar a su bebé y a ella misma.

Esto es relevante dado que las mujeres que no integran la red reciben apoyo sobre todo de la familia, que incide sobre sus criterios en la permanencia o abandono de la práctica de la lactancia materna, lo que evidencia que las redes sociales constituyen la mayor fuente de información para entender su proceso de puerperio y los cuidados de su bebé. Esto puede ser un riesgo, dada la naturaleza de las redes sociales y los medios masivos de información, que no garantizan una veracidad en lo que plantean (Figura 7).

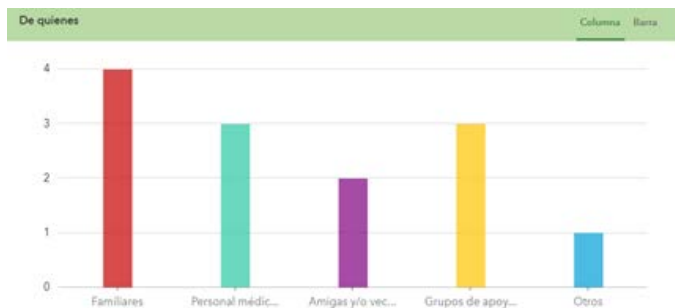


Figura 7. Por quiénes las madres del Club de puerperas se sintieron apoyadas. elaboración propia

Uno de los resultados relevantes de este estudio consiste en las emociones que el 36 % de las mujeres encuestadas experimentan durante el puerperio. En este contexto, mencionan tensiones emocionales, nervio, susto, sensación de rareza, miedo, negatividad, desesperación, tristeza, inseguridad, dudas, soledad, inseguridad y estrés, además de conflictos familiares y personales por falta de orientación. A la par de ello, las mujeres perciben emociones positivas a partir del apoyo del grupo, entre estas sugieren frases como: “calmar mi mente”, “amigas”, “escuchada”, “acompañada”, “guiada”, “comprendida” y “orientada”.



Figura 8. Emoción que el club de apoyo ayudó a enfrentar. Fuente: elaboración propia.

Lo anterior explica que el grupo y la comunidad de práctica con interacciones basadas en el respeto, la empatía, la confianza y la escucha mutua crea las condiciones afectivas y cognitivas necesarias para brindar respaldo y apoyo en el proceso de la lactancia materna a las mujeres.



Figura 9. Significado de la red de apoyo para las mujeres puerperas. Fuente: elaboración propia



Figura 10. Medida en que se han sentido escuchadas en el Club de Puerperas. Fuente: elaboración propia.

Recibí Indicaciones para Iniciar la Lactancia Materna (Club Puérperas)

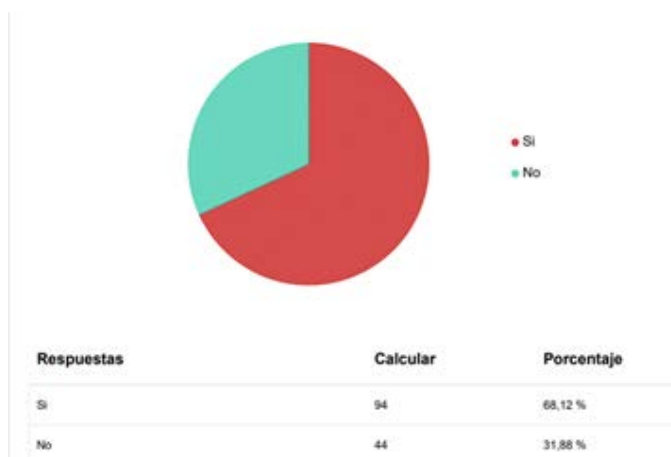


Figura 11. Madres del Club que fueron instruidas para iniciar la lactancia materna. elaboración propia.

Conclusiones

El Club de Puérperas del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” se ha constituido en una comunidad de práctica necesaria para estimular y motivar a las mujeres a iniciar y mantener la lactancia materna durante el primer año de vida. Las actividades que realizan son significativas para la mayoría de las mujeres que sienten un apoyo en la interacción en la red. Por otro lado, el acompañamiento emocional y la comunicación afectiva resultan de vital ayuda para enfrentar el puerperio y los cambios emocionales que implica la maternidad.

Referencias bibliográficas

1. Martín Morales, J. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. En Línea <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>. Publicado, 2020. Consultado: 2 de junio 2022
2. Paige Berger F, Plows J, Jones R, Alderete T, Yonemitsu C, Poulsen M, Hoon Ryoo H, Peterson B, Lars Bode M, Goran I. Human milk oligosaccharide 2'-fucosyllactose links feedings at 1 month to cognitive development at 24 months in infants of normal and overweight mothers, 2020; Revisado: 2 de junio 2022 disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228323>
3. Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? 2003;19(1):9-18
4. Pérez Escamilla R. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo psicosocial. En: Tremblay RE, Boivin M, Peters R, eds. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. <https://www.enciclopedia-infantes.com/lactancia-materna/segun-los-expertos/influencia-de-la-lactancia-materna-en-el-desarrollo-psicosocial> Publicado: Abril 2005. Consultado: 1 junio 2022
5. Cruz E., Pérez Gaxiola G. La lactancia materna puede disminuir el riesgo de problemas de salud mental. Evidencias en pediatría, 2010; 6(2): 10-16I
6. Ruggeri, A. No me arrepiento de mi hija, sino de haber asumido el rol de madre: ambivalencia de la maternidad que sigue siendo tabú. BBC News. 15 de diciembre 2022. Revisado 1 diciembre 2022. Disponible <https://www.bbc.com/mundo/vert-cul-63897095>
7. Carrasco Salazar P, Márquez-Doren F, Lucchini-Raies C. Significado de la experiencia materna en torno al apoyo durante su proceso de amamantamiento. Enfermería: Cuidados Humanizados, 2021; 10(2): 3-28.
8. Piaget, J. La teoría de Piaget. Infancia y aprendizaje, 1981; 4(2):13-54.
9. Vygotsky L. El mundo del aprendizaje. (1992) [1932].
10. Wenger, E. Comunidades de práctica. 2002. Paidós Iberica, Ediciones S. A.



Comité de pacientes: involucramiento de la persona y su familia en procesos de mejora de la atención

Patients committee: engagement of the person and their family in care improvement process

Dr. Harold Francisco Campos Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0002-8986-3931>

Resumen

El compromiso de implementación de la estrategia de atención centrada en la persona y la familia, específicamente con la organización de 15 comités de pacientes, ha permitido el involucramiento de los pacientes y los familiares con representación legítima en espacios y niveles de participación directa, en al menos 17 iniciativas de participación y cogestión de la atención recibida en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” y ha tenido influencia directa en las acciones de mejora de los procesos de atención que, a su vez, refuerza la seguridad de los pacientes con quienes debemos actuar con ética como profesionales de la salud.

Palabras clave: Atención, seguridad del paciente, calidad, atención de salud, salud pública.

Summary

The commitment to implement the person- and family-centered care strategy, specifically with the well-organized of 15 patient committees, has allowed the involvement of patients and family members, with legitimate representation in spaces and levels of direct participation, in at least 17 initiatives for participation and co-management of the healthcare received at the Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. They have had a direct influence on actions to improve health care processes, which reinforces patient safety to whom we owe professional ethics as healthcare professionals.

Keywords: Care, Patient safety, quality, health care, public health.

Introducción

En el marco del fortalecimiento de los procesos de mejora continua, del aseguramiento de la calidad de la atención y del reforzamiento a la seguridad del paciente, el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” ha desarrollado acciones orientadas a la atención centrada en la persona y la familia, entre las que se encuentran la organización de los comités de pacientes.

La política de atención centrada en la persona y la familia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” establece como una alta prioridad la implementación transversal de la estrategia de atención mediante la prestación de los servicios con enfoque de participación de los usuarios y el respeto a la dignidad humana durante en los procesos de atención¹.

La estrategia fomenta procesos de atención colaborativos para que, el usuario de los servicios se involucre en su atención y sea parte del equipo de salud de la institución, conformado por el personal de salud, la persona que requiere la atención, los familiares, los allegados y/o los tutores, como mecanismo de mejora continua y evaluación de los procesos de atención.

La atención centrada en la persona y la familia orienta al cuidado diseñado con la participación del paciente y familiares, a fin de garantizar que sus necesidades, preferencias y valores sean satisfechos de manera oportuna, conveniente y coordinada.

En el 2015, la National Academy of Medicine estableció que las metas y las opciones de cuidado del paciente se deben acordar de manera explícita y en conjunto, y se requiere una evaluación constante para asegurar que el plan de cuidado corresponda con las metas del paciente, optimizando el cuidado médico para pacientes y familias, en estrecha colaboración con ellos².

Se han definido modelos de atención al paciente que se corresponden con los diferentes niveles de colaboración que, a su vez, constituyen un incremento del nivel de participación: consulta u opinión, participación, coparticipación y liderazgo compartido³ (Figura 1).

Figura 1. Modelos de atención al paciente –y participación–.

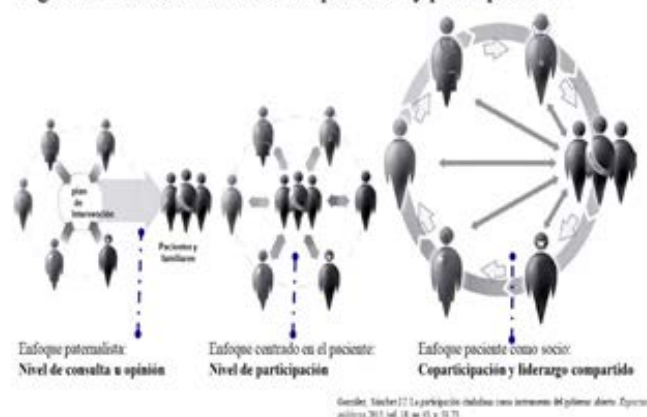


Figura 1. Modelos de atención al paciente –y participación en los procesos de atención. Fuente: Adaptado de González, Sánchez J J. La participación ciudadana como instrumento del gobierno abierto. Espacios públicos, 2015, vol. 18, no 43, p. 51-73.

En el Sistema implementado por el Ministerio de Salud en Nicaragua, se desarrolla el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), en el que se pone de manifiesto la importancia de la participación del paciente, como centro del proceso de atención en salud: “por consiguiente, invitamos al personal de salud y pacientes para que, en conjunto, desarrollemos las estrategias que contribuyan a mejorar el uso racional de los medicamentos en las unidades de salud⁴.

En el MOSAFC se define la participación ciudadana como “el proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con la finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de políticas públicas en los diferentes niveles, así como en los procesos de educación, con el fin de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado⁴. De igual manera, el uso racional de los medicamentos se mandata a implementarse “con la participación activa del paciente”⁴.

El documento de soporte a la organización del comité de pacientes expresa que, “la atención basada en el paciente, mejora las experiencias tanto de los usuarios como de los profesionales y, en consecuencia, resulta en una mayor utilización de los servicios preventivos de salud. En este sentido, se ha constatado que una adecuada atención ayuda a reducir el número de consultas con especialistas y de hospitalizaciones o visitas a los servicios de emergencias para una atención rutinaria”⁵.

Tabla 1. Listado de los comités de pacientes que fortalecen las iniciativas de Atención Centrada en el Paciente y Familia.

N°	Nombre de grupos de pacientes	Dependencia
1	Comité de pacientes	Dirección del Hospital Militar.
2	Club de púerperas	Servicio de Ginecología
3	Grupo de apoyo de unidad de mama	Servicio de Ginecología
4	Pacientes colaboradores en la educación de fisioterapia de piso pélvico	Servicio de Ginecología
5	Club de pacientes cardiopatas	Servicio de Pediatría
6	Club de pacientes prematuros	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
7	Grupo de apoyo a pacientes críticos crónicos	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
8	Grupo de pacientes crónicos	Departamento Ambulatorio
9	Grupo de pacientes oncológicos	Departamento de Oncología
10	Club de amigos de imagenología	Departamento de Medios Diagnósticos
11	Grupo de apoyo mutuo de VIH	Servicio de Medicina Preventiva
12	Club de la salud y bienestar del paciente	Departamento Ambulatorio- Edificio 8
13	Amigos de la transfusión	Servicio de Transfusión
14	Grupo de pacientes odontológicos	Servicio de Odontología
15	Comité de pacientes siempre pensando en usted	Servicio de Emergencia

Fuente: Archivos del Comité de Pacientes. Oficina Documental. Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Comités de pacientes en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” que fortalecen las iniciativas de atención centrada en el paciente y familia

Fundamentado con lo antes descrito y como parte de los procesos de mejora continua, de acreditación en calidad y seguridad del paciente y de la implementación de la estrategia atención centrada en la persona y la familia, la Dirección del Hospital Militar “ha decidido constituir un comité, que sea la representación de los pacientes y cuyas recomendaciones contribuyan a una atención de calidad”⁵.

Funciones del comité de pacientes

La conformación del comité de pacientes se orienta a facilitar el involucramiento de los pacientes y familiares en los procesos de atención y el establecimiento de mecanismos de retroalimentación de la siguiente manera. Sus funciones se derivan del fomento a la consulta, la coparticipación y a tomar en cuenta la opinión y sugerencias de los pacientes y usuarios del Hospital Militar:

1. Informar y conocer sobre los nuevos proyectos, iniciativas, mejoras en procesos, infraestructura.
2. Recopilar las opiniones de los pacientes integrantes del comité respecto a los servicios brindados.
3. Analizar la viabilidad de las recomendaciones que brinden los pacientes.
4. Informar a la dirección del hospital mediante actas, las sugerencias, las experiencias, felicitaciones o recomendaciones que hayan derivado de las opiniones brindadas.
5. Incentivar a los pacientes a apoyar actividades tendientes a mejorar la calidad de la atención médica.
6. Informar a los integrantes que sus opiniones serán tomadas en cuenta que son brindadas a la Dirección.
7. Los miembros deben contribuir a la divulgación de las buenas prácticas que realiza el Hospital Militar en favor de sus pacientes.

Organización del comité de pacientes

Inicialmente, el comité de pacientes se constituyó con 16 miembros. La coordinación está a cargo de la Dirección del Hospital Militar quien programa reuniones mensuales y de manera extraordinaria según amerite el caso. Se elaboran actas de las solicitudes, opiniones y necesidades obtenidas en las sesiones de retroalimentación; estas son analizadas en forma conjunta con la Dirección del Hospital Militar para la toma de decisiones que se consideran pertinentes.

Con la implementación de iniciativas en los diferentes servicios, se ha agregado la conformación de 14 comités en

12 servicios, alcanzándose hasta 15 comités de pacientes organizados en el Hospital Militar (Tabla 2).

Tabla 2. Iniciativas con involucramiento de los Comités de pacientes. Estrategia de Atención Centrada en el Paciente y Familia.

N°	Iniciativas	Áreas
1	Hoja de información e involucramiento del paciente y familiares	Transversal a todas las áreas
2	Paciente revisando documentos rectores de seguridad y tecnología	
3	Pacientes colaboradoras en revisión de quejas y proyectos	
4.	Involucramiento de la familia en cuidados	Enfermería
5.	Señalética de involucramiento y de deberes y derechos	Transversal a todas las áreas
6.	Señalética para no videntes	Oftalmología, ORL, Audiología, Emergencia, Edificio Central
7	Áreas de recreación infantil	Edificio Central y Pediatría.
8	Iniciativa de banco de leche en casa	Ginecología
9	Entrenamiento a los padres en cuidados del recién nacido	UCIN
10	Creación del lactario para fomentar la lactancia materna	UCIN
11	Hoja de involucramiento del Paciente en cirugía	Departamento Quirúrgico
12	Visitas domiciliarias a pacientes oncológicos	Departamento de Oncología
13	Integración de pacientes en el Programa de Control de Infecciones	Medicina preventiva
14	Control glucémico ambulatorio	Medicina interna
15	Involucramiento de pacientes en promoción ambiental: Concursos infantiles	Oficina de Calidad y Seguridad
16	Construcción y acondicionamiento estructural del Edificio 1-A	Cuerpo Médico Militar y Dirección
17	Construcción y acondicionamiento del área de quimioterapia	

Fuente: Archivos del Comité de Pacientes. Oficina Documental. Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Actividades del comité de pacientes

Se han desarrollado instrumentos y acondicionado ambientes que facilitan la comunicación efectiva y asertiva entre los pacientes y sus familiares con el personal del Hospital Militar, en todas las dependencias involucradas ya descritas: hoja de información e involucramiento del paciente y familiares; señalética de involucramiento y de deberes y derechos; señalética para no videntes; áreas de recreación infantil; creación del lactario para fomentar la lactancia materna; hoja de involucramiento del paciente en cirugía, realización de visitas domiciliarias de seguimiento a pacientes oncológicos; control glucémico ambulatorio; acondicionamiento de tres salas de reuniones de los comités de pacientes, entre otros instrumentos elaborados y ambientes habilitados.

Lo anterior ha facilitado el involucramiento de los miembros de los comités de pacientes en el aporte a numerosas actividades, entre estos: apoyo de pacientes que han superado la condición de cáncer con pacientes que actualmente están en el programa oncológico; revisión de documentos rectores de seguridad y tecnología; revisión de quejas y proyectos de mejoras; involucramiento de la familia en cuidados; iniciativa de banco de leche en casa; entrenamiento a los padres en cuidados del recién nacido; entrenamiento a los familiares en cuidados del paciente post cirugía cardíaca; integración de pacientes en el programa de control de infecciones; involucramiento de pacientes en promoción ambiental; concursos infantiles y actividades de socialización.

En aspectos que involucran la toma de decisiones conjuntas, se ha tenido la oportunidad de contar con recomendaciones de los pacientes y los familiares que han sido tomadas en cuenta al realizar acondicionamiento de ambientes, organización de los servicios que han sido adecuados a las necesidades planteadas e incluye proyectos de gran importancia: construcción y acondicionamiento estructural del Edificio 1-A; organización de los servicios del Centro de Oftalmología, del Centro de Otorrinolaringología (ORL) y del Centro de Audiología; ubicados en el Edificio 1-A; instalación de señalética para personas no videntes; construcción y acondicionamiento del área de quimioterapia; o acondicionamiento del Servicio de Logopedia; acondicionamiento del área de lactario en la Unidad de pediatría y existen varios proyectos de este tipo en gestión (Tabla 2).

Alcances

El compromiso de implementación de la estrategia de atención centrada en la persona y la familia, específicamente

en la organización de los comités de pacientes, ha permitido el involucramiento de los pacientes y los familiares en la atención recibida en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”; además, ha tenido influencia directa en las acciones de mejora de los procesos de atención que, a su vez, refuerza la seguridad del paciente.

Conclusiones

El proceso que fomenta el involucramiento de los pacientes y los familiares, con representación legítima en los comités de pacientes, permite establecer espacios y niveles de participación directa en las diferentes dependencias del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Este tiene efectos directos en la seguridad del paciente, fortalecimiento de los procesos calidad en la atención, en las acciones de mejora y en la creación de una cultura de seguridad del paciente.

Lo anterior, como consecuencia de una acción estratégica simple, pero, a su vez, compleja en el ámbito actitudinal ha garantizado: la creación de espacios de participación directa y tomando en cuenta la retroalimentación de los pacientes y la familia, a quienes debemos nuestros servicios como personal de salud.



Referencias bibliográficas

1. Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Política de fortalecimiento de la atención centrada en la persona. 2020. Nicaragua.
2. Andrews, D, Baade, S, Berman, S. Patient & Family Health Care. A Resource Compendium. Washington, DC. National Academy of Medicine. 2015.
3. González Sánchez, J. J. La participación ciudadana como instrumento del gobierno abierto. Espacios públicos, 2015, vol. 18, no 43, p. 51-73.
4. Ministerio de Salud. Norma técnica para el uso racional de insumos médicos. Normativa – 088. Managua. 2012.
5. Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Organización del comité de pacientes. 2020. Documento institucional. 2020. Nicaragua.



Modelo de gestión por competencias en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

Máster Felipe Ernesto Colindres Gatica: <https://orcid.org/0000-0001-9637-5242>
Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”

El modelo de gestión por competencias busca alinear los talentos y habilidades de los trabajadores con la visión y los objetivos estratégicos de la entidad. Surge de la idea de identificar el perfil perfecto del colaborador para un cargo específico y, con base en ello, crear una dinámica de reclutamiento y capacitación.

Con la implementación de este modelo se pretende desarrollar capacidades en los miembros de la institución, a fin de actualizar sus conocimientos y fomentar un crecimiento profesional mediante el sentido de pertenencia.

De acuerdo con el plan estratégico 2018-2023, se continuará dando seguimiento a la implementación de este modelo, a fin de desarrollar cada una de las etapas definidas para lograr de manera eficaz la implementación del modelo de gestión por competencias.

Las etapas que permitirán desarrollar de manera eficaz el modelo de gestión por competencias están enfocadas de la siguiente manera:

Etapas 1: Definición de competencias

- Definición de competencias cardinales, gerenciales y funcionales.
- Elaboración de la estructura de puestos.
- Elaboración de diccionarios de competencias y comportamientos.
- Descriptores de cargos actualizados con sus niveles jerárquicos, funciones y responsabilidades, requisitos del puesto.

A continuación, se detallan las competencias que fueron definidas y seleccionadas para el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”:

Competencias cardinales

- Centrado en el usuario
- Comunicación
- Integridad
- Trabajo en equipo
- Resultados con excelencia
- Sostenibilidad

Competencias gerenciales

- Liderazgo
- Visión estratégica

Competencias funcionales

- Flexibilidad para los cambios
- Capacidad de planificación, organización y control
- Credibilidad técnica
- Dinamismo – energía
- Proactividad con innovación
- Resolución de problemas bajo presión

En el año 2023 pretendemos continuar con la segunda fase de la implementación del modelo de gestión por competencias que abarca los siguientes elementos:

Selección y entrevistas por competencias

Elaboración del diccionario de preguntas para realizar el reclutamiento y selección por competencias, y así detectar brechas de los candidatos. Con esto pretendemos identificar y atraer a los candidatos más idóneos del mercado laboral para que sean parte de nuestra institución.

Evaluación por competencias

El colaborador debe ser evaluado bajo el modelo por competencias, en aras de determinar la formación y desarrollo que requiere para el cierre de brechas e identificar personas claves que puedan ocupar otros puestos dentro de la institución a través de promoción interna.

Formación y desarrollo

Basado en la evaluación se elabora el plan de desarrollo específico para cada trabajador. Este será supervisado y evaluado posteriormente para asegurar el aprendizaje y desarrollo.

¿Por qué adoptar el modelo de gestión por competencias?

- Contribuye al desarrollo integral de las personas, su autorrealización y el logro de las metas de ingreso y objetivos organizacionales conforme la misión, visión y valores institucionales.

- Garantiza un proceso de selección y contratación más eficaz del personal, identificando los perfiles idóneos y asegurando una mayor adecuación entre persona y puesto.
- Orienta los procesos de capacitación y desarrollo personal en concordancia con las competencias, haciendo del recurso humano una ventaja competitiva.
- Se identifican las competencias de los empleados más talentosos, de tal manera que facilita la toma de decisiones en lo que refiere a planes de carrera y sucesión.
- Fortalece los conocimientos del nivel gerencial en las técnicas de selección por competencia, para clasificar los recursos idóneos en los puestos con personal altamente calificado.
- Promueve una cultura laboral sustentada en el desarrollo personal y mejora continua de los trabajadores.

¿Qué se pretende con la implementación del modelo de gestión por competencias?

- Cambio y mejora de la gestión de los recursos humanos.
- Alinear a cada trabajador con la estrategia organizativa del Hospital.
- Generar compromiso en los trabajadores.
- Herramienta para la identificación y selección de candidatos idóneos.
- Evaluaciones del desempeño con base en competencias.
- Planes de formación y desarrollo.

El modelo de gestión por competencias es un sistema moderno que representa un salto cualitativo en materia de recursos humanos. En el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” el modelo se irá ejecutando y desarrollando de acuerdo con las necesidades, objetivos y planes estratégicos de la institución.



Lic. Guadalupe Valle G.
Terapeuta de Lenguaje



Rincón informativo



Lanzamiento de la Unidad de Mama

El 19 de octubre de 2022 el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” realizó el lanzamiento de la Unidad de Mama, un área destinada para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de mama y otras patologías mamarias.

La unidad está integrada por un grupo de profesionales médicos de diferentes disciplinas, por lo que se constituye como un modelo de uso efectivo de recursos y tecnología en el tratamiento multidisciplinario de la patología mamaria; abarca el tratamiento en todas sus fases de presentación, desde lesiones no palpables del cribado poblacional hasta la enfermedad metastásica.

A través de la implementación de esta unidad, el Hospital Militar tiene como objetivo central salvar vidas y reducir el sufrimiento y mortalidad causado por el cáncer de mama y otras patologías mamarias, garantizando diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados con atención multidisciplinaria integrada a una línea de cuidados estandarizada y apoyada por tecnología diagnóstica de punta con la que cuenta la institución.

El Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” continúa posicionándose como una institución de referencia a nivel nacional. A través de la Unidad de Mama brindará servicio de calidad, atención personalizada y acompañamiento con calidez humana a pacientes y sus familiares.



Lanzamiento del modelo de gestión por competencias

El martes 8 de noviembre el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” realizó el acto oficial de lanzamiento del modelo de gestión por competencias, mediante el que se evaluarán las habilidades específicas para cada puesto de trabajo.

La implementación del modelo de gestión por competencias en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” permitirá la transición de un modelo tradicional de recursos humanos a uno estratégico, con el fin de lograr la alineación de los objetivos personales con los estratégicos de la institución. Este contempla el crecimiento personal y profesional de los trabajadores.

Las competencias son aquellas características necesarias en cada trabajador para desempeñar de manera óptima sus funciones; estas deben corresponderse con la misión, visión,

valores y estrategia de la institución, lo que permitirá alinear a cada colaborador en el nivel organizativo, garantizando con ello el cumplimiento y compromiso de la atención centrada en la persona y su familia que se brinda en el Hospital Militar.

Este modelo ha sido implementado en 17 países de habla hispana por la Consultora de Recursos Humanos MARTHA ALLES International. Es concebida como una herramienta que permite a las organizaciones diseñar, implementar y mejorar sus modelos de forma rápida y estratégica.

A través de este modelo el Hospital Militar pretende implementar planes de formación y desarrollo para potencializar las habilidades de sus colaboradores, garantizando un óptimo desempeño y promoviendo una cultura laboral sustentada en el desarrollo personal y mejora continua.



OFERTA ACADÉMICA! 2023



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"CORONEL Y DR. JUAN IGNACIO GUTIÉRREZ SACASA"

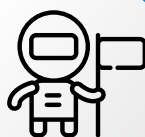
VISIÓN

Ser referente a nivel nacional y regional, en la formación de médicos con un sólido prestigio profesional que contribuyan al desarrollo de nuestra sociedad.



MISIÓN

Formar profesionales competentes, destacados por su compromiso social, valores éticos y humanistas, capaces de atender con calidad y calidez a las personas, contribuyendo en la mejora de la calidad de vida y salud de la población.



VALORES

Calidad
Calidez
Equidad
Responsabilidad
Creatividad
Excelencia
Liderazgo
Compromiso social y humano
Disciplina
Integridad

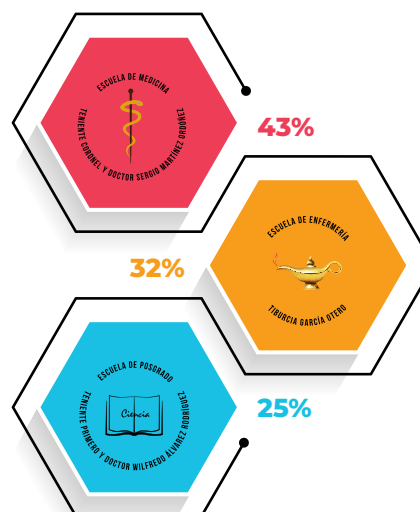


MÁS INFORMACIÓN



ESCANEA EL CÓDIGO QR

909
ESTUDIANTES
ACTIVOS





ESCUELA DE POSGRADO

"TENIENTE PRIMERO Y DR. WILFREDO ÁLVAREZ RODRÍGUEZ"



SUBESPECIALIDADES

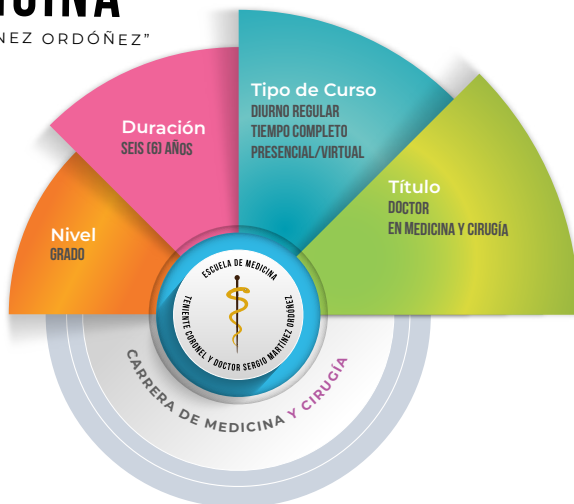
CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTO
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
NEFROLOGÍA
CARDIOLOGÍA
ONCOLOGÍA CLÍNICA
ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA
ONCOLOGÍA GINECOOBSTETRA
RETINA Y VÍTREO (OFTALMOLOGÍA)

ESPECIALIDADES

MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA GENERAL
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
RADIOLOGÍA E IMAGEN
PATOLOGÍA
PEDIATRÍA
ANESTESIA
UROLOGÍA
OFTALMOLOGÍA
NEUROCIRUGÍA

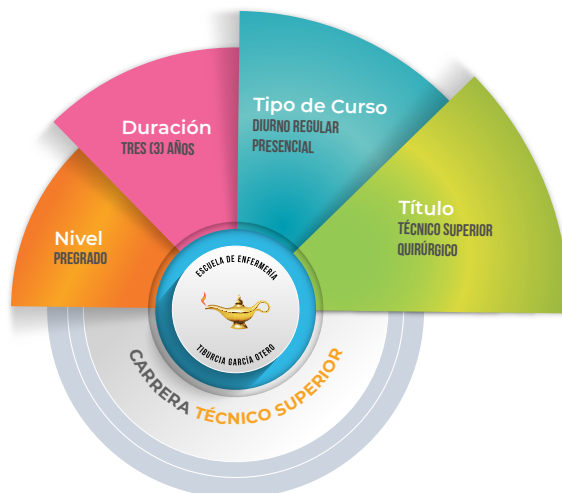
ESCUELA DE MEDICINA

"TENIENTE CORONEL Y DR. SERGIO MARTÍNEZ ORDÓÑEZ"



ESCUELA DE ENFERMERÍA

"TIBURCIA GARCÍA OTERO"





**seijiro
yazawa
iwai**

Nicaragua, S.A.

Para mayor información contáctenos al:
+505 2254-7540 - 2254-7884 - 2254-7697

📍 Km 10.2 carretera a Masaya,
contiguo al Supermercado
Walmart, entrada Prados de María,
Managua Nicaragua.

🌐 www.seijiroyazawaiwai.com



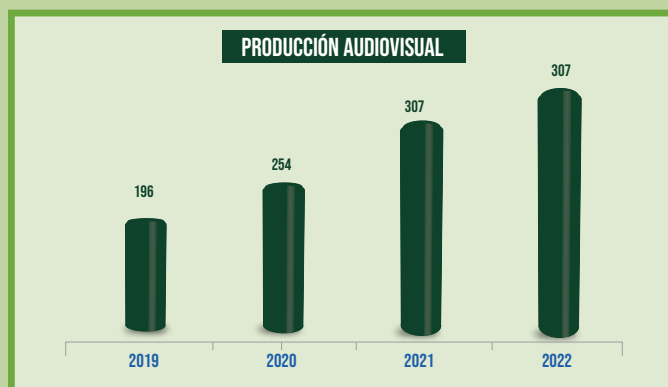
Impacto comunicacional de Hospital Militar TV Nicaragua en el año 2022

Hospital Militar TV Nicaragua es una plataforma de comunicación del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, creada para divulgar el quehacer institucional relacionado con la promoción, protección y preservación de la salud de usuarios y ciudadanía en general.

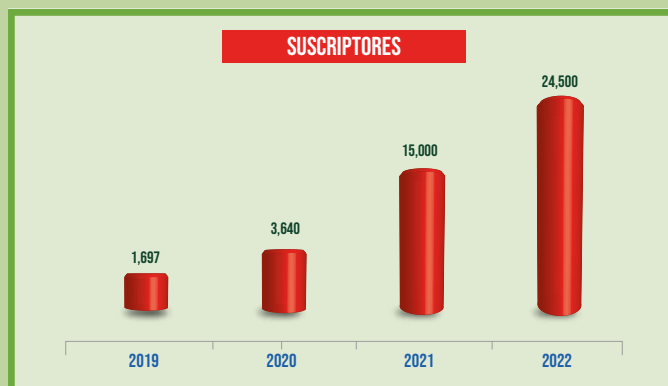
A través de la plataforma se ha creado material audiovisual y escrito, con el objetivo de promover la educación en salud y una cultura de prevención de enfermedades. De igual manera, se proyectan los avances en infraestructura, tecnología y recurso humano de la institución.

Desde el área de Comunicación se han utilizado las diferentes Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para fortalecer la comunicación interna y externa y destacar la visión institucional de un hospital de excelencia, comprometido con la seguridad de las personas y sus familias, a fin de incrementar sus capacidades y ampliar los beneficios a los usuarios y población en general.

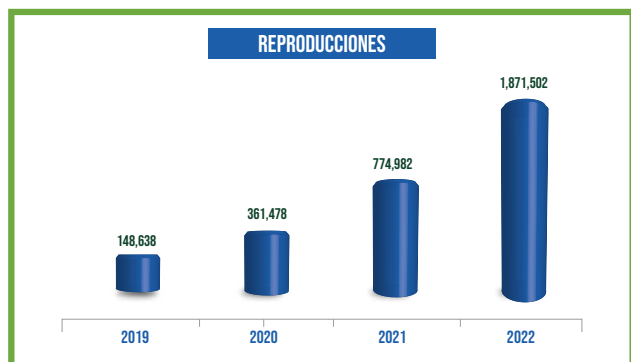
Desde el año 2019 hasta la fecha se han publicado **1,250 videos** en el canal de YouTube **Hospital Militar TV Nicaragua**. Esto refleja un incremento del 67 % en comparación con el año 2019.



Asimismo, se evidencia un incremento del 60 % en la cantidad de suscriptores en comparación con el año 2021, contando con un total de 24,500 hasta la fecha.

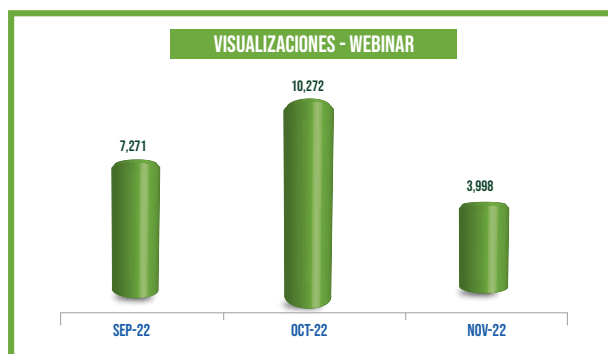


En el año 2022 se ha obtenido un total de 1,871,502 reproducciones, lo que representa un importante incremento en relación con los años anteriores.



Como parte de la atención centrada en la persona y su familia, en el año 2022 el Hospital Militar ha desarrollado webinar o transmisiones en vivo, con el fin de crear un espacio para el abordaje de diferentes temas de salud de interés general dirigido a la población nicaragüense.

Hasta la fecha se han realizado un total de 35 webinarios. En estos se cuenta con la participación de especialistas y subespecialistas en diversas áreas de la medicina de la institución.



En el año 2022 la plataforma digital de YouTube Hospital Militar TV Nicaragua ha experimentado un crecimiento en producción audiovisual y, por consiguiente, un incremento en la cantidad de visualizaciones y suscripciones. Esto ha representado un apoyo significativo en el cumplimiento de planes de mejora desde la visión, misión y valores de la institución.

El Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, al caracterizarse por ser una institución de excelencia, continúa sumando esfuerzos para garantizar una educación en salud efectiva, que favorezca los procesos de atención médica dirigidos a la población nicaragüense, mediante estrategias de comunicación que fortalezcan las relaciones entre colaboradores, personal médico, usuarios y familiares.



ORTO TRAUMA, S.A.

IMPLANTES, MATERIALES E INSTRUMENTOS DE ORTOPEDIA.

NEUROCIRUGIA Y LINEA RECONSTRUCTIVA

PBX 2278 - 8700

IGLESIA SAN AGUSTIN 1/2 CUADRA ABAJO, ALTAMIRA

TODOS NUESTROS IMPLANTES TIENEN SU REGISTROS
SANITARIOS Y ESTÁN RESPALDADOS POR LOS CONTROLES
DE CALIDAD DEL FABRICANTE





Visita de la organización internacional Acreditación Canadá

La organización internacional Acreditación Canadá llevó a cabo un proceso de gestión, asesoría y evaluación para el sostenimiento de la acreditación nivel diamante que posee el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, a fin de garantizar la calidad en los procesos de atención que brinda la institución médica a sus usuarios. La visita se efectuó del 7 al 11 de noviembre de 2022.

El equipo de evaluadores conformado por la MSc. Lizeth Flores, Dr. Fernando Campos Proaño, Dra. Mariana Herskovitz, Dr. Ihssan Bouhtiauy y Dra. Florencia Koch realizó el proceso evaluativo durante cinco días. Este consistió en la validación de criterios y estándares internacionales que el Hospital Militar asume de manera voluntaria como parte de su política de excelencia centrada en la persona y su familia.

Este proceso de evaluación y asesoría permite evaluar la capacidad y el desarrollo continuo en los procesos de atención médica en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, con el propósito de implementar planes de mejora que garantice a los usuarios una atención integral y de calidad.

Acreditación Canadá es una organización que ha trabajado por más de 60 años brindando servicios de consultoría e implementando procesos de asesoría y evaluación en temas de calidad y seguridad del paciente a nivel internacional. Estos procesos se han implementado en el Hospital Militar y certifican que la institución continúa cumpliendo con los estándares y requerimientos internacionales establecidos por la organización.



Galería de fotos



Lanzamiento de Revista Salud y Ciencia
Protegiendo tu salud. Agosto 2022



Lanzamiento de Revista Salud y Ciencia
Protegiendo tu salud. Agosto 2022



Inauguración Edificio 1A
Agosto 2022



Inauguración Edificio 1A
Agosto 2022



Congreso científico del Cuerpo Médico Militar
Agosto 2022



Congreso científico del Cuerpo Médico Militar
Agosto 2022



43 Aniversario Cuerpo Médico Militar
Agosto 2022



43 Aniversario Cuerpo Médico Militar
Agosto 2022



Lanzamiento Centro Oftalmológico
Septiembre 2022



Lanzamiento Centro Oftalmológico
Septiembre 2022



Lanzamiento de la Unidad de Audiología,
Otoneurología y Foniatría. Septiembre 2022



Lanzamiento de la Unidad de Audiología,
Otoneurología y Foniatría. Septiembre 2022



Lanzamiento de la Clínica de Otorrinolaringología. Septiembre 2022



Lanzamiento de la Clínica de Otorrinolaringología. Septiembre 2022



Concurso "La seguridad está en tus manos" Octubre 2022



Concurso "La seguridad está en tus manos" Octubre 2022



Cuidados paliativos pediátricos Octubre 2022



Cuidados paliativos pediátricos Octubre 2022



Lanzamiento Unidad de Mama
Octubre 2022



Lanzamiento Unidad de Mama
Octubre 2022



Día Mundial del Lavado de Manos
Octubre 2022



Día Mundial del Lavado de Manos
Octubre 2022



Encuentro Club de apoyo Unidad de Mama
Octubre 2022



Encuentro Club de apoyo Unidad de Mama
Octubre 2022



Visita Acreditación Canadá
Noviembre 2022



Visita Acreditación Canadá
Noviembre 2022



Día del Niño Prematuro
Noviembre 2022



Día del Niño Prematuro
Noviembre 2022



I Simposio Día Mundial de la Diabetes
Noviembre 2022



I Simposio Día Mundial de la Diabetes
Noviembre 2022



Galería de fotos



Lanzamiento Unidad de Aplicación de Quimioterapia. Noviembre 2022



Lanzamiento Unidad de Aplicación de Quimioterapia. Noviembre 2022



Donación de sangre
Diciembre 2022



Donación de sangre
Diciembre 2022



Purísima
Diciembre 2022



Purísima
Diciembre 2022



Feria de la Salud Familiar
Diciembre 2022



Feria de la Salud Familiar
Diciembre 2022



Feria de la Salud Familiar
Diciembre 2022



Feria de la Salud Familiar
Diciembre 2022



Feria de la Salud Familiar
Diciembre 2022



Feria de la Salud Familiar
Diciembre 2022



Día del soldado de la patria
Diciembre 2022



Día del soldado de la patria
Diciembre 2022



Día del soldado de la patria
Diciembre 2022



Día del soldado de la patria
Diciembre 2022



Avenida Navideña
Diciembre 2022



Avenida Navideña
Diciembre 2022



Colaboradores



Colaboradores



**Mayor José
Vladimir
Altamirano
Centeno**

Subespecialista en Cirugía Oncológica de Adultos, graduado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Actualmente es jefe del Departamento de Oncología del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Capitán
Christian
Yaoska Corea
Urbina**

Subespecialista en Ginecología Oncológica, graduada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialista en Ginecología y Obstetricia por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Doctora en Medicina y Cirugía por la UNAN-Managua. En la actualidad se desempeña como ginecóloga oncóloga en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” y como coordinadora docente del Departamento de Oncología.



**Capitán
Abelardo
Alexanders
Aguilar West**

Alta especialidad en Radiología Intervencionista y Terapia Endovascular por el Centro de Especialidades Médicas ISSET, Dr. Julián Manzur Ocaña, Universidad Olmeca, Villahermosa, Tabasco, México. Especialista en Radiología e Imagen por la Facultad de Ciencias Médicas “Coronel Dr. Juan Ignacio Gutiérrez Sacasa” del Centro Superior de Estudios Militares del Ejército de Nicaragua, “General de División José Dolores Estrada Vado”. Doctor en Medicina y Cirugía por el Centro Superior de Estudios Militares del Ejército de Nicaragua, “General de División José Dolores Estrada Vado”. Actualmente ejerce como médico adjunto en el Servicio de Imagenología del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Capitán
María
Lastenia Rivas
Barahona**

Subespecialista en Hematopatología por la Universidad Autónoma de Madrid, España; con perfil en Citometría de flujo en la Universidad de Salamanca (USAL), España. Especialista en Patología por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Doctora en Medicina y Cirugía, graduada en la UNAN-Managua. Actualmente labora como médico especialista en Patología en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”; también se desempeña como coordinadora docente del Servicio de Patología y coordinadora del Comité de mortalidad.



**Gilberto
Benito
Altamirano
Centeno**

Subespecialista en Ginecología Oncológica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialista en Ginecología y Obstetricia, graduado de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Médico general por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León). Actualmente es médico subespecialista en Ginecología Oncológica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Tania de
los Ángeles
Mayorga
Marín**

Alta especialidad en Hepatología Clínica y Trasplante Hepático por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Subespecialista en Gastroenterología, graduada de la UNAM-México. Especialista en Medicina Interna por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Doctor en Medicina y Cirugía, graduada en la UNAN-Managua. Actualmente se desempeña como hepatóloga y gastroenteróloga del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



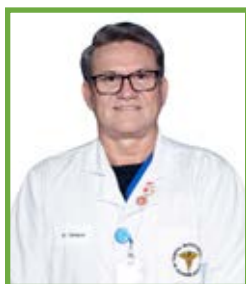
**Yamila
Maradiaga
Cuadra**

Especialista en Patología General por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua), con perfil en Patología Digestiva en el Hospital Universitario la Paz, Madrid España e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Dr. Salvador Zubirán, México. Doctor en Medicina y Cirugía, graduada en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León). Actualmente labora como médico especialista en Patología en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Scott
Alexander
Bonilla
Téllez**

Especialista en Medicina Interna, graduado en el Centro Superior de Estudios Militares “General de División José Dolores Estrada Vado” (CSEM). Doctor en Medicina y Cirugía por el Centro Superior de Estudios Militares “General de División José Dolores Estrada Vado” (CSEM). En la actualidad es médico residente de Oncología Clínica en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Harold
Francisco
Campos
Rodríguez**

Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Maestría en Salud Pública por la UNAN-Managua. Diplomado en Salud Comunitaria por la UNAN-Managua. Médico general graduado en la UNAN-Managua. En la actualidad es especialista en Calidad y Auditoría Médica en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Felipe
Ernesto
Colindres
Gatica**

Máster en Gestión Estratégica de Recursos Humanos, graduado de la Universidad Americana (UAM). Máster en Business Administration (MBA) por la Universidad Iberoamericana de Ciencias y Tecnología. Posgrado en Tecnología Minera por la UAM. Licenciado en Economía Financiera por la Universidad Centroamericana (UCA). Licenciado en Administración de Empresas, graduado de la Universidad de Ciencias Comerciales (UCC). Se desempeña como gerente de Recursos Humanos del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Kenia
Patricia
Castillo
Ríos**

Licenciada en Química Farmacéutica por la Universidad de Occidente (UDO). Licenciada en Enfermería Materno Infantil, graduada de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Actualmente es jefa del Servicio de Unidosis del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



**Beatriz
Margarita
López
Polak**

Licenciada en Economía, graduada de la Universidad Central de Venezuela, Caracas. Consejera de Lactancia Materna certificada por el Centro de Estudios de Lactancia Materna, CELACMA, Venezuela. En la actualidad labora como Educadora Prenatal – Doula del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.



Colaboradores



**Yorlis
Gabriela
Luna
Delgado**

Maestría en Ciencias Matemáticas con mención en Educación Matemática por la Universidad de La Habana, Cuba. Licenciada en Matemática, graduada en la Universidad de La Habana, Cuba. Diplomado en línea en Meliponicultura por la Universidad Autónoma de Yucatán, México. Diplomado internacional de Agroecología por la Universidad Popular Autónoma de Veracruz y UNIMINUTO, México.



**Reynaldo
Ramírez
Chacón**

Subespecialista en Radiología Intervencionista por la Unidad de Hemodinamia, Centro Médico Nacional IMSS, Mérida Yucatán y por el Centro Médico Nacional Oncología, México DF. Especialista en Radiología e Imagenología por la Universidad Autónoma de Yucatán, México. Médico cirujano, graduado de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Actualmente es jefe del Servicio de Radiología e Imagen del Centro Médico ISSET, Tabasco México.

eliquence
Less Is More

SURGI-MAX^{ULTRA}

NecarMed

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO

Oficina Principal: Frente a Hotel HEX, módulo g-v-13,
Bello Horizonte, Managua, Nicaragua
☎ 8998-0057 / (505) 2249-9092
info@necarmed.net • marketing@necarmed.net
nelsonjoseh@hotmail.com • www.necarmed.net

**Único con
Tecnología
Ultra Onda**



Equipos
Médicos



Productos
de esterilización



Dispositivos
Médicos



Instrumental
Quirúrgico



MRP



Servicio
Técnico

BÜHLER
P H A R M A

STORZ
KARL STORZ - ENDOSCOPE

KLS martin
GROUP

STORZ MEDICAL

matachana

SCHMITZ
A SENSE OF CONFIDENCE

Quanta System

SIRMAXO

tecme
committed to life

Leica
MICROSYSTEMS

XNY MEDICAL
Smart Surgery. Smart People. Smart Life.

CONTÁCTENOS



Km 2½ Carretera Norte frente
a Planta Eléctrica ENEL



☎ + (505) 2249-3616

✉ info@buhlerpharma.net



☎ + (505) 8232-2790

Centro de Llamadas Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños"



Línea WhatsApp



8441-2666

Citas con especialidades
Información de servicios asistenciales
Servicios de emergencia
Afiliaciones a programas especiales
Programación de consultas médicas
Servicio de ambulancia

Un Hospital de Excelencia



Soluciones Integrales en Limpiezas Profundas

- Domicilios
- Clínicas
- Corporativo

f hicasnicaragua
hicasnica



Somos
Higiene Calidad y Seguridad

Edificio El Centro I, 2do piso,
Managua, Nicaragua.

+ (505) 8257 9124
comercial@hicas.com.ni







*"En defensa de la Patria y la Institución,
¡Firmeza y Cohesión!"*

Un Hospital de Excelencia

CONTÁCTENOS

CENTRO DE LLAMADAS
☎ 1801-1000
📞 8441- 2666

🌐 www.hospitalmilitar.com.ni
✉ inb@hospitalmilitar.com.ni

📺 Hospital Militar Escuela
"Dr. Alejandro Dávila Bolaños"
📺 Hospital Militar TV Nicaragua

📍 Rot el güegüense 400 mts al este, 300 mts al sur. Managua, Nicaragua