



HOSPITAL SANTO TOMÁS

XLIX SEMINARIOS CIENTÍFICOS MÉDICOS

XXXIX SEMINARIO DE ENFERMERÍA

**CONGRESO VIRTUAL
DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS
EN TIEMPOS DE COVID-19**

AVAL: UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS - UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

16, 17 Y 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020

médica |  **DISTRIBUNA**
medios | prensa

NOTICIAS DEL CONGRESO

¡Bienvenidos!

En nombre del Comité Organizador y en el mío propio reciban una cordial bienvenida al XLIX Seminario Científicos Médico y XXXIX Seminarios de Enfermería del Hospital Santo Tomás. Estamos muy contentos y orgullosos de poder brindarles nuevamente este evento, que el día de hoy cumple 49 años desde sus inicios en 1972. En esta ocasión, debido a la situación que se ha presentado a nivel mundial, realizaremos el **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**.

El Comité Organizador ha trabajado arduamente para poder brindarles un evento con un alto contenido científico, actualizado y relevante, que esperamos sirva de marco para el aprendizaje, el intercambio de ideas y el desarrollo de oportunidades de colaboración para continuar nuestro trabajo de difusión del conocimiento, principal objetivo de esta coordinación de docencia e investigación hospitalaria; todo esto con el apoyo firme de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y de la Universidad Especializada de las Américas, las cuales hacen historia con nosotros.

Creemos que este espacio de diálogo, discusión y aprendizaje es especialmente importante en un momento tan crítico como lo es la crisis global generada por el COVID-19. Una crisis que no solamente ha cambiado la forma en la que vivimos y brindamos atención a nuestros pacientes, sino que, además, nos ha hecho replantearnos los esquemas y formas en las que nos educamos los profesionales de la salud.

Vivimos en una nueva era; una era digital en la que el advenimiento de nuevas tecnologías en respuesta a la situación actual ha causado un cambio en los paradigmas educativos a nivel mundial. El Hospital Santo Tomás, como institución líder en la formación de profesionales de la salud en la República de Panamá, naturalmente se ha adaptado a estos cambios, cuyas ramificaciones futuras todavía se desconocen, y a los cuales debemos adaptarnos no solo como individuos, sino como sociedad.

Este congreso va dirigido a profesionales y estudiantes tanto del ámbito médico, como de enfermería, interesados en expandir, profundizar o actualizar sus conocimientos en materia del COVID-19. Este año no pudimos incluir al resto del personal, pero esperamos poder hacerlo en un futuro. Sin embargo, esta modalidad virtual nos permite acortar distancias, ahorrar tiempo y sobre todo contar con profesionales amigos de otras latitudes, que siempre están dispuestos a apoyarnos, así como nosotros a ellos. También nos permite expandir los conocimientos a lugares más apartados de nuestro país. Veamos las ventajas para seguir adelante.

Esperamos que disfruten al máximo de este evento y que estos tres días sean memorables y de mucho aprendizaje, confraternidad y reflexión. Bienvenidos a nuestro primer seminario virtual del Hospital Santo Tomás.

Ramiro Da Silva Llibre, MD

Coordinador Institucional de Docencia e Investigación
Hospital Santo Tomás





Bienvenidos al I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19

Consagrado como órgano de docencia de primer nivel, el Hospital Santo Tomás da inicio a los XLIX Seminarios Científicos Médicos y XXXIX Seminarios de Enfermería. Este año, bajo el nuevo diseño de **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**, avalado por la Universidad de Panamá y la Universidad Especializada de las Américas, dirigido a nuestros médicos, enfermeras y personal de salud, que constituye una tradición académica en Panamá y que seguirá su curso de manera virtual durante este año 2020.

El tema **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**, como una nueva modalidad de los Seminarios Científicos, que abarcan este año temas de enorme interés científico con el apoyo de distinguidos profesores internacionales y nacionales, quienes, durante estos días de alta docencia, compartirán sus conocimientos entre los participantes de este gran cónclave virtual, a celebrarse durante los días 16, 17 y 18 de septiembre.

Gracias al avance de la tecnología actual y al desarrollo de plataformas como Zoom y Teams, entre otras, nos comunicaremos mediante imágenes y conceptos científicos que nos permitirán traspasar fronteras regionales y de la ciencia médica en los tratamientos del peligroso virus que estamos combatiendo día a día, y que buscamos contrarrestar con mayor conocimiento y eficiencia.

Pocas veces en la historia de Panamá y de la humanidad hemos afrontado en los anales de la medicina una situación que exige nuestros mayores esfuerzos para conjurar el peligro de una pandemia universal cuyos riesgos afectan tanto a pacientes como a médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo. Pero todos seguimos unidos por un muy remarcable espíritu de solidaridad. Esto es digno de ser mencionado.

El Comité Organizador de estos seminarios, liderado por el Dr. Ramiro da Silva, Coordinador Institucional de Docencia e Investigación, y su equipo, a quienes me permito felicitar efusivamente en esta ocasión, han realizado una innovación sin

precedentes fruto del contexto de la crisis de salud mundial que atravesamos. Los grandes retos, como el de la pandemia que hoy asumimos, nos exigen reinventarnos, como lo han hecho el Dr. Da Silva y su equipo. Nuestras felicitaciones y augurios de éxitos.

Este Primer Congreso Virtual marca, por diversas razones, un cambio importante en la historia de los Seminarios Científicos de nuestro querido centro hospitalario; un hito histórico que refleja la vocación humana y científica de médicos y enfermeras, técnicos y administrativos.

Como nunca, la dedicación de nuestro personal médico, de enfermería y administrativo, en la lucha por preservar la salud del pueblo panameño tiene connotaciones especiales, en tiempos de pandemia, en los que se conjugan valores científicos y éticos de gran trascendencia. Por esta razón, con gran complacencia, doy la bienvenida en nombre del Patronato del Hospital Santo Tomás, del personal de este hospital, y en el mío propio, a todos los asistentes a este **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**, y agradezco sus valiosos aportes y presencia virtual en este homenaje que hacemos hoy a la docencia médica.



¡Que Dios bendiga a Panamá!

Elías García Mayorca, MD

Director Médico, Hospital Santo Tomás



SOCIEDAD PANAMEÑA DE TRAUMA

AFILIADA A LA SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA



I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19

Médica Medios entrevistó al Dr. Ramiro Da Silva Llibre, especialista en Medicina Interna y Coordinador institucional de Docencia e Investigación del Hospital Santo Tomás, acerca de sus expectativas e impresiones de este primer congreso virtual que se realiza en el marco de la pandemia por COVID-19.

Médica Medios (M.M.): ¿cuál fue el mayor desafío para los organizadores al realizar esta primera versión virtual del congreso del Hospital Santo Tomás?

Ramiro Da Silva Llibre (R.D.S.L.): el mayor desafío para realizar este congreso fue el tiempo. Nosotros organizamos este congreso en un mes y medio, pudimos conseguir a todos los profesores y el presupuesto en un tiempo récord para un congreso de esta magnitud. Además, teníamos un gran reto adicional: tener más participantes que los congresos anteriores. En este aspecto, el concepto de virtual nos ha favorecido, porque definitivamente vamos a tener muchos más participantes que en otras versiones, sin que sea un congreso de menor prestigio, porque tenemos invitados de nivel internacional y contamos, además, con el aval de dos universidades: la Universidad de Panamá, específicamente de su Facultad de Medicina, y la Universidad Especializada de Las Américas. Pocas veces, o tal vez sea la primera vez, que dos universidades avallan este congreso.

M.M.: ¿cuáles son las principales temáticas que se van a tratar durante el I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19?

R.D.S.L.: para escoger las temáticas contactamos a los jefes de departamento y a algunos jefes de servicio para conocer cuáles eran sus inquietudes. Así fue como el Departamento de Medicina escogió el tema de complicaciones y COVID-19, sin dejar a un lado el tema de la educación médica continua virtual, que es un tema que se impone



en nuestros días y que va a ser de gran valor para poder continuar la educación médica de pregrado y posgrado, así como la de los especialistas. Otros departamentos, como el de Ginecología-Obstetricia y Cirugía, escogieron temas variados. El Departamento de Enfermería también tocó el tema de COVID-19. Quiero destacar que los expositores de este congreso son de lujo, amigos que nos están ayudando a fortalecer los conocimientos de nuestra institución en todas estas temáticas seleccionadas para brindar una mejor atención a nuestros pacientes.

M.M.: ¿cuáles son las novedades más importantes que trae este primer congreso virtual?

R.D.S.L.: gracias a su modalidad virtual vamos a invertir mucho menos dinero en hacerlo, ya que evitamos gastos de traslados, hospedajes, pasajes y comidas. Tenemos la desventaja de no vernos físicamente, pero también hay muchas ventajas. Estamos pensando en un futuro que los congresos sean semipresenciales, con algo de presencia física, que también es muy importante, pero aprovechando una de las ventajas de la virtualidad, que es la de poder llegar a muchas más personas que pueden beneficiarse de las exposiciones de nuestros profesores.

M.M.: ¿cómo se va a vincular el personal del Hospital Santo Tomás a este congreso virtual?

R.D.S.L: los médicos funcionarios, internos y residentes de nuestro hospital han acogido este congreso virtual con mucho entusiasmo, por eso la administración les ha dado estos días libres para que puedan disfrutar desde la comodidad de su casa de todas las conferencias de nuestros expositores. Además, contamos con un concurso de pósteres, en el que hemos tenido una participación activa con más de 40 muestras. Este es uno de los seminarios en el que hemos contado con mayor cantidad de participantes y en el que premiaremos a tres de ellos. Esto nos indica la motivación de residentes, internos y funcionarios en este congreso, que es muy importante porque está hecho para ellos, y nos sentimos honrados con el apoyo y la acogida que ha tenido este congreso virtual realizado en tiempo récord.

M.M.: ¿cuál es su invitación a los participantes de este primer congreso virtual del Hospital Santo Tomás?

R.D.S.L: quiero invitar a todo el cuerpo médico, no solamente del Hospital Santo Tomás, sino de toda la República de Panamá para que participe de este XLIX Seminario Científico Médico del Hospital Santo Tomás y XXXIX Seminario de Enfermería, que seguro será un éxito con la participación de países como Estados Unidos, México, República Dominicana, Costa Rica, Colombia y Paraguay. También contamos con expositores muy importantes en el ámbito nacional, profesores muy dedicados y que van a ilustrarnos con sus conocimientos para poder salir adelante en estos tiempos de pandemia. Quiero invitarlos a que participen y que puedan aprovechar al máximo este evento, que, como ya mencioné, cuenta con el aval de dos universidades con grandes acreditaciones académicas.

6

Educación médica a distancia en tiempos de pandemia COVID-19

Si hay un campo que ha avanzado en este tiempo de pandemia ha sido el de la virtualización de la educación. Las cuarentenas que se han mantenido a lo largo y ancho del planeta han planteado un interesante reto para las instituciones educativas, los profesores y los alumnos. Por ello, en este **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**, se invitó a hablar de este importante tema al Dr. Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra, médico internista, especialista en atención integral del paciente adulto de la Universidad de Guadalajara, expresidente de la Asociación Jalisciense de Médicos Internistas, quien está certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna (CMMI) y lleva 10 años publicando y dando conferencias y talleres sobre TIC en la Clínica.



Médica Medios (M.M.): ¿cómo ha sido la evolución de la educación médica a distancia antes y después de la pandemia del COVID-19?

Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra (R.J.PV.): la educación a distancia previa a la pandemia era una opción personal de acuerdo con las necesidades de cada estudiante y del personal médico en general para solucionar necesidades de información, sobre todo en lo referente al desarrollo profesional continuo. La situación de pandemia con el cierre de las escuelas de medicina por el temor de que el aprendiz pudiera infectarse (durante la licenciatura o en la formación de posgrado), pudiera ser transmisor asintomático y, por la falta de equipos de protección personal, nos obligó a improvisar medidas para mantener la continuación de la educación médica con el uso de las herramientas de la Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

M.M.: teniendo en cuenta la brecha digital que existe en nuestros países de América Latina. ¿Estábamos preparados para este cambio abrupto de modalidad educativa?

R.J.PV.: no podemos generalizar, pero es evidente que las diferentes generaciones involucradas en los procesos de enseñanza-aprendizaje han cambiado. Las generaciones de los aprendices del siglo XXI nacieron con el dominio de las TIC como herramienta de su vida diaria, sobre todo en lo referente a la comunicación, la socialización y la diversión, pero no estaban preparados de manera adecuada para integrarlas a los procesos del aprendizaje. Además, brechas como los costos, la calidad en la velocidad de internet (5G) y la facilidad para los idiomas, entre otras, podrían agrandar la brecha digital. En las generaciones del siglo XX, el manejo adecuado de las TIC como herramientas y el integrar el proceso enseñanza-aprendizaje a través de la tecnología y a distancia ha sido una situación difícil en aspectos relacionados con la pedagogía, la asignatura y la tecnología.

M.M.: ¿en qué consiste el Aprendizaje en Base a Problemas en la nueva educación médica a distancia?

R.J.PV.: el Aprendizaje en Base a Problemas (ABP), tuvo sus inicios en la Universidad McMaster, alrededor del año de 1969. Durante los últimos años se agregaron las TIC como una forma de facilitar y apoyar la enseñanza integral en la formación del médico. A través de casos clínicos se guía al aprendiz en el transitar del proceso de atención del paciente, sobre todo en integrar las competencias de: relación; comunicación; conocimiento; razonamiento; incertidumbre; toma de decisiones compartidas; evitar o disminuir el error médico o si este se presenta, detectarlo con oportunidad, corregirlo y aprender del mismo, con el propósito de buscar la satisfacción y la resolución del problema del paciente, el familiar y el médico.

M.M.: ¿cuáles son los principales retos para los alumnos en este cambio del modelo presencial al virtual?

R.J.PV.: yo diría que son fundamentalmente cuatro: primero, contar con la tecnología y los medios adecuados (dispositivo, conexión a internet, recursos económicos para costearlos); segundo, tener responsabilidad y compromiso con su formación; tercero, tener la capacidad de desarrollar un aprendizaje autónomo y; cuarto, integrar la formación de su desarrollo profesional continuo (de por vida).

M.M.: ¿cuál es el nuevo papel del docente frente al cambio de modalidad educativa?

R.J.PV.: según mi concepto, el docente debe enfocarse principalmente en:

- Disminuir la brecha digital, sobre todo en el uso adecuado de las TIC.
- Hoy, más que nunca, debe entender que su rol en el proceso de enseñanza-aprendizaje es el de ser guía o tutor.
- Apoyarse con simuladores, gamificación, educación virtual, entre otros recursos pedagógicos.
- Enseñar a través de tecnologías digitales, enfoques, conceptos, métodos y tecnologías educativas.
- Pedagogías y métodos de instrucción específicos, en contextos de provisión y posibilidades técnicas de *hardware* y *software*.

M.M.: ¿cómo educar a los nuevos profesionales de la salud en el contexto actual de la dicotomía sociedad de la información versus sociedad del conocimiento?

R.J.P.V.: es papel fundamental dentro de las funciones de asesoría del tutor, facilitar la conversión de la información basada en evidencia en conocimiento, con el apoyo de las herramientas de TIC que repercuta positivamente en el proceso enseñanza-aprendizaje y en la mejor toma de decisiones en la atención del paciente, con atención personalizada y con el óptimo uso de los recursos en salud que son finitos.

M.M.: ¿cuáles son las perspectivas a futuro en la educación médica a distancia pospandemia COVID-19?

R.J.P.V.: la vida pospandemia no será igual, lo mismo que los procesos de enseñanza-aprendizaje, ni los procesos de atención del paciente. Las TIC se integraron y llegaron para quedarse, herramientas que facilitarán el aprendizaje y sobre todo la telemedicina en sus diferentes variables (educación médica, educación en salud para la población, teleconsulta, entre otros). La educación continuará de una forma híbrida (presencial y a distancia), cuando la pandemia así lo permita.

Plasma convaleciente y COVID-19: experiencia en Panamá

La terapia con plasma convaleciente es uno de los tratamientos de los que más se ha hablado en los últimos meses para el tratamiento de los pacientes con COVID-19 y tenía que ser parte de las temáticas del **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**. Por ello, **Médica Medios** entrevistó a la doctora Lineth López, egresada de Medicina de la Universidad de Panamá; especialista en Medicina Interna de la Caja de Seguro Social; Hematóloga de la Caja de Seguro Social; y quien estudió Trasplante de Médula Ósea en el Hospital La Fe, en Valencia, España. La Dra. López se desempeña actualmente como funcionaria ejerciendo su práctica institucional en la Caja de Seguro Social y desarrolla su práctica privada en el Centro Hematológico de Panamá.

Médica Medios (M.M.): ¿en qué consiste la terapia de plasma convaleciente?

Lineth López (L.L.): básicamente, en utilizar el plasma de pacientes voluntarios que ya han padecido el COVID-19 y han generado alguna respuesta inmune. Luego de dos o tres semanas después de terminados los síntomas de la enfermedad, estos donantes se conectan a unas máquinas en banco de sangre



en donde se separa el plasma que es recolectado y el resto de su sangre retorna a ellos. Estas bolsas posteriormente se van trasfundir a pacientes con enfermedad moderada o severa temprana para ayudarlos, en lo que creemos que se puede ayudar, a que resuelvan más rápido la infección y para que disminuyan sus complicaciones.

M.M.: ¿cuáles han sido las experiencias previas de uso de plasma convaleciente?

L.L.: anecdóticamente, cuando comenzó la pandemia salieron unas series de casos en China, estudios pequeños (con cinco o diez participantes) en los que notaban que había una mejoría de los parámetros respiratorios y disminución en los parámetros inflamatorios con el uso del plasma. A partir de ello, la comunidad científica pensó que esta podría ser una alternativa ya que se tenía el precedente de pandemias como la del SARS 1, del ébola y del H1N1 en donde se usó este mismo principio de plasma convaleciente y se notó que los pacientes respondían mejor y tenían una menor tasa de mortalidad. En estos pacientes, se valoró que tenían altos títulos de anticuerpos neutralizantes, era como la “materia prima” que utilizaban, y se la trasfundían a los pacientes SARS. Posteriormente en Panamá, comenzaron los estudios de plasma convaleciente regidos por normas internacionales gracias a la Clínica Mayo que nos cedió dos de sus estudios clínicos en pacientes moderados y severos.

M.M.: ¿cuáles son las medidas especiales de bioseguridad para desarrollar esta terapia de plasma convaleciente?

L.L.: lo importante es saber que el COVID-19 no se trasmite por sangre. Al donante no solamente se le hacen pruebas de títulos de anticuerpos IgG para estar seguros de que vamos a obtener plasma con anticuerpos, sino que, además, se le hacen pruebas virales como HIV, hepatitis y HTLV-1 y se les hace un estricto cuestionario de exposición de riesgos en cuanto a viajes recientes y a su vida sexual, las mismas normas de cualquier donante de sangre.

M.M.: ¿cuáles han sido las dificultades para implementar este tratamiento?

L.L.: la dificultad más importante es la obtención de donantes. En cuanto a nuestro estudio, al inicio fue un gran problema porque literalmente contábamos únicamente con las donaciones altruistas. Nosotros hicimos propaganda, regida por el comité de ética, en la que teníamos que estar 100% seguros de que no se coaccionara a los pacientes, pero no fue muy efectiva. Luego el

gobierno a través del MINSA (Ministerio de Salud de Panamá) levantó la medida para uso extendido, paralelamente al estudio- que son dos cosas diferentes-, y gracias a ello se dio una mayor promoción de la donación.

M.M.: ¿en qué han consistido los protocolos de investigación que han desarrollado en Panamá con el apoyo de la Clínica Mayo?

L.L.: han sido dos protocolos: el primero, de enfermedad leve moderada en pacientes hospitalizados en sala, en los cuales uno podía ver el inicio del empeoramiento de los síntomas o de los parámetros inflamatorios mucho antes de requerir una unidad de cuidados respiratorios o intensivos, a ellos se les ponía plasma y eventualmente los monitorizábamos por varios días con medidas de laboratorio y clínicas. El segundo, se trata de pacientes intubados severos tempranos, es decir, pacientes que recién ingresaban a cuidados intensivos, a quienes les proporcionábamos plasma, inclusive cada 48 horas, según su evolución, y valorábamos parámetros respiratorios asociados al ventilador, tomábamos radiografía de tórax y medíamos parámetros inflamatorios para obtener la experiencia de cómo iban cursando estos pacientes.

M.M.: ¿cuáles han sido los resultados obtenidos en Panamá hasta ahora con el uso de plasma convaleciente en los pacientes con COVID-19?

L.L.: en cuanto a los resultados que obtuvimos en el primer estudio con un n pequeña, para valorar sobre todo la seguridad, notamos que el porcentaje de reacciones adversas era menor del 1%, como se reporta en la literatura mundial. Nosotros no podemos hablar de información de eficacia ya que el diseño de nuestros estudios no es para comprobar eficacia, sino para ver los resultados locales de esta terapia.

Mundialmente solo hay dos estudios randomizados que ya han arrojado resultados. El primero fue suspendido antes de tiempo porque se hizo en China y la pandemia acababa, por lo que no pudieron vincular la cantidad suficiente de pacientes y los resultados fueron inconclusos. El segundo estudio fue en Países Bajos y lo suspendieron porque notaron que los anticuerpos de los pacientes que se medían en las bolsas de los

donantes y al momento del inicio de la transfusión en los pacientes intensivos era el mismo, por lo que no vieron razón para seguir poniéndolos. Ellos usaban una sola dosis. Eso es lo bueno de los estudios científicos, poder estar seguros de que se equiparan poblaciones y dosis. Por ejemplo, en Panamá no tenemos los mismos rasgos demográficos que en Países Bajos y el diseño del

estudio que seguimos de la Clínica Mayo utilizaba otras dosis de plasma. La evidencia aún no es robusta para garantizar o descartar la idea del plasma, hay que esperar el resto de estudios en curso que tienen una mayor cantidad de participantes, pero *grosso modo* parece ser que la medida es más efectiva en etapas más tempranas y no severas de la enfermedad.

El estado actual y futuro de la flebología en el mundo

Durante el **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**, el Comité Organizador invitó al Dr. Víctor Canata de Paraguay. Canata, cirujano general y vascular; expresidente de la Sociedad Paraguaya de Flebología y Linfología; vicepresidente de la Unión Internacional de Flebología (UIP); editor del boletín informativo de la UIP; y profesor titular de las cátedras de Anatomía y de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción por más de 25 años, habló en exclusiva con **Médica Medios** acerca de la situación actual y las perspectivas futuras de la flebología en el mundo.

Médica Medios (M.M.): ¿cuál es el impacto de la patología venosa en América Latina y en el mundo?

Víctor Canata (V.C.): teniendo en cuenta la situación general de Centro y Suramérica en la que la mayoría de los lugares son de temperatura cálida, la patología venosa es muy frecuente: cerca del 40% al 60% de personas de esta región la padecen. Los estudios randomizados en países como Estados Unidos e Inglaterra demuestran que la prevalencia de la enfermedad venosa llega a un 40%.

La patología varicosa afecta más a la población femenina, a nivel mundial su relación es entre 4:1 y 5:1 entre varones y mujeres. Las mujeres se ven más afectadas por el embarazo, las hormonas femeninas y el sobrepeso, entre otros factores.



M.M.: ¿en qué ha consistido el avance de la flebología en los últimos diez años?

V.C.: este avance se nota sobre todo en el trabajo cada vez más intenso en el que incorporamos la enseñanza de la flebología y las diferentes técnicas para tratar de manera ambulatoria y sin internar, a todos estos pacientes portadores de la patología venosa. Nuestras mamás y abuelas, nuestros tíos y familiares más cercanos han tenido heridas, úlceras que no cierran por mucho tiempo y várices sin recibir en muchas ocasiones un tratamiento adecuado. Actualmente, con los tratamientos mínimamente invasivos podemos tratarlos y devolverlos inmediatamente a su domicilio sin necesidad de que tengan que internarse.

El avance de la flebología ha dado un gran paso adelante con la aparición de carreras y especialistas, y con la presencia en las diferentes facultades de las residencias de flebología. En la actualidad, la Unión Internacional de Flebología trabaja para unir a todas las sociedades de cada país para realizar las Guías de Práctica para entrenar, enseñar y guiar a los médicos, residentes y especialistas con un alto nivel y calidad científica para así obtener resultados excelentes en todos los países del mundo.

M.M.: ¿cuál ha sido el papel del Eco Doppler, el vein finder y el láser ecoguiado en este avance?

V.C.: su aporte ha transformado la flebología actual y nos ha ayudado en el diagnóstico, el tratamiento y para mejorar los resultados en los pacientes. El Eco Doppler nos ha permitido realizar estudios mínimamente invasivos y a bajo costo a nuestros pacientes para detectar la enfermedad y saber en dónde está el problema. Hoy en día esta tecnología se ha generalizado y existen equipos de ecodopleristas que realizan un diagnóstico precoz de la enfermedad.

El *vein finder* ha cambiado la forma en que ubicamos las venas superficiales, hasta 1 cm por debajo de la piel. Gracias a él podemos mostrarle al paciente dónde está la vena que está afectada y mostrar un antes y después del tratamiento, para que el paciente vea que el tratamiento es eficaz y la vena ha sido eliminada.

El tratamiento láser nos ha permitido demostrar que, bajo anestesia local, sin internar al paciente y exclusivamente mediante una punción, podemos eliminar gruesos trayectos venosos que tiempo atrás solo podíamos eliminar con una cirugía que requería de uno o dos meses de reposo en los que el paciente tenía que tener la pierna levantada.

M.M.: ¿cuál ha sido la relación que se ha establecido entre COVID-19 y trombosis?

V.C.: básicamente es la presencia de cierto tipo de lesión trombotica y un aumento de la capacidad trombogénica en todas las arterias y venas del cuerpo. Esto se ha medido a través de diferentes marcadores como el dímero D, la ubicación de diferentes tipos de trombos a nivel de los miembros inferiores y en otros lugares del cuerpo detecta-

dos mediante Eco Doppler, resonancia magnética o angiografía. Este grave problema de trombosis nos ha indicado que estos pacientes deben ser tratados desde un inicio con anticoagulantes, manejados y controlados en forma diferente debido a la gravedad que produce el COVID-19, la ubicación de este desarrollo de los factores de coagulación en las diferentes áreas del organismo que hacen que se sume a la afección principal, ya que el virus ataca a diversas áreas del cuerpo generando trombosis en diferentes partes y complicando la situación de los pacientes.

M.M.: ¿qué procedimientos no quirúrgicos se están llevando a cabo para tratar las patologías venosas?

V.C.: actualmente con los tratamientos mínimamente invasivos hemos comenzado a trabajar con el láser ecoguiado, la ablación endovenosa de las diferentes áreas afectadas y várices que tiene el paciente a través de la punción de una aguja, un catéter o un transductor láser en que se ubica esta fibra óptica dentro del lugar afectado y mediante un pequeño disparo de esa luz y esa fototermobliteración, eliminamos ese segmento venoso. El otro procedimiento, que se puede hacer en pacientes obesos, con riesgos adicionales y sin necesidad de internar a los pacientes, es el uso del FOAM o las espumas a través de los esclerosantes, que son diferentes elementos químicos que por medio de la agitación de dos jeringas y una pequeña llave de tres pasos en su interior, nos permiten preparar una espuma que se ubica como un pegamento dentro de las áreas afectadas para cerrar los vasos y eliminar todas esas venas afectadas sin inconvenientes.

M.M.: ¿cuáles son las perspectivas a futuro del desarrollo de la flebología?

V.C.: el propósito de la Unión Internacional de Flebología es unir a todos los especialistas del mundo y mejorar la calidad de la salud que le brindamos a nuestros pacientes, por ello estamos trabajando en las Guías de Práctica para poder brindar el mismo tratamiento que se hace en Estados Unidos en Paraguay o en Gran Bretaña y de esta manera, llegar a brindar una atención de primer nivel, que es la que se merece todo el mundo.

Diabetes y COVID-19: implicaciones y aspectos prácticos en su manejo

Una de las comorbilidades que más preocupan al personal de salud que atiende a los pacientes con COVID-19 es la diabetes. Por ello el comité organizador del **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19** invitó a hablar de este tema al Dr. Chih Hao Chen Ku, médico cirujano especialista en Endocrinología, que trabajó en el Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense de Seguro Social y que se ha desempeñado como profesor del Departamento de Farmacología y Toxicología Clínica de la Universidad de Costa Rica y del sistema de Estudios de Posgrado de la misma Universidad. El Dr. Chen Ku actualmente realiza su práctica privada en la Clínica Los Yoses en Costa Rica. **Médica Medios** lo entrevistó acerca de las implicaciones de esta comorbilidad y el COVID-19.



12

Médica Medios (M.M.): ¿tienen mayor susceptibilidad para contraer COVID-19 las personas con diabetes mellitus?

Chih Hao Chen Ku (C.H.C.K.): no, el riesgo de contraer el SARS-CoV2 en personas con diabetes es igual al resto de la población, lo que cambia es la posibilidad de desarrollar complicaciones.

M.M.: ¿aumentan los riesgos de complicaciones y de mortalidad por COVID-19 en los pacientes con diabetes mellitus? ¿Por qué?

C.H.C.K.: sí, el riesgo de complicaciones y mortalidad aumenta, especialmente en las personas que tienen diabetes y que no tienen un buen control o que ya tienen alguna complicación por la diabetes, como enfermedades del corazón, riñón y ojos, entre otros. Se ha visto que, en las personas con diabetes descontrolada, por andar con el azúcar alto, la respuesta inflamatoria del cuerpo con el SARS-CoV2 es aún mayor y lo que se conoce como la tormenta de citoquinas aumenta aún más. Además, las personas con diabetes tie-

nen mayor predisposición para la trombosis y ese es uno de los mecanismos por los cuales el virus puede producir lesión y causar la muerte.

M.M.: ¿cuáles acciones se pueden adelantar para prevenir el contagio en los pacientes con diabetes mellitus

C.H.C.K.: en estos momentos, más que nunca, es fundamental mejorar el control de la diabetes, cuidarse más con la alimentación, hacer ejercicio y tratar de perder peso. Entre mejor controlado esté el peso, la posibilidad de complicaciones, si se adquiere el virus es menor. Por otro lado, hay que tomar las medidas de distanciamiento físico y de protección recomendadas por las autoridades de salud para evitar el contagio como cualquier otra persona.

M.M.: ¿cuál es el tratamiento antidiabético adecuado antes y durante la enfermedad aguda?

C.H.C.K.: antes de la enfermedad, seguir al pie de la letra el tratamiento indicado por el médico para tratar de mejorar el control. Durante la en-

fermedad, sí se debe vigilar la glicemia más de cerca. En muchas ocasiones, las glicemias suben y eso hace que tenga que modificarse el tratamiento. Por otro lado, en algunas ocasiones, durante la enfermedad, la persona come menos y esto puede hacer que las glicemias bajen, y sobre todo con la insulina hay que reducir las dosis. Hay dos grupos de medicamentos que durante la enfermedad aguda se recomienda suspender por el riesgo de complicaciones, que son la metformina, y los medicamentos que favorecen la eliminación de azúcar por la orina (dapagliflozina, empagliflozina y canagliflozina) ya que con estos dos grupos de medicamentos aumenta el riesgo de algunas complicaciones. Esto es únicamente durante la enfermedad aguda. Si la persona anda bien controlada y no está enferma, no debe suspender estos fármacos.

M.M.: ¿cómo ha sido el comportamiento diabetes-COVID 19 en América Latina y en otras regiones?

C.H.C.K.: el comportamiento del COVID-19 en América Latina ha sido similar a lo observado en el resto del mundo. El riesgo de mortalidad en la mayoría de los países es entre 1% y 3% y no es diferente en nuestra región. Lo que se ve es que el riesgo de muerte es mayor en personas adultos mayores y que tienen enfermedades asocia-

das. Tal vez la diferencia que tiene nuestra región es la disponibilidad de recursos en el sistema de salud para hacerle frente a la pandemia, con un número limitado de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, menos personal de salud y menos recursos en general.

M.M.: ¿se debe cambiar el tratamiento de diabetes en los pacientes recuperados con COVID 19?

C.H.C.K.: una vez recuperado del COVID-19, hay que hacer una valoración del paciente. Las hospitalizaciones por esta enfermedad pueden ser prolongadas y hacen que el paciente pierda peso, lo que produce la reducción de la dosis de los medicamentos. Por otro lado, para el COVID-19 se usan dosis altas de esteroides y esto puede subir el azúcar por tiempos prolongados, por lo que habría que subir las dosis de los medicamentos para la diabetes o incluso iniciar insulina (en el paciente que no la venía usando previamente). También se ha visto que el SARS-CoV2 puede lesionar el páncreas por lo que después estos pacientes tienen las glicemias más altas y necesitan ajustes del tratamiento. El comportamiento de cada individuo es muy diferente, por lo que es necesario hacer una revaloración para hacer el ajuste del tratamiento según cada situación en particular.



COOPERATIVA PROFESIONALES, R.L.
Éxito, Cooperación y Confianza

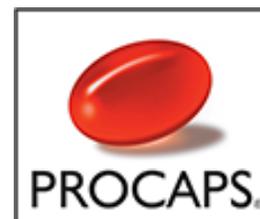


ALTA TECNOLOGIA MEDICA, S.A.
“Superando fronteras por la salud”



Panamerican
NETWORK

Tu Guía en Seguros®



Manejo obstétrico crítico de la gestante COVID-19 positivo



La Dra. Adriana Martinz es médica de la Universidad de Panamá, hizo su residencia de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Santo Tomás y la subespecialidad en Obstetricia Crítica en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social, en donde trabajó como intensivista obstétrica durante tres años. Actualmente desempeña su labor en la Maternidad del Hospital Santo Tomás como Obstetra Crítica. **Médica Medios** la entrevistó acerca del manejo obstétrico de las gestantes con COVID-19.

Médica Medios (M.M.): ¿la mujer gestante es más propensa a contraer COVID-19? ¿por qué?

Adriana Martinz (A.M.): la mujer gestante no es más susceptible a contraer infección por SARS-Cov-2, pero por los cambios fisiológicos propios del embarazo, sobre todo los respiratorios y hematológicos, es más propensa a desarrollar cuadros severos y más complicaciones asociadas a la enfermedad.

M.M.: ¿en qué consiste el cuadro clínico de las pacientes embarazadas con COVID-19?

A.M.: el 80% es asintomática. En caso de desarrollar sintomatología, el cuadro clínico se caracteriza principalmente por fiebre, tos y disnea. También, a menor escala, desarrollan síntomas inespecíficos como cefalea, mialgias y síntomas gastrointestinales.

M.M.: cuáles son las complicaciones más graves del COVID-19 en las pacientes gestantes?

A.M.: las complicaciones más graves en pacientes con COVID 19 las podemos dividir en obstétricas y no obstétricas.

Dentro de las complicaciones obstétricas predominan el parto prematuro, la ruptura prematura de membrana y el desarrollo de trastorno hipertensivo del embarazo.

Entre las complicaciones no obstétricas, las más graves son la insuficiencia respiratoria con requerimiento de soporte ventilatorio y el tromboembolismo pulmonar; este último está muy relacionado con el factor quirúrgico (cesárea), el cual es incluso considerado uno de los factores que incrementa la mortalidad en las pacientes con COVID 19.

M.M.: ¿cómo definir cuáles pacientes embarazadas con COVID-19 son hospitalizadas y cuáles son tratadas ambulatoriamente?

A.M.: los criterios de ingreso al hospital, relacionados con COVID 19, dependen de los antecedentes personales patológicos de la paciente y del cuadro clínico.

Si la paciente tiene alguna condición que la inmunosuprima, debe ser hospitalizada para ser vigilada. Por ejemplo, pacientes HIV + con conteo de CD4 menor de 350, pacientes con enfermedad neoplásica o que usen corticoides.

Los criterios clínicos que obligan a hospitalización son fiebre persistente, datos de distrés respiratorio y radiografía de tórax con infiltrado neumónico.

Las pacientes con cuadros leves pueden ser manejadas ambulatoriamente con vigilancia telefónica cada 48 horas. De reconocerse progreso de la enfermedad y deterioro, debe citarse nuevamente para reevaluación.

M.M.: ¿cuáles son los principales retos en el tratamiento de las pacientes embarazadas con COVID-19?

A.M.: el principal reto es el mantenimiento del binomio madre-hijo, cumpliendo las metas oximétricas y metabólicas adecuadas para el estado gestante, evitando que se desencadenen mecanismos compensatorios maternos y fetales que

puedan terminar en deterioro de la paciente o en la pérdida del embarazo.

Las metas difieren de las utilizadas para población no gestante, ya que son más estrictas y exigentes, sobre todo desde el punto de vista ventilatorio. La paciente embarazada es menos tolerante a la hipoxemia y a la hipercapnia, lo que la predispone a ser más susceptible a la acidosis.

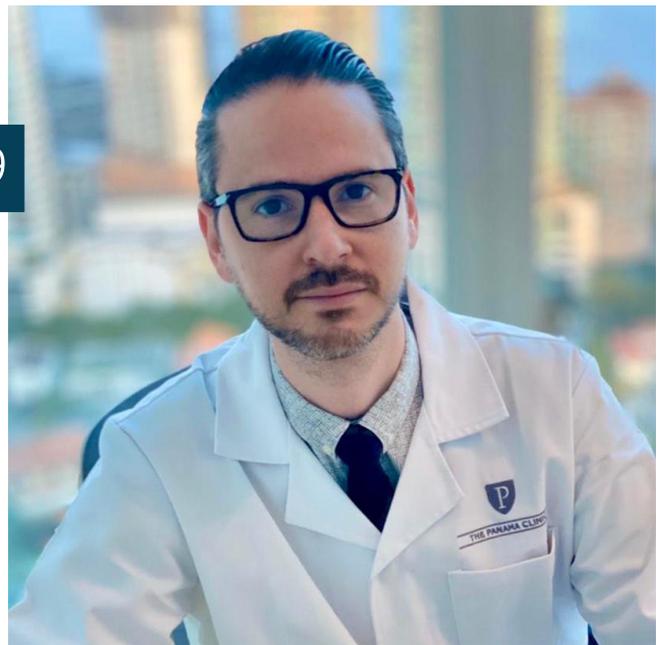
A la hora de requerir soporte ventilatorio invasivo, es considerada vía aérea difícil y es menos tolerante a la apnea, por lo que se convierte en una desaturadora rápida, fenómeno que *per sé* conocemos ya como típico del COVID-19 y que se ve potenciado con el embarazo.

Manifestaciones neurológicas del COVID-19

El Dr. Ricardo Williams es médico internista, neurólogo y neurofisiólogo egresado de la Universidad de Panamá y formado en el Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social en Panamá y en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición en México. Tiene una Maestría en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de México y se desempeña actualmente como neurólogo en el Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social en Panamá y como profesor de Neurología en la Universidad Interamericana de Panamá. **Médica Medios** lo entrevistó acerca de las manifestaciones neurológicas del COVID 19 en la presente edición del periódico digital del **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**.

Médica Medios (M.M.): ¿cuáles manifestaciones neurológicas son comunes entre el COVID-19 y otros coronavirus?

Ricardo Williams (R.W.): hasta el momento hemos encontrado que las manifestaciones comunes



entre el COVID-19 y otros coronavirus son: cefalea, anosmia, miopatía, neuropatía, eventos cerebrovasculares isquémicos y encefalopatía.

M.M.: ¿cuáles son las principales manifestaciones neurológicas del COVID-19?

R.W.: las principales manifestaciones neurológicas de COVID-19 que se han reportado son: cefalea, mareos, anosmia, ageusia y encefalopatía.

M.M.: ¿cómo ingresa el coronavirus al sistema nervioso central?

R.W.: básicamente se ha hablado de dos vías de ingreso del SARS-COV2 al sistema nervioso central: la primera, vía transcribal por nervio olfatorio que emplea un mecanismo de propagación neurógena retrógrada y, la segunda, vía hematógena que usa un mecanismo directo transendotelial o mediado por leucocitos.

M.M.: ¿cuáles son las manifestaciones más graves del COVID 19 en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico?

R.W.: según los estudios adelantados las manifestaciones más graves del SARS-COV-2 en el sistema nervioso central son: eventos cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos, encefalitis, y encefalopatía necrotizante hemorrágica aguda. En cuanto al sistema nervioso periférico el síndrome de Guillain Barré o variantes del mismo.

M.M.: ¿cuáles son los tratamientos actuales frente a las afectaciones neurológicas por COVID-19?

R.W.: los principales tratamientos que se están llevando a cabo frente a las afectaciones neurológicas por COVID-19 son tratamientos sintomáticos, esteroides intravenosos, inmunoglobulinas y tocilizumab.

M.M.: ¿se están adelantando registros en Panamá y a nivel internacional acerca de estas afectaciones neurológicas?

R.W.: actualmente se están desarrollando registros internacionales de las manifestaciones neurológicas de COVID-19 y en Panamá se realizará un registro nacional mediante estudios de investigación y a través de la Asociación Panameña de Neurología.

Manifestaciones neurológicas de Covid-19

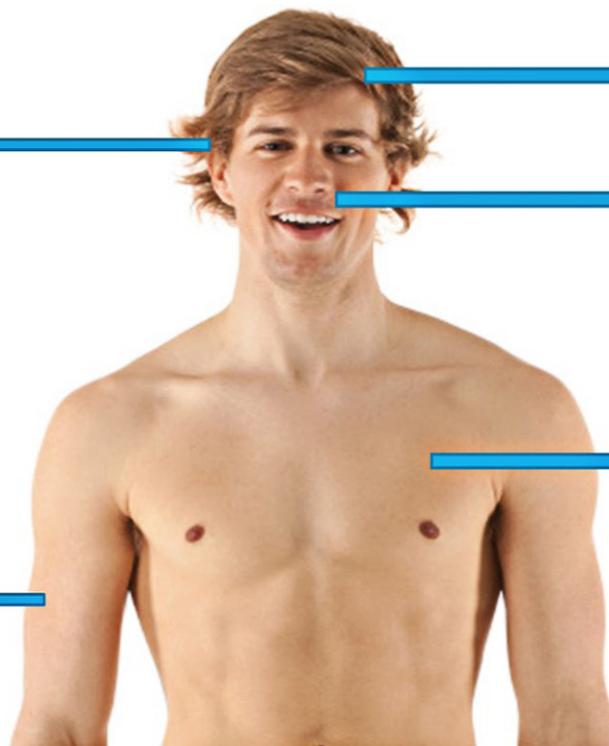
- Cefalea
- Mareo
- Encefalopatía
- Eventos cerebrovasculares
- Desmielinización
- Convulsiones
- Vasculitis del SNC

- Neuritis óptica
- Alteraciones visuales
- Paresia del VI nervio craneal

- Anosmia
- Ageusia

- Síndrome de Guillain Barré
- Lesión del músculo esquelético

- Mioclonus generalizado



La cirugía robótica llegó para quedarse

El doctor Carlos A. Barba es egresado de la Facultad de Medicina de Panamá Sigma Lambda, y de Cirugía General de la McGill University. Además, es *fellowship* de *Trauma Critical Care* de la Universidad de Pennsylvania, y Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad de Texas y de la Universidad de Panamá. Actualmente se desempeña como Jefe de Cirugía y Jefe de Cirugía Bariátrica del Hospital Valley Baptist de Brownsville, Texas. **Médica Medios** lo entrevistó en exclusiva para el periódico digital del **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19**.



Médica Medios (M.M.): ¿en qué consiste la cirugía robótica?

Carlos A. Barba (C.A.B.): la cirugía robótica, también conocida como cirugía asistida por robot, es la que permite el uso de instrumentos con los que se trata de reducir el movimiento en la cirugía mínimamente invasiva y, además, darle cierto tipo de rangos a los movimientos de los instrumentos para que sean muy similares a cuando se hace una cirugía abierta convencional. Adicionalmente, presenta otras posibilidades como el uso de la telecirugía con la que se puede hacer una cirugía a control remoto.

M.M.: ¿cuál es la razón fundamental para decidirse por una cirugía robótica frente a los métodos tradicionales?

C.A.B.: la cirugía robótica procura hacer mucho más sencilla la cirugía mínimamente invasiva, nos da una visualización en tres dimensiones, en vez de la bidimensional que se obtiene con la laparoscopia convencional. Ahora mismo la cirugía robótica está en evolución, pero es un tipo de cirugía que ya está aquí para quedarse. Además, su futuro es aún más prometedor, ya que se podrán comparar mucho más efectivamente este tipo de cirugías con la convencional y con la laparoscópica convencional. Actualmente hay unos pocos

procedimientos en los que es notoria su superioridad, pero es por el hecho de que todavía está en su “infancia”, al menos en cuanto a lo que se refiere a la cirugía general. Estamos obteniendo cada vez más resultados que nos muestran que este tipo de cirugía es tan efectivo como la cirugía laparoscópica convencional.

M.M.: ¿cuáles son los procedimientos más comunes que se realizan actualmente con cirugía robótica y sus principales beneficios?

C.A.B.: la cirugía robótica se usa hoy primordialmente en dos especialidades: en urología, en donde la cirugía prostática es el *standard of care*, el parámetro con el que se compara todas las cirugías, y en el área de ginecología, en la que se está usando mucho más. En la cirugía general creo que las ventajas se ven sobre todo en las cirugías de hernias tanto inguinales como ventrales, en la cirugía del tracto digestivo superior, cirugías de reflujo, de esófago, y cada vez se está utilizando más en las cirugías de colon. En estas cirugías se ha visto una leve superioridad frente a las técnicas convencionales.

Se puede utilizar en muchas otras como en la cirugía de vesícula y en las cirugías de resección abdominal, pero en todas estas cirugías no ha habido una evidencia clínica contundente de que son mejores. Por el contrario, en las hernias hay cierta tendencia a ver que son tan o más efectivas que las cirugías convencionales.

M.M.: ¿cuáles son las ventajas y desventajas de la tecnología actual de la cuarta generación de Da Vinci?

C.A.B.: las ventajas son muchísimas: es mucho más fácil la instalación del robot con los brazos y con los instrumentos, hay una cantidad mayor de instrumentos que se pueden utilizar, se puede tener acceso a los cuatro cuadrantes del abdomen sin tener que mover el robot. Definitivamente la única desventaja es que su costo es mayor, pero no hay otra, este robot está haciendo mucho más fácil el uso de esta tecnología no solo para los cirujanos, sino también para todo el personal técnico en el salón de operaciones

M.M.: ¿cuáles son las principales dificultades para la masificación de la cirugía robótica y qué se está haciendo frente a esta situación?

C.A.B.: el principal problema, como lo dije anteriormente, es el costo del robot, porque solamente hay una compañía a nivel mundial que está produciéndolos y tienen el control y el monopolio de muchas cosas, el precio de un robot es de alrededor de dos millones y medio de dólares. Afortunadamente, hoy en día hay muchas otras

compañías que están produciendo, evaluando y desarrollando la competencia del Da Vinci y esto definitivamente va a bajar los costos y ayudar a la masificación y a que haya mucho más acceso a este tipo de tecnología.

M.M.: ¿cuál es el estado actual del desarrollo de la cirugía robótica en Panamá y en América Latina?

C.A.B.: ahora mismo en Panamá está en su “infancia”, solamente hay un hospital que la tiene. En cuanto a América Latina países como México, Argentina y Brasil han desarrollado más estudios sobre la cirugía robótica. Mi conocimiento actual sobre la situación en América Latina es limitado, pero sé que muchos países están cada vez más interesados en esta tecnología.

M.M.: ¿cuáles son las perspectivas a futuro de la cirugía robótica?

C.A.B.: creo que las perspectivas son muy buenas y definitivamente dependerán del interés de los diferentes gobiernos y de las entidades de salud. Creo que a corto plazo estamos haciendo la diseminación de la cirugía robótica que es muy importante, procurando que se establezcan más estudios donde se demuestre la efectividad y hasta la superioridad de esta misma y luego está el hecho de cómo lograr que sea más asequible a los diferentes gobiernos. En Estados Unidos, por ejemplo, hay mucha información con respecto al ahorro de dinero cuando se hace cirugía robótica ya que los instrumentos son reusables. Esa es mi opinión.



Enfermería desde la esencia administrativa en COVID-19

El Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19 se ha caracterizado por una agenda que incluye temas muy diversos. En esta entrevista, realizada por **Médica Medios**, vamos a hablar de una experiencia administrativa y gerencial vivida durante esta pandemia. Para tratar este tema el Comité Organizador invitó a Julio Gutiérrez, doctor en Alta Dirección, Maestro en Administración de Sistemas de Salud, Licenciado en Enfermería y Obstetricia, y en Administración de Empresas, quien desde hace 26 años labora en el Instituto Mexicano del Seguro Social, desempeñándose en diversos cargos en las áreas de clínicas y administrativas de enfermería y capacitación. Actualmente es Titular de la Administración del Seguro Social en el Estado de Durango, México. Gutiérrez ha participado como ponente en diversos países como: Panamá, Colombia, Chile, Perú y Costa Rica.

Médica Medios (M.M.): ¿cómo se ha organizado el Sistema de Seguridad Social Mexicano para la atención de la pandemia del COVID-19?

Julio Gutiérrez (J.G.): en México, la cabeza de sector en materia sanitaria la asume la Secretaría (Ministerio) de Salud Federal; que tomó la batuta ante el resto de instituciones de salud: públicas, privadas y sociales. En materia de atención de la pandemia este ministerio dicta las normas que debemos atender a nivel nacional.

M.M.: ¿en qué consiste el Plan Estratégico Institucional para la Atención de la Contingencia por COVID-19?

J.G.: el Plan Estratégico es una herramienta gerencial que nos ha permitido generar dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social acciones de planeación, organización, dirección y control para hacer frente a la pandemia.

Nos reunimos diariamente con un comando central ubicado en Ciudad de México en el que los estrategias de cada Estado (Provincia) menciona-



mos las debilidades y la manera en que las convertimos en fortalezas con el fin de hacer *benchmarking* y aprender de los casos de éxito.

Este Plan Estratégico lo conformamos el Cuerpo de Gobierno del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de Durango (integrado por personal médico, administrativo, jurídico, financiero y de factor humano) y en él se analizó el perfil epidemiológico y la tasa de ataque para el estado de Durango. Con base en ello se planteó hacer ajustes a las áreas de hospitalización, áreas quirúrgicas, áreas de cuidados intensivos y de urgencias; se hizo el cálculo de personal; de cantidades de pacientes (sospechosos y positivos a COVID-19), de equipos de protección personal (EPP), insumos, ventiladores, tanques de oxígeno, presupuestos, entre otros, los algoritmos y tarjetas de acción que deben seguirse, así como la evaluación de cada acción.

M.M.: ¿a qué se refiere con el término hospital híbrido en el marco de este plan?

J.G.: un hospital “híbrido” se refiere a aquel que se utiliza para atender pacientes de otras patologías (diabetes, embarazos, accidentes, entre

otras) y que tiene un área especial para pacientes con COVID-19. Es decir, es un hospital que atiende de todas las enfermedades, pero salvaguardando las áreas confinadas o aisladas para pacientes con sospecha o confirmados por COVID-19. A diferencia de los hospitales COVID, que únicamente atienden a este tipo de pacientes. Las enfermedades no terminaron, solo se hace mayor énfasis en COVID-19 y no podemos dejar de atender a la población asegurada al IMSS.

M.M.: ¿cuáles han sido las dificultades más importantes que ha atravesado el Sistema de Seguridad Social Mexicano ante el COVID-19 y cómo las han enfrentado?

J.G.: una de las dificultades más importantes fue el desabastecimiento mundial de EPP. Sin embargo, a través de diversas alianzas y con el presupuesto suficiente, se ha podido convertir en fortaleza esa gran debilidad. Otras dificultades han sido las comorbilidades que tiene el personal de salud y los que han enfermado de COVID-19; debemos hacer énfasis en que el personal que trabajamos en la salud, debemos ser ejemplo para la población y mantenernos con salud.

M.M.: ¿cuáles son los principales consejos de la experiencia mexicana frente al manejo de la pandemia que pueden reproducirse en otros países de América Latina?

J.G.: la recomendación de su servidor como mexicano comprometido con la salud es apostarle a hacer prevención de las comorbilidades que causan la muerte de un gran número de ciudadanos, es decir, se nos están muriendo más personas con sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, asociadas a COVID-19. Hay que apostarle con todo el ahínco a hacer mayor actividad física, ejercicio o deporte; a tener una alimentación saludable e invitar a la población a tener mayor apego a tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos a enfermedades no transmisibles; con énfasis en la alimentación saludable y en el incremento de la actividad física sistemática.

M.M.: ¿cuál es el principal reto futuro de los estudiantes y profesionales de la enfermería en situaciones como la que atravesamos con la pandemia del COVID-19?

J.G.: el reto para estudiantes y profesionales de enfermería es fortalecer el conocimiento científico y sumarlo al del campo de batalla; extremar precauciones y nunca perder el humanismo que caracteriza al profesional de la enfermería. Aplicar en cada paciente el método enfermero y pensar que a partir de esta pandemia toda la población está potencialmente infectada, para extremar precauciones para los pacientes, así como para sí mismos como profesionales de la salud.

Concurso de pósteres Hospital Santo Tomás

Durante la jornada del 16 de septiembre del **I Congreso Virtual del Hospital Santo Tomás en tiempos de COVID-19** se llevó a cabo la presentación de los pósteres que participaron en el concurso de este año.

Las ganadoras fueron:

- **Primer lugar:** Magdalena Lay Arrocha con el póster *“Reporte de un caso: vasculitis escabiótica una asociación infrecuente”*.
- **Segundo lugar:** Yúliya Araúz, Verónica Almanza y Michelle Aldrete con el póster *“Coartación aórtica”*.
- **Tercer lugar:** hubo un empate entre Nathalie Ruiz Hajdani con el póster *“Quiste óseo aneurístico de calcáneo: a propósito de un caso”* y Shariel Saldaña S. con el póster *“Uso inadecuado de corticoides tópicos y sus efectos adversos en la consulta externa del Hospital Santo Tomás”*.

Médica Medios entrevistó en exclusiva a la ganadora de esta versión. Se trata de la doctora Magdalena Lay Arrocha, egresada de la Universidad de Panamá y residente de Dermatología de tercer año del Hospital Santo Tomás.

Médica Medios (M.M.): ¿cuál fue su motivación para ingresar al concurso de postérs?

Magdalena Lay Arrocha (M.L.A.): quise compartir un caso de una enfermedad muy infrecuente, nunca antes documentada en Panamá, que me pareció interesante no solamente para los médicos con interés por la dermatología, sino también para el resto de las especialidades.

M.M.: ¿de qué se trata la enfermedad documentada en el póster?

M.L.A.: se trata de una escabiasis, comúnmente conocida como sarna. Es una enfermedad sumamente frecuente en nuestro medio y se ve en to-



Magdalena Lay Arrocha, ganadora del concurso de pósteres del Hospital Santo Tomás.

dos los niveles de atención, incluyendo los centros de salud. Lo raro e interesante del caso es que esta infección desencadenara una vasculitis. Esta asociación solamente ha sido descrita en 12 casos a nivel mundial.

M.M.: ¿qué significa para usted haber ganado este concurso?

M.L.A.: en dermatología, nuestros médicos funcionarios siempre nos han exhortado e impulsado a la excelencia académica. Para mí haber ganado este concurso es de grata satisfacción, al saber que nuestro trabajo como residentes es valorado y es de interés para la formación y actualización de los médicos y estudiantes de medicina.

M.M.: ¿cuál es la invitación que le hace a sus colegas para que sigan participando de este concurso?

M.L.A.: exhorto a mis compañeros a seguir documentando sus casos interesantes y compartirlos con los colegas del Hospital Santo Tomás al participar de estas actividades, que contribuyen a nuestra formación académica.

REPORTE DE UN CASO:

VASCULITIS ESCABIÓTICA

UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE



Dra. Magdalena Lay

Residente de Dermatología de III año del Hospital Santo Tomás

Dr. Tiberio Rodríguez

Dermatólogo del Hospital Santo Tomás

INTRODUCCIÓN

Las causas infecciosas de vasculitis cutáneas son ampliamente conocidas, e incluyen principalmente las infecciones estreptocócicas. Las vasculitis por infecciones parasitarias son mucho menos frecuentes. Hasta la fecha, la asociación con escabiasis, una entidad con alta prevalencia en nuestro medio, solamente ha sido reportada en 12 casos a nivel mundial.

Presentamos el caso de un paciente, adulto mayor, con una escabiasis enmascarada y complicada con vasculitis.

CASO CLÍNICO

Masculino de 82 años
Sin antecedentes personales patológicos

- Dermatitis diseminada a tronco y extremidades
- Pápulas y placas eritematovioláceas
- Prurito intenso
- 3 Meses de evolución
- Sin síntomas sistémicos
- IgE=1288.26 y pANCA atípico 1:160
- Biopsia: proceso vasculítico de pequeños vasos superficiales leucocitoclástico
- Se inició tratamiento con corticoides sistémicos



Presentación inicial del cuadro

- Sin embargo, el paciente persistió con empeoramiento del cuadro.
- Posteriormente, desarrolló en los glúteos, placas eccematosas con escamas gruesas amarillo-verdosas.
- Además, presentó lesiones eritematodescamativas en regiones interdigitales de ambas manos.
- Muestra parasitológica evidencia múltiples ácaros *Sarcoptes scabiei*.



Lesiones interdigitales



Sarcoptes scabiei

Se indica ivermectina oral y permetrina, tras lo cual, el paciente cursó con resolución completa de las lesiones de escabiasis y regresión progresiva de las lesiones vasculíticas. Al cuarto mes de seguimiento, se presenta sin prurito y con escasas pápulas eritematosas.



Seguimiento a los 4 meses

DISCUSIÓN

La asociación entre escabiasis y vasculitis, denominada vasculitis escabiótica, es rara. Sin embargo, parece no ser un hallazgo fortuito. Los restos de piel que penetran al sistema circulatorio, como resultado de las excoりaciones por el prurito, actúan como antígenos y se produce una reacción de hipersensibilidad que involucra la formación de inmunocomplejos circulantes antígeno-anticuerpo.

En nuestro paciente, se descartaron otras posibles causas secundarias de vasculitis, como neoplasias malignas, otras infecciones e ingesta de medicamentos. Además, al iniciar terapia antiparasitaria, cursó con una rápida mejoría y regresión de las lesiones, tanto de escabiasis, como de vasculitis.

CONCLUSIONES:

Ante la sospecha de una vasculitis cutánea aparentemente idiopática, es necesario descartar el diagnóstico de escabiasis, particularmente cuando el prurito es muy intenso.

La vasculitis escabiótica es una enfermedad que podría ser subdiagnosticada, debido a la presentación atípica del cuadro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Clevy, C., Brajon, D., Combes, E., Benzaquen, M., Dales, J. P., Koepfel, M. C., & Berbis, P. (2017, May). Scabetic vasculitis: Report of 2 cases. In *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* (Vol. 144, No. 5, pp. 349-355). Elsevier Masson.

Nishihara, K., Shiraiishi, K., & Sayama, K. (2018). Leukocytoclastic vasculitis associated with crusted scabies. *European Journal of Dermatology*, 28(2), 242-243.

COARTACIÓN AÓRTICA

POR: YÚLIYA ARAÚZ, VERÓNICA ALMANZA, MICHELLE ALDRETE
BAJO LA ASESORÍA DE DR. CARLOS ALBA

INTRODUCCIÓN

La **coartación aórtica** se define como el **estrechamiento** -disminución de calibre- **congénito** de un segmento de la **Arteria Aorta**, que puede presentarse a diferentes niveles de su trayecto, generando dificultad en el flujo sanguíneo desde la aorta ascendente hasta la descendente. Todo esto desencadena un **cuadro clínico** con ausencia de pulso en las extremidades inferiores, hipertensión en las superiores y una probable insuficiencia cardíaca severa en neonatos. De acuerdo a su relación con el ductus arterioso se puede clasificar en **preductal, yuxtaductal y postductal**. Siendo la **coartación clásica** después del origen de la arteria subclavia izquierda, generalmente yuxtaductal. Se asocia de manera importante a **hipoplasia del arco aórtico** en el **60%** de los casos. Volviéndose vital su diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno.

EPIDEMIOLOGÍA



CASO CLÍNICO

(a) K.P., recién nacida término, parto en casa, acude a las 24 horas de vida a hospital regional por cuadro de distres respiratorio. Es entubada y manejada 7 días en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por **Sepsis Neonatal Temprana y Encefalopatía Hipóxicá Isquémica**, donde se realiza radiografía de tórax que reporta **cardiomegalia y corazón en bota**. Presenta **falta cardíaca** y se refiere al Hospital del Niño para manejo por Cardiología Pediátrica.

Ecocardiograma de Ingreso reporta **comunicación intraventricular moderada (6mm), cortocircuito bidireccional y comunicación interatrial pequeña (5mm)**. Manejo con diurético e inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. Persisten signos de falla cardíaca, se emplea Amína.

Ecocardiograma control reporta **Coartación Aórtica**.

Se realiza **Angiotomografía de Tórax (IMAGEN No. 1)** que reporta:

- **Coartación aórtica preductal crítica con ductus arterioso pequeño**
- **Arco aórtico hipoplásico**
- **Comunicación interventricular**
- **Comunicación interatrial.**

Se presenta caso a Cirugía Cardiovascular, quien luego de evaluación clínica y de estudios realizados indica **Coartectomía extendida más bandeja de la arteria pulmonar**.

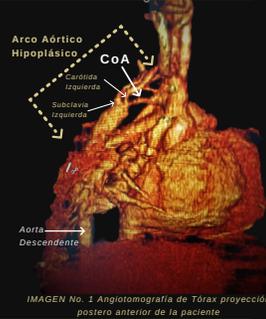


IMAGEN No. 1 Angiotomografía de Tórax proyección posterior anterior de la paciente

TÉCNICA QUIRÚRGICA

COARTACIÓN DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE CON ARCO HIPOPLÁSICO

Resección Extendida de Arco Aórtico Hipoplásico con Anastomosis Término-Terminal

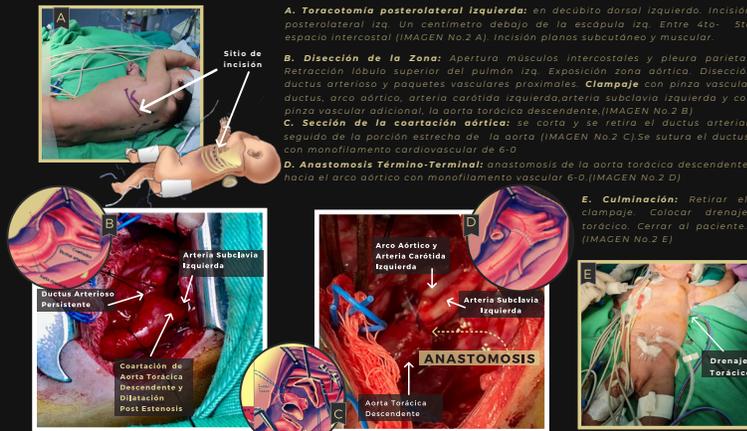


IMAGEN No. 2 A. Toracotomía posterolateral izquierda B. Diseción y clampaje arterial C. Sección del ductus y la coartación aórtica. D. Anastomosis Aorta Torácica Descendente- Arco Aórtico E. Culminación con Drenaje Torácico y cierre del tórax aproximando los arcos intercostales, planos musculares y piel.

EVOLUCIÓN

Evolución de la paciente favorable, sin complicaciones. Sus monitores reportan:

PRE-CIRUGÍA	24 HORAS POST-CIRUGÍA
• FE: 165 lpm	• FC: 163 cpm
• PA: 72/50 mmHg	• PA: 61/38 mmHg
• SpO2: 98 %	• SpO2: 98 %

No pulsos palpables a nivel femoral

REFERENCIAS

1. Hoshino S, Mori K, Barajas S, Ogata S. Coarctation of Aorta Based on Angiography. Med. Rep. Cardio. 2020; 3(1):71-87.
2. Congales L, Lopez M, Barbeza B. The importance of the early diagnosis of aortic coarctation. Rev. Asoc. Méd. Bras. 2019;65(02):240-245.
3. Zhai G, Herens C, Suruga Z, Lopez C. Coarctation aortica critica: cardiopatia pericardica con bota: Reporte de un caso. Rev. Soc. Card. 2015; 34 (1): 10-3.
4. Tava A, Congales M, Fleming G. Risk Coarctation of the aorta: Management from infancy to adulthood. World J. Cardiol. 2015;7(10):167-172.
5. Nagata M, Nagata C, Bordin G, Tuo L, Francosato A, Pradegan N et al. Surgical repair of aortic coarctation in pediatric age: A single center two decades experience. J. of Card. Surg. 2012;4(2):1-9.
6. Aguilar Jiménez J, Garcia Torres E, Arias F, Vera Puente F, Mendoza Soto A, Gramados Ruiz M, Olmedillo Jodar M, Llorente de la Fuente A, and Comas Iltia J. 2015. Manejo del neonato con coartación de aorta e hipoplasia de arco. Cirugía Cardiovascular. 2014; pp 182-185.

CONCLUSIONES

La coartación aórtica constituye una **cardiopatía congénita** que si bien, es poco frecuente, puede desencadenar **consecuencias desastrosas** de no ser atendida de manera oportuna. El **diagnóstico precoz** se vuelve sustancial, una vez la clínica lo sugiera, es imprescindible apoyarnos en métodos imagenológicos, como en **AngioTAC**, para confirmar el diagnóstico de manera precisa. El **tratamiento de elección** es la **cirugía**, siendo la **resección y anastomosis término-terminal extendida** la técnica de preferencia para los casos de coartación aórtica con hipoplasia de arco, con buen pronóstico a largo plazo.



QUISTE ÓSEO ANEURISTÁMICO DE CALCÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ruiz Hajdani, Nathalie. B.¹; Pérez Valdés, Ronald.² Hospital Santo Tomás. Ciudad de Panamá. Agosto 2020.
¹Médico Residente de Ortopedia y Traumatología ²Médico Especialista de Ortopedia y Traumatología

Introducción:

El quiste óseo aneurismático (QOA), lesión benigna, infrecuente, representa el 5% de los tumores óseos primarios, con presentación entre la segunda y tercera década. Es una lesión osteolítica, expansiva y hemorrágica. Pueden ser primarios (65%) o secundarios (35%) a traumatismo y tumores.

Resumen del Caso

Masculino de 49 años con 3 años de evolución de aumento de volumen en talón izquierdo, asociado a dolor a la marcha. Antecedente de trauma por precipitación hace 8 años. Al examen físico con masa pétreo, en aspecto lateral del retropié izquierdo.

En radiografía aparece una lesión excéntrica, osteolítica, expansiva y trabeculada, con cavidades quísticas de paredes finas.

En las secuencias T2 y STIR de la RM se observa una lesión ósea expansiva en el calcáneo con niveles líquido-líquido, con borde de baja señal en todas las secuencias. En las secuencias T1 y T2 se ven áreas focales de alta señal que representan áreas de sangrado. En la tomografía se identifica la destrucción cortical.



Fig. 1: Imagen clínica del aspecto lateral del pie, con aumento de volumen, sin cambio de coloración, ni signos inflamatorios. Fig. 2: Radiografía lateral de calcáneo Fig. 3: Radiografía axial de calcáneo Fig. 4: Corte Sagital de Tomografía de pie. Fig. 5: Secuencia T1 de Resonancia magnética. Fig. 6: Corte Axial de la secuencia T2 en donde se observa niveles líquido-líquido (flecha)



Fig. 7: Radiografía lateral de calcáneo con 44 perlas de cemento (flecha) con antibióticos. Fig. 8: Segmento de autoinjerto de peroné (flecha roja) y cresta ilíaca izquierda (flecha azul). Fig. 9: Radiografía lateral de calcáneo posterior a la colocación de los injertos.



Fig. 10: Radiografía de seguimiento en la consulta externa a las 25 semanas, con integración ósea, sin datos de recidiva. Fig. 11: Visión posterior comparativa en apolo de ambos miembro inferiores, sin aumento de volumen, deformidades, ni mal alineamiento. Fig. 12: Se observan heridas quirúrgicas cicatrizadas en aspecto lateral de retropié y heridas de abordaje para cosecha de peroné.

Referencias:

- Kaplanoglu V, Sözmen Ciliz D, Kaplanoglu H, Elverci E. Aneurysmal Bone Cyst of the Calcaneus. *J Clin Imaging Sci* . 4. doi:10.4103/2156-7514.143732
- Mohaidat ZM, Al-Gharaibeh SR, Aljararhih ON, Nusairat MT, Al-Omari AA. Challenges in the Diagnosis and Treatment of Aneurysmal Bone Cyst in Patients with Unusual Features. Published online 2019. doi:10.1155/2019/2905671
- Malik A, Deb P, Mani NS, Col Prabal Deb L. Aneurysmal bone cyst of the calcaneum: An expansile locally destructive lesion. *J Cancer Res Ther*. 6(4). doi:10.4103/0973-1482.77080
- Rapp T, Ward J, Alajia M. Aneurysmal Bone Cyst. *J Am Acad Orthop Surg*. Published online 2012. doi:10.5435/JAAOS-20-04-233

Evolución:

Cirugía en dos tiempo: primero, biopsia excisional, curetaje y colocación de 44 perlas de cemento con antibióticos en una cavidad intramedular aproximada de 168 cm³. Luego de confirmación patológica, se retiraron las perlas y colocó autoinjerto óseo: estructural (peroné) y esponjoso (cresta ilíaca); más aloinjerto (matriz ósea desmineralizada).

A los 15 meses de seguimiento se documenta integración completa, sin recidivas. FADI score: 97.1 y Clínical rating system for the Ankle and hindfoot: 98%.

Discusión:

Descartar extirpes malignas (osteosarcoma) a tiempo, es la base del manejo inicial. Junto con la clínica, estudios de imágenes y la muestra patológica permite llegar a una tasa de curación de un 90- 95%.

Conclusiones:

El QOA debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de los tumores osteolíticos, expansivos, trabeculados, independientemente de la edad y la localización. El diagnóstico oportuno, asegura el mejor resultado en estos casos.

USO INADECUADO DE CORTICOIDES TÓPICOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS

Dra. Shariel Saldaña S.* Asesor: Dr. Jaime Ávila**
***Médico Residente **Médico Especialista**
Dermatología, Hospital Santo Tomás



INTRODUCCIÓN

Los corticoides tópicos constituyen uno de los medicamentos más utilizados en la práctica dermatológica, con aplicaciones terapéuticas en variadas patologías. Sin embargo, una problemática en aumento es el uso inadecuado e indiscriminado de corticoides tópicos, problema grave ya identificado en múltiples países a nivel internacional. Este uso inadecuado conlleva a efectos adversos y a un empeoramiento o enmascaramiento de las patologías de base. Los objetivos del estudio fueron:

1. Analizar el perfil epidemiológico de los pacientes que utilizan inadecuadamente medicamentos que contienen corticoides tópicos.
 2. Identificar la composición de los principales medicamentos utilizados
 3. Determinar personas implicadas en la recomendación o prescripción del corticoide
 4. Identificar los diagnósticos principales que llevan al uso inadecuado
 5. Determinar los efectos adversos realizando un registro fotográfico
- A continuación presentamos en detalle el primer estudio que analiza de forma preliminar la situación en nuestro país.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, realizado en la consulta externa de Dermatología del Hospital Santo Tomás en los meses de enero a junio 2020. Los pacientes estudiados fueron aquellos que durante su cita se identificó habían utilizado inadecuadamente medicamentos que contienen corticoides tópicos durante el último mes. El uso inadecuado estaba definido por uso no indicado según diagnóstico, aplicación o potencia incorrecta, terapia combinada no justificada y se excluyó a aquellos que utilizaban corticoides sistémicos. Los sujetos que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio fueron encuestados por el médico tratante con un instrumento de recolección que incluía variables epidemiológicas, variables relacionadas al medicamento utilizado, y variables relacionadas a razones de uso incluyendo persona que prescribe o recomienda el medicamento. En el formulario de recolección se consignaron los hallazgos relevantes encontrados por el dermatólogo al examen físico completo: diagnóstico del cuadro primario y de los efectos adversos basado en la clínica y exámenes complementarios a la cabecera del paciente (dermatoscopia, examen directo). A todos los pacientes que presentaban efecto adverso, se le entregó consentimiento informado para toma de registro fotográfico. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Santo Tomás.

RESULTADOS

El estudio recolectó un total de 25 pacientes que utilizaron inadecuadamente medicamentos tópicos que contienen corticoides (Tabla N°1). Siendo un 56% mujeres y en un 44% hombres, entre edades de 16 años hasta 82 años. El rango de edad con mayor número de pacientes fue el de 20-29 años con 36%, todos habían recibido algún tipo de educación formal. En su mayoría con estatus laboral desempleado (56%) y no asegurado (60%), y procedente de zona urbana (96%). Del total de pacientes se recolectaron 29 medicamentos, de estos 19 (65.5%) eran combinados (Tabla N°2) seguido por los corticoides de alta y mediana potencia. La composición combinada

Variable	Clase	Cantidad	%
Sexo	Femenino	14	56.0
	Masculino	11	44.0
Edad	< 20 años	1	4.0
	20-29 años	9	36.0
	30-39 años	4	16.0
	40-49 años	5	20.0
	>50 años	6	24.0
Escolaridad	Ninguna educación formal	0	0.0
	Primaria Incompleta	0	0.0
	Primaria Completa	2	8.0
	Secundaria Incompleta	7	28.0
	Secundaria Completa	6	24.0
	Técnico	1	4.0
Estatus laboral	Universitario	9	36.0
	Trabajador área de salud	4	16.0
	Trabajador otras áreas	7	28.0
	Desempleado	14	56.0
Asegurado	Sí	10	40.0
	No	15	60.0
Estrato geográfico	Rural	1	4.0
	Urbano	24	96.0
	Indígena	0	0.0

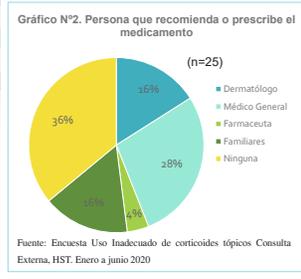
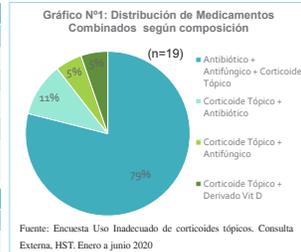
más común fue la terapia antifúngico, antibiótico y corticoide (Gráfico N°1).

Los pacientes iniciaron el uso de medicamentos de forma no prescrita: 36% automedicado, 16% por recomendación de familiares o amigos; y prescrita en un 28% por un médico general y en un 16% por un dermatólogo. Las dermatosis primarias en 13 pacientes eran infecciosas (Tabla N°3). En total 17 pacientes tenían efectos adversos, 70.6% de estos del tipo infeccioso, seguido por atrofia y estrías en 23.5% (Ver compendio de imágenes).

Composición	Cantidad	%
Combinado	19	65.5
Clobetasol 0.05%	5	17.2
Betametasona valerato 0.05%	1	3.4
Betametasona valerato 0.1%	3	10.3
Betametasona dipropionato 0.05%	1	3.4

Dermatosis primaria	Cantidad	%
Dermatofitosis	7	28.0
Escabiasis	2	8.0
Impétigo/Piodermis	3	12.0
Leishmaniasis	1	4.0
Prurito, Xerosis, Piel sana	3	12.0
Atopia	3	12.0
Otros	6	24.0

Efectos adversos clínicos	Cantidad	%
Infeccioso (Empeoramiento)	12	70.6
Atrofia	4	23.5
Estrías	4	23.5
Discromia	2	11.8
Telangiectasia	1	5.9



Compendio de imágenes representativas A) Escabiasis atípica B) Sarma Costrosa C) Tiña incógnita en planta de pie D) Atrofia inducida por corticoide en fosa cubital. A, B y C fueron confirmados mediante identificación en microscopio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos coinciden con los encontrados en investigaciones en otros países por Srivastava, Dey y Mishra, en donde los medicamentos principalmente abusados fueron formulaciones combinadas de venta libre. En este estudio hasta un 52% de los pacientes utilizaron corticoides como tratamiento a pesar de que su cuadro primario era infeccioso, siendo las dermatofitosis el diagnóstico más frecuente. Como resultado de este uso inadecuado, de los 25 pacientes reclutados un 68% presentaba uno o más efectos adversos, inclusive severos. Llama la atención que en 44% de los casos, fue un médico quién prescribió el medicamento.

En conclusión, se necesita educar a la población y al personal de salud sobre el uso racional de corticoides tópicos, desaconsejando el uso de combinados. Se debe fortalecer la educación en dermatología en la formación del médico, debido a que el desconocimiento de los diagnósticos y del perfil del medicamento puede llevar a consecuencias negativas en el paciente. Es momento de proponer leyes que reglamenten el uso de estos medicamentos solo bajo prescripción médica para minimizar el uso inadecuado y sus consecuencias. Es necesario realizar una investigación en centros de atención primaria para conocer la magnitud real del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Srivastava, A. (2018). A clinicoepidemiological study of topical corticosteroid misuse at a tertiary care center. *Journal of Dermatological Treatment*.
2. Dey, V. K. (2014). Misuse of topical corticosteroids: A clinical study of adverse effects. *Indian dermatology online journal*, 5(4), 436.
3. Mishra, A. K., & Sarawat, D. (2016). Topical Corticosteroid Abuse in Dermatology. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 15(7), 110-114.















Desarrollo periodístico y editorial

GRUPO  DISTRIBUNA

www.libreriamedica.com

www.distribuna.com

www.medicamedios.com

Bogotá, Colombia - Carrera 9 B n.º 117 A 05

Tels: (571) 2132379 - 6202294 - 2158335