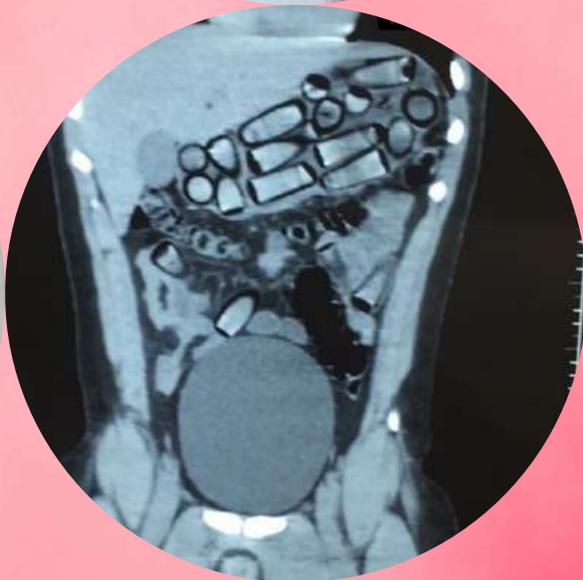




REVISTA

ESTA REVISTA ALOJA
CONTRIBUCIONES
ORIGINALES DE
INVESTIGACIÓN.

DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL



e-ISSN 2661-6726
Volumen 5
Edición 1
Enero - Junio
2024



Email: revista.fcm@ug.edu.ec

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DR. JOSE LUIS BORJA OCHOA

Médico Cirujano de Emergencia Hospital Abel Gilbert Pontón

Abogado de la Republica de Ecuador en libre ejercicio.

Correo: jose.borjaoc@ug.edu.ec

ORCID: orcid.org/0009-0008-4955-0026

Guayaquil – Ecuador

Abg. KARLA TATIANA ADRIAN VALDIVIESO

Abogada de la Republica de Ecuador en libre ejercicio.

Correo: taty-87@live.com

ORCID: orcid.org/0009-0001-5840-6439

Guayaquil – Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 1-13 ISSN 2661–6726

RECIBIDO: 26/06/2023

APROBADO: 13/12/2023

RESUMEN

El consentimiento informado es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios respectivos. Entre las funciones del consentimiento informado: Promover la autonomía de los individuos, fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas, proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación, evitar el fraude y la coacción, alentar la autoevaluación y autoexamen de los profesionales de disminuir recelos y aliviar temores, es decir defiende al paciente, al profesional y a la institución.

El documento debe ser firmado por el paciente, siempre que éste tenga capacidad para tomar decisiones, y debe hacerlo cuando

haya comprendido la información recibida. En el caso particular de los menores de edad, ellos están en una posición de autonomía limitada con dependencia de terceras personas y principalmente, son los padres quienes decidirán para efecto de cualquier procedimiento médico.

Palabras clave: Consentimiento informado.

SUMMARY

Informed consent is the acceptance of a medical intervention by a patient, freely, voluntarily and consciously, after the doctor has informed him or her of the nature of the intervention with its respective risks and benefits. Among the functions of informed consent: Promote the autonomy of individuals, encourage rationality in medical decision-



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

making, protect patients and experimental subjects, avoid fraud and coercion, encourage self-evaluation and self-examination of medical professionals. reduce misgivings and alleviate fears, that is, defend the patient, the professional and the institution.

The document must be signed by the patient, as long as he or she has the capacity to make decisions, and it must be done when he or she has understood the information received. In the particular case of minors, they are in a position of limited autonomy with dependence on third parties and mainly, it is the parents who will decide for the purpose of any medical procedure.

Keywords: Informed consent.

INTRODUCCIÓN

En medicina, el consentimiento informado (CI) es un procedimiento médico formal, una exigencia ética y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.

En palabras más simples, es un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente. Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos.

El CI es un proceso basado en una doctrina surgida en la segunda mitad siglo XX, pues a principios de este siglo aparecieron las primeras sentencias judiciales que exigían un

consentimiento simple, comenzando así la primera etapa del CI.

Hasta hace algunas décadas, el paternalismo médico era la tendencia a beneficiar o evitar daños a un paciente atendiendo solamente a los criterios o valores del médico antes que a los deseos u opiniones del enfermo. Aquí no se consideraba necesario informar siempre al enfermo y el CI podía ser inclusive pasado por alto, si el caso lo requería.

En la sociedad actual, se ha ido dejando de lado el modelo paternalista de la profesión, centrado en el médico, para ser reemplazado por el paradigma autonomista en el que los pacientes reciben mayor información sobre su condición de salud, lo que les permite opinar y participar en la decisión de las alternativas terapéuticas propuestas.

Si bien el CI tiene sus raíces legales con el Código de Núremberg (1947), que hacía referencia explícita al consentimiento voluntario del sujeto, no fue hasta 1964 en que se formuló la Declaración de Helsinki y 1966 en que W.H. Stewart, estableciera el requerimiento del consentimiento informado, cuando la comunidad médico-ciencia se planteó con seriedad la trascendencia de este principio ético.

El consentimiento es una cultura y una culminación en el desarrollo clínico que, además, legitima a los ensayos o estudios clínicos y es una premisa de la investigación ética. Su finalidad es preservar el principio del respeto a las personas, es decir, su autonomía: nadie puede hacer el bien a otro en contra de la voluntad de éste.



DEFINICIÓN

El consentimiento informado es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios respectivos. ^{(1),(2),(3)}

El Manual de ética de 1984, de la Asociación Médica Americana, sostiene que "consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación.

La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente"

Es un acto por medio del cual el médico debe informar al paciente la variedad de métodos diagnósticos y terapéuticos, explicando, además, las ventajas y desventajas de éstos, para que sea el paciente quien elija la alternativa que mejor le parezca según la información brindada por el facultativo. La explicación se efectúa a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su situación, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos o intervenciones recomendadas, para que a continuación consienta o rechace los mismos de acuerdo con su escala de valores ^{(4),(5),(6)}.

El consentimiento informado se requiere en diversos procesos médicos, que pueden estar implicados en el diagnóstico, tratamiento, obtención de datos y/o muestras biológicas destinados a la práctica médica.

Hay que tener en cuenta que éste solo se aplicará luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.

De manera obligatoria, se dejará constancia por escrito de la autorización del paciente para efectuarse un procedimiento médico, en los siguientes casos:

1. Intervenciones quirúrgicas consideradas de riesgo mayor.
2. Exámenes radiológicos: los que se efectúen bajo anestesia para realizar un procedimiento de radiología con intervencionista, y los que requieran del uso de medios de contraste.
3. Tratamientos de radioterapia y quimioterapia.
4. Procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos.
5. Biopsias.
6. Procedimientos de reproducción asistida.
7. Prueba de VIH.
8. Y todos aquellos que impliquen un riesgo mayor.
9. En el caso de donante vivo y trasplante de órganos, el consentimiento informado será escrito y notariado, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 33, literal c de la Ley Orgánica de



Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

Funciones del consentimiento informado

1. Promover la autonomía de los individuos.
1. Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas.
2. Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.
3. Evitar el fraude y la coacción.
4. Alentar la autoevaluación y autoexamen de los profesionales de
5. Disminuir recelos y aliviar temores.
6. Introducir en la medicina una mentalidad más probabilística y con mayor capacidad de hacer frente a la incertidumbre.

En suma, defiende al paciente, al profesional y a la institución.

Etapas del consentimiento informado ^{(7), (8)}.

La información y la toma de decisiones en la relación clínica son momentos diferentes y relacionados de un mismo proceso que incluye:

- La elaboración de la información por parte de los profesionales.
- Su transmisión y discusión.
- La comprensión y valoración por parte del paciente.
- La aceptación o no del procedimiento diagnóstico y/o del tratamiento propuesto.

Cuando estos elementos son recogidos por escrito se denomina documento de CI, que no debe confundirse, a efectos relacionales, éticos

ni jurídicos, con el proceso comunicativo de información y de toma de decisiones.

Se pueden seguir ciertas recomendaciones para la elaboración del proceso de consentimiento informado. El médico encargado debe informar sobre la situación, aunque el proceso informativo debe estar a cargo del médico responsable del paciente, algunas partes del proceso informativo puedan ser asumidas por profesionales diferentes, dependiendo de las pruebas diagnósticas, su complejidad y el grado de acuerdo pactado.

Es importante describir de forma precisa y entendible el proceso clínico, así como el procedimiento diagnóstico, o la actuación terapéutica, debiendo ser explícito en los riesgos que se pueden correr, así como en sus beneficios y distintas alternativas, sin olvidar ser conscientes de no alarmar al paciente o tratar la situación de manera simplista.

Es importante que el profesional encargado se muestre asequible para que el paciente pueda manifestar cualquier duda respecto a la información que ha sido brindada.

Así mismo el paciente tiene el derecho de saber si en el proceso de su atención es probable que participen alumnos de Medicina y/o Enfermería. Éstos deben identificarse con el paciente una vez que vayan a brindar sus servicios y conseguir la autorización de éste.

Este formulario escrito sirve como un soporte legal para dejar constancia de que el paciente recibió y entendió la información que le fue facilitada por el médico; sin embargo, este documento no va a eximir al médico de posible responsabilidad en el caso de que se presente una situación por mala praxis.



La persona que ha firmado el formulario podrá solicitar copia del mismo, que estará archivado en la historia del paciente.

Así mismo, se tendrá en cuenta que el consentimiento informado tiene que ser específico para cada procedimiento. Los formularios generales no son aceptables tanto en el ámbito médico como en el legal.

Éste debe ser entregado con suficiente tiempo de antelación para que pueda ser leído y se haya despejado cualquier duda antes de que se solicite su cumplimentación. Será obtenido por personas directamente relacionadas con la técnica o tratamiento.

Objetivo general del consentimiento informado.

Asegurar el derecho de los pacientes a ser informados, apriorístico a la toma de decisiones respecto a la esperanza en sanidad, con el fin de fundamentar su atrevimiento en las decisiones sobre su sanidad y su cuerpo. En palabras más simples, es un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente.

Objetivos específicos del consentimiento informado.

1. Promover el ideal de la autonomía del paciente y la manifestación de una sociedad pluralista, autónoma, democrática y con estado de derecho.
2. Contribuir a vigorizar la relación médico-paciente, y el rectilíneo a la manumisión de la libertad sobre su salud.
3. Adquirir una disposición favorable hacia una relación clínica comunicativa basada en el paciente.

4. Fortalecer la seguridad de la atención del paciente.

Límites del consentimiento informado ^{(9), (10)}.

El consentimiento informado representa un derecho del paciente, pero éste no implica que pueda imponer al médico cualquier cosa. El médico encargado puede imponer las restricciones que sean necesarias a la capacidad de elección del paciente.

Los profesionales de la salud no están en la obligación de realizar intervenciones que sean dañinas para el paciente o que sean medicamente inútiles.

Las normas con las que se realiza una buena práctica médica también tienen restricciones, las técnicas que serán usadas en los procedimientos dependen exclusivamente del médico encargado, una vez que se realice la intervención, la *lex artis* (conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su oficio), establecerá cómo tiene que ser realizada.

Elementos del consentimiento informado ^{(11) (12)}.

Es de gran importancia seleccionar la información que se vaya a incluir en el proceso de consentimiento informado. Generalmente se incluye un marco conceptual de seis puntos:

1. Descripción del proceso, incluida una explicación de todos los procedimientos pertinentes al paciente.
2. Descripción de los riesgos razonablemente previsibles.
3. Descripción de los beneficios esperados.



4. Alternativas de participación, como otros estudios.
5. Explicación de la confidencialidad.
6. Datos sobre con quién contactar respecto a la intervención.

El consentimiento informado debe contar con los nombres de las instituciones y del personal de salud que vaya a participar del proceso.

¿Puede una persona rechazar o negarse a continuar un tratamiento o un procedimiento?

Sí. El objetivo del consentimiento informado es darle la potestad al paciente de elegir lo que crea más conveniente para él, respetando su dignidad, brindándole información auténtica, clara y acertada de la enfermedad que padece, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos.

Si después de la discusión de los riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos, el paciente desea rechazar el tratamiento o procedimiento, debe quedar claramente especificado en la hoja de consentimiento, como medida para salvaguardar la responsabilidad del profesional, si a futuro se presenta un daño.

Es conveniente y convencional, que cuando se trate de procedimientos selectivos se haga la entrega del consentimiento con 1 día de anticipación a la intervención. Se considera que se debe esperar un mínimo de 24 horas entre el consentimiento informado y la intervención del procedimiento médico. Cabe recalcar que la persona que recibe el procedimiento médico, puede dejar sin efecto el consentimiento libremente.

El paciente tiene el libre albedrío de contar con una segunda consulta con algún otro profesional antes de firmar una autorización. Esta petición no debe ser instantánea, sino luego de 3 días de haber pensado y meditado. Es preferible que se entregue una copia a la persona afecta y también firmar con el testigo.

Es necesario contar con lugares apropiados que permitan proteger la intimidad del paciente y la confidencialidad de los datos. Es deseable que el consentimiento informado se realice en un ambiente adecuado tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben y deben acceder o rechazar las propuestas. Luego debe archiversse en la ficha clínica o historia clínica.

Es muy necesario que, al momento de efectuar el documento, estén en un lugar apropiado que permita brindarle una mayor confidencialidad e intimidad al paciente con respecto a sus datos.

Se deberá utilizar un vocabulario simple, entendible, suficiente, es decir, el profesional de la salud debe poder adaptar el documento a las características intelectuales y particulares del paciente, ya que para este deber ser oportuna y veraz. Es fundamental la comunicación, ya que se debe dar en un ambiente apropiado, sin interferencias. El objetivo en sí, será calmar la ansiedad y poder brindar confianza al paciente.

Se debe informar de eventuales compensaciones con que el médico retribuya el tiempo y/o las molestias que causaren las intervenciones, así como de posibles seguros en caso de existir daños.

Durante la intervención de algunos casos es muy posible que se conozca información nueva y relevante del paciente y no resultaría



adecuado no proporcionársela; en esos casos, el modo de contactar al médico para conocer esa información deber estar claramente especificado. Se debe advertir del eventual contacto por parte del médico para informar dicha condición.

Se debe proporcionar información del médico tratante y/o del centro de salud en el que éste labore, en caso de que el paciente tenga dudas sobre la intervención en sí. Del mismo modo se debe informar de las posibles alternativas al estudio y, en caso de existir costos para el sujeto, estos deben explicitarse.

¿Cuándo, cómo y quién debe obtener el consentimiento informado?

Hasta hace algunas décadas, el paternalismo médico era la tendencia a beneficiar o evitar daños a un paciente atendiendo solamente a los criterios o valores del médico antes que a los deseos u opiniones del enfermo. Aquí no se consideraba necesario informar siempre al enfermo, y el Consentimiento Informado podía ser inclusive pasado por alto si el caso lo requería. En la sociedad actual, se ha ido dejando de lado el modelo paternalista de la profesión, centrado en el médico, para ser reemplazado por el paradigma autonomista en el que los pacientes reciben mayor información sobre su condición de salud, lo que les permite opinar y participar en la decisión de las alternativas terapéuticas propuestas.

Se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en que consiste el procedimiento, los riesgos, sus beneficios, alternativas a la intervención y las posibles consecuencias derivadas si no se

interviene. Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, el consentimiento deberá ser expresado de manera escrita, ya sea por el paciente o por su representante legal en caso de que éste no pueda. Este formulario firmado pasará a ser parte de la historia clínica.

El correcto equilibrio entre el cómo, cuánto, cuándo y a quién informar ha sido conseguido con mayor facilidad, toda vez que la motivación es entregar la información y ayudar para que sea el propio paciente o su familia quién decida.

¿Cuándo se debe entregar la información al paciente?

Resulta claro que la única información eficaz es aquella que se proporciona antes de la intervención o el tratamiento de que se trate, siempre y cuando sea proporcionada con una antelación suficiente y en condiciones que permitan la adecuada reflexión por parte del paciente. Es por ello que entre la recepción de la información y el momento en que debe dar a conocer su decisión, el paciente debe tener la oportunidad real de ponderar los beneficios, o de disponer de tiempo, por ejemplo, para recabar la opinión de familiares o de personas de su confianza.

Otra problemática relacionada con el momento en que debe entregarse la información, dice relación con determinar si existe obligación de volver a informar a pacientes que ya han sido informados, sea porque conocen los pormenores de la intervención y sus riesgos debido a su formación o actividad profesional, o por haberse sometido con anterioridad a tratamientos o intervenciones equivalentes. En este punto coincidimos con la doctrina que plantea que el



deber de información como obligación jurídica termina con la primera información a menos que se trate de una intervención completamente nueva, ya que, guardando coherencia con el fundamento del consentimiento informado, no nos parece que deba perseguirse la responsabilidad del facultativo por no reiterar algo ya conocido y asumido por el paciente ^{(13), (14), (15)}.

Es conveniente, cuando se trate de procedimientos electivos, que se entregue el consentimiento con anterioridad al día de la intervención.

El paciente tiene la potestad de establecer una segunda consulta con otro profesional antes de firmar su autorización. Esta autorización no debe ser inmediata, sino luego de 72 horas de reflexión sobre el documento. Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible que la firme con el testigo. En cualquier momento la persona afecta puede revocar libremente su consentimiento.

A la hora de sugerir una propuesta en cuanto a definir el momento de entregar información, una buena alternativa a considerar es la que queda establecida por la demanda de información de parte del paciente y al mismo tiempo por la necesidad del médico de proporcionarle aclaraciones relevantes para su diagnóstico, procedimiento (exámenes) o tratamiento. Cuando el contacto es cotidiano (ya sea por hospitalización o por un tratamiento ambulatorio cotidiano), es deseable que la entrega de información sea diaria y quede registrada en la historia clínica como un elemento más a considerar en dicho documento.

El proceso del CI se debe realizar ante cada intervención que suponga la acción directa del personal de salud sobre los pacientes, ya sea de un procedimiento, como de un tratamiento, o una intervención de mayor magnitud, como una cirugía. La entrega de información toma un tiempo. La urgencia por despachar luego al enfermo provoca, muchas veces, que el proceso del CI se transforme en un acto con dos interlocutores que no se implican en absoluto, donde la firma de un formulario se transforma en el fin fundamental.

¿Quién tiene que informar acerca del consentimiento informado?

Debe informar el facultativo responsable de la asistencia sanitaria del paciente. Para la mayoría de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos comunes, el médico a cargo del paciente tiene los conocimientos necesarios para proporcionar información completa y obtener el consentimiento previo suficiente para que el paciente pueda evaluar su decisión.

El cambio en la relación médico-paciente en cuanto al liderazgo en la toma de decisiones le ha otorgado al paciente el derecho a estar informado de su situación. Al mismo tiempo, ha convertido al médico en un proveedor de información. El justo equilibrio entre cómo, cuánto, cuándo y a quién informar se ha logrado con mayor facilidad, ya que la motivación es brindar la información y ayudar para que el paciente o su familia puedan decidir.

Contenido del consentimiento informado

Sobre el contenido de la información hay bastante acuerdo. En general, es comúnmente



aceptada la entrega de información que redunde en que el paciente entienda su situación de salud y esté dispuesto a tomar una decisión. Para que esto sea posible, al menos, debe entregarse la siguiente información:

- ¿Qué consentimiento se solicita? (que se está haciendo).
- ¿Para que se realiza el procedimiento o tratamiento? (objetivos claros).
- ¿Qué se espera como resultado? (beneficio esperado).
- ¿Cuáles son los riesgos? (riesgos más comunes y más graves).
- ¿Qué alternativas existen a lo que se propone? (alternativas disponibles).
- ¿Qué pasaría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a la oferta? (riesgo de no ser tratado o aceptar un procedimiento).
- ¿Qué hacer si se necesita más información? (quién, dónde y cómo preguntar, información completa y continua).
- ¿Qué debe hacer si cambia de opinión sobre el consentimiento otorgado o no? (revocabilidad).

En cuanto a la información sobre los riesgos, es necesario que los pacientes conozcan los siguientes acerca de los mismos:

1. Riesgos insignificantes, pero de común ocurrencia: deben ser informados.
2. Riesgos de escasa ocurrencia: no es necesario que sean informados.
3. Riesgos de gravedad y común ocurrencia: deben ser detalladamente informados.
4. Riesgos graves de escasa ocurrencia: deben ser informados.

¿Quién debe firmar el documento Consentimiento Informado?

El documento debe ser firmado por el paciente, siempre que éste tenga capacidad para tomar decisiones, y debe hacerlo cuando haya comprendido la información recibida.

Consentimiento informado en menores

En el caso particular de los menores de edad, ellos están en una posición de autonomía limitada con dependencia de terceras personas.

Principalmente, son los padres quienes decidirán para efecto de cualquier procedimiento médico; ningún procedimiento médico debe hacerse sin el consentimiento de los padres.

El respeto a la autonomía del paciente: aunque sea menor de edad, posee gran importancia en cuanto al consentimiento informado. El médico debe tener la capacidad para informar, discutir y respetar las preferencias que el paciente tenga respecto de su cuidado.

Algunas limitaciones se encuentran en torno a los pacientes pediátricos frente a situaciones que los deja en desventaja en cuanto a las personas que tienen la mayoría de edad. El menor, al encontrarse en desarrollo de la competencia para ejercer su autonomía, pierde el principio de la autonomía y puede que el representante difiera del pensamiento que tenga o no coincida con lo que el paciente desee en realidad.

En el niño, aunque se posee limitaciones en el proceso, no se debe descuidar sus deseos. En términos generales, se establece que la edad, la capacidad intelectual, la madurez emocional y el estado psicológico, deben ser considerados para



determinar el peso de la opinión del menor en la decisión final.

En casos de urgencia y sin posibilidad de intervención de los padres o tutores, el médico está obligado a actuar en defensa de los mejores intereses del niño, como él los entiende a partir del conocimiento que la medicina le provee.

Estas decisiones médicas deben estar en concordancia con los principios bioéticos de que siempre se debe actuar en función del beneficio del paciente para así brindar la mejor terapéutica responsable con el menor.

La aplicación del consentimiento informado en la atención médica pediátrica por parte de los profesionales de la salud, es un aspecto importante en el mejoramiento de la calidad de ésta. El cumplimiento del principio ético de autonomía por parte de los padres del niño implica el derecho por la decisión que toman éstos y el respeto por la persona que participa en la investigación, que es el propio niño.

Este proceso de consentimiento informado debe tenerse en cuenta en la especialidad de la pediatría ya que estos pacientes son más vulnerables frente a otros. Se debe buscar siempre el respeto de todos los derechos que ellos poseen, teniendo también en consideración la posición del paciente y del representante.

Aunque la aplicación del consentimiento informado en niños ha presentado serias dificultades se debe trabajar en función de mejorar en

algunos puntos:

- Si bien se explica detalladamente a los familiares el tratamiento o procedimiento propuesto, en pocas

ocasiones se hace referencia a métodos alternativos con las debidas menciones a su naturaleza, riesgos y beneficios esperados y mucho menos se ofrece de manera seria la opción de no emprender tratamiento alguno. Los familiares perciben en cada una de las interacciones médico-familia un dramatismo especial y una presión del tiempo que domina la escena, incluso en ocasiones se deja para último momento la revelación de datos fundamentales referentes a la calidad de vida esperable para el niño.

- Existen algunas limitaciones graves en el contexto de la comunicación entre profesionales y familias, entre la cuales el lenguaje técnico utilizado por las ciencias médicas ocupa el lugar preferencial.
- En ocasiones el personal médico ejerce presión para lograr cambios de opinión en los familiares.

Excepciones del consentimiento informado

Las situaciones en las que se puede hacer el procedimiento sin consentimiento informado:

Urgencias: Las situaciones de urgencia en las que puede conllevar algún riesgo para la vida de la persona o para la salud pública, resulta ser una excepción para actuar médicamente sin el consentimiento informado del paciente.

El tiempo del desarrollo del consentimiento informado puede jugar un papel negativo para la vida del paciente en medio de la urgencia médica, por esta razón se debe determinar de



manera óptima el tratamiento más adecuado frente a la urgencia médica.

Renuncia del paciente a ser informado: Los profesionales deben informar, en cantidad y calidad suficiente, sobre el proceso asistencial.

El paciente también tiene derecho a no ser informado.

No obstante, es un deber del profesional asegurar que el paciente es consciente de las consecuencias de no ser informado y que tiene motivos para no quererlo. Para ello, el profesional podría seguir los siguientes pasos:

1. El paciente tiene que ser aconsejado de que tiene el derecho legal al CI.
2. Tiene que documentar sus razones de rechazo.
3. El profesional debe iniciar la discusión sobre la renuncia.
4. Se debe evaluar la capacidad del paciente. De este modo lo que se busca es asegurarse de que se trata de una decisión razonada y razonable y no fruto de síntomas psiquiátricos.

Privilegio terapéutico ^{(16), (17)}.

Hablamos de privilegio terapéutico cuando los profesionales ocultan, de manera deliberada, cierta información a su paciente, porque está convencido de que el revelársela puede suponer un perjuicio psicológico o tener repercusiones físicas.

En esta instancia se debe buscar el tratamiento que se encuentre acorde y sea el más óptimo para el mejoramiento del paciente, siendo claro en la explicación de los beneficios y contraindicaciones que puede causar el procedimiento médico que se ofrece.

El paciente debe conocer de manera clara y detallada el procedimiento y tomarse su tiempo para poder analizar al respecto de todas las ventajas y desventajas que esto puede traerle.

Incapacidad

Tal y como establece la ley, cuando una persona muestre incapacidad para tomar decisiones no podrá otorgar su consentimiento.

En esta excepción se debe depender de otra persona muy cercana al paciente que tome alguna determinación por el afectado, estos casos son muy comunes en pacientes psiquiátricos que presenten incapacidad para decidir —debe demostrarse esta incapacidad— para que no tengan ningún inconveniente de manera legal o abuso por parte de personas inescrupulosas que aprovechen para tomar determinaciones no beneficiosas.

Se debe realizar revisiones periódicas para comprobar el estado del paciente que puede ya no presentar la incompetencia en la toma de decisiones y se le esté violentando sus derechos a la autonomía.

Ilustración 1 Consentimiento Informado



BIBLIOGRAFÍA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COO. UO	COO. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
				PUESTO	CARTEL	PUERTA	
APellidos (Paterno)		Apellidos (Materno)		Nombre	Sexo	Etnia	Edad
<p>1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</p> <p>PROPOSITOS</p> <p>TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS</p> <p>Nombre del profesional tratante</p> <p>Derechista</p> <p>Teléfono</p> <p>Código</p> <p>Firma</p>							
<p>2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</p> <p>PROPOSITOS</p> <p>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS</p> <p>Nombre del cirujano</p> <p>Derechista</p> <p>Teléfono</p> <p>Código</p> <p>Firma</p>							
<p>3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA</p> <p>PROPOSITOS</p> <p>ANESTESIA PROPUESTA</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS</p> <p>Nombre del anestesiólogo</p> <p>Derechista</p> <p>Teléfono</p> <p>Código</p> <p>Firma</p>							
<p>4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</p> <p>PRESTE SU VOTO</p> <p>A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS OBJETOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESSENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p>C CONCORDO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>D CONSENTO A QUE ME ANESTESIE EN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p>E HE ENTENDIDO BIEN Y ESTOY DEACORDO EN LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO PERRO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p>F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO</p> <p>G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE ESTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO ES UN DOCUMENTO DE USO ÚNICO Y QUE LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL CASO DE VISITA</p> <p>H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO</p> <p>I HE SIDO INFORMADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y VERDADERA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESPECIAMENTE DE QUE MI EMERGENCIAS O DIFICULTADES DESEMPESADO DE LOS RIESGOS PUEDAN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO</p> <p>5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>SOY EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONCORDADO POR ANTERIORMENTE PARA RECIBIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO</p> <p>Nombre del representante legal</p> <p>Derechista</p> <p>Teléfono</p> <p>Código</p> <p>Firma</p> <p>MEMORIAL CONFORME 2017 2008</p> <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>							

Fuente: Elaboración propia

CONFLICTO DE INTEREZ: El autor del artículo no refiere ningún conflicto de interés.

- 1.- Acea, B. (2005). El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. Cirugía Española, Vol. 77 (6), pp. 321-326.
- 2.- Bandrés, f., Caballero, M., Delgado, S. (2010). El consentimiento informado. Comité de Bioética y Derecho Sanitario de ASISA-LAVINIA. Pág. 1-84.
- 3.- Collazo, Eliseo. (2002). Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cirugía Española, Vol. 71 (6), pp. 319-324.
- 4.- Córdoba, A., Acevedo, D. (2010). Consentimiento informado en pediatría. Aplicaciones en psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 39(4), pp. 758-770.
- 5.- Encalada, F. (2018). Consentimiento Informado en cirugía. Modelo de Actuación en Emergencia de Cirugía. Primera Edición. Pág. 19-29.
- 6.- Galván, M., Castañeda, L., Camacho, M. (2013). Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. Rev. Conamed. Vol. 18(2), pp. 53-58.
- 7.- Lara, D., Gutiérrez, E., Díaz, E. (2005). Consentimiento informado en medicina. Acta médica Grupo Ángeles. Vol. 3, pp. 58-61.
- 8.- López, R., Vega, P. (2017). Consentimiento informado en medicina práctica clínica e



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

investigación biomédica. Revista Chilena de Cardiología. Vol. 36 (1), pp. 57-66.

- 9.- Lorda, S., Conchero, L. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica (1). Méd. Clin. (Barc); Vol. 100, pp. 659-663. 1.
- 10.- MSP. (2017). Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial. Quito: Editogran-Medios Públicos EP.
- 11.- Ortiz, A., Burdiles, P. (2010). Consentimiento informado. Revista médica clínica Las Condes, Vol. 21 (4), pp. 644-652.
- 12.- Pozón, S. (2015). Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. Revista Bioética. Vol. 23(1), pp. 20-30.
- 13.- Sanz, A., Del Valle, M., Fernández, M. (2016). Teoría y práctica del consentimiento informado. Cuadernos de Bioética XXVII 2016/1ª. 69-78.
- 14.- Varas, J., Hering, E. (2010). Consentimiento informado: Importancia de información al paciente. Rev. Obstetricia y Ginecología. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Vol. 5 (1), pp. 62-67.
- 15.- Vera, O. (2016). El consentimiento informado del paci 59-68. la actividad asisten-cial médica. Revista Méd. La Paz. Vol. 22(1), pp. 59-68.
- 16.- Vera-Carrasco, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La Paz, pp. 60
- 17.- Zuniga, C., Zuniga-Hernández, J., Zúniga, C. (2019). Excepciones al uso del consentimiento informado en investigación: ¿cuándo es esto posible en Chile? Revista médica de Chile, Vol. 147(8), pp. 1029-1035.



ABSCESOS HEPÁTICO MÚLTIPLES POR PANTOEA AGGLOMERANS.

Tratado por Técnica mínimamente invasiva.
Caso infrecuente

DR. ROBERTO GUTIÉRREZ GÓMEZ

Servicio de Nefrología, Hospital Abel Gilbert Pontón

Correo: mdrobertoguti@gmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0001-6075-0362

Guayaquil – Ecuador



DRA. CAROLINA VIVAR M.

Médico Postgradista de la UEES.

Servicio de Cirugía Hospital Abel Gilbert Pontón

Correo: dracarolinavivar@gmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0002-3159-6148

Guayaquil – Ecuador

Dr. OMAR CHUNGATA P.

Cirujano Intervencionista Hospital Abel Gilbert Pontón

CORREO: dr_Omar_Chungata@hotmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0001-5585-9523

Guayaquil – Ecuador

Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 14-19 ISSN 2661-6726

RECIBIDO: 05/10/2023

APROBADO: 15/01/2024

RESUMEN

Las infecciones por *Pantoea agglomerans* han sido reportadas en brotes epidemiológicos en especial en las áreas de cuidados intensivos pediátricos; sin embargo, hay poca información que refleje de forma exhaustiva esta situación. La infección es de presentación clínica variable lo que incide en una baja presunción clínica siendo un factor de riesgo para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Presentamos el caso de un paciente que acudió por absceso renal y hepático con presencia de *Pantoea agglomerans* en hemocultivo que requirió tratamiento antibiótico dirigido y drenaje percutáneo del absceso.

Como conclusión, es necesario el reporte de estos casos infrecuentes evidenciando su patología diversa, necesidad de cultivos con su respectivo antibiograma, que permitirá redirigir el tratamiento antibiótico para la



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

resolución del cuadro y en ciertos casos, el requerimiento del drenaje quirúrgico de los abscesos.

Palabras claves: Pantoea agglomerans - Absceso renal - Absceso hepático – Sepsis

SUMMARY

Pantoea agglomerans infections have been reported in epidemiological outbreaks, especially in pediatric intensive care areas; However, there is little information that comprehensively reflects this situation. The infection has a variable clinical presentation, which results in a low clinical presumption, being a risk factor for diagnosis and timely treatment.

We present the case of a patient who presented with a kidney and liver abscess with the presence of Pantoea agglomerans in blood culture that required targeted antibiotic treatment and percutaneous drainage of the abscess.

In conclusion, it is necessary to report these rare cases, showing their diverse pathology, the need for cultures with their respective antibiogram, which will allow redirecting the antibiotic treatment to resolve the condition and in certain cases, the requirement for surgical drainage of the abscesses.

Keywords: Pantoea agglomerans - Kidney abscess - Liver abscess - Sepsis

INTRODUCCIÓN

La infección por Pantoea agglomerans es una infección poco frecuente, que está asociada con brotes epidemiológicos y, por ende, con elevadas tasas de mortalidad. Los factores de riesgo son: pacientes inmunocomprometidos,

bebés prematuros, personas adultas mayores, etc. (1)

El germen Pantoea es un bacilo anaerobio gram negativo, no encapsulado que pertenece a la familia de las bacterias Enterobacteriaceae. Habitualmente, estos gérmenes se encuentran en las plantas, el suelo, el agua y los alimentos. (2)

La clínica de esta infección es similar a la bacteriemia por otros gérmenes, con afectación orgánica diversa, por lo que su sintomatología va desde síntomas gastrointestinales, abscesos en órganos, leucocitosis, trombocitosis hasta presentarse con cuadro de sepsis severa, coagulación intravascular diseminada y shock. El diagnóstico generalmente es serológico con evidencia del germen en cultivos de sangre, orina, pus o aspirado traqueal. (1) En cuanto al tratamiento, la antibioticoterapia dirigida en conjunto con la remoción del foco infeccioso en ciertos casos es la pieza clave para la resolución clínica. Sin embargo, existe poca literatura acerca de este germen, su epidemiología, clínica y tratamiento siendo de relevancia clínica los reportes de casos que se presenten.

Presentamos el caso de un joven sin antecedentes patológicos, que acude a consulta con clínica de absceso renal y se indicó tratamiento antibiótico empírico sin embargo su clínica infecciosa no mejora, se recaba resultados de hemocultivo positivo para Pantoea agglomerans con su respectivo antibiograma, por lo que se decidió cambio de tratamiento antibiótico dirigido y se realizó nuevo estudio tomográfico donde se evidencia



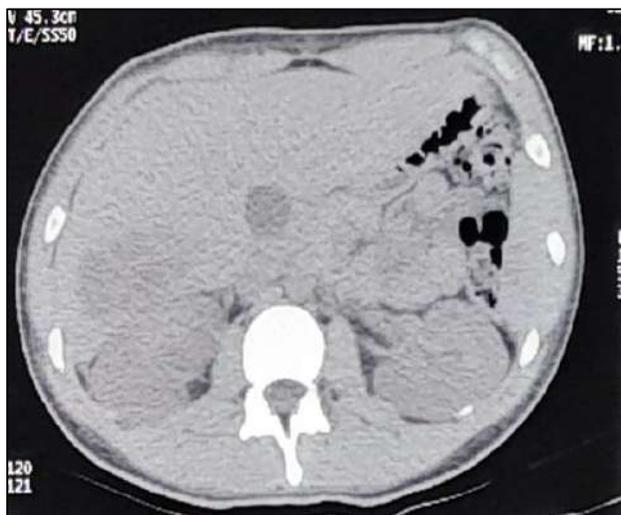
Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

además de un absceso hepático el cual requirió drenaje, evolucionando de forma satisfactoria.

CASO CLÍNICO

Se trata de un masculino de 17 años sin antecedentes que refiera. Acude derivado de otra institución por presentar cuadro clínico de 5 días de evolución por fiebre asociado a dolor lumbar derecho, que se presentó posterior a caída de su propia altura. Se realizó laboratorios donde presentó leucocitosis (Glóbulos blancos 14 mil/mm³) con predominio de neutrófilos (Neutrófilos 84%), cultivos periféricos, ecografía abdominal completa que mostró una imagen hipoecoica en polo superior de riñón derecho, urotomografía simple que mostró imagen hipodensa heterogénea compatible con absceso renal (Figura 1), ante lo cual se decide tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona y amikacina endovenosa.

Ilustración 1 UROTOMOGRAFÍA SIMPLE



Al tercer día del tratamiento médico, presentó fiebre persistente que no cedía con

antipiréticos, con presencia de aumento de leucocitosis (Glóbulos blancos 17 mil/mm³) a predominio de neutrófilos 92%, recabándose resultados de los cultivos periféricos: urocultivo negativo y hemocultivos periféricos con rescate de *Pantoea* sp. con resistencia probable a las betalactamasas, por lo cual se decide rotar antibiótico a imipenem y se solicitó nueva urotomografía simple y contraste endovenoso evidenciándose absceso renal e imagen abscedada en segmento VI hepático. (Figura 2)

Ilustración 2 UROTOMOGRAFÍA CONTRASTADO

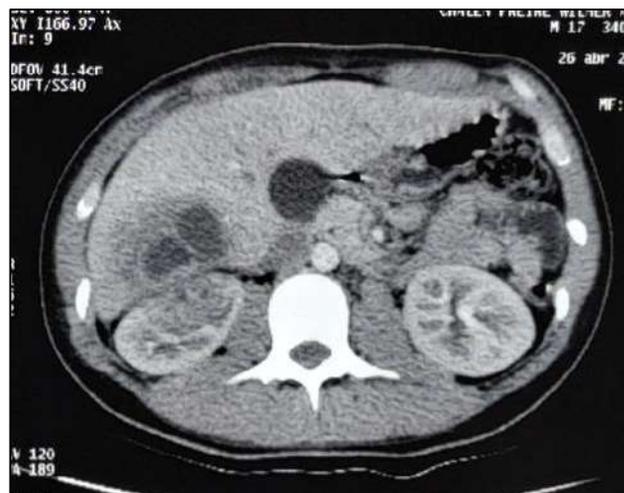


Figura 1: Urotomografía. A) Simple: Se evidencia imagen hipodensa en polo superior de riñón derecho que se correlaciona con imagen hipodensa a nivel de lóbulo hepático derecho. B) Contrastado: En el segmento VI del lóbulo hepático derecho se evidencia una lesión ocupativa hipodensa tabicada con realce capsular periférico que mide 6,5 x 5 cm., está en contacto con el riñón, incluso en el parénquima renal se demuestra un área focal mediamente hipodensa compatible con absceso hepático con afectación al parénquima renal.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Por lo cual se decide de forma conjunta con servicio de cirugía general realizar drenaje hepático percutáneo guiado por ecografía, bajo normas de asepsia y antisepsia, con sedación e infiltración local de anestesia, se realizó con catéter multipropósito de 10 french, punción directa mediante técnica de seldinger en zona de hipocondrio derecho localizando segmento VI hepático obteniendo 20 ml. de material purulento que no pudo cultivarse dada las limitaciones que presentamos en el centro; cuadro clínico que evoluciona de forma favorable tras tratamiento antibiótico dirigido y drenaje de absceso.

El paciente evolucionó de forma estable, mantuvo el drenaje percutáneo por el lapso de 10 días sin salida de secreción y se decide alta médica.

DISCUSIÓN

Pantoea agglomerans, denominado anteriormente como *Enterobacter agglomerans*, es un bacilo aerobio gramnegativo de la familia Enterobacteriaceae. Las especies del género *Pantoea* se pueden aislar a partir de materia fecal, plantas, suelo, así como a través de dispositivos médicos o exposición al polvo. La infección más comúnmente afecta a pacientes inmunocomprometidos y a lactantes asociándose a una alta mortalidad. ⁽³⁾ La prevalencia de esta infección se desconoce de forma exacta sobre todo en las unidades de cuidados intensivos debido a la literatura limitada acerca de este patógeno.

Se ha reportado brotes infecciosos secundario a las infecciones por *Pantoea* como ocurrió en los Estados Unidos en los años setenta. ⁽⁴⁾ En un estudio realizado por Bergman

de 6383 pacientes entre 1994 y el 2005 en los Países Bajos, se notificó colonización por *Pantoea* en 125 pacientes (2 %) sin agrupamiento. Los sitios comunes de colonización fueron la tráquea, el tracto urinario y el tracto intestinal. ^{(4) (5)}

Por su parte Cruz y colaboradores realizaron un estudio de revisión retrospectiva de los resultados de microbiología a partir de sangre, dispositivos, orina, sitios de punción y drenaje de abscesos en un hospital pediátrico en Texas, desde 2000 al 2006, donde se identificó el germen *P. agglomerans* en 88 cultivos de pacientes repartidos de la siguiente manera: 53 en sitios estériles, 26 en esputo, 3 en orina, 3 en hisopado de superficie y 2 de hisopado orofaríngeo, evidenciando los distintos lugares de presentación del germen.

Ante lo descrito previamente, se muestra la diversa presentación clínica de este tipo de infección que van desde síntomas inespecíficos, infecciones localizadas, cutáneas, de huesos, hasta cuadro de bacteriemias como punto de partida de infección en otros órganos o de dispositivos médicos, que se dan especialmente en pacientes inmunocomprometidos o inclusive pueden presentarse como bacteriemia espontánea. En cuanto al diagnóstico, se realiza con la toma de cultivos en muestras de sangre, orina, secreción traqueal y de dispositivos médicos. ⁽⁶⁾

Con respecto al tratamiento se basa en el tratamiento antibiótico dirigido según el reporte del antibiograma. En un estudio de cohorte se evidenció que en el 100% de los reportes de antibiograma resultaron en la sensibilidad a cefotaxima, ceftazidima, piperacilina-tazobactam, imipenem, ciprofloxacina, gentamicina y amikacina, sin embargo, en ciertos casos se requirió el retiro del dispositivo



y/o drenaje del absceso de forma complementaria. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

El caso que exponemos se da ante la necesidad de contar más información acerca del germen, su epidemiología, mecanismos patogénicos, diagnóstico, tratamiento y su impacto clínico en la morbi-mortalidad, siendo de utilidad médica los reportes de estos casos.

En este caso evidenciamos la no relación con comorbilidades previas, la presencia de abscesos múltiples en dos órganos, que presumiblemente pudieron haberse presentado por la íntima relación anatómica de los órganos, además de tener como sospecha la diseminación hematológica, sin poder esclarecer de forma exacta su mecanismo de diseminación. Además, se pudo demostrar que, tras la detección del germen y el tratamiento antibiótico dirigido, requirió el drenaje del absceso hepático a través de una técnica mínimamente invasiva del foco infeccioso, resultando en una evolución favorable del paciente.

Dentro de nuestras limitaciones fue la dificultad en el estudio bacteriológico de la muestra obtenida del drenaje del absceso hepático, dado que no contábamos con los respectivos frascos de cultivos en la institución. Así como realizar control tomográfico de la lesión por problemas técnicos de la máquina.

CONCLUSIÓN

Como conclusión podemos mencionar que la Infección por *Pantoea* es una infección rara con tendencia a brotes epidemiológicos, donde el compromiso de órganos es evidente. Su presentación clínica es variable y el tratamiento con antibióticos dirigido es primordial, teniendo en cuenta que, en ciertas ocasiones, requiere resolución quirúrgica del foco infeccioso.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ikwinder Preet Kaur, Sindhura Inkollu, Amulya Prakash, Haresh Gandhi, Mohsin Sheraz Mughal, Doantrang Du, "Pantoea agglomerans Bacteremia: Is It Dangerous?", *Case Reports in Infectious Diseases*, vol. 2020, Article ID 7890305, 4 pages, 2020.
<https://doi.org/10.1155/2020/7890305>
2. Büyükcam A, Tuncer Ö, Gür D, Sancak B, Ceyhan M, Cengiz AB, Kara A. Clinical and microbiological characteristics of *Pantoea agglomerans* infection in children. *J Infect Public Health*. 2018 May-Jun;11(3):304-309. Doi: 10.1016/j.jiph.2017.07.020. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28780309.
3. Cruz, A. T., Cazacu, A. C., & Allen, C. H. (2007). *Pantoea agglomerans*, a plant pathogen causing human disease. *Journal of clinical microbiology*, 45(6),



1989–1992.

<https://doi.org/10.1128/JCM.00632-07>

4. Mani, S., & Nair, J. (2021). Pantoea Infections in the Neonatal Intensive Care Unit. *Cureus*, 13(2), e13103. <https://doi.org/10.7759/cureus.13103>
5. Bergman, Klasina A. MD^{*}; Arends, Jan P. MD[†]; Schölvinc, Elisabeth H. MD^{*}. Pantoea agglomerans septicemia in three newborn infants. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 26(5):p 453-454, May 2007. | DOI: 10.1097/01.inf.0000261200.83869.92
6. Kaur IP, Inkollu S, Prakash A, Gandhi H, Mughal MS, Du D. Pantoea agglomerans Bacteremia: Is It Dangerous? *Case Rep Infect Dis.* 2020 Apr 3;2020:7890305. doi: 10.1155/2020/7890305. PMID: 32313708; PMCID: PMC7160720.
7. Asai, N., Koizumi, Y., Yamada, A., Sakanashi, D., Watanabe, H., Kato, H., Shiota, A., Hagihara, M., Suematsu, H., Yamagishi, Y., & Mikamo, H. (2019). Pantoea dispersa bacteremia in an immunocompetent patient: a case report and review of the literature. *Journal of medical case reports*, 13(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13256-019-1969-z>



RESECCIÓN MASIVA INTESTINAL ζ , TRATADA CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA. (VIVIR SIN INTESTINO II)

DR. FERNANDO MONCAYO A.

Líder del departamento de cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón

Docente titular de la facultad de ciencias médicas.

Correo: fernando.moncayoa@ug.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4806-3441>

Guayaquil – Ecuador

DR. JOSE GUAZHCO LIVISACA

Cirujano tratante Hospital Abel Gilbert Pontón

Correo: joseguzhcomejia@hotmail.com

ORCID: orcid.org/0009-0009-3539-7339

Guayaquil – Ecuador

DR. FREDDY OLAYA PACHECO

Cirujano Asociado al departamento de Coloproctología

Hospital Abel Gilbert Pontón.

Correo: olayap@ug.edu.ec

ORCID: orcid.org/0009-00002-6265-5953

Guayaquil – Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 20-27 ISSN 2661–6726

RECIBIDO: 22/10/2023

APROBADO: 12/12/202

RESUMEN

La isquemia intestinal masiva, es una de las urgencias abdominales más letales, pero menos frecuentes de los ingresos hospitalario, aproximadamente 1 por 1000 ingresos según la asociación americana de gastroenterología. La mortalidad es de 70 a 90%, de difícil diagnóstico y tratamiento casi inútil cuando es tardío. En los casos de resección masiva intestinal, es decir más del 70% (dos tercios), se asocia a elevada

mortalidad por deshidratación, pérdida de proteínas y minerales, siendo necesaria la nutrición parenteral total que nos permita mejorar la calidad y expectativa de vida. El objetivo de este trabajo es dar a conocer una alternativa de supervivencia a una patología de difícil diagnóstico, mal pronóstico y mortal, la isquemia intestinal, utilizando nutrición parenteral domiciliaria. En este estudio experimental se considera a tres pacientes que sufrieron dicha patología, con resección masiva



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

intestinal, realizando anastomosis corta y colocación de dispositivo venoso central (implantofix) para la hidratación y nutrición precoz, con resultados positivos, siendo una alternativa terapéutica, mejorando la calidad de vida de estos pacientes e incorporándose a sus hogares y sus labores cotidianas.

Palabras clave: Isquemia intestinal, nutrición.

SUMMARY

Massive intestinal ischemia is one of the most lethal but less frequent abdominal urgencies of hospital admissions, approximately 1 per 1000 admissions according to the American asthmus of gastroenterology. Mortality is 70 to 90%, difficult to diagnose and almost useless treatment when it is late. In cases of massive intestinal resection, ie more than 70% (two thirds), it is associated with high mortality due to dehydration, loss of proteins and minerals, requiring total parenteral nutrition that allows us to improve quality and life expectancy. Home-based parenteral nutrition is a therapeutic alternative for living and integrating into social and working life. The objective of this work is to present a survival alternative to a pathology of difficult diagnosis, poor prognosis and fatal, intestinal ischemia, using home parenteral nutrition. In this experimental study three patients were considered to suffer from this pathology, with massive intestinal resection, performing short anastomosis and placement of central venous device (implantofix) for hydration and early nutrition, with positive results, being a therapeutic alternative, improving quality of life of these patients and incorporated into their homes and their daily tasks.

Keywords: ischemia intestine, nutrition.

INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica aguda es una urgencia abdominal con peor pronóstico¹. Es la causa más letal del síndrome de abdomen agudo², de causa multietiológica, se produce por una interrupción brusca del flujo sanguíneo arterial o venoso del intestino que provoca una inadecuada perfusión tisular y daño celular con graves repercusiones hemodinámica que lleva a la muerte al paciente^{3,4,5}.

Patología poco frecuente, algunos autores consideran que corresponde al 1 por 1000 ingresos hospitalario^{6,7} (Asociación Americana de Gastroenterología 2000), Con una mortalidad elevada (70 a 90%), esto siempre dependerá de: la extensión del daño, el tipo de daño encontrado (que puede variar desde la isquemia, infarto, necrosis, gangrena o perforación), la repuesta a la injuria generalizada del paciente, a los factores de comorbilidad asociados y al retraso en el diagnóstico⁸.

Como antecedente tenemos que por lo común son mayores de 50 años con antecedente de cardiopatías (arritmias, insuficiencia cardiaca, etc.) o ingesta de digitálicos (vasoconstrictor arterial mesentérico)⁹.

La etiología, puede ser de origen arterial y de estos el 50% es por émbolos de origen cardiaco en pacientes con fibrilación auricular, prótesis valvular o cateterismo.^{10, 11,12}

La resección intestinal es masiva¹³ cuando se ha resecado más del 70 % del total de intestino (dos tercios) y solo ha quedado menos del 30%, aproximadamente 80 a 100 cms, se asocia a una levada morbimortalidad por deshidratación,



perdidas de minerales y proteínas; el tratamiento es muy complejo y por ende multidisciplinario.

La estancia hospitalaria de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente es prolongada, siendo necesaria la nutrición parenteral total que nos permite mejorar la calidad y expectativa de vida, pero también conlleva riesgos para el paciente y costos elevados¹⁴.

Las complicaciones de la resección extensa y masiva de intestino delgado por isquemia intestinal pueden ser: 1.- inmediatas. - Insuficiencia renal aguda debido a la mala absorción y la pérdida de líquido intraluminal, pérdida de líquido al tercer espacio y hemorragias. Ascitis quillosa por la gran superficie cruenta que deja la resección masiva. Síndrome de repuesta inflamatoria sistémica por sepsis, debido a traslocación bacteriana. 2.- Tardías. - Repercusiones del Síndrome de intestino corto, deshidratación, desnutrición, etc.

La nutrición parenteral domiciliaria¹⁵ consiste en la administración de soluciones de nutrición parenteral en el propio domicilio del enfermo. Es una de las alternativas terapéuticas para los pacientes que necesitan alimentarse por vía parenteral para poder vivir e integrarse a la vida social y laborar. Una estrategia¹⁶ adecuada deberá tomarse con un equipo multidisciplinario en pro de la mejoría del paciente¹⁷.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo de 3 pacientes que fueron atendidos en la emergencia del hospital Abel Gilbert pontón

entre febrero del 2015 a diciembre del 2016, con diagnóstico de abdomen agudo, en los cuales se realizó resección intestinal masiva por isquemia intestinal y utilización de nutrición parenteral de forma precoz y luego domiciliaria.

El método quirúrgico utilizado fue la resección intestinal masiva con anastomosis duodeno-colónica (1 paciente) y yeyuno-colónica (2 pacientes), con la colocación de dispositivo venoso central para nutrición parenteral domiciliaria.

RESULTADOS

Unos de los cuadros clínico-quirúrgicos más decepcionante para los cirujanos es la isquemia mesentérica masiva. Se analiza los resultados de tres pacientes que ingresaron de emergencia con diagnóstico de abdomen agudo, con dolor abdominal severo, náuseas vómito, fríos pálidos y sudoroso, al examen físico del abdomen presenta dolor en todo el contorno, distensión moderada y ruidos hidroaéreos disminuido.

Además, refieren que hace aproximadamente 24 a 48 horas fueron atendido en otra casa de salud donde le administraron analgésicos intravenosos y cedió el dolor en ese momento no presentaban distensión abdominal y realizaban flatos normalmente.

Realizado los exámenes se encontró en las tres pacientes leucocitosis en un rango de 15.000 a 20.000. hematocrito y hemoglobina normales, amilasa y lisas normales. Radiografía mostraba asas intestinales distendidas y edema. Ecografía con líquido inflamatorio libre.

Se procede a realizar laparotomía exploradora encontrando como hallazgos:



Líquido inflamatorio libre en cavidad, isquemia intestinal masiva desde el duodeno a colon transverso en un paciente (Imagen 1), desde una porción de aproximadamente 15 cms del ángulo de treitz a colon transverso en el segundo paciente (Imagen 2), en el tercero encontramos gangrena intestinal desde 10 cms del ángulo de treinta hasta la mitad del colon transverso derecho (Imagen 3).

Ilustración 1 Isquemia intestinal masiva



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Ilustración 2 Isquemia intestinal masiva



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Ilustración 3 Gangrena intestinal masiva



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Se realizó resección intestinal de los segmentos afectados con anastomosis duodeno transversocolónica en un paciente y anastomosis yeyuno transverso colónica en los dos pacientes restantes, con colocación de dispositivo de acceso central (implantofix) para hidratación y alimentación parenteral precoz (Imagen 4,5,6). Pacientes fueron dados de alta hospitalaria con alimentación domiciliaria.

Ilustración 4 Alimentación parenteral (lípidos) por implantofix.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Ilustración 5 Alimentación parenteral en domicilio por implantofix , administración de lípidos.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

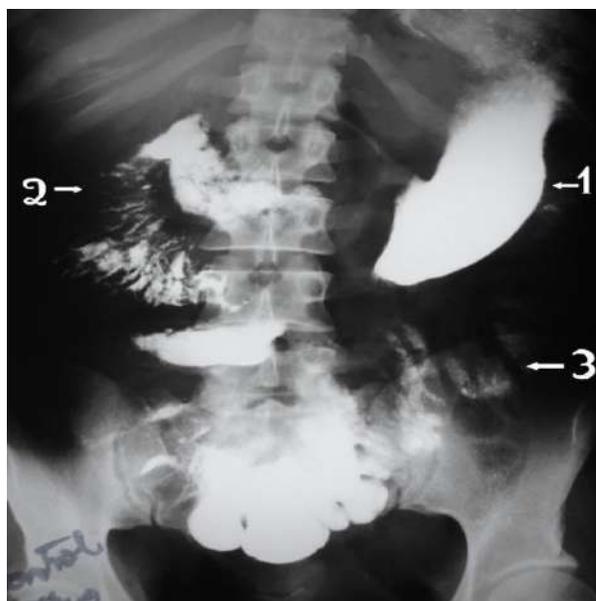
Ilustración 6 Nutrición parenteral domiciliaria



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Se verifico el tránsito corto mediante estudio de tránsito baritado intestinal (Imagen 7,8,9)

Ilustración 7 Tránsito gastro-intestinal postquirúrgico; se verifica contraste que pasa desde duodeno al colon directamente



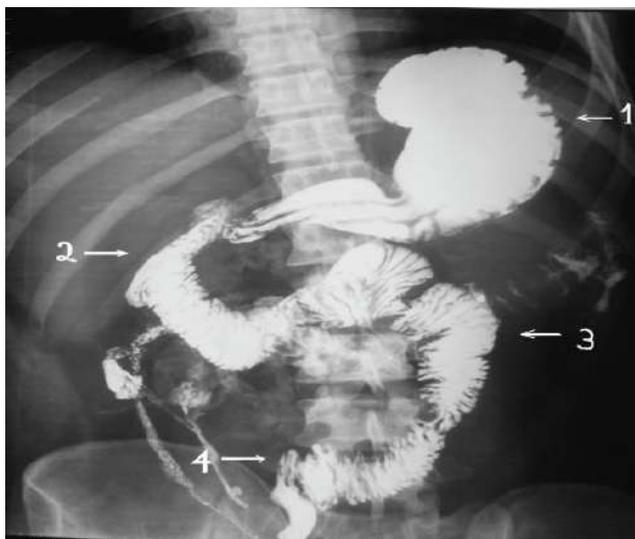
Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Ilustración 8 Tránsito gastro-intestinal postquirúrgica, muestra anastomosis yeyuno-colónica.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Ilustración 9 Tránsito gastro-intestinal, muestra anastomosis yeyuno-colónica izquierda baja.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

DISCUSIÓN

El diagnóstico oportuno de la isquemia mesentérica¹⁸ es de alrededor 25%, esta poca precisión se origina por la discrepancia entre sintomatología del enfermo y los hallazgos en la exploración física en las horas iniciales de instaurado el proceso, lo que se convierte **en una patología contra reloj**¹⁹, donde un algoritmo diagnóstico se impondría^{20, 21}.

La resección masiva se acompaña de una alta morbimortalidad con pérdida cuantiosa de líquido enteral que agrava más el cuadro postquirúrgico²².

En nuestros casos, aunque ninguno de los tres pacientes es añoso ni cardiopatas como condición de una isquemia intestinal masiva, todos presentaron el denominado momento de calma engañosa descrito como sintomatología de esta patología, por lo cual muchos de estos pacientes son enviados erróneamente a su domicilio, haciendo dificultoso su diagnóstico temprano.

En conclusión, la isquemia intestinal masiva es una patología de difícil diagnóstico, por ello de alta mortalidad, la resección intestinal amplia y también masiva complica aún más su estado patológico; dejándonos como cirujano implementar algunas series de maniobras como las anastomosis intestinal cortas, como la **duodeno colónica**, con la alimentación temprana y a largo tiempo con la colocación de un dispositivo de utilidad oncológica (para quimioterapia) como es el implantofix para la alimentación hospitalaria primero y luego



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

domiciliaria, con **buen resultado hasta el momento** como muestra los pacientes enunciados. La nutrición parenteral domiciliaria, utilizadas en algunos países, es un método que mejora la calidad de vida de este tipo de pacientes seleccionados y estables.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS:

No se menciona datos de filiación de paciente ni lugar del evento.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no refieren ningún conflicto de interés en esta obra.

BIBIOGRAFÍA

- Guillen M.- Isquemia mesentérica. Poster S-0399. De la sociedad española de radiología médica. Presentación electrónica. Seram 2014. <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0399>
- Guerra I.- Isquemia intestinal. Revista medisan. 2014. Número 18(3). Pág. 384.
- Nieto C.- Isquemia mesentérica aguda. Manual de protocolos y actuación en emergencia, Jiménez: Cap. 57. Pág. 529. Cuarta edición Editado por Bayer healthcare 2014
- Defelitto J.- Abdomen agudo quirúrgico: vascular. Cirugía, bases clínica y terapéutica 2 edición actualizada Página 1006. Parte VIII. Cap. 1. . De la Universidad nacional de la plata .2013.
- Bumaschny E.- Abdomen agudo: isquémico. Cirugía, fundamento para la práctica clínico-quirúrgica. Giménez. Parte IX. Capítulo 66. Pág. 739, Editorial medica panamericana. 2014.
- Quezada N.- Enfermedad isquémico intestinal: Isquemia intestinal aguda. Enfermedades de colon recto y ano, enfoque clínico quirúrgico, Héctor Blanco. Tomo 1. Capítulo 68. Pág. 1403. . Editorial AMOLCA 2013
- Tilsed.J.- Directrices: Isquemia mesentérica aguda de la European Society For Trauma And Emergency Surgery. Numero 42. Pág. 253. 2016.
- Dhammaskar S. - Predictors of mortality in acute mesenteric vascular ischemia with bowel gangrene. Rev. International surgery journal: 2016. Numero 3(4). Pág. 1996
- Sabiston.- Abdomen: Isquemia mesentérica. Tratado de cirugía. 19 edición. Sección X. capítulo 48, página 1177. Editorial elsevier 2013.
- Gonzales J.- Síndrome de intestino corto, tratamiento médico-nutricional. Del instituto mexicano del seguro social. 2013
- Rodríguez-Montes J.- Intestino corto: De la resección al trasplante. Revista nutrición hospitalaria. 2014. Número 30(5). Página 961
- Palma-Baro A.- Isquemia mesentérica: Actualización de nuevas técnicas radiológicas para una vieja enfermedad y revisión de signos radiológicos. Rev. Semergen. 2013. Número 39(5). Pág. 279
- Martínez E.- Isquemia mesentérica aguda. Revista radiología... 2016. Número 58. Pág. 83
- Mella-Laborde M.- Neumatosis porto



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

- mesentérica e intestinal: No siempre es lo que parece. Acta gastroenterol latinoamericana: 2014. Número 44. Pág. 246
15. Wanden-Berghe C.- Nutrición parenteral en España durante el 2014, informe del NADYA. Rev. Nutrición Hospitalaria... 2015. Numero 32(6). Página 2380
16. Singler-Morales L.- Isquemia mesentérica: Estrategia actual. Rev. Mexicana de angiología. Vol. 43. 2015. Núm. 1, pág. 14.
17. Arrabal-Duran P.- Nutrición parenteral domiciliaria; satisfacción de los pacientes y sus cuidadores con la unidad de nutrición clínica y el servicio de farmacia. Rev., nutrición hospitalaria. 2014. Número 29(5). Página 1123.
18. Andrew Stanley. Isquemia intestinal. Cirugía del Tracto digestivo Shackelford. Vol. I Cap. 85 Pág. 1075. Editorial Amolca. 2016.
19. Galve-Valle B.- la Isquemia mesentérica aguda: Una patología contra reloj. Rev. El internista, de la sociedad de medicina interna de Aragón, navarra, la rioja, país vasco. Número extraordinario. 2013.
20. Herrero M.- Isquemia mesentérica: Algoritmos diagnósticos y terapéutico. Revista angiología. Vol. 69. 2017. Número 2. Pág. 23.
21. Motta-Ramírez G. Isquemia Mesentérica Aguda: urgencia que exige un abordaje diagnóstico integral. Rev. Anales de Radiología Mex. 2015. Núm. 14. Pág. 66.
22. Ramírez-Prada D.- Síndrome de intestino corto, un caso de readaptación intestinal. Rev. Ciencia de la salud. 2015. Número 13(2). Pág. 319.



"RENACIENDO DEL PELIGRO: HISTORIA DE ÉXITO EN LA REPARACIÓN DE PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR, MAGNÍFICA UTILIDAD ECOCARDIOGRÁFICA".

Reporte de un caso.

DRA. MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Jefe de Unidad Coronaria Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.

Correo: missdosanc@gmail.com

ORCID: orcid.org/0009-0007-8046-9923

Guayaquil – Ecuador

DRA. CECILIA BAQUERIZO SUÁREZ

Médico postgradista de Cardiología, Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

Correo: drceciliabaquerizo@gmail.com

Guayaquil – Ecuador

DR. GEOVANNY MERA BRAVO

Cardiólogo, Servicio de Cardiología, Hospital Abel Gilbert Pontón

Correo: drgeo_mera82@hotmail.com

ORCID: orcid.org/0009-0001-5139-8229

Guayaquil – Ecuador

DR. ALEJANDRO VILLAR INCLAN

Jefe del servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital de Luis Vernaza de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil.

Correo: villarinclan5@yahoo.es

Guayaquil – Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 28-35 ISSN 2661–6726

RECIBIDO: 12/12/2023
APROBADO: 06/01/2024



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

RESUMEN

El pseudoaneurisma ventricular o rotura miocárdica incompleta que puede producir una fuga hemorrágica progresiva de escape sanguíneo al mediastino por una zona estrecha, dicho flujo es contenido por el pericardio, el mismo se encuentra tapizado por formaciones trombóticas, cabe recalcar que la pared de este pseudoaneurisma no contiene pared miocárdica. De cual influyen diversos factores, entre uno de ellos mencionamos a la capacidad de adaptación del pericardio que determina el desenlace clínico ya que pudiese producirse taponamiento cardiaco agudo o eventos tromboembólicos que puede conllevar a la muerte, cuya localización más frecuente es de zona posterior como nuestro caso que fue de localización posterobasal comprometiendo al septum interventricular. Se presenta el caso de una mujer que acude a nuestro hospital e ingresa a Unidad Coronaria por cuadro de insuficiencia cardiaca congestiva con antecedentes de internación en otro centro hospitalario por sospecha de enfermedad autoinmune, realizando múltiples estudios diagnósticos entre ellos biopsia de pleura y pericardio.

En control ecocardiográfico evidenciamos la presencia de un gran pseudoaneurisma del ventrículo izquierdo (VI). La siguiente revisión es de un caso clínico, su diagnóstico ecocardiográfico y el tratamiento quirúrgico correctivo de esta afección.

Palabras clave: Pseudoaneurisma ventricular, complicación iatrogénica post biopsia diagnóstica, corrección quirúrgica de pseudoaneurisma.

ABSTRACT

"Reborn from Danger: Success Story in Ventricular Pseudoaneurysm Repair, magnificent echocardiographic utility." Clinical case report.

Ventricular pseudoaneurysm or incomplete myocardial rupture that can produce a progressive hemorrhagic leak of blood escape to the mediastinum through a narrow area, said flow is contained by the pericardium, it is covered by thrombotic formations, it should be noted that the wall of this pseudoaneurysm does not contains myocardial wall. Which is influenced by various factors, among them we mention the adaptation capacity of the pericardium that determines the clinical outcome since acute cardiac tamponade or thromboembolic events could occur that can lead to death, the most frequent location of which is in the posterior area like ours. case that was posterobasal located compromising the interventricular septum. The case of a woman who comes to our hospital and enters the Coronary Care Unit due to congestive heart failure with a history of hospitalization in another hospital for suspected autoimmune disease is presented. Multiple diagnostic studies were performed, including a biopsy of the pleura and pericardium.

In echocardiographic control we evidenced the presence of a large pseudoaneurysm of the left ventricle (LV). The following review is of a clinical case, its echocardiographic diagnosis and corrective surgical treatment of this condition.

Keywords: Ventricular pseudoaneurysm, iatrogenic complication after diagnostic biopsy, surgical correction of pseudoaneurysm.



INTRODUCCIÓN

El pseudoaneurisma ventricular se define como una perforación de la pared libre del ventrículo, que queda contenido por el pericardio adyacente y por adherencias. Son más frecuentes tras un IM (infarto de miocardio) inferior ¹. El primer pseudoaneurisma cardíaco fue descrito en 1797 por Corvisart y posteriormente en 1967, Roberts y Morrow describieron un pseudoaneurisma ventricular sintomático post infarto agudo de miocardio ².

En la ecocardiografía aparecen como espacios libres de ecos o cámaras extra adyacentes y contiguas con la cavidad del VI (ventrículo izquierdo). El aspecto puede ser similar al de un aneurisma verdadero del VI o un divertículo, pero, a diferencia de lo que sucede en estos dos procesos, en el pseudoaneurisma se observa una pérdida de las tres capas de la pared: endocardio, miocardio y epicardio. Por eso, es más probable encontrar en el pseudoaneurisma una serie de rasgos característicos, como un cuello más estrecho de bordes rasgados, y un flujo bidireccional turbulento (en contraste con los márgenes más lisos y el patrón de flujo más lineal típicos de los aneurismas verdaderos). Sin embargo, no existe un criterio ecocardiográfico aislado lo bastante específico para distinguir con precisión un pseudoaneurisma del VI de un aneurisma verdadero. Los contrastes ecocardiográficos intravenosos pueden resultar muy útiles para delimitar la zona de perforación y extravasación al espacio pericárdico si el paciente está lo bastante estable ¹.

Aunque los pseudoaneurismas son típicamente complicaciones subagudas del IM y pueden sangrar de forma abrupta, un buen porcentaje de pseudoaneurisma están sorprendentemente estables y pasan desapercibidos durante meses e incluso años ¹. Otras causas menos frecuentes son: manipulación de las cavidades cardíacas tras procedimiento quirúrgico y/o diagnóstico, trauma torácico penetrante o cerrado, endocarditis y raramente, tras pericarditis supurativa o por infiltración tumoral.³

En este artículo presentamos una paciente con Pseudoaneurisma del VI post biopsia pericárdica que es un procedimiento diagnóstico.

Caso clínico

Paciente femenina de 38 años de edad, presenta antecedentes de internación en centro hospitalario por diagnóstico de COVID-19, presentado posterior a alta cuadro disnea progresiva la cual se mantiene por 3 meses, reingresa a centro hospitalario por ortopnea, edema de miembros inferiores y astenia marcada,

Durante estancia hospitalaria se sospecha de enfermedad autoinmune por lo que se realizaron estudios complementarios, se evidencia derrame pericárdico y derrame pleural bilateral, poliserositis entre los estudios realizan biopsia de pericardio y pleura a cielo abierto por ventana pericárdica y toracotomía, cuyos resultados reportan pleuritis aguda y crónica severa hemorrágica y pericarditis aguda, crónica severa hemorrágica con vasos congestivos con extenso infiltrado inflamatorio



linfomonoplasmocitario alternando focos de vasos hemorrágicos rodeados por bandas de fibrosis, cumple 15 días de hospitalización con mejoría clínica y es dada de alta.

Aproximadamente 3 Semanas posterior al alta presenta cuadro de insuficiencia respiratoria asociado a insuficiencia cardiaca descompensada por lo que acude a nuestro Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón siendo internada en Unidad Coronaria, a su ingreso se evidencia dolor precordial y torácico bilateral que irradia a región dorsal acompañado de disnea clase funcional NYHA IV/IV, tos persistente y edema leve de miembros inferiores, los laboratorios realizados evidencian anemia leve con hb 10.8 g/dL, péptido natriurético elevado de 12895 pg/ml, enzimas cardiacas negativas, hematuria y proteinuria en uroanálisis; en la radiografía de tórax se muestra cardiomegalia y derrame pleural bilateral; En electrocardiograma taquicardia sinusal, dextrorrotación, complejo QS en cara inferior, sin alteraciones de la onda T y segmento ST. En eco de pleura muestra derrame pleural derecho de moderada a gran cuantía y derrame pleural izquierdo moderado, sospechando de colagenopatía vs enfermedad autoinmune a descartar. Se realiza ecocardiograma transtorácico se evidencia formación aneurismática del VI de 9.5cm x 9.7cm tapizado por trombos con pérdida de la continuidad a nivel perimembranoso septal, además de una miocardiopatía dilatada con FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) 28%. El estudio de líquido pericárdico da como resultado exudado con relación líquido/sérica de LDH 1,8 y proteína 0,7. En ecocardiograma transesofágico (Ilustración 1,2,3) se confirma

pseudoaneurisma de gran tamaño del VI en región basal posterior con flujo bidireccional de 10 cm x 7,22cm tapizado de formación trombótica con pérdida de la continuidad de la región basal y posterior del VI con hipocinesia global e hipertensión pulmonar leve con insuficiencia mitral y tricuspidea leve por lo que se decide resolución quirúrgica.

Ilustración 1 Ecocardiograma Transesofágico. Pseudoaneurisma del VI en su porción septal



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

Ilustración 2 Ecocardiograma Transesofágico. Pseudoaneurisma del VI en su porción septal



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

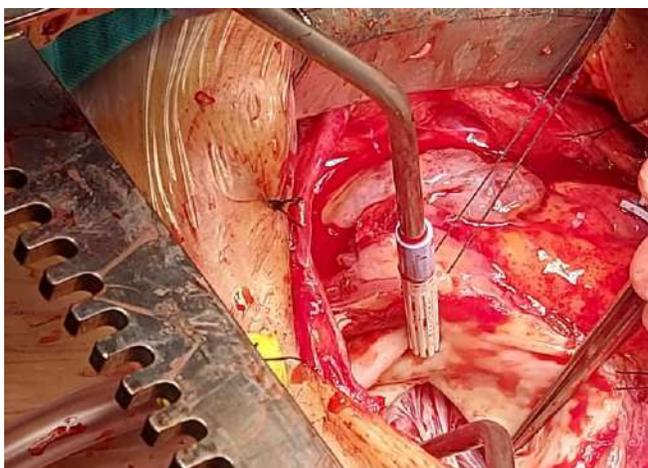
Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
 "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

Ilustración 3 Ecocardiograma transesofágico. Pseudoaneurisma del VI



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
 "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

Ilustración 4 Se puede apreciar el orificio y la inserción del músculo papilar con las cuerdas.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
 "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

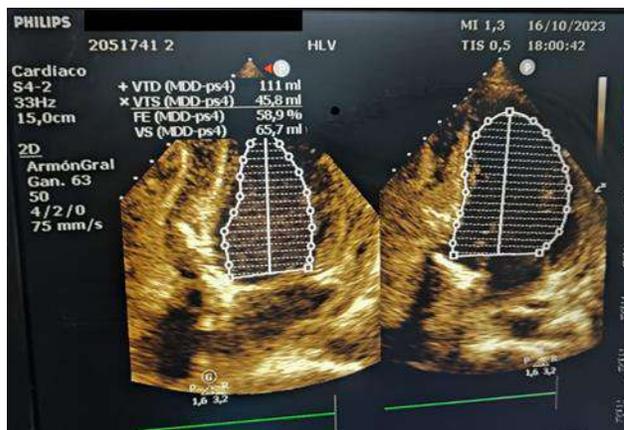
Ilustración 5 Colocando el parche de dacron



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
 "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

El tratamiento consistió en reparación quirúrgica del pseudoaneurisma usando parche de Dacron para tapizar el sitio de ruptura miocárdica cubriendo parte del septum y segmento posterior, se realiza ecocardiograma transquirúrgico.

Ilustración 6 Evidencia mejoría inmediata de la FEVI 58%.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
 "Doctor Abel Gilbert Pontón".
 Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.



Ilustración 7 Lugar donde se colocó el parche de Dacron

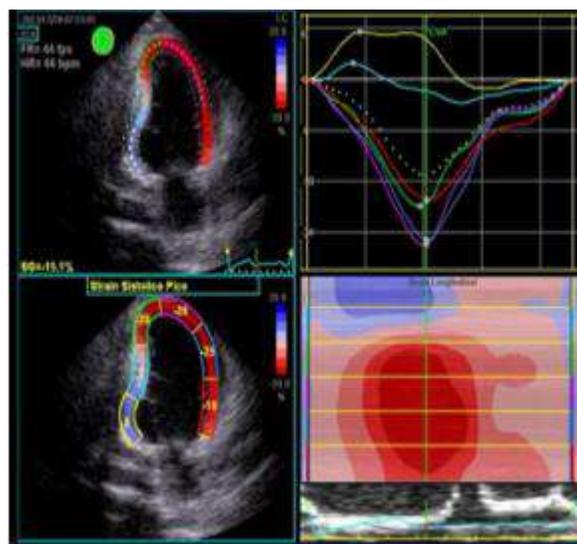


Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

Posterior al alta se realizan controles por consulta externa en nuestro hospital, paciente con mejoría clínica marcada que se evidencia en la tolerancia al decúbito dorsal presentando además cambios beneficiosos en su clase funcional de la NYHA I/IV, en su FEVI al doble en comparación a la FEVI inicial, se mantiene medicación ambulatoria para insuficiencia cardiaca. El control ecocardiográfico 3 meses posteriores al evento muestra trastornos de motilidad en cara inferior con un strain sistólico pico GLPS: -13.5%, mejoría de la FEVI del 44% **ilustración 8 y Fig 9**, ya no se visualiza Pseudo Aneurisma del septum interventricular persistiendo una pequeña alteración morfológica de la pared inferior del VI que se confirma con la deformidad pico longitudinal disminuida a predominio de la pared inferior basal.

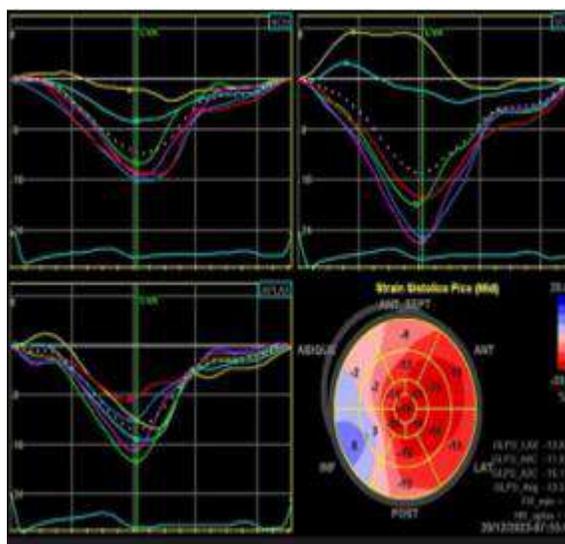
Ilustración 8 Strain sistólico



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

Ilustración 9 Ojo de buey



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Dra. María Sánchez Sánchez.

Ecocardiografía posterior a cirugía donde evidencia área discinética como secuela de reparación quirúrgica **Fig 8 y 9**.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

DISCUSIÓN

Lo interesante de este caso es que la paciente acude con un cuadro de poliserositis el cual le realizan todas las pruebas serológicas e inmunológicas las cuales salieron negativas, se desconoce aún la etiología del síndrome inflamatorio que le conllevó a la disnea de mínimos esfuerzos, su etiología pasó a un segundo plano al momento que se comprometió la hemodinamia de la paciente con el pseudoaneurisma ventricular que desde su inicio dio similar sintomatología de poliserositis por lo que sospecha en una recidiva.

La ecocardiografía sigue siendo la prueba de imagen cardíaca exhaustiva más utilizada y, a menudo, es la primera técnica de elección para la valoración de la estructura y función cardíaca. Comparada con otros métodos de imagen, la ecocardiografía se puede realizar con rapidez, produce muy escasa incomodidad o riesgo al paciente, y aporta información clínicamente importante de forma inmediata con un coste relativamente bajo. Ofrece varios métodos para la evaluación de la función sistólica. Los más comunes siguen siendo la FEVI, calculada como la diferencia entre el volumen telediastólico y el volumen telesistólico dividida por el volumen telediastólico. La FEVI es una de las medidas mejor estudiadas en medicina cardiovascular para el diagnóstico y la estratificación del riesgo.

Se realizaron varios rastreos ecocardiográficos para determinar su estructura e incluso verificar su diagnóstico, para nuestro análisis es de gran relevancia el antecedente de la realización de la biopsia con ventana pericárdica. El pseudoaneurisma se encontraba

muy posterior y basal comprometiendo al tabique interventricular sitio poco frecuente lo que causó grandes dudas de su afiliación fisiopatológica y del compromiso de ambos ventrículos. El eco transesofágico fue definitorio en este caso siendo una herramienta útil para el diagnóstico de pseudoaneurisma y análisis de secuelas quirúrgicas.

CONCLUSIONES

La recolección de datos en la historia clínica fue muy útil en descifrar la etiología del pseudoaneurisma ventricular que fue posterior a la biopsia de pericardio, tanto el ecocardiograma transtorácico como el ecocardiograma transesofágico nos ayudó en la relación topográfica, diagnóstico, mediciones y tuvo una gran relevancia en el pronóstico pre y postquirúrgico.

La técnica quirúrgica fue una difícil decisión por la localización del pseudoaneurisma, considerando el tiempo de bomba de circulación extracorpórea que se requiere para este tipo de cirugía, sin embargo, se logró una corrección exitosa de la lesión.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS:

No se mencionan datos de filiación de paciente ni lugar del evento.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no refieren ningún conflicto de interés en esta obra.



BIBLIOGRAFÍA

1. Braunwald, Tratado de Cardiología, undécima edición, sección VII enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, capítulo 59 infarto de miocardio con elevación del segmento ST: tratamiento, pág. 1123
2. Roberts WC, Morrow AG. Pseudoaneurysm of the left ventricle: an unusual sequel of myocardial infarction and rupture of the heart. Am J Med. 1967;43:639-44.
3. Moreno R, Gordillo E, Zamorano J, Almeria C, Garcia-Rubira JC, Fernandez-Ortiz A, et al. Long term outcome of patients with postinfarction ventricular pseudoaneurysm. Heart. 2003;89:1144-6.
4. Braunwald. Tratado de Cardiología, undécima edición, sección III evaluación del paciente, capítulo 14 ecocardiografía, pág. 174



DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIONES ABDOMINALES

Presentado en el Congreso del Hospital Abel Gilbert Pontón 2021

DRA. PRISCILLA NAVARRETE ROSADO

Médico Residente del Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Correo: Priscilla_michelle2212@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1744-9499>

Guayaquil – Ecuador



DR. ROSADO COELLO LINDEMBERTH

Médico general del Hospital Abel Gilbert Pontón

Correo: linmedi@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8421-0810>

Guayaquil – Ecuador

DRA. KERLY SANTILLAN VERA

Médico General

Correo: drakerlysantillan@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9259-037X>

Guayaquil – Ecuador

Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 36-45 ISSN 2661–6726

RECIBIDO: 15/11/2023

APROBADO: 05/01/2024

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados y complicaciones del drenaje percutáneo de colecciones abdominales, realizados por cirujanos en la Unidad de Emergencia. Se diseñó un protocolo prospectivo a ser aplicado a todos los pacientes con colecciones intra-abdominales que fueron

evaluados en la Unidad de Emergencia del hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón” o que habiéndose diagnosticado en otra unidad fueron derivados para evaluación.

Entre Enero del 2009 a Diciembre 2010 se evaluó 30 pacientes; nuestros resultados demuestran que el drenaje percutáneo de colecciones intraabdominales realizado por cirujanos es un



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

método seguro y eficiente con un bajo índice de complicaciones y un éxito superior al 93% al ser utilizado como único tratamiento asociado a antibióticos. Los resultados fueron, curativo 70% de los casos, paliativo en el 23% de los casos y fracaso 7%.

En muchos casos debería ser considerado el tratamiento de elección, pero hay circunstancias especiales que requieren otros tratamientos específicos. Los abscesos típicos localizados en órganos de parénquimas sólidos y en el seno del peritoneo son fácilmente diagnosticados por los diferentes medios de imágenes y se pueden drenar de manera eficiente.

El tratamiento percutáneo, supone una alternativa válida al tratamiento quirúrgico tradicional, bien como tratamiento definitivo, bien como tratamiento paliativo que nos permite mejorar el estado clínico del paciente de forma previa a la cirugía.

Palabras clave: Colecciones intraabdominales, drenaje percutáneo.

SUMMARY

We report the results and complications of percutaneous drainage of intraabdominal abscesses performed by surgeons at an Emergency Unit. A prospective protocol was designed for its application in all patients with suspected intraabdominal abscesses evaluated at the Emergency Unit of the Hospital Guayaquil "Abel Gilbert Pontón" and to patients transferred from other Units for evaluation.

Between January 2009 and December 2010, 30 patients; our results show that percutaneous drainage of abdominal abscesses performed by surgeons is a safe and efficient method with a low index of complications and a success rate of more than 93% either as the only treatment or associated to antibiotics. The result was curative in 70% of cases, paliative in 23% and fail in 7% .

In many cases, it should be considered the treatment of choice, but there are certain circumstances that require specific approaches and methods. Typical abscesses within solid parenchymal organs or those in the peritoneal spaces can be reliably detected by imaging techniques and efficiently drained.

Percutaneous drainage, has been established as a viable alternative to surgical intervention. This method can resolve the abscess or improve the patient clinical status to undergo elective surgery.

Keywords: Intraabdominal abscesses, percutaneous drainage.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento de las colecciones intraabdominal, abscedada o no, ha constituido un gran problema debido al retraso en su diagnóstico y alta mortalidad. Pero en los últimos años con el gran desarrollo tecnológico en equipos de diagnósticos (Rx, ecografía y tomografías) y catéteres, el DRENAJE PERCUTANEO de las colecciones, ha demostrado su efectividad y seguridad convirtiéndose en una alternativa al tratamiento quirúrgico. Los primeros informes de drenaje percutáneos se remontan a 1979 antes, tiempo atrás, alrededor de 1938 se cumplían con los criterios establecidos de Ochsner y De Bakey es decir el drenaje a cielo abierto.

La literatura mundial reporta un éxito en el procedimiento en más del 80%, sobre todos en colecciones localizado, peritonitis localizadas, abscesos localizados, diagnosticados con método ecográfico y medidos con métodos tomográficos, experiencia del médico cirujano o radiólogo intervencionista, que haya una ruta segura sin atravesar asas intestinales, vísceras



solidas o cavidades estériles como pleura y por último parámetros de coagulación normales.

Indicaciones del drenaje percutáneo:

- a) Colecciones viscerales. - Hígado (absceso amebiano, piógeno, hematomas infectados, quistes) ^{fotos 1, 2.} Bazo (abscesos, quistes, hematomas) ^{fotos 5, 6.} Páncreas (Pseudoquiste, absceso).
- b) Colecciones intraperitoneales. - Colecciones postquirúrgicas ^{fotos 3, 4,} biliomas, absceso pélvico, absceso peridiverticular, abscesos asociados a apendicitis, abscesos sub-hepáticos y subfrénicos, etc.
- c) Colecciones retroperitoneales. - Abscesos perirrenales, abscesos del psoas, etc.

Contraindicaciones del drenaje percutáneo:

- a) Que la colección se encuentre cerca de estructuras vitales.
- b) Que la colección a ser drenada sea de difícil acceso.
- c) Paciente con coagulopatía (relativa)
- d) Quiste hidatídico (relativa)
- e) Hematomas coagulados
- f) Tejidos necróticos que requieran desbridamiento
- g) Imposibilidad del paciente para colaborar.
- h) Inestabilidad hemodinámica
- i) Embarazadas.

Causas más frecuentes de fracaso de drenaje percutáneo:

- a) Hematoma coagulado
- b) Flemón
- c) Tumor subyacente
- d) Asociación absceso-fístula
- e) Asociación absceso-cuerpo extraño.

Ventajas y desventajas de la tomografía y la ecografía en la utilización del drenaje:

TOMOGRAFÍA

Ventajas. - Sensibilidad el 98%. Imágenes más simples de comprender. Excelente visualización de vísceras profundas. El gas intestinal y el hueso no interfieren en las tomas.

Desventajas. - Procedimiento más lento. Es más caro. Difícil de conseguir angulaciones en el procedimiento de drenaje.

ECOGRAFÍA

Ventajas. - Sensibilidad del 80%. Costo bajo. Es rápida y de tiempo real. Mayor facilidad para conseguir diferentes angulaciones en el procedimiento. No utiliza radiación.

Desventajas. - Los gases intestinales y los huesos provocan interferencia en las tomas

MATERIALES Y METODOS.

Mediante la utilización de un protocolo prospectivo (Datos de filiación y criterios de Inclusión), se realiza la recolección de datos de los pacientes que van a ser sometidos a Drenaje percutáneo de colección intraabdominal, de enero del 2009 a diciembre 2010 (dos años de experiencia).

Criterios de inclusión:

-Paciente estable con masa palpable en uno o dos cuadrantes del abdomen.

-Paciente inestable, con masa palpable en uno o dos cuadrantes, con contraindicación quirúrgica.

-Absceso localizado, encapsulados demostrado por TAC.



-Que haya continuidad total o parcial del tubo digestivo o conductos accesorios.

-Ecografía que revele nivel líquido localizado.

-Tomografía de abdomen con o sin contraste en dos proyecciones.

-Coagulograma dentro límites normal.

-Medico intervencionista con conocimiento de imágenes y anatomía.

Preparación del paciente para el drenaje percutáneo:

- Profilaxis con antibióticos adecuados
- Analgesia y sedación previa al procedimiento
- Evaluar el estado de la coagulación del paciente, mediante TP, TPT y conteo de plaqueta.
- Ayuno previo de 6 a 8 horas.
- Monitorización: EKG, pulso, presión arterial y Oximetría.

Procedimiento:

- 1.- Cumplir con los criterios de inclusión.
- 2.- Cirujano se debe de proteger para evitar contaminación (bioseguridad)
- 3.- Se realiza asepsia de área quirúrgica, colocamos campo estéril, se infiltra en el lugar escogido por ecografía o tomografía, donde se realiza pequeña incisión, introducimos el drenaje por punción dirigida con el ecógrafo o por visualización de tomografía.
- 4.- al comprobar la salida de líquido, se introduce unos centímetros más el drenaje el cual se fija con hilo de sutura y se conecta a una funda recolectora.

Los estudios que se deben de realizar al líquido extraído deben ser:

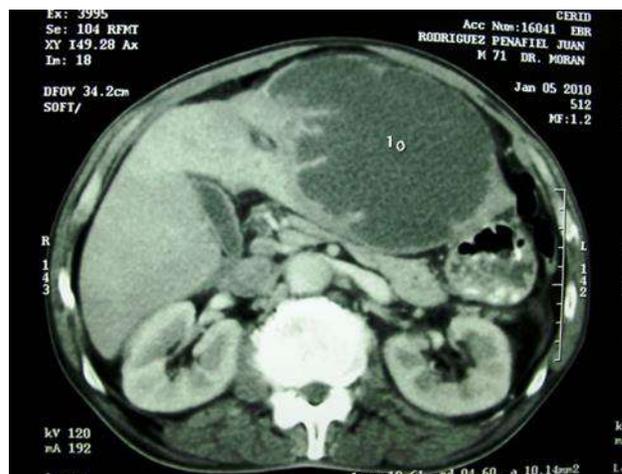
- Bioquímico

- Citológico
- Cultivos y antibiograma
- Gram.

EL PROCEDIMIENTO SE LO UTILIZÓ EN:

1. Absceso hepático

Ilustración 1 Tomografía con absceso hepático del lóbulo derecho



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Ilustración 2 Drenaje mediante introducción de sonda Nelaton y extracción de líquido purulento



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

2. Colecciones por complicaciones postquirúrgica, fístulas

Ilustración 3 Tomografía con imágenes de colección líquida días después de apendicetomía



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Ilustración 4 Drenaje con sonda nelaton de material fecal, producto de una fístula intestinal luego de una apendicetomía



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil

"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

3. Hematoma intraabdominal localizados, sin compromiso hemodinámico

Ilustración 5 Tomografía abdominal con Hematoma esplénico localizado sin compromiso hemodinámico



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Ilustración 6 Introducción de sonda nelaton para extraer liquido hemático (sangre) en paciente con trauma esplénico crónico



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

RESULTADOS

Se realizó punción percutánea en 30 pacientes en el lapso de 2 años de los cuales 72% eran del sexo masculino y 28% del sexo femenino, con una edad promedio de 35 años.

El germen más frecuente aislado fue la **Escherichia coli** 71% (**Resistente** a la ampicilina, cefazolina, ciprofloxacina, trimetoprima y **Sensible** a la amikacina, imipenem, ceftriaxona, gentamicina, clindamicina, aztreonam, ertapenem). Otro germen aislado fue: Enterobacter 18%, Klebsiella pneumoniae 8%, Staphylococcus aureus 2%, otros 1% (sensibles al imipenem, amikacina, clindamicina).

Recibieron todos antibioticoterapia con ceftriaxona o imipenem y amikacina o gentamicina, solo el 15% requirió triple esquema con metronidazol o clindamicina. La sintomatología clínica remitió en la mayoría de

los pacientes (93%) a las 48 horas luego del drenaje percutáneo. Y reapareció en 23 % de los casos, por lo cual requirió un tercer esquema y otro tipo de tratamiento, drenaje quirúrgico.

Los pacientes fueron diagnosticados en primera instancia mediante la **ecografía** y ratificado con **tomografía** para su localización exacta, composición y tratamiento. La ecografía fue utilizada en el procedimiento solo en un 65% como auxiliar en el procedimiento. El promedio de volumen de las colecciones fue de alrededor de 1500 CC.

Una vez comprobado mediante TAC de control la resolución de la colección. la mejoría clínica y flujo de salida menor a 10cc diario por dos días consecutivos, se procedió a retirar el drenaje, para 24 horas luego darse de alta a los pacientes y su valoración por consulta externa. No hubo complicación imputable al procedimiento.

Tabla 1 Colecciones establecidas en cinco grupos según su localización y etiología

LAS COLECCIONES SE LAS ENCASILLO EN CINCO GRUPOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN Y ETIOLOGÍA:

Abscesos de órganos retroperitoneales	6 pacientes.
Abscesos de vísceras solididad abdominales	8 pacientes.
Colecciones postquirúrgica	11 pacientes
Absceso de vísceras huecas.	2 pacientes
No determinados	3 pacientes



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Tabla 2 Los síntomas predominantes de ingreso

Los síntomas predominantes de ingreso de los pacientes fueron:

Síntomas	Porcentaje
Dolor abdominal	100%
Alza térmica	75%
Náuseas, vómitos	60%
Taquicardia con hipotensión	40%
Otros	10%

Tabla 3 Sintomatología de los pacientes

El procedimiento produjo como resultado en los síntomas de los pacientes:

Mejoría	93%
No mejoría:	7%

Tabla 4 Germen aislado en la muestra de líquido extraído

Escherichia coli	71%
Enterobacter	18%
Klebsiella	8%
Multibacterial	3%

Ventajas del drenaje percutáneo:

- Baja morbi-mortalidad (evita cirugía y sus riesgos)
- Recuperación más rápida
- Menor tiempo hospitalario y menor costo.

Ilustración 7 Resultado final del procedimiento

Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil



"Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Dra. Priscilla Navarrete Rosado

DISCUSIÓN

Durante muchos años la cirugía abierta fue el método de diagnóstico y tratamiento de las colecciones intrabdominales y retroperitoneales con resultados diversos.

La utilización de la punción percutánea en colección abdominal (primeros reportes en 1979) e incluso en retroperitoneales como los abscesos del psoas, es una alternativa válida para evitar una intervención quirúrgica, es de fácil aplicación, baja mortalidad y costo bajo. Hace mucho tiempo atrás el tratamiento de absceso y colecciones eran realizado siempre con drenaje quirúrgico a cielo abierto siguiendo los criterios establecidos por Ochsner y DeBakey en 1938 (drenar y remover tejidos desvitalizados).

Actualmente la posibilidad de contar con ecografía y TAC se puede realizar un diagnóstico precoz de la colección, drenaje inmediato con disminución de riesgo de infección y con ello mejor el cuadro clínico del paciente.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

En concordancia con la literatura internacional podemos concluir que el Drenaje Percutáneo, es una técnica segura y con buen resultado, baja morbi-mortalidad, evitando cirugías mayores y anestesia general, con recuperación más rápida con menor tiempo y costos hospitalarios; pero, siempre teniendo en consideración que el médico intervencionista debe de estar familiarizado con la técnica, la interpretación de imágenes y gran conocedor de la anatomía abdominal.

Algunos estudios han obtenido muy buenos resultado con el drenaje percutáneo más la aplicación de fibrinolítico, con la desventaja que no puede ser aplicado en pacientes con sangrado activo, o con problemas de coagulación, accidentes cerebro-vasculares hemorrágicos el embarazo y la lactancia además del costo elevado del fibrinolítico y la dificultad para adquirirlo en nuestro medio (urocinasa).

CONCLUSIONES

La expectativa de esta técnica dependerá de la causa original de la colección, la presencia o no de secreción purulenta y el grado de infección; el drenaje es eficaz en el tratamiento de colecciones o absceso que no se han diseminado. Las complicaciones serán las apariciones de abscesos o colecciones recurrentes (reaparición del problema), que en el procedimiento ocurra una ruptura a cavidad con diseminación o generalización del proceso o que ocurra una perforación de víscera hueca o vaso sanguíneo con hemorragia activa.

En nuestro estudio de 30 pacientes, 28 experimentaron mejorías clínicas significativa a

las 24 a 48 horas luego del procedimiento y fueron dado de alta médica en un promedio de 7 a 10 días; 2 casos no se obtuvieron mejoría y se intervinieron quirúrgicamente de forma inmediata y dados de alta en un promedio de 15 – 20 días. Es decir que la efectividad de la técnica es de un 93 %, es de fácil aplicación en manos de un cirujano o imaginólogo experimentado y seguro con bajo margen de complicaciones, costos bajos y con disminución del tiempo hospitalario. Esta técnica evita nuevas incisiones (relaparotomía), evita el riesgo de anestesia general y mejor tolerada por el paciente.

El tratamiento percutáneo de las colecciones abdominales y retroperitoneales (absceso del psoas) es una alternativa válida al tratamiento quirúrgico tradicional, tanto como tratamiento definitivo como tratamiento paliativo, tal como hemos visto en este trabajo; también nos permitió mejorar el estado clínico de los pacientes que necesariamente tenían que ser intervenidos quirúrgicamente.

En la actualidad el manejo quirúrgico a cielo abierto de las colecciones abdominales se reserva solo para aquellos casos en los cuales el drenaje percutáneo es inapropiado o fue insatisfactorio.

**Fotos: Dr. Fernando Moncayo A
RESPONSABILIDADES ÉTICAS:**

No se menciona datos de filiación de paciente ni lugar del evento.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no refieren ningún conflicto de interés en esta obra.

BIBIOGRAFÍA



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

1. **Bertel C, Van Heerden J.** Tratamiento de absceso hepático piógeno: Cirugía vs drenaje percutáneo, Arch Surg 1986 N° 121, Pág. 554.
2. **Beraudo M, Chaw O.** Drenaje percutáneo guiado de absceso intracavitario. Rev. Erg. Cirug 1997, N° 73, Pág. 137 – 139.
3. **Castro M, Eulufi A.** Drenaje percutáneo de abscesos intra-abdominales (AIA) guiado por TAC. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 56, N° 4, Junio 2004; pág. 346 – 349.
4. **Catan F, Altamirano C.** Drenaje percutáneo de colecciones intra-abdominal guiado por ecografía en Unidad de Emergencia. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 55, N° 1, Febrero 2003; Pág. 20 – 24.
5. **De Gregorio M, Miguelena J.** Drenaje de colecciones abscesificadas abdominales. Cir. Española. 2005; 77 (6), pág. 315 – 20.
6. **Fernández A.** Drenaje Percutáneo de Colecciones Abdominales. Monografia.com. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Carlos Manuel Céspedes. Bayamo – Cuba. 2005.
7. **Gerzof S, Johnson W.** Drenaje percutáneo de abscesos abdominal con catéter. N Engl J Med. 1998; N° 305, Pág. 653 – 7.
8. **Giménez M, Suarez Anzorena F.** Drenaje percutáneo de absceso intra-abdominales. Rev. Arg. Cirug 1996; N° 70, Pág. 188 – 192.
9. **Hemming A, Davis N.** Cirugía versus drenaje percutáneo en abscesos intra-abdominal. Am J Surg . 1991, N° 161, pág. 593 – 5.
10. **Lopera J, Toro N.** drenaje percutáneo de colecciones abdominales. Rev. IATREIA, Vol. 8, N° 3, Septiembre 1995; Pág. 107 – 111.
11. **Macías Ma.** Manejo guiado por ecografía de las colecciones del área pancreática. Rev. Española Eco-Digestiva N° 27. Suplemento III Pág. 1 – 5.
12. **Pitt H.** Manejo quirúrgico de absceso hepático. World J Surg. 1990 N° 14 Pág. 498.
13. **Rendón P.** Valoración del drenaje percutáneo guiado por ecografía del absceso abdominal no parenquimatoso. Rev. Española de Eco-Digestivo 2001. N° 3. Pág. 1 – 5.
14. **Rendón U.** drenaje de colecciones abdominales indicaciones y resultados. RAPD ONLINE Vol. 31 N° 2. Mayo - Agosto 2008.
15. **Serra E, Uffelman M.** Procedimiento percutáneo para el diagnostico y tratamiento de las colecciones post-operatorias. Resumen del Hospital Escuela “José Francisco de San Martín”. Corriente Argentina 2001.
16. **Tejido Sánchez A.** Tratamiento Percutáneo de los Abscesos Retroperitoneales. Actas urológicas española. N° 24, febrero 2000. Pág. 131.
17. **Vansonnenberg E, De Agostino H.** Drenaje percutáneo de absceso abdominal. Rev. Radiology 1991 N° 181. Pág. 617 – 626.



18. **Wall L, Doherty G.** Current Surgical
Diagnosis & Treatment 11 ed. 2003; Pág.
517 – 32.



EMBALADOR CORPORAL (BODY-PACKER)

DR. ALEX CRUZ VELASCO

Cirujano del área de emergencia
Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil – Ecuador.

Correo: dralexcruzv@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2141-6363>

Guayaquil – Ecuador

DR. PEDRO JURADO VASQUEZ

Cirujano del área de emergencia
Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil – Ecuador.

Correo: pedrini28@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0055-4456>

Guayaquil – Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 46-51 ISSN 2661-6726

RECIBIDO: 16/11/2023
APROBADO: 06/01/2024

RESUMEN

Se denomina body-packer, contenedor intracorpóreo o mulas a la ingesta de pequeños paquetes de drogas de abuso como cocaína o heroína de forma oculta, para el transporte ilegal, por lo común de un país a otro. Fue descrito por primera vez en 1973 por Dietel en un paciente con obstrucción intestinal que había ingerido un condón con droga.

Lo más usual es que se presente de forma asintomática en un 90%, pero puede ocurrir que presente complicaciones (10%) como obstrucción, perforación o complicaciones tóxicas en el caso de ruptura de capsula intraluminal.

El método más efectivo y el usual de diagnóstico es la radiografía simple de abdomen (85 – 90% de sensibilidad y especificidad) aunque también se puede utilizar la ultrasonografía y la

tomografía computarizada.

Se trae a discusión un paciente que ingresa a un hospital público de tercer nivel asintomático, traído por servidores policiales, al ser encontrado en un aeropuerto rumbo a Europa, detectándose por la negativa a ser revisado y nerviosismo a realizar el interrogatorio. Se observa que pasa por todos los pasos que normalmente incurre una persona que lleva drogas en su interior (body-packer) desde el aeropuerto donde fue aprehendido hasta la sala de hospitalización en la emergencia, observación quirúrgica, quirófano, sala de hospitalización postquirúrgica, y alta hospitalaria.

Palabras clave: Embalador corporal, mula.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

SUMMARY

It is called body-packer, intracorporeal container or mules to the hidden ingestion of small packages of drugs of abuse such as cocaine or heroin, for illegal transportation, usually from one country to another. It was first described in 1973 by Dietel in a patient with intestinal obstruction who had ingested a condom containing drugs.

The most common thing is that it presents asymptotically in 90%, but it may occur that it presents complications (10%) such as obstruction, perforation or toxic complications in the case of rupture of the intraluminal capsule.

The effective and usual diagnostic method is simple abdominal radiography (85 - 90% sensitivity and specificity) although ultrasonography and computed tomography can also be used.

A patient who enters an asymptomatic third-level public hospital is brought up for discussion, brought by police officers, upon being found at an airport heading to Europe, detected by the refusal to be examined and nervousness about carrying out the interrogation. It is observed that he goes through all the steps that a person who carries drugs inside (body-packer) normally incurs from the airport where he was apprehended to the emergency hospitalization room, surgical observation, operating room, post-surgical hospitalization room and hospital discharge.

Keywords: Body packer, mule.

INTRODUCCIÓN

La ingesta de pequeños paquetes de drogas de abuso como cocaína o heroína de forma oculta, para el transporte ilegal, por lo común de un país a otro se denomina body-packer,

contenedor intracorpóreo o mulas, fue descrito por primera vez en 1973 por Dietel en un paciente con obstrucción intestinal que había ingerido un condón con droga; es una de las causas médicas poco frecuentes de ingresos en un servicio de urgencias (4) de los hospitales públicos (12), pero que no está exenta de complicaciones (1) (2).

El principal síntoma que se manifiesta es el dolor abdominal agudo por ileoparalítico mecánico o por sobredosis de drogas por ruptura del paquete de droga por lo que puede fallecer en forma súbita por absorción masiva del producto; el diagnóstico se realiza mediante una radiografía simple de abdomen con una sensibilidad y especificidad que llega al 90%, pero en algunas ocasiones se ha recurrido a la tomografía computarizada sobre todo para la localización en el tubo digestivo (3).

Las capsulas de drogas suelen ser envueltas en látex, goma, dedos de guantes, papel aluminio o celofán para ser ingeridos por el tracto gastrointestinal aun algunas veces se utilizan otras vías de transportes como el recto o la vagina denominándose body-pusher; la denominación de body stuffer o del tragador rápido se da a los sujetos que tragan la capsula de droga antes de ser sorprendido por los agentes de la ley. Algunas veces se han creado bolsillos creados quirúrgicamente en la piel (6)

Los sintomáticos obstructivos se debe a que el tamaño del paquete o la aglomeración de ellos dificultan el tránsito gastrointestinal, sobre todo en el píloro (5) y la válvula ileocecal

Radiológicamente se puede observar la presencia de objetos o cuerpos extraños radiopacos redondeados u ovalados en el tracto intestinal y se puede ver el "signo de la roseta" o



imagen formada por el aire atrapado en el nudo del preservativo y el "signo del doble preservativo, o imagen formada por el aire atrapado entre las capas de látex, que los hacen más visibles. Hay que tener mucha acuciosidad de observar desde el estómago hasta el recto. (7). La tomografía computada, además de observarse las capsulas o cuerpos extraños se puede revelar ocupando el marco colónico casi por completo, con irregularidad en sus contornos, presentado el signo del «jigsaw» o rompecabezas, que ha sido reportado en la literatura y que se origina como producto de láminas de aire intestinal entre el empaquetado y el mesenterio (8)(10).

CASO CLÍNICO

Se trae a discusión un paciente, de sexo masculino 37 años de edad, nacionalidad extranjera, que ingresa a un hospital público de tercer nivel asintomático, traído por servidores policiales, al ser encontrado en un aeropuerto rumbo a Europa, detectándose por la negativa a ser revisado y nerviosismo a realizar el interrogatorio. Se realizó exámenes de control, radiografía para comprobar la presencia del cuerpo extraño tipo capsulas, ovaladas, luego se realiza una tomografía simple para observar la distancia del recorrido de las capsulas de droga.

Se realiza canalización de vía periférica, administrándose por vía oral polietilenglicol como laxante, se realiza observación exhaustiva en el área de emergencia para luego de 10 horas el paciente presentar dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, distensión

abdominal, náuseas y vómitos con un estado de sensorio normal.

Se lo ingresa a quirófano con el diagnóstico de obstrucción intestinal por cuerpo extraño. En el acto quirúrgico se observa como hallazgos apilotamiento de cuerpo extraño a nivel de la válvula ileocecal con edema y distensión de asa intestinal. Se procede a realizar enterotomía y extracción de capsulas con maniobra de ordenamiento intestinal. Paciente es trasladado a sala de recuperación con monitorización y luego de 8 hora se lo traslada a sala de hospitalización donde se le da de alta a los 4 días sin complicaciones.

Ilustración 1 Radiografía. Presencia de capsulas



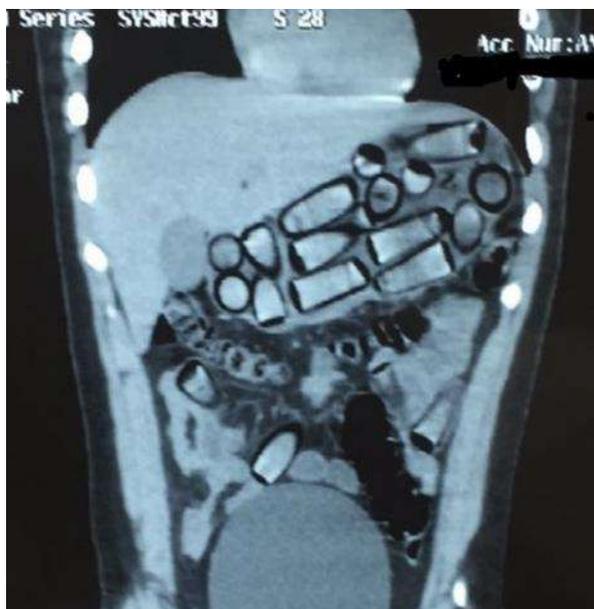
*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".*

Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Ilustración 2 TAC Presencia de capsulas cocaína



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Ilustración 3 Extracción de capsulas de cocaína



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

DISCUSIÓN

El body-packer o mula, es una práctica peligrosa con graves repercusiones médico-legales donde se ponen en juego la libertad de la persona como también su vida.

Puede presentarse en la sala de urgencia en dos formas:

1.- Asintomático. lo más usual.

2.- Sintomático:

a) Cuadro patológico intestinal: obstructivo mecánico, o perforativo.

b) Cuadro tóxico o intoxicación masiva.

En un 85 - 90% de los casos son asintomático, dejando el 10 % a las complicaciones. Cuando presentan síntomas tóxica por ruptura de la capsula cocaína el paciente ingresará con agitación extrema, midriasis, diaforesis, taquicardia, hipertermia, hipertensión, convulsiones, delirium. A diferencia de la ruptura de capsula por heroína donde habrá miosis, depresión respiratoria, edema pulmonar agudo, disminución progresiva del estado de conciencia hasta llegar al coma.

En los pacientes asintomáticos una vez que se lo diagnostica se utilizara un laxante como el polietilenglicol (4 litros en 24 horas) para la evacuación de las capsulas; el retraso en la evacuación no debe superar los 5 días, en ese caso se indicara la evacuación quirúrgica. En los casos sintomáticos como perforación u obstrucción la intervención quirúrgica urgente es la de primera elección (11) (13).

El paciente en discusión, se observa que pasa por todos los pasos que normalmente incurre una persona que lleva drogas en su interior (body-packer) desde el aeropuerto donde fue aprendido hasta la sala de hospitalización en la



emergencia, observación quirúrgica, quirófano, sala de hospitalización postquirúrgico, y alta hospitalaria.

Fotos y colaboración: Dr. Fernando Moncayo A.
RESPONSABILIDADES ÉTICAS:

No se menciona datos de filiación de paciente ni lugar del evento.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no refieren ningún conflicto de interés en esta obra.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cappelletti S, Piacentino D, Ciallella C. Systematic Review of Drug Packaging Methods in Body Packing and Pushing: A Need for a New Classification. *Am J Forensic Med Pathol.* 2019 Mar;40(1):27–42. <https://10.1097/PAF.0000000000000436>
- 2.- Ruoyang T, Tianji C. Smuggling of drugs by body packing: Evidence from Chinese sentencing documents. *Int J Drug Policy.* 2021 Apr;90:103022. <https://10.1016/j.drugpo.2020.102732>
- 3.- Rajbhandari B, Shilpakar O, Thapa S, Singh S. Suspicious Case of a Body packer “Mule” in a Low Resource Country: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2021 Jul 1;59(238):585–8. <https://10.31729/jnma.6618>
- 4.- Grewal V, Kapil A. Body Packing: Hiding in Plain Sight. *Journal of Emergency Medicine.* 2022 Jan 1;62(1):101–2. <https://10.1016/j.jemermed.2021.10.013>
- 5.- Laura Camila González-Villarreal. Síndrome pilórico en un body packer. *Rev Colomb Cir.* 2023;38:374-9. <https://doi.org/10.30944/20117582.2141>
- 6.- Ana Isabel Echavarría-Monsalve. BODY-PACKING EN LOS MUSLOS: REPORTE DE CASO. *Rev.Medica.Sanitas* 25 (1): 22-28, 2022
- 7.- Cardona M. Body-packer de cocaína: falso negativo de una exploración radiológica. *Rev. Toxicol.* (2006) 23: 151-153
- 8.- Joaquín Aracena-Aravena et al. Tráfico de drogas y body packing, serie de casos y breve revisión: la experiencia de una tarde. *Rev Chil Radiol.* 2022;28(1). Doi 10.24875/RCHRAD.21000011
- 9.- Rajbhandari B, Shilpakar O, Thapa S, Singh S. Suspicious Case of a Body packer “Mule” in a Low Resource Country: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2021 Jul 1;59(238):585–8. <https://10.5812/iranradiol.4757>
- 10.- Belaunde Clausell A, Rodríguez Rodríguez EE, Romero Reinaldo Y. Diagnóstico por imagen de cuerpos extraños intrabdominales. *Univ Méd Pinareña.* 2021 [acceso: 18/04/2022]; [En prensa]: e671. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/671/pdf>
- 11.- Luis Bestard Pavón. Tratamiento médico del body packer o mulas de drogas. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2023;52(1):e02302267
- 12.- GCK Wong. Management of body packers in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine.* Apr 2005, Vol. 12(2).
- 13.- María Fernanda Mercado. Tratamiento médico del “body packer” entre los años 2014 y 2016 en un hospital universitario del caribe



colombiano. Rev Colomb Cir. 2018;33: 265-71.

<https://doi.org/10.30944/20117582.71>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

CARTA AL EDITOR

DR. OMAR CHUNGATA P.

Cirujano Digestivo. Laparoscópico y Percutáneo

Hospital Abel Gilbert Pontón

Correo: dr_Omar_Chungata@hotmail.com

[ORCID: orcid.org/0000-0001-5585-9523](https://orcid.org/0000-0001-5585-9523)

Guayaquil – Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 5 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero- Junio pp. 52-53 ISSN 2661-6726

RECIBIDO: 15/08/2023
APROBADO: 05/12/2023

CIRUGÍA PERCUTÁNEA

El siglo XX comenzó con el descubrimiento y rápida difusión de los rayos X. El doctor Seldinger en 1953, describió el acceso no quirúrgico a cualquier territorio vascular, lo que permitió la realización de la mayoría de técnicas percutáneas que se llevan a cabo hoy día. La falta de evolución rápida en la parte imagenológica predispuso a la poca evolución de la cirugía percutánea hasta 1970. Pedersen describió el uso del ultrasonido para drenar un absceso renal en 1973. Fue el advenimiento de la tomografía lo que revolucionó este procedimiento.

La cirugía percutánea consiste en procedimientos diagnósticos o terapéuticos con accesos mínimos y guiados por métodos de imágenes, que pueden ser tomografía ecografía o radioscopia. De tal forma la cirugía percutánea se puede utilizar como **procedimientos diagnósticos** en los cuales se identifica la patología en el paciente, pero no se lleva a cabo ninguna otra acción. Su utilidad se encuentra en reconocer la patología, lo que servirá para determinar la terapéutica a seguir. También se puede usar como **procedimientos terapéuticos** en los cuáles además de llegar al diagnóstico, en el proceso siempre se lleva a cabo algún tipo de terapéutica temporal o definitiva.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Beneficios de la Cirugía Percutánea:

1. Menor riesgo de generar una respuesta inflamatoria sistémica persistente o severa producto del trauma parietal por el acto quirúrgico.
2. Menor riesgo de complicaciones propias de las heridas quirúrgicas.
3. Menor necesidad de anestésicos (anestesia general), lo que reduce el riesgo de complicaciones propias de la anestesia.
4. Menor dolor postoperatorio
5. Rápida recuperación lo que se traduce en un menor tiempo de internación y en una rápida re inserción al trabajo.
6. Rápido reinicio de la vía oral.
7. Mejor resultado estético.

Con el pasar de los años, la historia de la medicina nos ha demostrado cómo han ido cambiando los paradigmas, tanto es así, que la célebre frase "a grandes incisiones grandes cirujanos, ya quedó en desuso y obsoleta. Hoy por hoy, se podría decir que es, hasta casi todo lo contrario. Un gran cirujano moderno, debe ser capaz de ofrecer la mayor cantidad de alternativas posibles y ser capaz de realizar una buena parte de los procedimientos más frecuentes en cirugía general de manera mini invasiva.

El drenaje percutáneo se ha convertido en el tratamiento de elección para la mayoría de las colecciones abdominales, sin importar su etiología. Los abscesos abdominales continúan representando un gran problema para los cirujanos, a pesar de los avances alcanzados en métodos de diagnóstico, técnica quirúrgica y antibiótico terapia perioperatoria.

Dr. Omar Chungata P.

Cirujano Intervencionista.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.