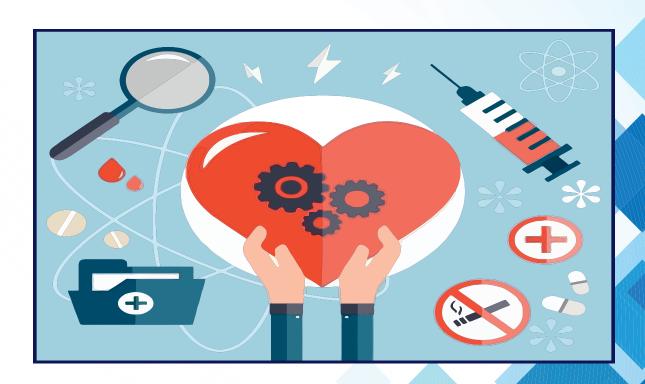


# **APUNTES DE CIENCIA**

## BOLETÍN CIENTÍFICO HGUCR

Volumen 8 · nº 3 · Septiembre - Diciembre de 2018

### ¿QUIÉN Y QUÉ PUEDE SER UN TÉCNICO DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA?





ISSN: 2173-7274

#### APUNTES DE CIENCIA

#### Boletín Científico HGUCR

#### **ISSN:** 2173-7274 Diciembre de 2018

#### CORRESPONDENCIA: Hospital General Universitario de Ciudad Real C/ Obispo Rafael Torija S/N 13005 Ciudad Real

## Tlfno: 926 27 80 00 **PUBLICACIÓN**:

#### Cuatrimestral

**DISEÑO:**José Ramón Muñoz

# Castilla-La Mancha









#### **DIRECTORES CIENTIFICOS**

Mª Antonia Montero (Jefe de Estudios Formación Especializada)
 Fco. Javier Redondo (Coordinador IDFyCB)
 Mª Angeles Tébar (Responsable Calidad)

#### **EDITOR ADJUNTO**

María Palop (Responsable Biblioteca)

#### **EDITORES ASOCIADOS**

Vanesa Aguilar (S. Obstetricia y Ginecología)
Víctor Baladrón (S. Anestesia y Reanimación)
Inmaculada Ballesteros (Facultad de Medicina)
Luis Beato (S. Psiquiatría y Psicología)
Rubén Bernal (Coordinador Enfermería IDFyCB)
José Manuel Pérez (UIT)
Antonio Pinardo (S. Radiodiagnóstico)
Ángel Pozuelo (Biblioteca)
Joaquín Rodríguez (S. Digestivo)
Marian Tébar (Responsable Calidad)
Rubén Villazala (S. Anestesia y Reanimación)

#### **CONSEJO ASESOR**

Miguel Ángel Alañón (S. ORL) Luis Fernando Alguacil (CEU-San Pablo) Francisco Anaya (S. Pediatría) Mª Angeles Anaya (S. Obstetricia y Ginecología) Encarnación Año (S. Atención Usuario) Cristina Arjón (S. Neurología - Enfermería) Irene Arjona (S. Cirugía) María Armenteros (IDFyCB) Natalia Bejarano (S. Pediatría) Victoria Caballero (S. Medicina Preventiva) Carlos Alberto Castillo (Facultad Enfermería Toledo) Ahmed Fouad Dusuky (S. Neurocirugía) Mercedes Estaire (S. Cirugía) Patricia Faba (MIR S. Anestesia) Juan Emilio Felíu (Decano Facultad de Medicina) Esther García (S. Cirugía) Santiago García (UCI - Enfermería) Rosa Ğómez (Resp. Calidad H. U. Niño Jesús) Mª Luisa Gómez (UCI) Carmen González (CÉU-San Pablo) Francisco González (S. Medicina Interna) Alfonso Jurado (S. Hemodinámica) Isabel Mª De Lara (MIR S. Anatomía Patológica) Alberto León (IDFyCB) María León (MIR S. Obstetricia y Ginecología) Jesús C. López (S. Pediatría) Carlos Llumiguano (S. Neurocirugía) Francisco Martín (S. Anatomía Patológica) Alino Martínez (Facultad de Medicina) Asunción Martínez (S. ORL) Ramón Maseda (MIR S. Cardiología) Pablo Menéndez (S. Cirugía. H. Gutiérrez Ortega) Pilar Montalbán (S.S. Pública D.P. Sanidad CR)

José Manuel Morales (S. ORL. H. U. de la Paz) José Ramón Muñoz (UIT) Juan Carlos Muñoz (UCI) Virginia Muñoz (S. Cirugía) Enrique Palomo (S. Pediatría) Pilar Pamplona (S. Neurofisiología) Jesús Piqueras (MIR S. Cardiología) Ana Ponce (S. Cirugía) Mª Isabel Porras (Facultad de Medicina) Alejandro Puerto Puerto (S. Urología) Jorge Redondo (S. Anestesia y Reanimación) Juan Antonio Requena (MIR S. Cardiología) Francisco Rivera (S. Nefrología)
José Rodríguez (MIR S. Psiquiatría. H. Clínico S. Carlos) Julián Rodríguez (S. Urgencias - Enfermería) Pilar Rodríguez (S. Medicina Preventiva) Raimundo Rodríguez (S. Urgencias) Teresa Rodríguez (S. Psiquiatría) Pedro Romera (S. Medicina Preventiva) Ana Rubio (S. Paritorio H. U. Torrejón de Ardoz) Antonio Sánchez Muñoz (S. Obstetricia y Ginecología) Ignacio Sánchez (S. Hemodinámica) Prado Sánchez (MIR S. Pediatría) Sergio Sánchez (MIR S. Anestesia) Susana Sánchez (S. Cirugía) Luis Sáenz (S. Análisis Clínicos. Servicio Salud de Navarra) Juan Luis Santiago (S. Dermatología) José Luis Sanz (MIR S. Anatomía Patológica) Rafael Velasco (A.P. Talavera) Elida Vila (S. Farmacia) José Carlos Villa (S. Oncología Médica) Miguel Ángel Zarca (S. Radiología)

#### **EQUIPO TÉCNICO**

José Ramón Muñoz (UIT) María Palop (Responsable Biblioteca) Ángel Pozuelo (Biblioteca)

#### APUNTES DE CIENCIA

Boletín Científico HGUCR

#### **SUMARIO**

#### Nota del director

4 VII edición de la Jornada Ciudad Real Biomédica. Redondo F.J.

#### **Editorial**

5 ¿Quién y qué puede ser un Técnico de Calidad en una organización sanitaria? *Tébar Betegón, M.A.* 

#### Caso clínico

Linfoma B cutáneo primario tipo piernas.

Fernández González R., Lorenzo Vizcaya A.M., Jiménez Martínez J.L., González Noya A.

#### Imágen del mes

1 Cable a la vista.

Requena Ibáñez J.A., Frías García R., Pérez Díaz P., Jiménez Díaz, J.

#### **Artículo original**

- Efectividad del tratamiento con implante de dexametasona intravítreo en el edema macular secundario a oclusión venosa retiniana.

  Hidalgo Espinosa M.E., Estero Serrano de la Cruz H., Fernández Ruiz A., Hallsteinsdottir, H., Adán Ruiz A., Medina Martín C.
- 15 Impacto de Desgarros Perineales tipo III/IV y sus Factores de Riesgo. López Pérez M., Sánchez Ortiz M., Sánchez Muñoz A., Aguilar Galán V., León Molina M., Gambacorti-Passerini ZM.
- 21 Resultados de una vía de Alta Resolución en la estadificación inicial de tumores del tracto digestivo. Domínguez Ferreras E., Olivencia Palomar P., Gómez San Román M.T., Sánchez Alonso M.

#### VII edición de la Jornada Ciudad Real Biomédica.

#### Redondo F.J.

Un año más, se celebra la VII Jornada de Ciudad Real-Biomédica, organizada por la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real en colaboración con la Facultad de Medicina de Ciudad Real y cuyo objetivo primordial es fomentar el desarrollo y la consolidación del trabajo investigador desde una perspectiva multidisciplinar en la región.

La participación se mantiene creciente tanto en cantidad como en calidad con el paso de las ediciones. En este sentido, me gustaría agradecer tanto al Comité Organizador como al Comité Científico el esfuerzo de selección de los mejores trabajos que conforman las diferentes mesas. También a todos los participantes que con sus propuestas hacen posible que se desarrolle esta Jornada. También animo a un último esfuerzo para que los trabajos puedan ser publicados en revistas de impacto.

Por último acabar agradeciendo la ayuda prestada desde la GAI de Ciudad Real y la Facultad de Medicina de Ciudad Real para la realización del evento, destacando el apoyo que desde la Consejería de Sanidad y la Universidad de Castilla La Mancha se despliega en este tipo de Jornadas e iniciativas en relación a la ciencia y la trasmisión del conocimiento.

Gracias igualmente al Servicio de IDFCyB por facilitar la edición de este número especial, así como a los Laboratorios Novartis y Roxall Group por el patrocinio de la Jornada.



# ¿Quién y qué puede ser un Técnico de Calidad en una organización sanitaria?

Tébar Betegón, MA.

Mª Ángeles Tébar Betegón.

Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente de la GAI-CR.

e-mail: mariantebar@hotmail.com

#### De los alumnos.

No es la primera vez, que al preguntar a un residente a qué se dedica, su respuesta firme es "yo me dedico a curar pacientes". Mi siguiente pregunta es obvia: "¿A cuántos pacientes has curado?". Nunca he obtenido una respuesta a esta pregunta. ¿Si nos dedicamos a algo que no podemos medir, será posible que alguna vez nos planteemos mejorarlo? La responsabilidad no está en el residente, sino en todos los que nos dedicamos a transmitir la importancia de la evaluación de resultados en salud, para poder mejorar la calidad en la asistencia sanitaria.

Hay siempre algún alumno que se atreve a mencionar la función docente o investigadora, pero es excepcional que los profesionales bien en vías de especialización, o bien en el ámbito de la formación continuada, mencionen que dentro de su desempeño diario, se dedican a la gestión de la actividad asistencial, a orientar su desempeño a las necesidades y expectativas de sus pacientes, o a garantizar el menor daño posible al paciente a lo largo de dicha asistencia sanitarias.

#### De las funciones.

Recuerdo una ocasión en la que un compañero, Responsable de Calidad de otra organización, me preguntó: ¿Oye, cuánta gente hace falta en una Unidad de Calidad? Yo le contesté, que en las Unidades que Calidad no hacía falta gente, sino expertos. Igual que en un quirófano hacen falta anestesiólogos, cirujanos, enfermeras instrumentistas, celadores con formación específica... y todos anticipamos lo que sucede cuando estos profesionales no tienen la experticia que se les supone.

Esto me llevó a recordar mi primer puesto de trabajo como técnico de calidad, creo que me pusieron allí porque sabía hacer un poco de muchas cosas y probablemente no cuadraba en ningún sitio salvo en aquel, para el que por cierto todavía hoy no está definido el perfil profesional. Ante la indefinición, en principio, todo es posible. Por ello en la actualidad encontramos técnicos de calidad, enfermeros, médicos, químicos, farmacéuticos, ingenieros o incluso psicólogos. Sigue siendo un reto definir las competencias, aptitudes y actitudes necesarias para ser un buen técnico de calidad. El técnico de calidad debe ser un metodólogo, y me extendería demasiado si mencionáramos los conocimientos que debe tener y mantener actualizados: modelos y herramientas de calidad en la gestión, seguridad del paciente, metodología de investigación, desarrollo y evaluación de provectos, herramientas para la escucha de la voz del paciente...por mencionar algunos.

Sin embargo, en mi opinión, son más relevantes las actitudes, componentes emocionales y motivaciones. La orientación clara a sus clientes, aproximación analítica y critica a la situación actual, pero siempre positiva y como punto de partida hacia

la mejora continua, liderazgo emocional y de experto, capacidad para hacer propios los proyectos de los demás desde la humildad y finalmente las famosas 3 P, paciencia, prudencia y perseverancia.

#### Del desempeño.

La siguiente cuestión que podríamos plantearnos es el para qué, de todas esas competencias. ¿A qué se dedican los técnicos de calidad? La respuesta a esta pregunta no es fácil. Me atrevería a indicar que nuestros clientes son los pacientes, los profesionales y los equipos directivos, y que nuestra razón de ser es la mejora. La mejora de la macro, meso o micro gestión, en función del lugar en el que se desarrolle nuestra actividad. La mejora de la experiencia del paciente, y sin duda, la mejora de la experiencia del profesional, dado que sin su implicación nada de lo que planifiquemos llegaría a tener un impacto en el paciente.

Probablemente una de las situaciones de mayor incertidumbre a las que nos hemos podido enfrentar en algún momento, los técnicos de calidad es el trabajar en una organización en la que no estuviera claramente definida la estrategia. Sin embargo, es una oportunidad y uno de los provectos más ilusionantes en los que te puedes embarcar, el poder acompañar a los líderes y profesionales en la definición y despliegue de aquello que quieren llegar a ser como organización. Es evidente que cuando no sabes a dónde vas cualquier camino es bueno, pero en nuestro entorno los recursos son limitados. El técnico de Calidad sólo tiene dos recursos: el tiempo y el talento. ¿Podemos permitirnos caminar sin rumbo y probablemente sin apoyo en la mitad del camino, cuando hay otras sendas que claramente deberíamos estar transitando? Uno de los pilares fundamentales de nuestro desempeño deberá ser siempre el apoyo a la planificación estratégica.

Otra cuestión frecuente y relacionada con los recursos es: ¿Cuántos técnicos de calidad hacen falta? La respuesta es otra pregunta, ¿Para hacer qué? Primero hay que definir qué somos, qué queremos llegar a ser como organización sanitaria, y posteriormente definir qué recursos se necesitan para conseguirlo.

#### Del desconocimiento.

A lo largo de mi carrera profesional he escuchado como se han referido a los técnicos de calidad de innumerables maneras, mencionaré aquí dos porque siempre las mantengo en mi memoria:

"Los que ponen las cosas en bonito para que

se aprueben", me ilusionó porque venía de un mando intermedio y me permitió anticipar que colaboraríamos en muchos proyectos de mejora, como así sucedió finalmente. El aprendizaje es acoger a todos los que se aproximen a la mejora aunque sólo sea por curiosidad

"Los de la ISO", me entristeció y me hizo reflexionar sobre lo poco que hemos hecho por dar visibilidad a la labor que desempeñan los técnicos de calidad, y el enorme desconocimiento que existe sobre aquello a lo que dedicamos nuestra carrera profesional. El aprendizaje es claramente aprovechar todas las oportunidades para dar visibilidad y evidenciar el valor que genera nuestro trabajo.

#### Del futuro.

Hay una frase que suelo compartir con colegas de este mundo de la gestión sanitaria: "En el camino hacia la excelencia de las organizaciones sanitarias, los técnicos de calidad caminamos hacia nuestra propia autodestrucción". Me ilusiona pensar que llegará un momento en el que la gestión, las diferentes dimensiones y herramientas de la calidad asistencial se incorporarán en los planes formativos de pregrado y se desarrollarán en la formación de especialistas. Directivos y profesionales participarán activamente en el diseño de la estrategia de su organización, y serán los profesionales de primera línea los que liderarán la mejora. Los técnicos de calidad desarrollaremos un papel de acompañamiento experto, pero puntual en ese camino hacia excelencia.

#### Linfoma B cutáneo primario tipo piernas.

Fernández González R.¹, Lorenzo Vizcaya A.M.¹, Jiménez Martínez J.L.¹, González Noya A.¹

#### Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 86 años que consultó por úlceras en región glútea. Atendiendo a sus antecedentes personales se completó el estudio de la lesión, concluyéndose que se trataba de un linfoma B cutáneo primario tipo pierna. El interés del caso radica en la infrecuencia de esta patología, así como el hecho de que no es una entidad incluida habitualmente en el diagnóstico diferencial de las úlceras.

#### Abstract

A 86-year-old woman presented the with gluteal ulcers. Because her personal history we studied the lesion and concluded that it was a primary cutaneous B-cell lymphoma leg type. The importance of this case lies in the low frequency of this pathology as well as the fact that it is not an entity included in the differential diagnosis of ulcers.

Palabras clave: linfoma — cutáneo — célula-B — úlcera. **Keywords:** lymphoma — cutaneous — B-cell — ulcer.

#### Correspondencia:

Raquel Fernández González email: raquelferngonz@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El linfoma cutáneo primario de células B es una entidad con muy baja prevalencia dado que únicamente el 2% de los linfomas primarios son cutáneos; y dentro de éstos, sólo el 25% son de células B. A continuación exponemos el caso de una paciente que debutó con úlceras cutáneas y ante evolución tórpida a pesar de tratamiento antibiótico, fue diagnosticada de linfoma cutáneo tras realizar estudios complementarios.

#### CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 86 años con diagnóstico reciente de plasmocitoma vertebral a nivel D9-D10 tras debutar con dolor lumbar por

compresión medular, asociando pérdida funcional con imposibilidad para la bipedestación y tendencia al encamamiento. Tras tratamiento radioterápico se encontraba libre de enfermedad y en recuperación funcional. Consulta por lesión dolorosa en nalga izquierda de tres meses de evolución progresando hasta formación de úlcera. Ante sospecha de úlcera por presión sobreinfectada, se recogieron muestras del exudado para cultivo y recibió antibioterapia dirigida, presentando evolución tórpida por lo que ingresa para completar estudios con la sospecha de recidiva del plasmocitoma. En el momento del ingreso destacaba en la exploración la presencia de adenopatías en región inguinal izquierda de 2-3 cm y consistencia firme, adheridas a planos profundos, así como una úlcera profunda de 5 cm de diámetro en región perianal izquierda con bordes indurados (figura 1) y otra ulceración en área adyacente al labio mayor vaginal izquierdo de unos 2-3 cm con

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

8 Fernández González R.

características similares al anterior. En las pruebas analíticas presentaba una discreta anemia (Hb 9.9 g/dL) sin alteraciones en las otras líneas, LDH normal, proteinograma normal con una débil banda monoclonal IgG Lambda. Un TC abdominopélvico muestra un conglomerado ganglionar en territorio inguino-femoral superficial y profundo izquierdo y una masa glútea de aspecto infiltrante. Ante ausencia de diagnóstico definitivo tras los estudios realizados (PAAF de adenopatía inguinal, estudio de médula ósea, estudios microbiológicos) se realizaron biopsias múltiples de las lesiones con diagnóstico de linfoma B de alto grado con diferenciación post-centro germinal (CD20+, Mum-1+, Bcl-6+, Bcl-2-, CD138-, CD10-, Ciclina-D1-, CD56-, CD3-, Ki67 90-95%). Se programó para tratamiento radioterápico radical con 50 Gy con fraccionamiento estándar sobre todo el volumen de la enfermedad, recibiendo finalmente una dosis de 42 Gy con evolución favorable. La paciente falleció por otras causas al cabo de varios meses.



Fig. 1. Úlcera profunda en región perianal izquierda con bordes indurados.

#### DISCUSIÓN

El linfoma cutáneo primario (LCP) es aquel linfoma de célula B o T que afecta a la piel sin evidencia de enfermedad extracutánea en el momento del diagnóstico<sup>(1)</sup>, suponiendo el 2% de los linfomas<sup>(2)</sup>. Los LCP tienen un comportamiento y pronóstico diferente al de los linfomas sistémicos, por lo que es importante diferenciar una manifestación cutánea extraganglionar de un linfoma sistémico de un LCP<sup>(1)</sup>. Las lesiones cutáneas se clasifican en función de localización y tamaño. T1: lesión solitaria (T1a < 5 cm, T1b > 5 cm), T2: afectación de una única región corporal o dos contiguas, pudiendo incluir varias lesiones (T2a < 15 cm toda la enfermedad, T2b 15-30 cm, T2c > 30cm), T3: lesiones cutáneas generalizadas (T3a afectando a dos áreas no contiguas, T3b afectando ; 3 áreas  $contiguas)^{(3)}$ ). Los linfomas B cutáneos primarios (LBCP) son mucho menos comunes que los de célula T, representando entre el 20-25% de los primarios<sup>(4)</sup>. La clasificación del LBCP más reciente es la propuesta por la OMS y la EORTC de 2005 donde se diferencian 5 tipos, siendo los principales: Linfoma B cutáneo primario de la zona marginal, linfoma B cutáneo primario centrofolicular y linfoma B cutáneo primario difuso de células grandes tipo pierna (LBCPDCG-TP)<sup>(1)</sup>.

#### CONCLUSIONES

Atendiendo a las características de este caso, lo encuadramos dentro del tipo LBCPDCG-TP dado que es más frecuente en mujeres de edad avanzada afectando exclusivamente a miembros inferiores. Inmunohistoquímicamente presenta negatividad para CD10 y positividad para Mum-1 y Bcl-6. El subtipo LBCPDCG-TP tiene un comportamiento más agresivo y un peor pronóstico, con una supervivencia del 55% a los 5 años<sup>(1)</sup> y una progresión extracutánea en un 30% de los casos<sup>(4)</sup>. El tratamiento de primera línea es quimioterapia (R-CHOP), pero en el caso de lesiones únicas o múltiples limitadas a una sola región, podría considerarse de elección la radioterapia<sup>(5)</sup>.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. Blood 2005;105:3768–85.
- 2. Carrasco PM, Morillo Andujar M, Perez Ruiz C, de Zulueta Dorado T, Cabrera Pérez R, Conejo-Mir J. Linfomas

B cutáneos primarios: estudio de 22 casos. Medicina Clínica 2016; 147(5): 207-210.

- 3. Servitje O, Muniesa C, Benavente Y, Monsálvez V, Garcia-Muret MP, Gallardo F, et al. Primary cutaneous marginal zone B-cell lymphoma: Response to treatment and disease-free survival in a series of 137 patients. J Am Acad Dermatol.2013;69:357–65.
- 4. Senff NJ, Noordijk EM, Kim YH, Bagot M, Berti E, Cerroni L, et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer and International Society for Cutaneous Lymphoma consensus recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas. Blood 2008; 112:1600-9.
- 5. Querfeld C, Guitart J, Kunzel TM, Rosen ST. Primary cutaneous lymphomas: a review with current treatment options. Blood Rev 2003; 17: 131–142.

#### Cable a la vista.

Requena Ibáñez J.A.<sup>1</sup>, Frías García R.<sup>1</sup>, Pérez Díaz P.<sup>1</sup>, Jiménez Díaz, J.<sup>1</sup>

#### Correspondencia:

Juan Antonio Requena Ibáñez email: juan.antonio.requena.ib@gmail.com

Las complicaciones tras el implante de dispositivos de estimulación cardiaca (DEC), incluyendo marcapasos (MP), resincronizadores con desfibrilador (TRC-D) o sin él (TRC-P) y desfibriladores automáticos implantables (DAI) presentan una prevalencia cercana al 10%. En general se asocian a un aumento de morbilidad, costes sanitarios y mortalidad.

Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años portador de un DAI que muestra erosión y exteriorización del dispositivo a través de la piel. Se trata de una complicación relativamente infrecuente que tiene lugar generalmente en pacientes delgados con poco tejido subcutáneo en la zona del implante. Una vez que se compromete la integridad de la piel se debe asumir la infección, incluso en ausencia de síntomas. Por ello, además de iniciar tratamiento antibiótico, debe tratarse de forma agresiva con la extracción de todo el sistema.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Servicio de Cardiología. HGUCR.



Fig. 1. "Decúbito" o exteriorización de parte del dispositivo a través de la piel.

# Efectividad del tratamiento con implante de dexametasona intravítreo en el edema macular secundario a oclusión venosa retiniana.

Hidalgo Espinosa M.E.<sup>1</sup>, Estero Serrano de la Cruz H.<sup>1</sup>, Fernandez Ruiz A.<sup>1</sup>, Hallsteinsdottir, H.<sup>2</sup>, Adán Ruiz A.<sup>1</sup>, Medina Martin C.<sup>1</sup>

#### Resumen

Objetivo: Analizar la efectividad terapéutica de dexametasona intravítrea (IV) a 3 años en 7 pacientes con edema macular (EM) post obstrucción venosa retiniana (OVR). Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 7 pacientes con edema macular tras oclusión venosa retiniana con dexametasona (segunda línea terapeútica al no responder a Bevacizumab). Tras 3 años, se registró tratamiento pautado. Se comparó: agudeza visual (AV), grosor foveal, incidencia de glaucoma y catarata. Resultados: El edema macular recidivó en 6/7 pacientes. Cuatro, recibieron Dexametasona IV, uno Ranibizumab y otro Bevacizumab. La AV mejoró 3 líneas en 1 ojo, 1 se mantuvo igual, y en el resto disminuyó 2,2 líneas. Grosor foveal inicial 238 micras (um) y a 3 años, de 240,16um. De ellos 3/7 pacientes tuvieron catarata y 1/7 glaucoma. Conclusiones: A largo plazo, el tratamiento de dexametasona IV presenta alta recurrencia del edema macular y es efectiva para mejorar la agudeza visual solo si se ha pautado precozmente.

#### Abstract

Objective: Effectiveness of intravitreal dexamethasone, during 3 years follow up in 7 patients with macular edema (ME) due to retinal vein occlusion (RVO). Material and method: A retrospective study with 7 patients treated with dexamethasone (as second line treatment for macular edema not responding to Bevacizumab previously). After 3 years, was registered: recurrence of macular edema, treatment administrated, visual acuity (VA), foveal thickness, and incidence of glaucoma and cataract. Results: Six patients had macular edema recurrence, and one developed macular atrophy. Four, were treated with dexamethasone, one with Ranibizumab and one with Bevacizumab. BCVA improved 3 lines in one patient, one stayed the same, and the rest diminished 2,2 lines. Foveal mean thickness was 238um, after 3 years was 240,16um. Cataract appeared in 3/7 patients and 1/7 patient had glaucoma. Conclusion: After 3 years, dexamethasone has a high macular edema recurrence. The effectiveness of dexamethasone relies on being apply as an early treatment, which, also is the prognosis for visual acuity outcome.

Palabras clave: dexametasona intravitrea — edema macular — oclusión venosa retiniana Kevwords: intravitreal dexamethasone — macular edema — retinal vein occlusion.

#### Correspondencia:

María Eugenia Hidalgo Espinosa email: mariuhidalgoe@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La oclusión venosa retiniana (OVR), es una de las causas más frecuentes de pérdida de visión no

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Servicio de Oftalmología, HGUCR

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Servicio de Oftalmología, Hospital de Guadalajara

dolorosa<sup>(1)</sup>. Se la puede clasificar en oclusión de vena central de la retina (OVCR), u oclusión de rama venosa de la retina (ORVR).

Las principales complicaciones de la oclusión venosa retiniana son el edema macular (EM) quístico, siendo la más frecuente, con prevalencia de hasta un 30%, según algunos estudios<sup>(2,3)</sup>; y la neovascularización retiniana, presente en la forma isquémica.

El tratamiento que se ha utilizado, son corticoides intra y extraoculares como dexametasona y triamcinolona según refiere la EVRS (European Vitreoretinal Society)<sup>(4)</sup>. Actualmente, se utiliza los anti-VEGF bevacizumab (pautado a pesar de no haber sido aprobado para esa indicación por la FDA, ranibizumab y aflibercept<sup>(5)</sup>.

La mayoría de estudios valora el tratamiento comparando los diferentes tipos de antiVEGF, o del tratamiento con triamcinolona o el implante de dexametasona, pero existen pocos que valoren la efectividad a largo plazo. De la bibliografía revisada<sup>(1)</sup>, se encontró solamente un estudio que evalúa a pacientes tratados con dexametasona a los 2 años como primera línea de tratamiento<sup>(6)</sup>.

El propósito de este estudio retrospectivo es evaluar el tratamiento y la evolución de los pacientes a largo plazo (3 años) tras recibir el primer implante de dexametasona intravitrea por no ser respondedores de bevacizumab, valorando la efectividad del mismo, así como sus complicaciones.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, con 7 pacientes (7 ojos), diagnosticados previamente de edema macular secundario a trombosis venosa retiniana y en seguimiento por la sección de retina del HGUCR durante el periodo de 3 años. La muestra de pacientes fue obtenida de un estudio previo que contaba con 18 pacientes divididos en no respondedores o parcialmente respondedores a bevacizumab, y a los cuales se les pautó una segunda línea de tratamiento con implante de dexametasona intravitrea (Ozurdex) 0,7 mg.

Se seleccionaron 7 pacientes correspondientes al grupo de no respondedores a Bevacizumab y en tratamiento de segunda línea con Ozurdex, el cual se administró en quirófano de día, después de realizar campo quirúrgico con anestésico doble y povidona yodada al 5% y anestesiar la zona con lidocaína al 2% subconjuntival.

Se revisó en las historias clínicas los siguientes

datos: edad, comorbilidades, agudeza visual, presión intraocular (PIO), presencia o no de catarata, y exploración con OCT Zeiss Stratus.

De los pacientes seleccionados se excluyeron a pacientes que en los tres años siguientes desarrollaron diabetes mellitus y/o DMAE para evitar factor de confusión por la presencia de edema macular secundario a otra patología. También se excluyeron pacientes que no continuaron con sus revisiones en el HGUCR por estar institucionalizados, o que tuvieron cambio de domicilio, o en cuya Historia Clínica la OCT de control no haya sido con Zeiss Stratus, sino con la nueva Angio-OCT que adquirió el servicio, por tener una comparación con el mismo equipo.

Se evaluaron los datos, comparando la agudeza visual con optotipo E de Snellen y el grosor foveal medido con OCT Zeiss Stratus, tras el primer implante de dexametasona y a los 3 años de tratamiento. Se valoró cuántos pacientes requirieron un nuevo implante de dexametasona y/u otro tratamiento durante este período. Se registró que tipo de tratamiento recibieron y las dosis del mismo, presencia o no de PIO superior a 22 mmHg, y desarrollo de glaucoma y de catarata.

#### RESULTADOS

El rango de edad de los pacientes es entre 62-81 años. Todos ellos fueron previamente diagnosticados de edema macular secundario a trombosis venosa retiniana, De los cuales 4/7 presentaban oclusión de rama venosa y 3/7 oclusión de vena central de retina. Seis casos correspondieron a ojo izquierdo y 1 a ojo derecho

Las principales comorbilidades que presentaron los pacientes incluyeron HTA, dislipidemia y enfermedad arterial periférica.

Tras evaluar las historias, se observó que 6 pacientes tuvieron una recidiva del edema macular, y el último paciente, en cambio, desarrolló una atrofia macular.

Se les volvió a administrar tratamiento a 6/7 (85,71%); en concreto, a 4 pacientes se les pautó implante de dexametasona intravitrea 2 dosis, a 1 ranibizumab 1 dosis, y a otro se le volvió a pautar bevacizumab 2 dosis. Todo ello se resume en la figura 1

Se valoró el grosor foveal que presentaron los pacientes tras el primer implante de dexametasona y a los 3 años, tras recibir cada uno el re-tratamiento mencionado anteriormente. El grosor foveal medio en OCT Zeiss tras el primer implante fue de 238

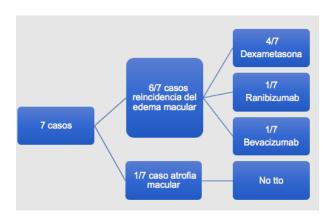


Fig. 1. Porcentaje de reincidencia de edema macular a los 3 años del primer implante de dexametasona intravitrea y su tratamiento pautado.

micras y a los 3 años de 240,16 micras, excluyendo al paciente de la atrofia macular, lo cual está representado en la figura 2.

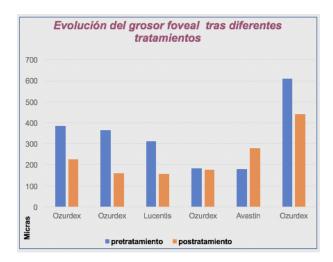


Fig. 2. Evolución del grosor foveal tras el primer implante de ozurdex y tras recibir los diferentes tipos de tratamiento por reincidencia del edema macular.

A los 3 años fueron reevaluados: La agudeza visual medida con E de Snellen mejoró en 1 ojo con 3 líneas, 1 ojo se mantuvo estable, y en el resto existió una disminución de su agudeza visual de 2,2 líneas como se observa a continuación.

En relación a los efectos adversos, 3/7 desarrollaron cataratas corticonucleares. Solo uno de los 4/7 pacientes que volvieron a recibir implante de dexametasona tuvo una PIO mayor de 22 mmHg. Posteriormente fue diagnosticado de glaucoma.

#### **DISCUSIÓN**

Existen actualmente diferentes tipos de tratamiento para el edema macular secundario a obstrucción venosa retiniana. Hay varios factores involucrados en la evolución de esta complicación.

En este estudio se observó la alta tasa de recidiva del edema macular 6/7~(85,71%,) a pesar del tratamiento, al igual que ocurre en los estudios realizados con vigilancia durante  $1~\text{a}\tilde{\text{n}}\text{o}^{(1)}$ . Hay que tomar en cuenta que la incidencia tan alta en este estudio pudo verse influenciada por ser pacientes con tratamiento de segunda línea no respondedores a bevacizumab. Según la bibliografía consultada, la mejoría del edema macular ocurre durante los primeros 30~días post tratamiento, y posteriormente va disminuyendo $^{(4,7)}$ .

En relación a la agudeza visual, lo que reportan estudios a largo plazo, entre ellos uno a 24 meses, refieren que existe una mejoría de hasta 3 líneas mantenida en el tiempo $^{(6)}$ . No obstante, ello depende del tipo de trombosis que presente el paciente (siendo la oclusión de vena central retina la de peor evolución) el tipo de tratamiento en monoterapia o combinado, la precocidad del tratamiento inicial y la agudeza visual inicial<sup>(3)</sup>. En el caso del HGUCR, el tratamiento con dexametasona intravitrea fue realizado en quirófano, motivo por el cual se prolongó el tiempo de espera para que el paciente recibiera su tratamiento, y esto pudo condicionar a que el edema produzca daño en los fotorreceptores, lo cual influye en la agudeza visual a largo plazo<sup>(6,8)</sup>. Esto también justifica que uno de los pacientes a pesar de ser no respondedor a bevazicumab, recibiera nuevas dosis del mismo, en vez de otro tratamiento. En relación a los efectos adversos, el desarrollo de glaucoma solo se presentó en un 1 caso. El máximo fue de 3 dosis en total de dexametasona intravítrea durante este tiempo, por lo que se disminuiría el riesgo de aumento de PIO. En relación a la incidencia de catarata cabe mencionar, que no se pautó dexametasona cada 6 meses durante los 3 años, por lo que la presencia de catarata o no tras el tratamiento a largo plazo, fue menor al 50%. Hay que tomar en cuenta que puede existir también un sesgo por la edad del paciente y que no sea solo un efecto adverso de la medicación.

#### CONCLUSIONES

A pesar de ser una muestra pequeña, a largo plazo se observa recidiva del edema macular secundario a obstrucción venosa, el cual mejora al pautar de nuevo tratamiento con dexametasona y/o anti VEGF. No obstante, la agudeza visual no se correlaciona de la misma manera, ya que la mejoría inicial que se presenta en el primer año disminuye a los 3 años. Ello evidencia que el pronóstico depende de un tratamiento inicial precoz para evitar daño permanente de los fotorreceptores.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1. Ip M, Hendrick A. Retinal Vein Occlusion Review. Asia-Pac J Ophthalmology. 2018;7:40-45.
- $2.\ \mathrm{Mm}\ \mathrm{B}, \mathrm{Rr}\ \mathrm{F}.$  Selective symptomatic therapy of macular edema due to occlusive processes in retinal venous system . Vestn Oftalmol. 2017;133:18-21.
- 3. Michalska-Małecka K, Gaborek A, Nowak M, Halat T, Pawłowska M, Śpiewak D. Evaluation of the effectiveness and safety of glucocorticoids intravitreal implant therapy in macular edema due to retinal vein occlusion. Clin Interv Aging. 2016;11:699–705.
- 4. Adelman RA, Parnes AJ, Bopp S, Othman IS, Ducournau D. Strategy for the management of macular edema in retinal vein occlusion: The European VitreoRetinal society macular edema study. Biomed Res Int. 2015.
- 5. Pichi F, Elbarky AM, Elhamaky TR. Outcome of "treat and monitor" regimen of aflibercept and ranibizumab in macular edema secondary to non-ischemic branch retinal vein occlusion. Int Ophthalmol. 2017.
- 6. Korobelnik J, Kodjikian L, Delcourt C. Two-year , prospective , multicenter study of the use of dexamethasone intravitreal implant for treatment of macular edema secondary to retinal vein occlusion in the clinical setting in France. Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol . 2017;255:211-212.
- 7. Kanra AY, Akçakaya AA, Arı Yaylalı S, Altınel MG, Sevimli N. The Efficacy and Safety of Intravitreal Dexamethasone Implant for the Treatment of Macular Edema Related to Retinal Vein Occlusion: Real-life Data and Prognostic Factors in a Turkish Population. Türk Oftalmol Derg. 2017:47:331.
- 8. Parravano M, Oddone F, Boccassini B, Giorno P, Chiaravalloti A, Tedeschi M, et al. Exploring the morphological and functional retinal changes after dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex®) in Macular Edema due to retinal vein occlusion. Ophthalmic Res. 2014;51:153–60.

# Impacto de Desgarros Perineales tipo III/IV y sus Factores de Riesgo.

López Pérez M.<sup>1</sup>, Sánchez Ortiz M.<sup>1</sup>, Sánchez Muñoz A.<sup>2</sup>, Aguilar Galán V.<sup>2</sup>, León Molina M.<sup>2</sup>, Gambacorti-Passerini ZM.<sup>2</sup>

#### Resumen

Objetivo: La causa más frecuente de incontinencia anal en mujeres sanas es la patología obstétrica. Revisamos los principales factores de riesgo que predisponen a un desgarro perineal tipo III/IV y la calidad de vida posterior. Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de cohortes. Entre 01/01/2016 y 31/12/2017 en el Hospital de Manises. Cálculo estadístico realizado con Fstat y modelo regresión logística. Calidad de vida registrada con escala de incontinencia anal de Jorge y Wexner. Resultados: 2443 pacientes fueron evaluadas. Factores de riesgo: el parto instrumental OR=7,98 IC (3,35-18,97) y la cesárea previa OR=2,27 IC (1,01-5,13). Existen diferencias significativas entre ambos grupos para incontinencia a gases (p=0,0341). Conclusiones: La instrumentalización del parto y el antecedente de cesárea previa son factores de riesgo. La calidad de vida de las mujeres afectadas es significativamente menor.

#### Abstract

Objective: Anal incontinence in healthy women is due mostly to delivery complications. Aim of this work is to revise the main risk factors for perineal tears (III-IV degree), and the impact of this complication on life quality. Material and method: This is a retrospective cohort study. Cases of perineal tears (III-IV degree) occurred at the Hospital of Manises, between 2016-2017, were revised. Fstat program was used for statistical analysis. Patients' life quality was evaluated with Jorge and Wexner scale. Results: 2443 patients were evaluated. We report the following risk factors: instrumental delivery OR=7,98 (3,35-18,97) and previous caesarean section (CS) OR=2,27 (1,01-5,13). We report significant differences between both groups for gas incontinence (p=0.0341). Conclusion: Instrumental delivery, previous CS, episiotomy, primiparity are risk factors. Gas incontinence affect the quality of life of women who suffered perineal trauma.

Palabras clave: Desgarro perineal — incontinencia — factores riesgo. Keywords: Perineal tear — incontinence — vaginal delivery.

#### Correspondencia:

Marta López Pérez

email: martalopezperez@mail.ucv.es

#### INTRODUCCIÓN

El daño perineal es una complicación del parto vaginal, que a su vez puede implicar una lesión del esfínter anal<sup>(1)</sup>.

Clásicamente dividimos los desgarros perineales en 4 grupos para aportar un valor pronostico<sup>(2)</sup>. Esta clasificación originariamente elaborada por Sultan.

 $<sup>^1{\</sup>rm Servicio}$ de Obstetricia y Ginecología. Agencia Valenciana de Salud. Hospital de Manises, Valencia

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. HGUCR

17 López Pérez M.

Fue adoptada por La Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y la Federación Internacional de Incontinencia para describir el desgarro del esfínter anal de causa obstétrica<sup>(3)</sup>.

Obteniendo así: los desgarros de primer grado aquellos que afectan exclusivamente a la piel del periné, segundo grado aquel desgarro de la piel y la musculatura del periné sin afectación del esfínter anal. Los desgarros del esfínter anal son de tercer grado, se subdividen en 3a (50% del esfínter externo), 3b (afectación de más de 50% del esfínter externo) y 3c (afecta el esfínter interno). El desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal es el de cuarto grado<sup>(4)</sup>.

Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro, se debe optar por la opción más grave<sup>(5)</sup>.

La lesión obstétrica del esfínter anal se considera la causa más importante de incontinencia fecal en mujeres jóvenes sanas y suele ocurrir en el posparto inmediato $^{(6)}$ .

La incidencia del desgarro perineal varía de 0.5 a  $5\%^{(1)}$  y entre 24 y 39% de las pacientes sufrirán síntomas de incontinencia anal, aún con la corrección quirúrgica correcta<sup>(7)</sup>. Quizá la incidencia sea mayor porque en muchas ocasiones está infradiagnosticado, debido a que muchas mujeres no consultan al médico por vergüenza o porque les desalienta las soluciones. Hay pocas dudas de que el parto vaginal en general, y la lesión obstétrica del esfínter anal en particular, son factores que contribuyen significativamente al desarrollo de incontinencia anal $^{(8)}$ .

Entre los factores de riesgo que incrementan la incidencia del desgarro del esfínter anal se han encontrado clásicamente: mujeres asiáticas, primíparas, la duración del periodo de expulsión > 1 hora, el parto instrumentalizado, presentación occipitoposterior del feto, episiotomía media, distocia de hombros, macrosomía fetal, la inducción del parto y la analgesia epidural<sup>(6)</sup>. Pese a que estos factores se hayan identificado, es imposible predecir esta complicación<sup>(9)</sup>.

El impacto psicosocial de la incontinencia anal puede ser devastador para la mujer porque reduce de manera importante la calidad de vida y genera problemas emocionales; al mismo tiempo, representa un problema económico para la paciente y el sistema de salud. Aproximada mente, un tercio de las pacientes con incontinencia no consultan a su médico por este problema<sup>(10)</sup>. Llegando en algunos países subdesarrollados la ocultación de este síntoma hasta

el 64,7% de los casos, por lo que se desconoce la prevalencia real de la incontinencia por lesione obstétricas $^{(11)}$ .

Todos los grupos de trabajo, han observado históricamente el impacto en la calidad de vida que tiene la incontinencia anal, asociando empíricamente, la gravedad de la incontinencia con más repercusión sobre diferentes hechos personales y sociales, aun así, hace pocos años que se ha empezado a medir de forma objetiva mediante cuestionarios genérico o específicos la repercusión que tiene la incontinencia sobre la calidad de vida y los cambios experimentados por los pacientes tras los tratamientos<sup>(12)</sup>.

Jorge y Wexner, proponen un sistema de puntuación de 0 a 20 puntos para evaluar la gravedad de la IA, con preguntas sobre la frecuencia en la que los episodios de IA alteraban su calidad de vida. Una puntuación mayor de 9 se considera una baja puntuación en el índice de calidad de vida, con confinamiento domiciliario o poca actividad social<sup>(13)</sup>.

Con respecto a la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia tanto fecal como urinaria, en España desde 2008, disponemos del PISQ-12 mediante una adaptación cultural y su validación<sup>(14)</sup>.

Un indicador de calidad asistencial es la satisfacción de la mujer, por eso es necesario, contar con instrumento de medida fiable y válido, que mida la dimensión en la que el trauma obstétrico afecta en su vida.

Por tanto, es importante conocer qué factores de riesgo favorecen la producción de lesiones obstétricas del esfínter anal, así como su prevención y su reparación en el caso de que ocurran, y como última instancia, la calidad de vida de las mujeres que lo sufren pudiendo servirnos como un indicador de la calidad asistencial.

#### **OBJETIVOS**

- Identificar factores de riesgo asociados a desgarros perineales tipo III y IV.
- Evaluar la calidad de vida de las pacientes sometidas a reparación perineal tras sufrir desgarros perineales tipo III y IV.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de cohortes histórico de una población de gestantes, que dieron a luz en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital

de Manises durante 2 años (desde el 1 enero de 2016 hasta el 31 diciembre 2017).

Este estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Del libro de Partos y de las historias clínicas se creó una base de datos en la que se recogieron las variables relacionadas con la gestación. En la hoja Excel a cada historia clínica se le asignó un número para identificar a la paciente y mantener la confidencialidad de los datos.

De los 3.243 partos, se excluyeron del estudio un total de 800 pacientes debido a falta de información no recuperable en la hoja de recogida de datos (N=305) y los partos por cesárea (N=495) obteniendo finalmente una población de estudio total 2.443 gestantes. Se ha registrado 41 (1,68%) desgarros perineales tipo III y IV.

Se recogieron los siguientes datos de cada mujer: antecedentes obstétricos, número de gestaciones, número de partos previos (vaginales o cesáreas), número de abortos, la edad gestacional, inducción del parto (sí/no), tipo de gestación (única/múltiple), presentación fetal (cefálica/podálica), tipo de parto (eutócico/espátulas/fórceps/ventosa/cesárea), tipo de anestesia en el parto, realización de episiotomía (sí/no), tipo desgarro perineal, peso fetal en gramos.

Para la realización del test de Wexner, se confeccionó una hoja tipo Excel paralela a la anterior, donde se incluyeron: las 41 mujeres afectadas por desgarros perineales tipo III o superior, y a 20 mujeres que no se vieron afectadas por desgarro perineal tipo III o superior durante el parto que fueron escogidas de manera aleatoria, para el grupo control y realizar comparaciones entre ambos grupos. Se llevaron a cabo un total de 61 llamadas entre ambos grupos. Del grupo desgarro finalmente aceptaron participar y contestar al test de Wexner 32 mujeres (78%). Del grupo control, decidieron participar las 20 mujeres (100%).

Para la recogida de datos del test, se realizó una tabla auto desplegable, en la que con valores de 0 a 4 con equivalencia a 0: NUNCA; 1: OCASION-ALMENTE (<1 vez mes); 2: SEMANALMENTE; 3: FRECUENTE (>1 vez semana) 4: DIARIAMENTE, para cada unan de las 5 preguntas que comprenden el test que son: incontinencia a heces sólidas, incontinencia a heces líquidas, incontinencia a gases, uso de compresa o pañal, alteraciones sociales. Quedando la puntación para evaluar la incontinencia en valores comprendidos desde 0 a 20 como valor máximo.

Todas estas llamadas tuvieron lugar durante el mes de Enero de 2018.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Fstat para Windows, en todas las pruebas realizadas para obtener los resultados se aplicó un nivel de significación estadística de 0,05.

Para la obtención de la identificación independiente de los factores de riesgo se realizó a través de un modelo multivariante de regresión logística no condicionada.

Para comparar los datos obtenidos de la realización de test de Jorge y Wexner se representó el número de pacientes por categoría y variable con porcentaje respecto a la muestra total y para el análisis por grupos el total grupal, estableciendo la significación estadística con el "Chi cuadrado".

#### RESULTADOS

La distribución de las características de las gestantes se representa en la Tabla 1. Las características predominantes consistían en mujeres: con una media de 2 gestaciones, sin inducción al parto, gestaciones de un único feto, cuya presentación fue cefálica, la técnica anestésica más utilizada fue la epidural, el tipo de parto más frecuente fueron los partos vaginales eutócicos, en la mayoría no se realizó episiotomía.

La prevalencia del desgarro perineal tipo III fue 1,64% (40 mujeres) y del desgarro tipo IV solo hay un registro, supone el 0,04% (Tabla 1).

### Análisis multivariable de los factores de riesgo del desgarro perineal tipo III y IV.

Los resultados estadísticamente significativos con respecto a los factores de riesgo y el correspondiente Odds Ratio de las variables del estudio, se muestran en la Tabla 2.

En el análisis multivariante observamos como únicas variables significativas, el parto instrumentado y el tener antecedente de cesárea previas.

El parto instrumentalizado, con un riesgo de 7,98 IC (3,35 a 18,97). Es decir, la probabilidad de tener un desgarro perineal de tipo III o IV se multiplica aproximadamente por 8 en caso de que el parto sea instrumentado.

Antecedente de cesárea previa, riesgo de 2,27, IC (1,01 a 5,13). La probabilidad de tener desgarro perineal tipo III y IV se multiplica aproximadamente por dos en caso de que el parto sea en una mujer con cesárea previa.

El resto de los factores no influyen al desgarro

19 López Pérez M.

Variable	Categoría	Prevalencia N (%)	
Antecedentes obstétricos <sup>a</sup>	Gestaciones	$2,07 \pm 1,22$	
	Partos vaginales previos	$0.6 \pm 0.78$	
	Cesáreas previas	$0.12 \pm 0.36$	
	Abortos/ Ectópicos	$0,42 \pm 0,79$	
Edad gestacional <sup>a</sup>	Semanas de gestación	39,3 ±1,36	
Inducción al parto	P. Espontáneo	1.703 (69,7)	
	P. Inducido	740 (30,3)	
TT: 1	Única	1.421 (99,1)	
Tipo de gestación	Múltiple	22 (0,9)	
Rotura prematura membranas <sup>a</sup>	Horas	$8,69 \pm 10,38$	
Peso del recién nacido <sup>a</sup>	Gramos	$3,301 \pm 459,29$	
	Claro	1.967 (80,51)	
Líquido amniótico	Meconio	475 (19,44)	
-	Hemorrágico	1 (0,04)	
D	Cefálica	2.441 (99,92)	
Presentación fetal	Podálica	2 (0,08)	
	No	243 (9,95)	
	General	1 (0,04)	
	Kalinox	9 (0,037)	
Anestesia	Epidural	1966 (80,47)	
	Raquianestesia	2 (0,08)	
	Local	219 (8,96)	
	Vaginal eutócico	1.827 (74,79)	
TT' 1	Fórceps	116 (4,75)	
Tipo de parto	Ventosa	481 (19,7)	
	Espátula	19 (0,77)	
F:: /	Si	683 (27,96)	
Episiotomía	No	1.760 (72)	
	No	1.177 (48,18)	
	I	703 (28,78)	
Desgarro perineal	II	522 (21,37)	
	III	40 (1,64)	
	IV	1 (0,04)	
<sup>a</sup> Media ± Desviación estándar			

Tabla. 1. Características epidemiológicas de la población.

perineal III y IV de manera independiente.

#### Análisis de la calidad de vida.

Nos encontramos en nuestra población, la incontinencia a heces solidas se presentó en el 15,6% del grupo de desgarros frente a 5% del grupo control (p-value= 0,2996), no encontrándose diferencias significativas en ninguno de los subgrupos

de frecuencia, ni en la presencia o ausencia de desgarro.

La incontinencia a gases se presentó en un 56,25% en los desgarros y en un 25% del grupo control, siendo la única variable del test en la que encontramos diferencias significativas entre ambos grupos (p-value=0,0341).

La incontinencia a heces líquidas se presentó en un 25% en ambos grupos (p-value= 0.5678) no hay

Variables	Coeficientes	OR	p-valor	IC Desde	IC Hasta
Cte	-6,14	0,00	0	0,00	0,01
Instrumentalización	2,08	7,98	0	3,35	18,97
Episiotomía	0,08	1,08	0,84	0,52	2,27
Parto vaginal previo	-0,73	0,48	0,13	0,18	1,23
Cesárea previa	0,82	2,27	0,048	1,01	5,13
Ln (Peso fetal)	1,04	2,83	0,283	0,48	16,81

P(Y)=1/(1+Exp(6,14-2,08\*INSTRUMENTAL-0,08\*Episio+0,73\*P.VAGpre 0,82\*Cespre1,04\*Ln(Peso))

Tabla 2. Modelo de regresión logística multivariable desgarro perineal tipo III-IV.

Categoría	Afectación	Desgarros N (%)	No desgarros N (%)	p- valor	
I. heces sólidas	No	27 (84,4)	19 (95)		
	Ocasional	3 (9,4)	0	0,29	
	Frecuente	1 (3,1)	1 (5)	0,29	
	Diariamente	1 (3,1)	0		
	No	24 (75)	15 (75)		
I. heces líquidas	Ocasional	4 (12,5)	3 (15)	0.56	
	Frecuente	2 (6,25)	1 (5)	0,56	
	Diariamente	2 (6,25)	1 (5)		
I. gases	No	14 (43,75)	15 (75)		
	Ocasional	8 (25)	1 (5)	0.03	
	Frecuente	7 (22)	0	0,03	
	Diariamente	3 (9,25)	4 (20)		
Uso de comprensa o pañal	No	29 (90,6)	18 (90)		
	Ocasional	1 (3,12)	0	0,56	
	Frecuente	1 (3,12)	1 (5)	0,50	
	Diariamente	1 (3,12)	1 (5)		
Alteración social	No	28 (87,5)	17 (85)		
	Ocasional	3 (9,37)	2 (10)	0,47	
	Frecuente	1 (3,12)	1 (5)	0,47	
	Diariamente	1 (3,12)	0	]	

 ${\bf Tabla} \ 3. \ {\bf An\'alisis} \ {\bf de} \ {\bf la} \ {\bf calidad} \ {\bf de} \ {\bf vida} \ {\bf seg\'un} \ {\bf las} \ {\bf diferencias} \ {\bf en} \ {\bf la} \ {\bf incontinencia}.$ 

diferencias significativas entre ambos grupos ni entre los subgrupos de frecuencia.

El uso de compresa o pañal relacionado con la incontinencia anal se presentó en ambos grupos en proporciones muy equivalentes, con una presencia de 9,36% en el grupo de casos y 10% en el grupo control (p-value=0,564), sin diferencias significativas en los subgrupos de frecuencia.

Por último, la presencia de alteraciones en la calidad de vida se presentó en un 15,61% de los casos y un 15% de los controles (p-value= 0,4777).

Clasificándose finalmente en el caso de los desgarros como 27 incontinencias en grado leve, 2 en grado moderado, 2 en grado grave y 1 grado severo.

Y en el caso de los controles como 19 de grado leve y 1 en grado grave (Tabla 3).

#### DISCUSIÓN

El desgarro del esfínter anal en el parto es poco frecuente, pero se considera una secuela importante, debido a las alteraciones psicológicas y físicas que provoca en las mujeres sanas.

La incidencia en el Hospital de Manises fue para tipo I de 28,78%, tipo II 21,37%, tipo III 1,64% y tipo IV de 0,04%. Estos hallazgos son algo inferiores respecto con otros estudios, donde la muestra que se estudió y el periodo de tiempo fue bastante

21 López Pérez M.

similar a la de nuestro estudio $^{(6,15)}$ . En el estudio de Samuelsson et al en el hospital universitario Sahgrenska reclutaron finalmente a 2883 mujeres. Ellos obtuvieron que un 21.8% de sus pacientes no sufrieron ningún tipo de desgarro, 26,53% sufrieron desgarro tipo I, 39.16% sufrieron desgarro tipo II, 3,05% desgarros tipo III, y 0.24% desgarros tipo IV $^{(15)}$ .

Con respecto al tipo de parto en el periodo de estudio, de los 2.443 partos que acontecieron por vía vaginal, 1.827 (74,79%) fueron eutócicos, de los 616 partos restantes que necesitaron ser instrumentalizados, 23 (3,73%) fueron mediante espátulas, 116 (18,83%) mediante fórceps y 481 (78,08%) mediante ventosa.

La interpretación de los estudios que investigan las secuelas maternas después del uso de instrumentalización es complicada dado que existen múltiples y diversos tipos de estudio. No obstante, la mayoría de estos estudios nos llevan a pensar que el parto instrumentalizado se asocia con más síntomas nuevos de incontinencia fecal. Por ejemplo, el riesgo de un desgarro tipo III asociado a un parto con fórceps es variable desde un 13% al 83% según diferentes estudios, encontrándose nuestra población dentro de estos parámetros (16–18).

El objetivo principal en nuestro estudio es identificar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal tipo III y IV, al analizar el modelo multivariable de regresión logística no condicional, se obtuvieron diferencias significativas en la instrumentalización del parto y en las cesarías previas. Concluyendo que las pacientes a las que se les instrumentalizó el parto tienen un OR=7,98 con un IC (3,35 - 18,97) de presentar desgarro perineal frente a las que tuvieron un parto eutócico (p-value< 0,001). De la misma forma, la presencia de cesáreas previas presenta un OR=2,27 con IC (1,00-5,13) frente a aquellas mujeres que no la habían tenido. (P-value= 0,0489). No obstante, precisar respecto a esta variable que un 73,11% de las pacientes con cesárea anterior han tenido un parto instrumentalizado, suponiendo éste un factor añadido de riesgo como hemos visto.

Las lesiones del esfínter anal son más frecuentes en los partos instrumentalizados, considerando los fórceps, como el instrumento obstétrico más lesivo, seguido de espátulas y ventosas donde se equipará a las lesiones producidas por partos eutócicos<sup>(6)</sup>.

En nuestra muestra no se ha buscado diferencias entre los diferentes tipos de instrumentalización pues se ha tratado en el análisis estadístico a todos los partos instrumentalizados como un solo tipo, debido a que nuestro tamaño muestral es reducido.

En una reciente revisión de Cochrane analizando el papel de la cesárea como prevención de la incontinencia anal postparto, se dedujo que no había diferencias significativas entre las dos formas de parto, concluyendo que la cesárea no debería utilizarse con la finalidad de prevenir las IA postparto<sup>(19)</sup>.

Los datos poblacionales presentados, siguen la misma línea que investigaciones anteriores, donde los factores de riesgo clásicamente demostrados que aumentan las posibilidades de sufrir un desgarro perineal tipo III son: asiáticas, primíparas, duración del periodo de expulsión > 1 hora, parto instrumentalizado, presentación occipito-posterior del feto, episiotomía media, distocia de hombros, macrosomía, inducción del parto y/o analgesia epidural $^{(6,9)}$ . Coincidiendo en nuestra muestra: instrumentalización y añadiendo la presencia de cesáreas previas.

Con lo que respecta a la calidad de vida de las pacientes sometidas a reparación perineal tras sufrir desgarros. Se realizaron un total de 61 llamadas, divididas en 41 casos de desgarro perineal y 20 controles. 32 casos y 20 controles quisieron participar en la realización de este test. Suponiendo esto una participación del 100% de los controles y el 78% de los casos, con una participación total del 85% de los posibles participantes.

Según Eason et al, en un ensayo aleatorio controlado, se obtuvo que de 949 mujeres embarazadas 29 (3,1%) de las mismas presentaron a los tres meses postparto incontinencia anal y 242 (25,5%) tuvieron fuga de manera involuntaria de gases. La incontinencia anal fue más frecuente en las mujeres que tuvieron parto vaginal y tercer o cuarto desgarro perineal en comparación con las mujeres que tuvieron parto vaginal y no tuvieron desgarro del esfínter anal (7,8% vs  $2,9\%)^{(20)}$ .

Este estudio muestra, que las mujeres que sufrieron desgarros tipo III puntuaron con notas más altas las alteraciones relacionadas con la incontinencia anal. En nuestro estudio, la incontinencia a heces solidas se presentó en el 15,6% del grupo de desgarros frente a 5% del grupo control, (p-value= 0,2996), no encontrándose diferencias significativas en ninguno de los subgrupos de frecuencia, ni en la presencia o ausencia de desgarro.

La incontinencia a heces líquidas se presentó en un 25% en ambos grupos, (p-value=0,5678) no hay diferencias significativas entre ambos grupos ni entre los subgrupos de frecuencia.

La incontinencia a gases se presentó en un 56,25% en los desgarros y en un 25% del grupo control, siendo la única variable del test en la que encontramos diferencias significativas entre ambos grupos (p-value=0,0341).

El uso de compresa o pañal relacionado con la incontinencia anal se presentó en ambos grupos en proporciones muy equivalentes, con una presencia de 9,36% en el grupo de casos y 10% en el grupo control (p-value=0,564), sin diferencias significativas en los subgrupos de frecuencia.

Por último, la presencia de alteraciones en la calidad de vida se presentó en un 15,61% de los casos y un 15% de los controles (p-value= 0,4777).

Clasificándose finalmente en nuestro estudio, en el caso de los desgarros en: 84,37% de incontinencias en grado leve, 6,25% en grado moderado; 6,25% en grado grave y 3,13% de grado severo. En el caso de los controles como 19 de grado leve (95%), y 1 en grado grave (5%).

Una de las limitaciones de este estudio es el grado de infradiagnóstico al que nos enfrentamos debido a los problemas sociales que acarrean para las mujeres que lo sufren y la vergüenza. Si bien es cierto que el Hospital de Manises está en la misma línea que otros estudios según lo observado, no por ello debe dejar de esforzarse para mantener estos estándares de calidad, ya que los desgarros perineales tipo III y IV tienen importantes implicaciones en la salud y el bienestar de las pacientes implicadas.

De tal manera que harían falta más estudios de cohortes para obtener más información sobre la lesión y los factores de riesgo de la IA postparto, debido a que el desgarro del esfínter es multifactorial y difícil de predecir. Para intentar reducir la incidencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres debe intervenirse en los factores de riesgo modificables.

#### CONCLUSIONES

- 1. Los factores de riego encontrados en este estudio fueron: instrumentalización del parto y presencia de cesárea previa.
- 2. La calidad de vida postparto de las mujeres afectadas por desgarro perineal en comparación con aquellas que no lo sufren, es significativamente menor en el ítem incontinencia a gases, pero no en el resto de las variables a estudio.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Marchand MC, Corriveau H, Dubois MF, Watier A. Effect to of dyssynergic defecation during pregnancy on third and fourth degree tear during a vaginal delivery: a case-control study. Am J ObstetGynecol 2009;201(2):183. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.020.
- 2. Lesión obstétrica del esfínter anal. Guía práctica de asistencia consensuada con la sección de medicina perinatal de la SEGO. SEGO. 2010. Disponible: http://www.gapsego.com/categoria-guia-asistencia/suelo-pelvico/.
- 3. Fernando RJ, Sultan AH, Freeman RM, Williams AA, Adams EJ. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears RCOG. Green-top Guideline No.29 2015.
- 4. Harvey, MA, Pierce M, Alter JE, Chou Q, Diamond P, Ep A, et al. Obstetrical anal sphincter injuries (oasis): prevention, recognition, and repair. J. Obstet. Gynaecol. Canada. 2015; 37, 1131–1148.
- 5. Simó M, Porta O, Perelló J, Gich I, Calaf J. Mode of vaginal delivery: a modifiable intrapartum risk factor for obstetric anal sphincter injury. ObstetGynecolInt 2015; 2015:679470. DOI: 10.1155/2015/679470.
- 6. Pato-Mosquera M, García-Lavandeira S, Liñayo-Chouza J. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse? GinecolObstet Mex. 2017 ene;85(1):13-20.
- 7. Richter, HE; Nager CW, Burgio KL, Whitworth AC, Schaffer J, for the NICH Pelvic Floor Disorders Network. Incidence and predictors of anal incotinence after obstetric anal sphincter injury in primoparous women. FemalePelvicMedReconstrSurg 2015; 21:182-189.
- Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. BJOG. 2001; 108:383–7.
- 9. Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Cirugía Española, 2009; 85(6):341-347.
- Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affiction. Am J Gastroenterol 1996; 91:33-6.
- 11. Ritz DE, Hassan MY, Shaheen H, Cherian JV, Micallef R, Dunn E. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for fecal incontinence in multiparous United Arab Emirates females. Dis Colon Rectum 2001; 12:1850-6.
- 12. Mínguez Pérez M, Benages Martínez A. Calidad de vida en los pacientes con incontinencia anal. Gastroenterología y Hepatología. 2004;27(Supl.3):39-48.
- 13. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1993; 36:77-97.
- 14. Espuña Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain P, Rebollo Álvarez P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia: Validación de la versión española del "PelvicOrganProlapse/UrinaryIncontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)". Actas Urológicas Españolas. 2008;32(2).
- 15. Samuelsson E, Ladfros L, Gareberg B, Hagberb H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: ovvurrences and risk factors. Acta ObstetGynecolScand 2002: 81: 44–49.
  - 16. Sultan AH, Kamm MA, Talbot IC, Nicholls RJ,

23 López Pérez M.

Bartram CI (1994) Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically. Br J Surg  $81\cdot463-465$ 

- 17. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. Best Pract Res ClinObstetGynaecol 2002; 16:99-115.
- 18. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329:1905-11.
- 19. Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD006756. DOI: 10.1002/14651858.CD006756.pub2.
- 20. Eason E., Labercque M., Marcoux S., Mondor M. Anal incontinence after childbirth. CMAJ. 2002; 166 (3): 326-330.

## Resultados de una vía de Alta Resolución en la estadificación inicial de tumores del tracto digestivo.

Domínguez Ferreras E.<sup>1</sup>, Olivencia Palomar P.<sup>2</sup>, Gómez San Román M.T.<sup>1</sup>, Sánchez Alonso M.<sup>2</sup>

#### Resumen

Objetivo: Presentar una vía de alta resolución (VAR) para la realización de pruebas radiológicas de estadificación inicial en pacientes con diagnóstico endoscópico de neoplasia del tubo digestivo y valorar los resultados correspondientes a los tiempos de demora. Material y Métodos: Se revisaron los datos de las neoplasias de tubo digestivo diagnosticadas endoscopicamente en 16 meses consecutivos (212 casos) y se analizaron los datos de gestión de las pruebas de imagen, los datos demográficos, la vía de solicitud de los estudios de imagen y los tiempos de demora de las pruebas diagnósticas mediante Excel y SPSS. Resultados: Se diagnosticaron 212 tumores con un 6% de cáncer esofágico, 17% gástrico y 77% colorrectal. Los pacientes eran mayoritariamente varones (66%) con 69,41 años de edad media Entre los pacientes incluidos en la VAR para estudios de imagen (52%), las demoras medias fueron de 6.67 (DS±4.65) días naturales en TC y 9.34 (DS±5.17) en RM, con demoras máximas de 14 días naturales. El resto correspondió a pacientes ingresados (42%) o procedentes de consultas de otros servicios (6%). Conclusiones: Esta vía limita el retraso en la estadificación en el manejo ambulatorio del paciente, a la vez que busca la mayor sencillez para el paciente, disminuyendo el impacto negativo en su vida.

#### Abstract

Objective: To present a high resolution pathway (HRP) to perform image tests for initial staging of endoscopically diagnosed gastrointestinal tumors and assess its results. Material and method: Imaging gestion data of all gastrointestinal tumors endoscopically diagnosed in a 16 months period (212 cases) were reviewed and the delay in the performance of imaging test was analyzed using Excel and SPSS. Results: A total of 212 tumors were diagnosed with 6% esophageal cancer, 17% gastric cancer and 77% colorectal cancer. The patients were mainly males (66%) with an average age of 69.41 years. Among the patients included in the HRP for imaging studies (52%), the average delay were 6.67 (SD $\pm$ 4.65) natural days in TC and 9.34 (SD $\pm$ 5.17) in MRI, with maximum delays of 14 days in both. Other cases corresponded to in-patients (42%) or patients from other services consultations (6%). Conclusion: This pathway reduces the delay in tumoral staging for outpatient management while seeking the greatest comfort for the patient and lessening the negative impact on their life.

Palabras clave: Neoplasias gastrointestinales — Diagnóstico rápido — Demoras. Keywords: Gastrointestinal Neoplasms — Quick diagnosis — Delays

#### Correspondencia:

Esther Domínguez Ferreras email: estdomfer@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es el cáncer más frecuente del tracto digestivo y el segundo cáncer

Servicio de Radiología, HGUCR
 Servicio de Digestivo, HGUCR

más común, siendo la segunda causa principal de muertes por cáncer en Europa. Las tasas de supervivencia a los 5 años en Europa son del 57% para el cáncer de colon y 55.8% para el cáncer de recto<sup>(1)</sup>. La mayoría se diagnostican tras la aparición de síntomas<sup>(2)</sup>, por lo que muchos países han implementado vías estandarizadas para acelerar el manejo, estadificación y comienzo del tratamiento, orientadas a mejorar los resultados de los pacientes con CCR.

Tras reunirse especialistas de Radiodiagnóstico y Digestivo de nuestra institución se acordó una vía de alta resolución (VAR) en la que siempre que en un estudio endoscópico, independientemente de que la prueba se realice por sospecha oncológica, a través del programa de detección precoz de cáncer de colon (PDP) o por otras causas, se detecte una lesión neoplásica, el endoscopista debe realizar la toma de muestras para anatomía patológica (AP), marcar la lesión para cirugía posterior si es factible, hacer la solicitud de las pruebas de imagen necesarias por el procedimiento de alta resolución y citar al paciente en una consulta específica para informarle del diagnóstico y las opciones de tratamiento una vez obtenidos los resultados.

Las solicitudes de pruebas de imagen (TC y RM) solicitadas dentro de la VAR e identificadas como "alta resolución" se remiten a la secretaría de Radiodiagnóstico, desde donde se citan estos estudios de forma preferente, dando mayor preferencia sólo a los pacientes ingresados.

En caso de que tras una polipectomía endoscópica se detecte malignización del pólipo con afectación del tallo que requiera completar el estudio con pruebas de imagen, las solicitudes se realizarán por la misma vía desde la consulta de resultados (al recibir el informe de anatomía patológica).

Los casos se revisan con los resultados en el Comité de Tumores Digestivos para la toma de decisiones de tratamiento y planificar la remisión a los servicios que lo realizarán. Siempre que sea factible y no retrase la consulta de presentación de resultados del paciente esta revisión se realizará antes de la misma y si no, lo antes posible, asignando una segunda consulta para informar de la propuesta de tratamiento al paciente.

En la Anexo 1 se muestra el diagrama de flujo que representa la VAR planificada.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Para evaluar los resultados de demora de estudios de imagen en la estadificación inicial se revisaron los datos de las neoplasias de tubo digestivo diagnosticadas endoscopicamente desde Junio de 2016 a Septiembre de 2017 (16 meses) y se recuperaron, desde el sistema de información clínica de la institución, las fechas de solicitud y realización de las pruebas de imagen analizándose los datos demográficos de los casos, la vía de solicitud de los estudios de imagen y los tiempos de demora de las pruebas diagnósticas en todas la vías de acceso mediante Excel y SPSS.

#### RESULTADOS

En el periodo analizado se realizaron 8534 endoscopias, diagnosticándose un total de 212 tumores con un 6% de cáncer esofágico, 17% gástrico y 77% colorrectal.

Los pacientes eran mayoritariamente varones (66%) con una edad media de 69,41 años y de ellos 38 pacientes (18%) fueron tratados mediante polipectomía o mucosectomía endoscópica sin realizarse estudio de extensión de los tumores (confirmando resección completa en el estudio histológico).

El resto (174 pacientes; 82%) fueron estudiados mediante pruebas de imagen para completar el estudio de extensión, realizándose TC en todos los casos y RM pélvica en la estadificación de los cánceres de recto.

Entre los pacientes incluidos en la VAR para estudios de imagen (52% del total; ver figura 1) se obtuvieron demoras medias en la realización estudios radiológicos de 6.67 (DS  $\pm 4.65$ ) días naturales en TC y 9.34 (DS  $\pm 5.17$ ) en RM, con demoras máximas de 15 y 16 días respectivamente, sufriéndose las mayores demoras en periodos vacacionales (verano y Navidad) cuando las medias de demora en la realización estudios radiológicos de la VAR fueron de de 12.72 (DS  $\pm 6.87$ ) días naturales en TC y 11.22 (DS  $\pm 3.76$ ) en RM.

El resto de estudios correspondió a pacientes ingresados (42%) que sufrieron demoras medias en la realización estudios radiológicos de 2.43 (DS  $\pm 1.70$ ) días naturales en TC y 3.3 (DS  $\pm 1.87$ ) en RM o procedentes de consultas ordinarias de otros servicios (6%) con mayores retrasos al estar incluidos en la lista de espera general, que alcanzan los 16.56 (DS  $\pm 8.77$ ) días naturales en TC y 25.33 (DS  $\pm 4.93$ ) en RM.

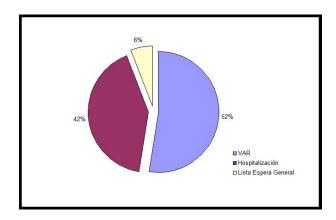


Fig. 1. Distribución de la procedencia de solicitud de los estudios.

En la figura 2 se pueden ver gráficos comparativos de las demoras para TC y RM de los casos estudiados en función de la vía de solicitud: VAR, pacientes ingresados o procedentes de la lista de espera general (LEG).

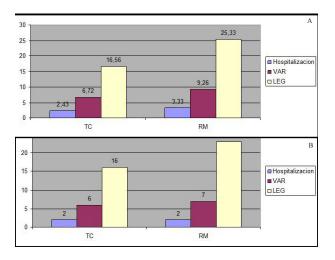


Fig. 2. Demora promedio (A) y Mediana de demora (B) en días en la realización de estudios de TC y RM para cada una de las vías de acceso.

Entre los pacientes no incluidos en la VAR, los estudios de imagen se solicitaron y realizaron antes del estudio endoscópico hasta en un 62% de los casos, debido a que fueron indicados con propósitos diferentes de la estadificación tumoral inicial. En este grupo de pacientes, no incluidos en la VAR, en los que las pruebas de imagen precedieron al estudio endoscópico (54 casos) se produjeron retrasos medios entre la petición del estudio de imagen y la realización de la endoscopia de 9.65 (DS  $\pm 12.07$ )

días naturales y retrasos medios entre la realización del estudio de imagen y la endoscopia de 7.84 (DS  $\pm 8.96$ ) días naturales, por lo que el estudio de imagen pre-endoscópico se utilizó para estadificación inicial independientemente de su indicación original.

En el conjunto de pacientes en los que las pruebas de imagen se realizaron tras la endoscopia y, por lo tanto, son estudios indicados específicamente para estadificación tumoral inicial, el número de estudios de imagen (TC y RM) que se realizaron ambulatoriamente es un 50% del total en el primer trimestre tras la implantación de la VAR, y en los trimestres siguientes este porcentaje crece hasta alcanzar un 75%, reduciéndose proporcionalmente el número de estudios realizados a pacientes ingresados (tabla 1). No se realizaron estudios indicados para estadificación inicial a pacientes ambulatorios fuera de la VAR.

#### DISCUSIÓN

Se han publicado varios trabajos, alguno reciente<sup>(3)</sup>, que comparan el tiempo de demora diagnóstica con el estadio al diagnóstico y/o la supervivencia de los pacientes con resultados contradictorios. Múltiples estudios sugieren que cuanto mayor es el retraso diagnóstico, mejores son los resultados para el paciente (waiting time paradox) lo que múltiples autores explican a través de la existencia de factores de confusión asociados, e incluso se ha publicado que retrasos de hasta 1 año desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico y retrasos de hasta 120 días hasta el comienzo del tratamiento no aumentan el riesgo de fallecimiento por cáncer colorrectal<sup>(4)</sup>. No obstante, una vez establecido un diagnóstico de sospecha mediante endoscopia, el estadiaje determina la actitud terapéutica y la evaluación mediante pruebas de imagen puede alterar el manejo del paciente<sup>(5)</sup> por lo que es necesario que estén disponibles con el menor retraso posible.

El retraso en la realización ambulatoria de los estudios de imagen genera ingresos hospitalarios porque los clínicos se esfuerzan en acelerar los estudios y puede causar que el paciente perciba retraso en la atención y/o el diagnóstico lo que, a su vez, puede ser causa de estrés tanto para el paciente como para su familia<sup>(6)</sup> aunque, salvo error diagnóstico (típicamente previo a la sospecha endoscópica) no genera reclamaciones de compensación<sup>(7)</sup>.

Mediante la implantación de esta vía de alta resolución se ha logrado que los tiempos de demora en

	2016		2017		
	3° trimestre	4° trimestre	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre
Estudios VAR	15 (50%)	25 (61%)	31 (76%)	24 (77%)	15 (75%)
Estudios Hospitalización	15 (50%)	16 (39%)	10 (24%)	7 (23%)	5 (25%)

Tabla 1. Número de estudios indicados para estadificación inicial realizados por trimestres.

la realización de los estudios de imagen ambulatorios sean bajos, con medias de 6-9 días naturales, frente a los 16-25 días de la LEG. Dado que la VAR prevé que la solicitud y la toma de muestras histológicas se realicen simultáneamente, los resultados de ambos servicios centrales se proporcionan con una diferencia temporal mínima y por lo tanto la demora resulta clínicamente aceptable.

Durante los periodos vacacionales, al disminuir la plantilla efectiva disminuye el número total de estudios realizados en la institución. El número de estudios realizados a pacientes ingresados suele permanecer estable por lo que la reducción del número de estudios a pacientes ambulatorios retrasa su realización, lo que justifica que estos sean los periodos en los que se acumulan mayores demoras para los pacientes incluidos en la VAR, lo que puede aumentar el nivel de estrés que sufren el paciente y su familia, generándose secundariamente una mayor presión sobre los clínicos, pero dado que los retrasos no superan los 14 días naturales no retrasa significativamente el comienzo del tratamiento y no debe alterar la mortalidad de acuerdo con los datos publicados<sup>(4)</sup>.

Existe un grupo de pacientes excluidos de la VAR en los que las pruebas de imagen precedieron al estudio endoscópico, lo que refleja indicaciones del estudio de imagen no relacionadas con la neoplasia (estudios en los que el tumor de tracto digestivo es un hallazgo incidental), debut con clínica urgente (v.g. obstrucción intestinal aguda) y estudios para evaluación de cuadros clínicos no específicos (v.g. síndrome constitucional). En estos casos la realización del estudio endoscópico en un plazo inferior a 8 días de media tras el estudio de imagen permitió utilizar el estudio de imagen ya realizado para estadificación aunque esa no fuera su indicación inicial

Tras la implantación de la VAR el porcentaje de estudios de estadificación que se realizan de forma ambulatoria ha aumentado progresivamente hasta alcanzar un techo en torno al 75% del total de los indicados explícitamente para estadificación inicial en pacientes ya diagnosticados endoscópicamente, lo

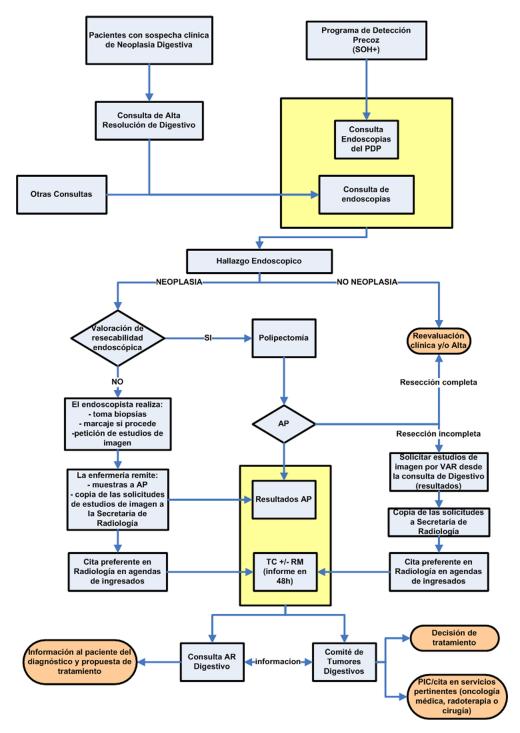
que refleja por una parte la confianza del clínico y del paciente, que permite evitar el ingreso en la mayoría de los casos, y por otra, la existencia de un conjunto de pacientes cuyas condiciones clínicas (v.g. anemia severa o alto riesgo de obstrucción aguda) no permiten el manejo ambulatorio, justificando los estudios de estadificación inicial en la vía de hospitalización.

#### CONCLUSIONES

Con esta vía de alta resolución se limita el retraso en la estadificación tumoral en pacientes ambulatorios, reduciendo a menos de la mitad el tiempo de demora media con respecto a la lista de espera general, lo que reduce la necesidad de ingreso para la realización de pruebas a la vez que se busca la mayor sencillez posible para el paciente que puede ser atendido ambulatoriamente, disminuyendo el impacto negativo en su vida y manteniendo la calidad de la atención.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. European Journal of Cancer. 2013;49(6):1374–1403.
- 2. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. Br J Gen Pract. 2010;60(571):121-128.
- 3. Leiva A, Esteva M, Llobera J, et al. Time to diagnosis and stage of symptomatic colorectal cancer determined by three different sources of information: A population based retrospective study. Cancer Epidemiology. 2017;47:48–55.
- 4. Pruitt S, Harzke A, Davidson N, et al. Do diagnostic and treatment delays for colorectal cancer increase risk of death? Cancer Causes Control. 2013 May;24(5):961–977.
- 5. Van Cutsem E, Verheul HM, Flamen P, et al. Imaging in Colorectal Cancer: Progress and Challenges for the Clinicians. Cancers (Basel). 2016;8(9):81.
- Miles A, McClements PL, Steele RJC, et al. Perceived diagnostic delay and cancer-related distress: a cross-sectional study of patients with colorectal cancer. Psycho-Oncology. 2017;26:29–36.
- 7. Hafström L, Johansson H, Ahlberg J. Does diagnostic delay of colorectal cancer result in malpractice claims? A retrospective analysis of the Swedish board of malpractice from 1995-2008. Patient Safety in Surgery. 2012;6(1):13.



 $\bf Ane {\bf xo}$ 1. Esquema de la VAR propuesta.

