

REVAGOG

70
años

AGOG

Asociación de Ginecología
y Obstetricia de Guatemala

Acrea[®]
Ciproterona + Etinilestradiol
Creando Equilibrio Hormonal

Acrea[®]
Ciproterona + Etinilestradiol

Acrea actúa regulando eficazmente las hormonas sexuales en la mujer, mejorando el cuadro fértil y disminuyendo rápidamente las manifestaciones hiper androgénicas derivadas del Síndrome de Ovario Poliquístico. Su eficacia y calidad están respaldadas por su Bioequivalencia.

Creando Equilibrio Hormonal



Eurofarma
Ampliando horizontes



ISSN:
DIGITAL: 2706-9494
IMPRESA: 2706-9486
INDEXACIÓN: BIREME - LILACS

Directorio

DIRECTOR:

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

SUB DIRECTOR:

Dr. Rodolfo Andrino

SECRETARIO:

Dr. Luis Rolando Hernández Guzmán

COMITÉ EDITORIAL:

Dr. José Alejandro Andrews Bauer
Dr. Edgar Herrarte
Dr. Julio Lau
Dr. Ronaldo Retana
Dr. Jesen Hernández

ASESORÍA:

Licda. Alba Deli Ramos

JUNTA DIRECTIVA 2019

Presidente: Dr. José León Castillo Barrios
Vice-Presidente: Dr. Luis Humberto Araujo Rodas
Secretaria: Dra. Claudia María León León
Pro-Secretario: Dra. Annia Patricia Quijivix Ulin
Tesorero: Dr. Raúl Alfonso García-Salas Castillo
Pro-Tesorero: Dr. Héctor Rolando Oliva Caceros
Vocal I: Dra. Ana Griselda Quijada Tejada
Vocal II: Dr. Fernando de Jesús Jucup Escobar

JUNTAS DIRECTIVAS SUBSEDES DEPARTAMENTALES: NORORIENTE

Presidente: Dr. Ronaldo Retana Albanes
Vicepresidente: Dr. Otto Rene Chicas
Tesorero: Dra. Mildred Cardona A.
Secretario: Dra. Linda Paola Espina L.
Vocal: Dr. José Antonio Pineda

COMITÉ DE ÉTICA Y TRIBUNAL DE HONOR:

Dr. Víctor Hugo González
Dr. Rodolfo Andrino
Dr. Luis Araujo
Dr. Cesar Reyes
Dra. Claudia María León León

NOROCCIDENTE

Presidenta: Dra. Karen López
Tesorero: Dr. Fernando Jucup
Secretaria: Dra. Diana Ambrocio
Vocal: Dr. José Roberto Tay

COMISIÓN ELECTORAL 2019-2021

Presidente: Dr. Francisco Eduardo Luna Mejía
Secretaria: Dra. Ana Mónica Batres Parada
Vocal I: Dra. Sara Elizabeth Ortiz Herrera
Vocal II: Dr. Juan Carlos Zea Vega
Vocal III: Dra. Ana Griselda Quijada Tejada

COMISIONES:

Educación Médica Continua: Dra. Brenda Chamalé
Desastres Naturales y Ayuda Humanitaria: Dra. Luz Ab, Dra. Claudia de León

Índice - Index

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 18 | EDITORIAL -
Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio | 18 | EDITORIAL -
Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio |
| 19 | MENSAJE DEL PRESIDENTE.
Dr. José León Castillo Barrios | 19 | MESSAGE FROM THE PRESIDENT
Dr. José León Castillo Barrios |
| 21 | GUIAS DE MANEJO PARA PACIENTES EMBARAZADAS Y EL COVID-19.
Dr. Jorge Vargas | 21 | MANAGEMENT OF PREGNANCY AND COVID-19 GUIDE.
Dr. Jorge Vargas |
| 26 | COVID-19: TRATAMIENTO ESPECÍFICO EXPERIMENTAL EN EL EMBARAZO.
Daniel Márquez y Col. | 26 | COVID-19: ESPECIFIC EXPERIMENTAL TREATMENT ON PREGNANCY.
Daniel Márquez y Col. |
| 29 | PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.
Juan Pérez Wulff y Col. | 29 | PROTOCOL OF CARE OF THE PREGNANT BEFORE THE COVID-19 PANDEMIC.
Juan Pérez Wulff y Col. |
| 34 | FILODES: EL GIGANTE TUMOR DE MAMA.
Lau de la Vega y Col. | 34 | PHYLLODES: THE GIANT OF BREAST CANCER.
Lau de la Vega y Col. |
| 37 | EDAD EN QUE SE ALCANZA EL PICO DE MASA ÓSEA Y SUS FACTORES ASOCIADOS. ENCUESTA NACIONAL DE EXAMEN DE SALUD Y NUTRICIÓN 2005 - 2014.
Xue S. y Col. | 37 | AGE AT WHICH PEAK BONE MASS AND ITS ASSOCIATED FACTORS ARE REACHED. NATIONAL SURVEY OF HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION 2005 - 2014.
Xue S. y Col. |
| 39 | ACTIVIDAD FISICA Y RIESGO DE CANCER DE MAMA: RESULTADOS, DE LA COHORTE PROSPECTIVA DEL BIOBANCO DEL REINO UNIDO.
Guo W. y Col. | 39 | PHYSICAL ACTIVITY AND RISK OF BREAST CANCER: RESULTS, OF THE PROSPECTIVE COHORTE OF THE UNITED KINGDOM BIOBANK.
Guo W. y Col. |
| 41 | ASOCIACIÓN ENTRE TERAPIA HORMONAL Y SARCOPENIA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS: ENCUESTA NACIONAL DE EXAMEN DE SALUD Y NUTRICIÓN DE COREA, 2008-2011.
Kim SW. y Col. | 41 | ASSOCIATION BETWEEN HORMONAL THERAPY AND SARCOPENIA IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: KOREA NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY, 2008-2011.
Kim SW. y Col. |
| 43 | RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO DE GUATEMALA (ANUMGUA) PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE ADULTOS HOSPITALIZADOS, CON ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 (COVID 19).
Claudia Patricia Maza Moscoso LN y Col. | 43 | RECOMMENDATIONS OF THE ASSOCIATION OF CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM OF GUATEMALA (ANUMGUA) FOR MANAGEMENT NUTRITION OF HOSPITALIZED ADULTS, WITH SARS-COV-2 DISEASE (COVID 19).
Claudia Patricia Maza Moscoso LN y Col. |

Revista de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala es una publicación trimestral, Órgano oficial de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG). Los artículos son propiedad de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, el contenido de los artículos no necesariamente refleja el pensamiento de AGOG, por lo que el mismo es responsabilidad de los autores. Queda prohibida la reproducción parcial o total de su contenido por cualquier medio impreso o electrónico sin la autorización por escrito del Director de la revista. Dirección: Edificio Dubái Center, OFICINA 903-904, Guatemala, C.A., Teléfono +502 2331-2629, Correo Electrónico: info@agog.com.gt. La revista no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los autores. Derechos reservados. Los miembros activos de la AGOG recibirán la revista sin costo alguno. Tiraje 3,000 ejemplares. Redacción, administración y edición: Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala. Producida e impresa por: Eurofarma, Dirección: Kilómetro 16.5 Carretera a El Salvador, cruce a Llanos de Arrazola, Fraijanes, Guatemala, C.A. El contenido completo de los artículos podrá consultarse en www.agog.com.gt, e.mail: info@agog.com.gt

Editorial

Debido a las consecuencias que nos esta dando y dejando la Pandemia del Corona Virus, es difícil no hablar en un editorial de la revista, sin tocar el tema del COVID-19; sin embargo debemos hacer algunas reflexiones a todos los lectores de la revista REVAGOG, de los países centroamericanos y Republica Dominicana; cuando vemos los destrozos que la pandemia está provocando en la vida de todas las personas del mundo, no deja de ponernos inmensamente preocupados por nuestras pacientes embarazadas, siendo una de nuestras funciones como ginecólogos obstetras el bienestar de ellas, nos preocupa su salud y especialmente la del feto, inmediatamente nos viene a la mente como debemos actuar con cada mujer embarazada que nos consulta en esta pandemia, ya que los conocimientos al respecto están en proceso de investigación y son escasos y difíciles por cuanto la pandemia tiene muy poco tiempo de estar atacando a los seres humanos, como resultado que se están efectuando estudios a pasos forzados con datos muy confiables; es importante saber cuántas mujeres embarazadas han sido contaminadas, como han sido tratadas y en qué condiciones se resolvió el problema, se han efectuado estudios sobre la marcha al respecto y ello trae como consecuencia normas o protocolos de manejo medico de la mujer embarazada, como los interesantes trabajos de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de Republica Dominicana y de la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología, instituciones a las que agradecemos la autorización para que sus trabajos sean publicados en REVAGOG. Los estudios científicos mencionados son:

De la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología (SDOG) GUIAS DE MANEJO PARA PACIENTES EMBARAZADAS Y EL COVID-19 autores: Drs. Jorge Vargas, Carlos López Yotín y Ramon Pérez

De la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología, (SOGV) PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMBARAZADA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 y COVID-19: TRATAMIENTO ESPECIFICO EXPERIMENTAL EN EL EMBARAZO autores: Drs. Juan Peter Wulff, Daniel Márquez, Carlos Lugo, Jesús Veroe, Rafael Cortez, Jonel Di Muro y Kenny Araujo.

No cabe ninguna duda que los profesores que hicieron los estudios antes mencionados, son personas de alto nivel científico y que han puesto lo mejor de ellos en los estudios y elaboración de los mismos, que seguramente contribuirán a que los ginecólogos y obstetras de Centroamérica los pongan en práctica y con ello lograr prevenir esta enfermedad pandémica, en las mujeres embarazadas que se encuentran con mucha preocupación de su embarazo.

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio
Director de REVAGOG



Debo manifestar que esta pandemia, es un desastre mundial, ha puesto en serios problemas a los países del primer mundo, no digamos a nuestros países con serios problemas de desarrollo y económicos, sin saber cuánto tiempo estará esta situación causando tanto daño, por ello debemos estar unidos para salir adelante del problema, ya que cuando nos vemos, nos damos cuenta lo pequeño que somos, lo lábiles que somos y lo débiles que somos, para poder enfrentar a esta situación tan grave, por lo que debemos poner todo lo que a nuestro nivel podemos, para ofrecerle a nuestras, pacientes lo mejor de nuestra practica médica y pedirle al Creador su omnipotencia para salir de esto pronto.

La AGOG, a través de su comisión de Educación Medica Continua, dirigida por la Dra. Brenda Chámale que está desarrollado un programa de primer nivel académico, presentando temas importantes de la especialidad y con la participación de Colegas gineco obstetras, que han sido verdaderamente valiosas sus presentaciones, lo mas importante es que además que se realizan en el auditorium de AGOG, son transmitidos en vivo vía electrónica, especialmente por Facebook, lo que da la oportunidad a los que no pueden estar físicamente, lo ven vía electrónica, o sea que AGOG esta llegando hasta el hogar con educación médica continua, aprovechemos esto colegas. Así mismo dentro de los programas académicos de AGOG, se está desarrollado otro programa de educación médica continúa dirigido por la Dra. Sara María Mendoza, el programa se titula MOTIVO DE CONSULTA, se transmite vía electrónica, interesante programa que da la oportunidad de ver escuchar a miembros de AGOG, desarrollando temas de actualidad, felicitamos a la Dra. Mendoza por la iniciativa y su gran valor académico para los miembros de AGOG.

Estimados colegas, invitamos a todos los miembros de AGOG de todas las Asociaciones y Sociedades de Centroamérica y el Caribe de Ginecología y Obstetricia, así como a las Asociaciones de subespecialidades de ginecología y obstetricia, a los médicos residentes de las escuelas de medicina de las diferentes universidades, a que nos envíen sus trabajos científicos para su publicación en REVAGOG, esto es un punto curricular de mucho valor en la vida de los profesionales de la medicina, estamos a sus ordenes para recibir y asesorarlos en la publicación de los documentos científicos

Mensaje del Presidente

Dr. José León Castillo Barrios
Presidente de AGOG



Estimados colegas:

El mundo entero y nuestra amada Guatemala se ven vestidos por esta pandemia que ya ha cobrado cientos de miles de fallecidos, millones enfermos, economías trastocadas hasta sus fundamentos sin que aún podamos visualizar desde lejos el final de esta pesadilla.

Es momento de servir a nuestros semejantes, de empaparnos de todo el conocimiento actual de esta enfermedad y ponerlo al servicio de nuestras pacientes. De cuidar a nuestros seres amados mas vulnerables y pos supuesto de cuidarnos nosotros mismos que por nuestro quehacer estamos mas expuestos al contagio.

Es momento de contribuir con nuestras habilidades y aportes a buscar soluciones en todos las esferas que se están viendo afectadas por este estado de calamidad.

Es momento de hacer propuestas consensuadas para buscar el bien común, de buscar las mejores estrategias para el manejo de nuestras pacientes, de nuestras clínicas y de nuestro cuidado hospitalario institucional o privado.

Como Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala apoyamos las medidas, lineamientos y estrategias que nuestras Autoridades han tomado para contener la pandemia y lograr aplanar la curva que permita que no se sobre saturen nuestros servicios de salud y por lo tanto se pueda brindar una atención digna a la población.

Admiramos y agradecemos el esfuerzo de muchos años de fomentar la investigación en nuestro país y su incansable lucha por sacar adelante la revista de nuestra Asociación.

Este gran esfuerzo no podría concretarse sin el apoyo incondicional de la Compañía EUROFARMA.

Por ultimo mi agradecimiento a todos los asociados, e investigadores que con sus aportes le dan vida a este instrumento.

Todas sus recomendaciones y aportes serán bienvenidos a nuestra Asociación o al Comité Editorial de la revista.

Tomo las palabras de nuestro Presidente, Dr. Alejandro Gimattei, que Dios nos Bendiga a todos, pero sobre todo, que Dios Bendiga a Guatemala.

Etoricox®
Etoricoxib

El COX-2 con mayor aceptación en el mundo

DDS

Eurofarma
Ampliando horizontes

Salud Digestiva

Metiom H pylori®
Esomeprazol - Levofloxacin - Amoxicilina

¡La combinación que erradica!

✓ Guía de fácil administración ✓ La mejor manera de cumplir el tratamiento

20 Esomeprazol 40mg
10 Levofloxacin 500mg
40 Amoxicilina 500mg

Eurofarma

Proceso de empaque Gastroflua
Planta Guatemala, C.A.



GUIAS DE MANEJO PARA PACIENTES EMBARAZADAS Y EL COVID-19.

SOCIEDAD DOMINICANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (SDOG)

Dr. Jorge Vargas-Presidente SDOG Dr. César López- Tesorero SDOG Dr. Yotin Ramón Pérez D.- Asesor Editorial SDOG.

Para la clase médica, en especial la encargada del cuidado de la mujer en la etapa de mayor labilidad y considerada una de las etapas más hermosas para ellas y para la humanidad misma por la trascendencia que ello implica y responsable del cuidado de ese nuevo ser desde la concepción hasta la muerte, representa esta etapa de la vida en que hoy nos situamos, todo un reto. Estamos ante una pandemia hasta hace poco desconocida y de la que aprendemos cada día y hemos querido, como Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología (SDOG), hacer una revisión pormenorizada de la situación, de la enfermedad, de las medidas de control, de su prevención y Hemos decidido tomar como referencia las guías y protocolos nacionales creados por el ministerio de salud pública de República Dominicana, así como los protocolos creados por diferentes países cuya cantidad de casos positivos al COVID-19 han hecho necesario la confección de un plan de manejo para mujeres embarazadas que nos permita atender su embarazo, parto y puerperio de la manera que nos facilite el mejor desenlace de la madre y su recién nacido. Te invito a leer y poner en práctica nuestras recomendaciones, aplicables a nivel Nacional y con aval y referenciamiento nacional e internacional ante la situación universal que nos ocupa. Colega Gineco-Obstetra, Perinatólogo, personal de salud y de apoyo, aquí está este instructivo fácil y práctico, que nos puede servir de guía en estos momentos. ¡Con el favor de Dios y nuestra participación unánime, saldremos adelante!!!

Hacemos constar que algunos aspectos de esta guía pudieran cambiar a medida que surjan nuevas evidencias en el comportamiento del virus que aún se encuentran en estudio.

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que apareciera el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el nombre oficial de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus, COVID-19, y fue anunciada por los organismos de las Naciones Unidas en Ginebra. Somos conscientes de que debido al poco tiempo de conocimiento mundial de esta nueva enfermedad, la evidencia científica sobre el impacto de esta sobre el embarazo y el feto hasta el momento de la elaboración de esta guía, no se ha comprobado la transmisión vertical del COVID-19, se han descrito pocos de madres con COVID-19 previo a su desembarazo y cuyos recién nacidos arrojan positivos al virus pero sin que se pueda precisar si el contagio se produjo por el contacto del recién nacido a su madre o si se deba una infección congénita ya que no se ha encontrado presencia del virus en muestras de líquido amniótico, sangre del cordón umbilical ni en la leche materna.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

Se define como toda mujer embarazada o puerpera que presente los siguientes parámetros:

- Enfermedad respiratoria aguda
- Fiebre con temperatura mayor o igual a 38°C
- Presencia de TOS; DIFICULTAD RESPIRATORIA, OPRESION TORACICA.

ANTECEDENTE O NO DE CONTACTO CON UN CASO CONFIRMADO DE COVID 19.

- Embarazada trabajadora de la salud que haya brindado atención directa a pacientes covid 19 sin utilizar el equipo de protección personal (EPP) adecuado.
- Haber viajado en proximidad (1-2 metros de distancia) de un paciente COVID 19 en cualquier tipo de transporte.
- Haber realizado viajes recientes a países con presencia de casos confirmados.

PACIENTES POSITIVAS/CONFIRMADAS

Pacientes embarazadas con sintomatología o criterios de sospecha con prueba positiva para COVID-19 (SARS-CoV-2).

MANEJO DEL EMBARAZO FRENTE AL COVID-19

Cuando se sospeche o se confirme un caso de COVID-19 en una paciente embarazada que asiste a una emergencia o una consulta obstétrica, la primera indicación a seguir es trasladar la paciente a una sala de aislamiento propuesta por el Ministerio de Salud Pública en centros públicos y privados mediante la resolución No. 000005 del 27-3-2020.

Sería necesario realizar una historia clínica completa a fin de establecer factores de riesgos que se han demostrado predisponen a complicar el manejo de la enfermedad del COVID-19, como son: Hipertensión arterial crónica, diabetes gestacional, asma, VIH, Cardiopatías, hiperlipidemia, EPOC y condiciones obstétricas actuales como el trabajo de parto prematuro.

NO SE RECOMIENDA DEMORAR EL MANEJO OBSTÉTRICO CON EL FIN DE TENER EL RESULTADO DE UNA PRUEBA PARA COVID-19.

En algunos casos es posible realizar el aislamiento domiciliario en casos sospechosos con presencia de síntomas leves. (Ver guía manejo MSP).

RADIOGRAFIAS DURANTE EL EMBARAZO:

Las imágenes del tórax son indispensables para valorar el estado clínico en caso de una infección por COVID-19. Se ha comprobado que la radiación emitida por una radiografía no produce daños o efectos teratogénicos por lo que aconsejamos no tomar la gestación como una contraindicación para su realización. Ya que

la realización de Radiografía o TAC del tórax se considera como una herramienta principal para la detección de casos graves y evolución clínica del COVID-19. Para su realización recomendamos tener en cuenta el llenado de un consentimiento informado y la colocación de un escudo de protección de radiación sobre el abdomen (útero gestante).

MANEJO DE LA ENFERMEDAD NO SEVERA

- Aislamiento en casa dependiendo de las disposiciones del MSP.
- Recomendar hidratación adecuada.
- Acetaminofén en caso de fiebre.
- Acudir a emergencia en caso de signos de alarma (Dificultad respiratoria, fiebre mayor a 38°C, pérdida de la conciencia, disminución de movimientos fetales, salida de líquido amniótico, sangrado transvaginal, cefalea intensa, epigastralgia).
- Conteo de movimientos fetales (> 28 semanas) estando acostada, una vez al día; es normal si presenta 6 o más movimientos desde un mínimo de 5 minutos hasta un máximo de dos horas.

CRITERIOS DE SEVERIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS POSITIVAS A COVID 19

- Saturación de oxígeno menor a 95%.
- Frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto.
- Radiografía de tórax anormal con presencia de infiltrado.
- Comorbilidades crónicas o con tratamiento inmunosupresor.
- Elevación de Ferritina.

LA INFECCIÓN CON COVID-19 EN SÍ MISMA NO ES UNA INDICACIÓN PARA EL NACIMIENTO, A MENOS QUE SEA NECESARIO MEJORAR LA OXIGENACIÓN MATERNA. PARA CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE INFECCIÓN POR COVID-19, EL NACIMIENTO DEBE REALIZARSE EN UNA SALA DE AISLAMIENTO. EL MOMENTO Y EL MODO DE NACIMIENTO DEBEN SER INDIVIDUALIZADOS, DEPENDIENDO PRINCIPALMENTE DEL ESTADO CLÍNICO DE LA PACIENTE Y LA CONDICIÓN FETAL.

- Si una paciente infectada tiene un inicio de labor de parto espontáneo con un progreso adecuado, se le puede permitir el parto por vía vaginal valorando el uso de mascarilla oxígeno si fuera necesario.
- La inducción del trabajo de parto puede considerarse cuando el cuello uterino es favorable, pero debe considerarse la posibilidad de alteración del bienestar fetal, un progreso deficiente en el trabajo de parto y / o deterioro de la condición materna.
- El shock séptico refractario, la insuficiencia orgánica aguda o la alteración del bienestar fetal requieren de interrupción por la vía más expedita.

- Se puede considerar tanto anestesia regional como anestesia general, dependiendo de la condición clínica de la paciente y después de consultar con el anesthesiólogo.
- Respecto al manejo neonatal de casos sospechosos y confirmados el cordón umbilical debe ligarse rápidamente y el recién nacido debe ser atendido inmediatamente por el equipo de neonatología y o pediatría. No hay pruebas suficientes sobre si el retraso en ligar cordón aumenta el riesgo de infección al recién nacido por contacto directo.

MANEJO DE PACIENTES PUÉRPERAS

Seguir las guías dadas por las sociedades médicas para el manejo de adultos con COVID-19.

Actualmente no hay evidencia suficiente sobre el riesgo de contagio a través de la leche materna o la necesidad de separación madre / bebé. Si la madre está gravemente enferma, la separación parece ser la mejor opción y se deben hacer intentos de extraer la leche materna para mantener la producción de leche.

RECOMENDACIONES PARA OBSTETRAS GINECÓLOGOS O PERSONAL QUE BRINDA ATENCION PRENATAL ATENCION PRENATAL

Embarazadas sin sospecha de COVID-19

- Valorar consulta telefónica o asesoría en línea.
- Brindar solo atención prenatal de emergencia y alto riesgo obstétrico.
- Recomendar a la paciente acudir sin acompañante.
- Evitar cumulo de personas en sala de espera, adecuar horarios.
- Limitar el contacto físico y reservarlo solo para el acto médico.
- Lavar sus manos antes y después de cada paciente.
- Usar mascarilla de manera obligatoria.
- Promover el lavado de manos al paciente y sus familiares.
- Limpiar y desinfectar los transductores empleados para realizar

ultrasonido o auscultación de la FCF.

- Explicar al paciente los principales síntomas de la enfermedad.
- Brindar a la paciente la posibilidad de comunicarse ante cualquier alarma.

ATENCION OBSTÉTRICA

(Embarazadas sospechosas o positivas para COVID-19)

- Atención en salas de aislamiento según el protocolo del MSP
- Lavarse las manos con abundante agua y jabón o soluciones alcoholadas.
- En la sala de aislamiento usar equipamiento protector personal (EPP) descartable.
- Usar lentes o protector ocular.
- Guantes desechables.
- Mascarilla N95 en la paciente y personal de salud.
- Realizar historia clínica completa.

- Aplicar el flujograma de atención anexo.
- Interconsulta con especialista pertinente.
- Manejo multidisciplinario.

PARTO VAGINAL

- Control de temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 30 minutos.- Lavarse las manos con abundante agua y jabón o soluciones alcoholadas.
- Monitoreo fetal continuo.
- Usar mascarilla oxígeno durante el expulsivo.
- Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
- Evitar contacto piel a piel.
- Tomar muestra de sangre del cordón umbilical/placenta para prueba de SARS-CoV2.

CESÁREA

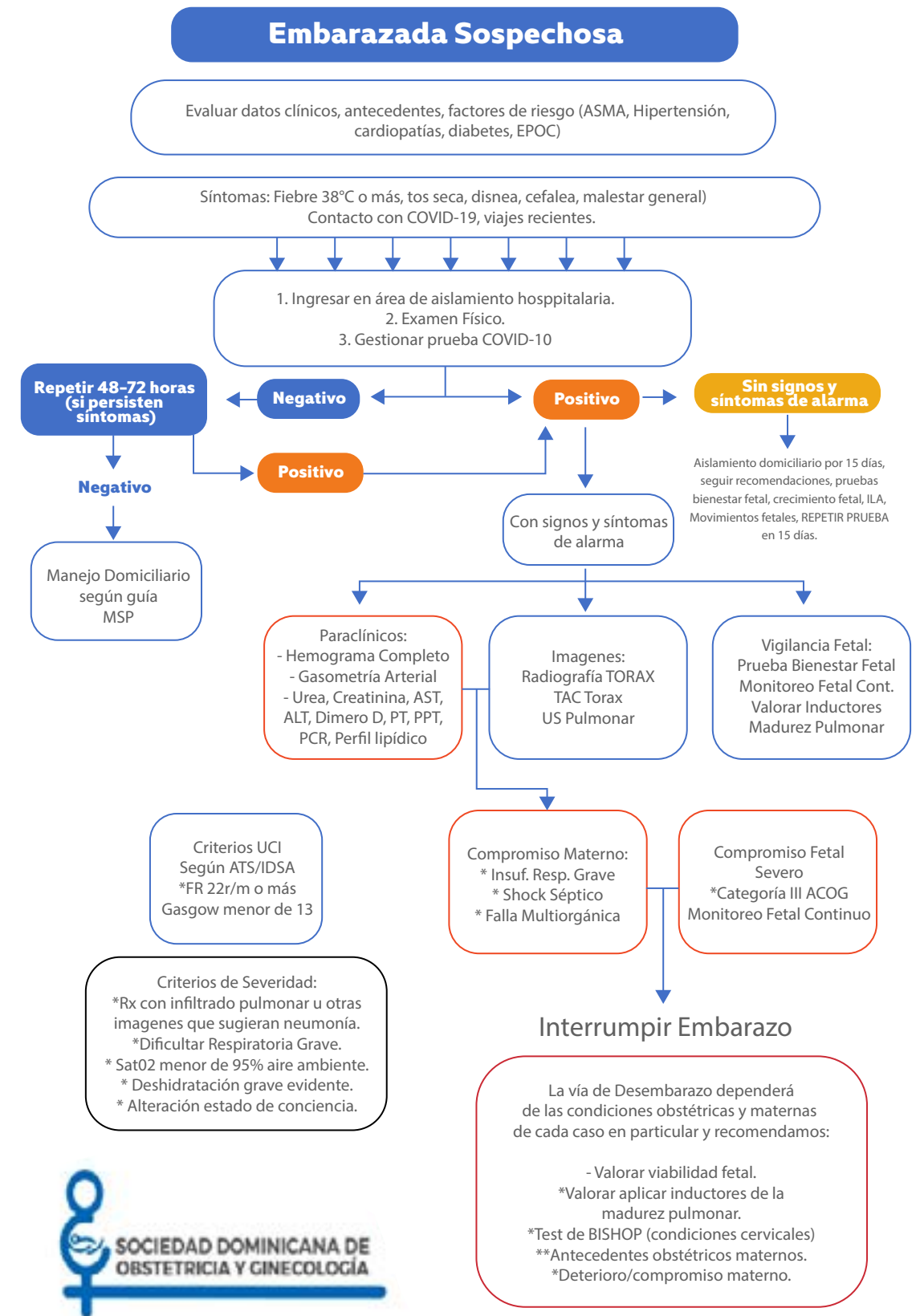
- Realizar por indicación obstétrica no por COVID-19.
- Valorar deterioro materno o fetal como criterios de finalización urgente.
- La anestesia peridural no está contraindicada.
- Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
- Evitar contacto piel a piel.
- Tomar muestras de sangre del cordón/placenta.

PUERPERIO

- Tomar muestras virológicas a todos los RN hijos de madres confirmadas con COVID-19.
- Evitar el contacto horizontal entre madre y RN.
- Ingresar RN en aislamiento individual (incubadora), madre con mascarilla, a 1-2 metros de distancia del RN.
- Si se descarta la infección con el RN egresar a cargo de un familiar bajo consentimiento materno,

LACTANCIA

- Promover la lactancia con uso correcto de mascarilla, adecuado aseo mamario, lavado de manos por parte de la madre, tomando en cuenta la sintomatología y su estado.
- Recomendar el uso de extractores de leche con estrictas medidas de higiene, limpiar el extractor después de cada extracción.
- Pudiera suprimirse la lactancia ante riesgo de infección (paciente sintomática) solo por disminuir la posibilidad del contagio pues no se ha demostrado la presencia del virus en la leche materna.
- La decisión final del tipo de lactancia deberá consensuarse entre todo el equipo tratante, la madre y sus familiares.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento del Coronavirus, ministerio de Salud Pública, Rep. Dom 2020.
2. Resolución 000005-2020 Ministerio de Salud Pública, Rep. Dom
3. Protocolo de atención ante la pandemia por COVID 19, Sociedad de obstetricia y Ginecología de Venezuela, 2020.
4. Guía para el manejo de la embarazo y coronavirus, sociedad panameña de Obstetricia y Ginecología 2020.
5. Coronavirus COVID-19 y embarazo. Fundación internacional de medicina materno fetal.
6. Franch A, Bartha J, Delgado J, et al. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
7. S.E.G.O. Recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en la paciente obstétrica.
8. Ministerio de Sanidad de España. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID- 19 Versión de 17 de marzo de 2020.
9. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
10. Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. DOI link: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
11. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease
12. (COVID-19). Updated March 7, 2020 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinicalguidance-management-patients.html>
13. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
14. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine. / Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women with Suspected or Confirmed
16. Novel Coronavirus (COVID-19) Algorithm. March 2020.17. Protocolo: COVID-19 y gestación. Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Clinic Barcelona,

Para uso exclusivo del profesional.

Ginna®
Nitrate de Fenticonazol
Alivia desde el primer día

Es el tratamiento tópico único en su clase, para mujeres con infección vaginal, con una alta eficacia en erradicación de *Candida Albicans*.

El único con tecnología Polawax que refresca y alivia desde el primer día.

Tubo con 40g. 7 aplicadores

Producto disponible en: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

Eurofarma
Ampliando horizontes

COVID-19: TRATAMIENTO ESPECÍFICO EXPERIMENTAL EN EL EMBARAZO.

Márquez Daniel^{1*}, Pérez Wulff Juan^{2*}, Carvajal Ana^{3*}, Lugo Carlos^{4*}, De Vita Susana^{5*}, Veroes Jesús^{6*}, Cortés Rafael^{7*}, Di Muro Jonel^{8*}, Araujo Kenny^{9*}.

Fecha actualización: 24/03/2020

El presente protocolo constituye una propuesta terapéutica destinada al manejo de la infección por COVID-19 en población obstétrica y está sujeto a modificaciones en función de nuevas evidencias científicas y disponibilidad de fármacos. Se sustenta en la condición de riesgo/beneficio en la embarazada, con base en la clasificación farmacológica de la FDA.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO RECOMENDADO:

1. Caso sospechoso y/o caso confirmado de embarazada sin comorbilidad ni infiltrados radiológicos:
 - Tratamiento sintomático y aislamiento. Valorar vigilancia domiciliaria.
 - En caso de empeoramiento (disnea, fiebre prolongada), acudir a urgencias para reevaluación y conducta.
 - Evaluación de infiltrados radiológicos en lo posible por TAC de tórax (con protección abdominal).

2. Caso confirmado de embarazada sintomática y/o comorbilidad (HTA, cardiopatía, DM, patología renal, inmunosupresión grave, colagenopatía), pero SIN infiltrados radiológicos y tiempo de evolución < 7 días:
 - Hidroxicloroquina*: 400mg/12h día 1, seguido de 200mg/12h VO por 7-10 días o Cloroquina*: 300 mg BID VO por 10 a 14 días.
 - Seguimiento ambulatorio por Atención Primaria. Contacto telefónico cada 48 hr.
 - Instrucciones específicas sobre síntomas de alarma que ameriten acudir a urgencias.
3. Caso confirmado de embarazada CON infiltrados radiológicos independientemente de los factores de riesgo:
 - Ingreso hospitalario.
 - Controles paraclínicos seriados (incluyendo proteína C reactiva, procalcitonina, dímero D, troponina I, transaminasas) y radiológicos en función de gravedad, situación general y pronóstico, cada 48 h. Solicitar serología para HIV.
 - Valoración por Cuidados Intensivos SI PROCEDE.
 - Tratamiento específico: Hidroxicloroquina*: 400mg/12h día 1, seguido de 200mg/8-12h VO por 10-14 días o Cloroquina*: 300 mg/12h VO por 10 a 14 días.
 - Considerar antibióticoterapia para sobreinfección bacteriana: Se recomiendan Ceftriaxona, Cefixima, Levofloxacina, Azitromicina** como opciones terapéuticas).
 - A la fecha, en espera de estudio comparativo con uso complementario de Nitazoxanida.
4. Caso confirmado de embarazada CON infiltrados radiológicos y clínica respiratoria leve-moderada:
 - Igual a 3.
 - Considerar manejo en UCI.
 - Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg: 2 cápsulas VO c/12h por 10-14 días (Evidencia controversial. Se mantiene vigente en algunos protocolos. Estudio reciente reporta ausencia de beneficio en Covid-19) (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001282>).

¹Subsecretario Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ²Vicepresidente Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ³Especialista en Infectología. ⁴Vicepresidente Junta Electoral Permanente Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ⁵Secretaria Junta Electoral Permanente Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ⁶Secretario FUNDASOG Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ⁷Vocal FUNDASOG Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ⁸Presidente Seccional Nororiental Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ⁹Miembro Titular Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

5. Caso confirmado de embarazada CON infiltrados radiológicos y clínica respiratoria grave:

- Igual a 4.
- Valorar tratamiento con Tocilizumab*** 400 mg (8 mg/kg) (máx 800mg) VIV dosis única. Valorar nueva administración a las 12h y a las 24h posteriores según evolución (máx 3 dosis). Si se cumplen los criterios de INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.
- Valorar tratamiento con Remdesivir**** 200mg día 1, seguido de 100mg/d VIV (día 2-10). Si se cumplen los criterios de

INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.

- En pacientes graves se contempla la utilización de otros medicamentos de uso experimental, bajo estricto consentimiento informado, de acuerdo a la evidencia médica disponible y al riesgo/beneficio de su administración en el embarazo y/o lactancia.

CONSIDERACIONES:

- Considerar profilaxis para Trabajadores de Salud en contacto directo con caso confirmado: Hidroxicloroquina* 400 mg/12h VO el día 1; seguido de 400 mg una vez a la semana por 7 semanas o Cloroquina* 10 mg/kg VO como dosis de carga (día 1) seguido de 150 mg diarios por 3 meses.
- Considerar profilaxis para familiares y/o personas en contacto directo con caso confirmado: Hidroxicloroquina* 400 mg/12h el día 1; seguido de 400 mg una vez a la semana por 3 semanas.
- Solicitar consentimiento informado para el uso de hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir (ensayos clínicos), tocilizumab o interferón, por ser fármacos autorizados para uso experimental en COVID-19.
- Solicitar consentimiento informado escrito siempre que sea posible (a paciente y/o familiares) en el caso de Remdesivir por ser fármaco sin estudios de seguridad en humanos.
- Vigilar interacciones, recomendable uso de <http://www.covid19-druginteractions.org/>
- Para pacientes con dificultades de la deglución considerar vía SNG.
- Recoger información detallada en la historia clínica.
- Pruebas de bienestar fetal: ultrasonido estructural, perfil hemodinámico y monitoreo fetal electrónico (según edad gestacional) en forma seriada.

*Hidroxicloroquina/Cloroquina: Asociación con prolongación del intervalo QT, arritmias ventriculares y taquicardia ventricular polimorfa en entorchado (torsades de pointes). Requiere realización de EKG previo al inicio del tratamiento. Contraindicado en presencia de alteraciones de la agudeza o del campo visual y en casos de insuficiencia renal o hepática, ya que el riesgo de retinopatía y otras reacciones adversas puede verse incrementado.

Riesgo arritmogénico incrementado en asociación con uso combinado de Azitromicina**.

***Tocilizumab: Exposición durante el tercer trimestre se asocia a inmunodepresión neonatal transitoria. Se deberá evitar temporalmente la administración de vacunas con virus vivos o atenuados en estos recién nacidos.

- Criterios de inclusión:
 - Neumonía intersticial con insuficiencia respiratoria grave.
 - Empeoramiento rápido respiratorio que necesita ventilación no invasiva o invasiva (COVID respiratory severity scale ≥ 3).
 - Presencia de falla multiorgánica (principalmente Shock o escala SOFA score ≥ 3).
 - Criterios de respuesta inflamatoria sistémica grave.
 - Elevados niveles de IL-6 (> 40 pg/ml) (o dímero-D ≥ 1500 ng/ml o en aumento progresivo).

- Criterios de exclusión:
 - AST/ALT ≥ 200 UI/L.
 - Neutrófilos < 500 /mm³.
 - Plaquetas < 50.000 /mm³.
 - Sepsis documentada por otros patógenos que no sean COVID-19.
 - Presencia de comorbilidad que puede llevar según juicio clínico a mal pronóstico.
 - Diverticulitis complicada o perforación intestinal.
- ****Remdesivir: Se desconoce efecto sobre embarazo y lactancia.

- Criterios de inclusión:
 - Paciente ingresado en UCI.
 - Ventilación mecánica.
 - Disponibilidad de analítica completa cada 48 h.
- Criterios de exclusión:
 - Falla multiorgánica.
 - Necesidad de fármacos vasoactivos.
 - AST/ALT ≥ 200 UI/L.
 - Diuresis < 30 mL/h o necesidad de hemodiálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poon L, Yan H, Lee J et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. doi: 10.1002/uog.22013
2. Franch A, Bartha J, Delgado J, et al. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA S.E.G.O. Recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en la paciente obstétrica.
3. Ministerio de Sanidad de España. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
4. Gautret et al. (2020) Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents – In Press 17 March 2020. DOI : 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
5. Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. DOI link: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
6. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19). Updated March 7, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
7. Cao, Y. Wang, D. Wen, W. Liu, Jingli Wang, G. Fan, L. Ruan, B. Song, Y. Cai, M. Wei, X. Li, J. Xia, N. Chen, et al. A Trial of Lopinavir–Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. B. Published on March 18, 2020, at NEJM. DOI: 10.1056/NEJMoa2001282.
8. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
9. Dashraath P, Lin W, Xian L et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. https://els-jbsprodcn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/ymob/AJOG_FINAL_MANUSCRIPT_17-1584557233143.pdf
10. Manu Shankar-Hari; Carolyn S. Calfee. Lack of clinical benefit of Interferon β -1a among patients with severe acute respiratory distress syndrome. Time to overhaul drug trials in ARDS? JAMA Published online February 17, 2020.
11. Rasmussen S, Jamieson D. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy. Responding to a Rapidly Evolving Situation. Obstet Gynecol 2020;00:1–4.
12. ROCG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Version 4: Published Saturday 21 March 2020 <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-03-21-covid19-pregnancy-guidance-2118.pdf>
13. Advisory on the use of hydroxy-chloroquine as prophylaxis for SARS-Cov-2 infection. National Task Force for COVID-19. India. 21 de marzo de 2020.
14. Schilling W. Chloroquine prevention of Coronavirus Disease (COVID-19) in the healthcare setting (COPCOV). In clinicaltrials.gov. Oxford University. NCT04303507. Marzo 2020.
15. Guía de Tratamiento Covid-19. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Publicación 19 de marzo de 2020.
16. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Royal College of Obstetrician and Gynaecologist. Version 4. Publicada 21 de marzo del 2020.
17. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. World Health Organization 2020. Interm guideline.
18. Schwartz D. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. Arch Pathol Lab Med. 2020 Mar 17.
19. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3.
20. Lindsay R, Baden M, Rubin E. Covid-19 The search for effective therapy. NEJM. Published on march 2020 in nejm.org.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine. / Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women With Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (COVID-19) Algorithm. March 2020.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

Pérez Wulff. Juan^{1*}, Márquez Daniel^{2*}, Lugo Carlos^{3*}, Veroes Jesús^{4*}, Cortés Rafael^{5*}, Di Muro Jonel^{6*}, Araujo Kenny^{7*}, Robles Stefania^{8*}.

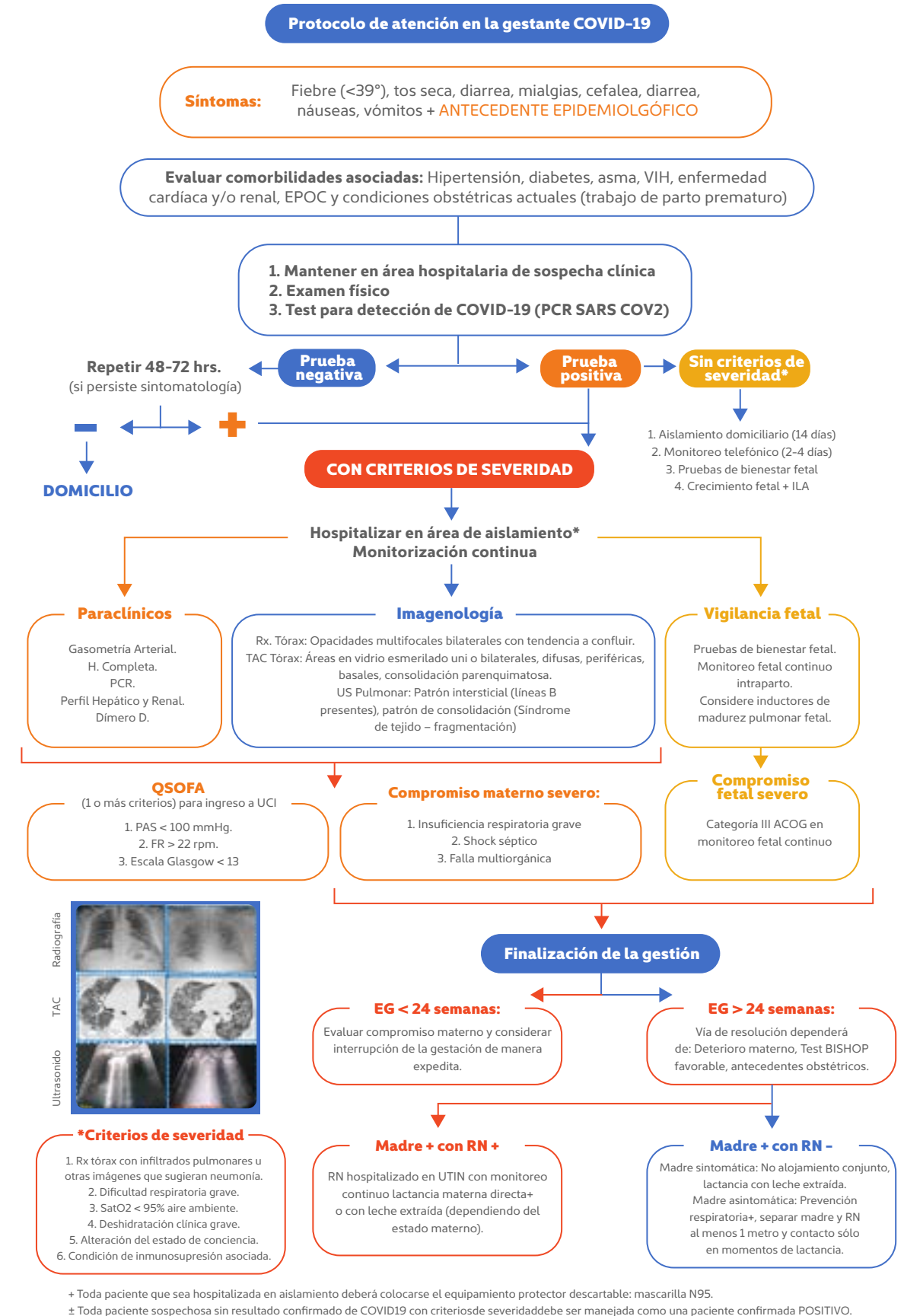
La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV) en conjunto con un grupo de trabajo conformado por especialistas en el área de atención materno-fetal, preocupados por dar respuesta y orientación a las instituciones y personal encargados de la atención de salud materna en Venezuela, ante la situación derivada de la pandemia por el COVID 19, tal y como lo declara la OMS, elabora este protocolo de manejo sistematizado de la embarazada, que representa uno de los grupos de riesgo para el contagio y desarrollo de la infección y sus subsecuentes complicaciones.

La metodología utilizada consistió en la revisión sistemática de los protocolos existentes hasta la actualidad, que puede tener como limitante la medicina basada en evidencia (MBE) por el carácter abrupto de la aparición, propagación y afectación por la pandemia. Se seleccionaron para su elaboración, los protocolos y publicaciones de mayor relevancia; esto incluyó a los emanados desde los organismos mundialmente facultados para emitirlos como por OMS, ACOG, ISUOG, RCOG, SMFM, así como los elaborados por países afectados gravemente por la pandemia, además de instituciones de reconocida trayectoria en metodología investigativa y confiabilidad de sus publicaciones científicas.

Una vez realizada esta revisión se diseñó una propuesta en la que se proyecta su adaptabilidad y aplicabilidad para Venezuela; basada en el conocimiento poblacional, el estado de atención en salud en nuestro país y los planes gubernamentales establecidos para afrontarla. Se elaboró así un documento de fácil lectura, que tuvo como fundamento la reconocida efectividad de aprendizaje que deriva de utilización de flujogramas y mapas mentales compartidos, para ser utilizado por instituciones y profesionales encargados de la salud materno-fetal que enfrentan esta grave pandemia.

Este documento representa una propuesta inicial para su uso en Venezuela, respondiendo a la urgencia que la pandemia amerita, adaptable a las circunstancias de cada institución sanitaria; debido a la reciente aparición de la enfermedad y su comportamiento biológico en estudio, este protocolo es susceptible a cambio dependiente de estas variantes.

1 Vicepresidente Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2 Primer Vocal Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 3 Vicepresidente Junta Electoral Permanente Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 4 Secretario FUNDASOG Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 5 Vocal FUNDASOG Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 6 Presidente Seccional NorOriental Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. *Miembro Titular Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. + Obstetra Ginecólogo UCV



RECOMENDACIONES PARA PERSONAL DE SALUD: ATENCIÓN PRENATAL

Atención prenatal:
(Embarazadas sin sospecha de COVID-19)

- Considere consulta telefónica o asesoría en línea.
- Restringa la atención prenatal a emergencias y alto riesgo estricto.
- Recomiende acudir sin acompañante.
- Evite aglomeraciones en la sala de espera, programe citas con horario estricto.
- Atienda al paciente con el mínimo personal necesario.
- Limite contacto físico, el mismo debe quedar solo para el acto médico.
- Use la mascarilla de manera obligatoria.
- Lave sus manos antes y después de cada paciente.
- Promueva el correcto lavado de manos al paciente.
- Limpie y desinfecte los transductores, empleados entre pacientes (consulte el manual de su equipo de ultrasonido para el uso específico de soluciones desinfectantes)
- Limpie y desinfecte las superficies de contacto entre cada paciente con solución hidroclorada.
- Explique al paciente los principales síntomas de la enfermedad.

RECOMENDACIONES PARA PERSONAL DE SALUD: ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Atención obstétrica:
(Embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19)

- Las pacientes deben atenderse en unidades hospitalarias terciarias respetando la ruta hospitalaria protocolizada.
- Realice adecuado lavado de manos con abundante agua y jabón o uso frecuente de soluciones alcoholadas con mínimo 60% de concentración de alcohol,
- Ingrese al área de aislamiento obstétrico para el examen físico de la paciente con sospecha o confirmación de COVID-10 con el equipamiento protector personal (EPP) descartable (sustituirlo con cada paciente):

- Bata impermeable.
- Lentes o protección ocular.
- Mascarilla N95.
- Guantes descartable.

- Confirme uso de mascarilla en la paciente.
- Realizar y asegurar historia clínica y epidermiológica detallada.

- APLIQUE PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA GESTANTE SOSPECHOSA O CONFIRMADA POR COVID-19 (anexo)

- Garantizar manejo multidisciplinario.
- Establecer reportes adecuados y obligatorios con personal

- supervisor asistencial y de salud pública.
- Limpie y desinfecte las superficies de contacto entre cada paciente con solución hidroclorada.

RECOMENDACIONES PARA PERSONAL DE SALUD: PARTO Y CESÁREA

En caso de embarazada confirmada o con sospecha de COVID-19: La vía del nacimiento depende de condiciones obstétricas, estado fetal y materno. Se debe tomar en cuenta de forma general:

- Uso de mascarilla por parte de la gestante, uso de equipo médico de protección para el personal de salud.
- El nacimiento debe ocurrir en el quirófano o sala de parto destinada para pacientes con COVID-19.
- Contar con el personal de salud mínimo necesario. Este personal de salud NO DEBE atender a otras pacientes en simultáneo, para evitar posibles contagios.

*No hay evidencias de mayor riesgo de severidad de la enfermedad ni de la transmisión vertical o presencia viral en líquido amniótico, sangre de cordón, descarga vaginal, hisopado faríngeo neonatal ni leche materna.

Observaciones limitadas de mayor número de RPM, distress fetal y parto pretérmino.

Parto:

- Control de temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, anotar cada 30 minutos.
- Monitoreo fetal continuo.
- Anestesia epidural no contraindicada, incluso se recomienda para evitar anestesia general e instrumentación de la vía aérea en caso de finalización de emergencia.
- Considerar pinzamiento precoz de cordón umbilical y evitar realizar el contacto piel con piel, a fin de reducir la posibilidad de contagio al recién nacido.
- Tomar muestra de sangre del cordón umbilical y/o placenta para descartar presencia de SARS-CoV2.

Cesárea:

- Se realizará bajo estricta indicación obstétrica.
- Considerar en caso de criterios urgentes de finalización del embarazo (deterioro materno o fetal).
- Anestesia peridural no está contraindicada.
- Considerar pinzamiento precoz de cordón umbilical y evitar realizar el contacto piel con piel, a fin de reducir la posibilidad de contagio al recién nacido.
- Tomar muestra de sangre del cordón umbilical y/o placenta para descartar presencia de SARS-CoV2.

RECOMENDACIONES PARA PERSONAL DE SALUD: PUERPERIO Y LACTANCIA

* No existen datos suficientes para recomendación firme sobre lactancia materna en mujeres con COVID19. Sin embargo, es importante insistir los beneficios que otorga como el paso de anticuerpos madre-hijo frente al COVID19. La evidencia actual recomienda el mantenimiento de la lactancia materna desde el nacimiento, en condiciones clínicas del recién nacido y la madre que así lo permitan.

Evidencia actual: riesgo de transmisión vertical intraparto o por lactancia materna, es muy poco probable. Casos de infección neonatal descritos provienen de transmisión respiratoria.

Puerperio:

- Tome muestras virológicas a todos los recién nacidos hijos de madre con infección confirmada.
- Separe al recién nacido de la madre para evitar el contacto horizontal.
- Una vez descartada la infección en el recién nacido, si su condición lo permite y bajo consentimiento materno, podría ser egresado a cargo de familiar.

Lactancia:

- Promover la lactancia durante período de riesgo con uso correcto de mascarilla, adecuado aseo mamario y lavado de manos (más uso de gel hidroalcoholado_ por parte de la madre, tomando en cuenta la sintomatología y el estado materno.
- En caso de inestabilidad respiratoria materna, utilizar extractor de leche con estrictas medidas de higiene. El extractor debe limpiarse después de cada extracción con los desinfectantes adecuados.
- Administrar leche materna de preferencia por un familiar (no considerado contacto) o por personal sanitario. Considerar a la propia madre con utilización de mascarilla quirúrgica y correcta higiene de manos.
- La decisión final sobre el tipo de lactancia deberá consensuarse entre la paciente, neonatólogos y consejeros de lactancia materna, basado en los conocimientos científicos y el estado de salud de la madre y el recién nacido.

Actualmente no existe un tratamiento específico frente al COVID-19, basándose en la experiencia previa de brotes por otros coronavirus, se está empleando en algunos casos y de forma experimental para la atención de los casos con complicaciones, tratamientos con inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) Categoría FDA B, asociados a un antipalúdico (cloroquina o hidroxiclороquina), Categoría FDA C, en conjunto con Azitromicina para el tratamiento de la sobreinfección bacteriana, Categoría FDA

B. En los casos más severos se ha asociado el uso de interferón, Categoría FDA C. Estos tratamientos no están contraindicados durante el embarazo. El tratamiento asociado puede incluir también Remdesivir, un inhibidor de la ARN polimerasa utilizado en modelos animales, pero que está contraindicado durante el embarazo por ausencia de información. Las dosis no difieren de las pacientes no embarazadas. En todos los escenarios planteados para la población obstétrica, el beneficio del tratamiento supera el riesgo atribuible a la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poon L, Yan H, Lee J et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. doi: 10.1002/uog.22013
2. Franch A, Bartha J, Delgado J, et al. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA S.E.G.O. Recomendaciones para la prevención de la infección y el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en la paciente obstétrica.
3. Ministerio de Sanidad de España. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 Versión de 17 de marzo de 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
4. Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. DOI link: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
5. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19). Updated March 7, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
6. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
7. Dashraath P, Lin W, Xian L et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. https://els-jbs-prod-cdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/ymob/AJOG_FINAL_MANUSCRIPT_17-1584557233143.pdf
8. Rasmussen S, Jamieson D. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy. Responding to a
9. Rapidly Evolving Situation. Obstet Gynecol 2020;00:1–4.
10. RCOG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Version 4: Published Saturday 21 March 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-03-21-covid19-pregnancy-guidance-2118.pdf>
11. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Royal College of Obstetrician and Gynaecologist. Version 4. Publicada 21 de marzo del 2020.

12. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. World Health Organization 2020. Interm guideline.
13. Schwartz D. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. Arch Pathol Lab Med. 2020 Mar 17
14. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine. /Outpatient Assessment and Management for Pregnant Women With Suspected or Confirmed Novel Coronavirus (COVID-19) Algorithm. March 2020.
16. Protocolo: COVID-19 y gestación. Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Clinic Barcelona, 17 de marzo de 2020.

SIN
Cólicos

SIN
Complicaciones

Rápido alivio y control de los síntomas del intestino irritable en cualquiera de sus etiologías (diarrea, estreñimiento o mixto)

1 tableta vía oral

20 min. antes del desayuno, almuerzo y cena

LIBRE DE GLUTEN
libre de preocupaciones

Eurofarma
Ampliando horizontes

CALICA
Esterilizado por Oxígeno al 50%

FILODES: EL GIGANTE TUMOR DE MAMA.

Lau de la Vega J1, Estrada Zaldaña E1, Portillo Pinto S1, Batz O2, Argueta VL2

Resumen: El tumor filodes de mama es un tumor benigno con un potencial maligno bajo. Se carece de datos estadísticos de esta patología en Guatemala, siendo su incidencia mundial de 0.3- 0.9% de todos los tumores de mama. En este artículo se hablará del caso de una paciente de 61 años de edad que consulto al Hospital General San Juan de Dios con historia de una masa en mama izquierda la cual aumenta de tamaño en los últimos 3 meses. El espécimen del tumor mide exactamente 30 X 26.5 con un peso de 8,100gr. Los resultados de histopatología evidencia neoplasia fibroepitelial con estroma levemente hiper celular y atipia celular leve correspondiente a un tumor filodes. La paciente continua en seguimiento estable. Llegamos a la conclusión que el diagnostico patológico preoperatorio permite la planificación quirúrgica correcta y evitar la reintervención

Abstract: The phyllodes breast tumor is a benign tumor with a low malignant potential. The worldwide incidence is 0.3-0.9% of all breast tumors. This article will discuss the case of a 61-year-old patient who consulted at the San Juan de Dios General Hospital with a history of a mass in the left breast which increased in size in the last 3 months. The tumor specimen measures exactly 30 X 26.5cm with a weight of 8,100gr. Histopathology results show fibroepithelial neoplasia with slightly hypercellular stroma and mild cellular atypia corresponding to a phyllodes tumor. The patient continues in a stable condition at follow up. We conclude that the preoperative pathological diagnosis allows correct surgical planning and prevents reintervention

INTRODUCCIÓN:

El tumor filodes de la mama es una patología poco frecuente en comparación con otros subtipos histológicos, la incidencia está entre 0.3 – 0.9% de todos los tumores de mama¹. La mayoría de estos tumores son benignos aunque también se han reportado algunos malignos. Se presentan en mujeres durante la 4ta y 5ta década de la vida.² Es un tumor que normalmente presenta crecimiento rápido el cual se puede asociar a úlceras y hemorragia. La mayor parte de este tumor es de tejido conectivo con áreas quísticas y sólidas.^{2,3} La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica estos tumores en tres grupos benignos, límite o maligno de acuerdo a las características histológicas tales como celularidad del estroma, sobrecrecimiento estromal, atipia del estroma, mitosis y margen del tumor.^{4,5,6} La mayoría de estos tumores son descritos como benignos entre 60 -75%.³ Los tumores límite tienen la mayor tendencia a recurrencia local. Aunque el potencial maligno es muy raro, los pulmones son el sitio metastásico más común seguido de huesos, corazón e hígado. La única opción de tratamiento para estos tumores es la extirpación quirúrgica^{8,9}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentación clínica: Paciente femenina de 61 años de edad quien consulta al Hospital General San Juan de Dios en noviembre 2019, con masa en mama izquierda la cual había aumentado de tamaño durante 3 meses. Cuatro años previo a la consulta refiere que sentía masa la cual no genera molestias sin embargo tres meses previos refiere sentir aumento gradual del tamaño de la masa la cual se asocia a dolor y ulceración. En la presentación la paciente estaba alerta, consciente y sus signos vitales estables. En el examen físico se evidencia masa en mama izquierda de 20 X 30 cm de diámetro, de bordes irregulares con ulceración en areola. No se evidencia adenopatías axilares ni subclaviculares

Los Hallazgos de laboratorio y de imagen: Laboratorios entre límites normales. En patología por biopsia Trucut realizada el 7 de noviembre de 2019 se evidenció neoplasia estromal hiper celular, las características histológicas observadas favorecen a un tumor

¹Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala

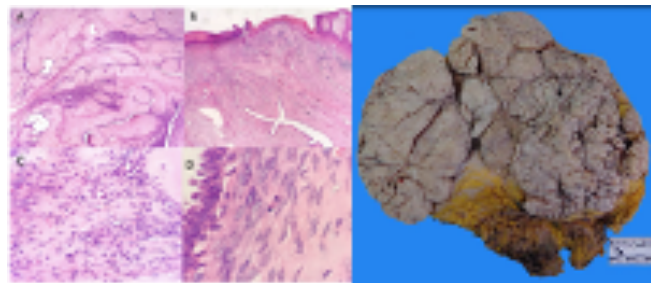
²Departamento de Patología, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala

filodes. La tomografía de tórax identificó una lesión ocupativa de la mama izquierda de bordes irregulares mal definidos con densidad predominantemente sólida evidenciando captación de medio de contraste, mide 283X144X134 mm. Tomografía de abdomen entre límites normales.

PROCEDIMIENTO: Mastectomía simple izquierda más ampliación de resección de margen de pectoral mayor.

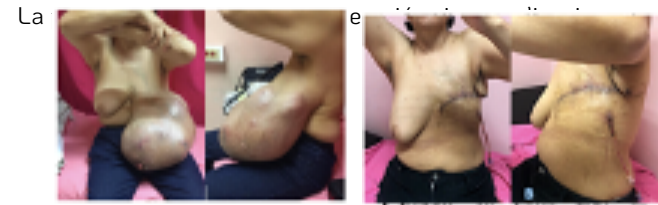
Departamento de patología: se recibe glándula mamaria de 8,100 gramos y de 30 x 26.5 cm. El pezón se encontraba ulcerado, además en la piel se observa una úlcera por la cual protruye masa blanca de 2 x 1.5 cm. Al realizar el corte, se observa una masa de 30 x 22 cm, sólida, de consistencia firme, multilobulada, con múltiples hendiduras y bordes empujantes bien definidos, el borde quirúrgico profundo se encuentra a 4.5 cm. Al estudio histopatológico, se observa una neoplasia fibroepitelial con hiperplasia estromal leve, la celularidad muestra atipia leve y se encuentra dispuesta principalmente alrededor de los conductos, el conteo mitótico fue bajo, los bordes de la neoplasia son empujantes y hay cambios de hialinización en el estroma; el componente epitelial está formado por proliferación glandular dispuesta en patrón intracanalicular y pericanalicular, hallazgos compatibles con tumor filodes limítrofe.

Se recibió por separado un fragmento de músculo etiquetado como músculo pectoral, el cual se encontraba libre de neoplasia.



A) Neoplasia fibroepitelial con patrón en hendiduras (H&E 4x). B) Piel ulcerada por neoplasia (H&E 4x) C y D) Estroma levemente hiperplásico con atipia leve de disposición periductal y conteo mitótico bajo (H&E 10x y 40x). E) Neoplasia sólida, de consistencia firme. Superficie de corte multilobulada con patrón en hendiduras y bordes empujantes.

SEGUIMIENTO:



En la imagen A se observa paciente femenina de 61 años con diagnóstico de tumor filodes en mama izquierda previo a intervención. En la imagen B se observa paciente posterior a mastectomía simple izquierda.

DISCUSIÓN:

El tumor filodes de la mama es una patología poco frecuente en comparación con otros subtipos histológicos, la incidencia está entre 0.3 – 0.9% de todos los tumores de mama. Los tumores filodes se encuentran por lo general como un hallazgo incidental durante el examen físico. El principal objetivo del médico tratante para las pacientes con diagnóstico de tumor filodes es evitar la recidiva local o metástasis. Son tumores por lo general de 5 cm, aunque también se han reportado lesiones de 30 cm. Por lo general estos tumores se consideran gigantes a partir de 10 cm. Se presentan en mujeres durante la 4ta y 5ta década de la vida. Es de etiología desconocida y como en este caso se ha visto que el pecho que más se afecta es el izquierdo. La piel que lo recubre tiende a ser brillante y translúcido en donde se logra evidenciar las venas subyacentes, el tumor puede causar úlceras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica estos tumores en tres grupos benignos, límite o maligno. La mayoría de estos tumores son descritos como benignos entre 60 -75%. El diagnóstico diferencial benigno con el que se compara este tumor es el fibroadenoma, se puede presentar un diagnóstico difícil a menos que crezca una lesión ulcerosa y hemorrágica. Los tumores límite tienen la mayor tendencia a recurrencia local. Aunque el potencial maligno es muy raro, los pulmones son el sitio metastásico más común seguido de huesos, corazón e hígado. El método definitivo para el diagnóstico es biopsia incisional y excisional. La resección quirúrgica completa con un margen de al menos 1 cm es el tratamiento de elección y ayuda a reducir recurrencia local. Se recomienda seguimiento estrecho con exámenes de mama y pruebas de imagen luego de la cirugía. Se debe tener mayor énfasis en las pacientes con márgenes quirúrgicos positivos, tamaño tumoral, alta mitótica, aumento del recuento estromal y crecimiento excesivo, puesto que presentan mayor riesgo de recidiva. Las pacientes con tumores mayores a 10 cm presentan riesgo de recurrencia cuatro veces más que

los pequeños. Nuestra paciente presenta riesgo medio de recurrencia debido a el tamaño del tumor, por lo que continuara en seguimiento con exámenes de imágenes y evaluación clínica. Se ha observado una tasa de supervivencia de cinco años en caso 100% con tumores benignos, 98% en límite y aproximadamente 88% en malignos.

CONCLUSIÓN:

Los tumores filodes son extremadamente raros. El principal desafío para los médicos de países en desarrollo es la disponibilidad de recursos clínicos para distinguir adecuadamente entre fibroadenoma y tumor filodes. El diagnóstico patológico preoperatorio permite la planificación quirúrgica correcta y evitar la reintervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altedlawi, Ibrahim; "Un enorme tumor en el seno" Departamento de cirugía, Facultad de medicina, Universidad de Tabuk. Arabia Saudita. Junio 2018
2. Gamboa-Hoil, Seregio; "Phyllodes tumor of the breast. Experience and clinical--pathological characteristics of patients treated in a third level oncologic referral center" Department of Surgery, Oncology Hospital, National Medical Center Siglo XXI, Mexican Social Security Institute, Mexico. 4 de junio de 2019
3. Warner, Wayne et al. "Clinicopatológico y tratamiento de un gigante tumor filodes de la mama". ELSEVIER, División de oncología, Centro de cáncer de Siteman, Escuela de medicina de la universidad de Washington. 4 de octubre de 2017
4. Esposito NN, Mohan D, Brufsky A, Lin Y, Kapali M, Dabbs DJ. Phyllodes Tumor: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 30 cases. Arch Pathol Lab Med. 2006
5. Ditsatham, Chagkrit; Chongruksut, Wilaiwan. "Tumor filodes de la mama: diagnóstico, tratamiento y evolución durante una experiencia de 10 años" Departamento de cirugía, Facultad de medicina, Universidad de Chiang Mai, Tailandia. 2019
6. Zhang, Yanhong; Kleer, Celia. " Tumor filodes de mama" Departamento de patología y medicina de laboratorio de la Universidad de California. 11 de marzo de 2016.
7. Herazo, Oscar et al. "tumor filodes de la mama" Grupo de investigación de cáncer de ICD. Instituto de cancerología Medellín, Colombia. Universidad del Valle. 10 de septiembre de 2015
8. Yamamoto, Shinya et al. "El tratamiento eficaz de un tumor filodes de mama" Departamento de cirugía de mama, Hospital de la ciudad de Fujisawa, Japón. 18 de junio de 2019.
9. Farias-Eisner GT, Small K, Swistel A, Ozerdem U, Talmor M. Immediate Implant Breast Reconstruction with Acellular Dermal Matrix for Treatment of a Large Recurrent Malignant Phyllodes Tumor. Aesthetic Plast Surg. 2014.
10. Spitaleri G, Toesca A, Botteri E, Bottiglieri L, Rotmens Z. Breast phyllodes tumor: A review of literature and a single center retrospective series analysis. Crit Rev Oncol Hematol 2013.

No todos los productos oncológicos son iguales

Productos oncológicos con bioequivalencia

Cerca de Usted Eurofarma

Eurofarma Ampliando horizontes

EDAD EN QUE SE ALCANZA EL PICO DE MASA ÓSEA Y SUS FACTORES ASOCIADOS. ENCUESTA NACIONAL DE EXAMEN DE SALUD Y NUTRICIÓN 2005 - 2014.

Xue S, Kemal O, Lu M, Lix LM, Leslie WD, Yang S.



COMENTARIO FLASCYM: DRA. CLAUDIA REY
N°10. Enero 2020
Gineco-obstetra UBA.
Presidenta Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio
Magíster en Osteología y Metabolismo Mineral
Directora Médica. CABA. Argentina



INTRODUCCIÓN.

La osteoporosis es un problema importante de salud pública a nivel mundial. Es una enfermedad relacionada con la salud ósea del adulto mayor. Un pico de masa ósea (MO) bajo en la juventud, puede ser el factor más importante que conduzca al desarrollo de osteoporosis en la edad adulta. Sin embargo, la edad en la cual se alcanza el pico máximo de MO aún no está clara. Varios estudios han analizado la edad al alcanzar el pico de máximo de MO en sitios esqueléticos específicos, particularmente el cuello femoral, la cadera total y la columna lumbar. La mayoría de los estudios sugirieron que la densidad mineral ósea (DMO) máxima en el fémur se alcanza a los 17 - 29 años. Otros estudios han demostrado que la DMO máxima en la columna se alcanza en los 17 - 33 años.

OBJETIVOS:

El objetivo principal del presente estudio fue estimar la edad al alcanzar el pico de DMO máxima en ambos sexos, en las zonas: cuello femoral, cadera total y columna lumbar, utilizando datos de la tercera base de datos de la Encuesta de Examen de Salud y Nutrición Nacional de EE. UU. (NHANES III) para las mediciones del cuello femoral en mujeres blancas de 20 a 29 años. El segundo objetivo fue examinar los factores que potencialmente podrían afectar la edad al alcanzar la DMO máxima, como el sitio esquelético, la raza y el índice de masa corporal (IMC).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para calcular la edad promedio al alcanzar la DMO máxima en cuello femoral, cadera total y columna lumbar, se utilizaron datos de un total de 18.713 personas, edad promedio 36.0 ± 21.1 años hombres y 40.0 ± 21.2 años para mujeres, con una representación

aproximadamente igual de hombres y mujeres (51.1% y 48.9%, respectivamente), de la base de datos NHANES III de 2005 a 2014. Ingresaron al estudio solo los individuos con datos completos y válidos sobre DMO en la base de datos. Se examinó la correlación de la edad al alcanzar la DMO máxima, con el sexo, la raza, el sitio esquelético y el índice de masa corporal. Resultados. Este estudio mostró claramente que la edad al alcanzar el pico masa ósea del cuello femoral, cadera total y columna lumbar, fue 20.5 años, 21.2 años y 23.6 años respectivamente, en los hombres, y 18.7 años, 19 años y 20.1 años respectivamente, en las mujeres; y que la edad al alcanzar la DMO máxima varió según los sitios esqueléticos y el sexo. El estudio también encontró que las mujeres alcanzaron la DMO máxima del cuello femoral, cadera total y columna lumbar antes que los hombres (todas P <0.001). La raza y el índice de masa corporal no se asociaron con la edad, al alcanzar el pico de DMO (todos P > 0.05).

CONCLUSIONES.

La edad al alcanzar la DMO máxima del cuello femoral, la DMO total de la cadera y la DMO de la columna lumbar fue de 20-24 años en los hombres y 19 a 20 años en las mujeres. Las mujeres alcanzaron la DMO máxima del cuello femoral, cadera y columna lumbar antes que los hombres. La edad al alcanzar la DMO máxima varía según el sexo y el sitio esquelético. La raza y el IMC no se asociaron con la edad al alcanzar el pico de DMO. Estos resultados sugieren que mejorar la salud ósea de las personas antes de los 20 años de edad, puede ser útil para reducir el riesgo futuro de osteoporosis y fracturas en la edad adulta.

El pico de masa ósea (PMO) es la máxima cantidad de tejido óseo que adquiere el esqueleto al finalizar el crecimiento.¹ La obtención de una masa ósea adecuada en las primeras etapas de la vida es crucial, ya que previene la osteoporosis que, si bien es una patología de la edad adulta, comienza a gestarse precozmente. En este artículo Xue S y colaboradores analizaron datos de 18.713 adultos que participaron en la Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES III) entre 2005 y 2014 con datos completos de DXA sobre DMO de cadera femoral, cadera total y columna lumbar (51.1% hombres, con una edad media de 36 años; y 48,9% mujeres, con una edad media de 40 años).

Los investigadores utilizaron modelos aditivos generalizados para estimar la edad al alcanzar el pico de DMO en el cuello femoral, la cadera total y la columna lumbar, estratificados por sexo. Encontraron que las mujeres alcanzaron la DMO máxima del cuello femoral, cadera total y columna lumbar antes que los hombres; siendo la edad media al alcanzar la DMO máxima del cuello femoral, la cadera total y la columna lumbar de 20.5 años, 21.2 años y 23.6 años, respectivamente para los hombres; y 18.7 años, 19 años y 20.1 años, respectivamente para las mujeres. Observaron que la edad al alcanzar la DMO máxima, varía según el sexo y el sitio esquelético. En relación a esto, resultados similares fueron hallados por estudios previos, entre ellos un estudio transversal holandés encontró que la DMO máxima de la columna lumbar se alcanzó entre los 18 y 20 años en mujeres, y entre los 18 y 23 años en hombres.²

Un estudio canadiense poblacional también observó que, la DMO máxima en el cuello femoral, cadera total y columna lumbar se alcanzó a las edades de 17-19 años, 19-21 años y 19-33 años respectivamente.³ Resultados que también coinciden con los hallados en los estudios de otros investigadores.⁴⁻⁵ Observaron también que, los resultados persistieron en los análisis de subgrupos estratificados por raza e IMC, por lo cual concluyen que, ni la raza ni el IMC, se asociaron con la edad al alcanzar el pico de DMO. Aunque en un estudio anterior, Berenson ⁶ y col, encontraron que la raza sí afecta la edad en la cual se alcanza el pico de DMO en el cuello femoral y la columna lumbar, lo cual es difícil comparar con el estudio de Xue dado que, no se realizaron pruebas estadísticamente significativas en ese estudio previo. Los investigadores concluyen que mejorar la salud ósea antes de los 20 años puede ser útil para reducir el riesgo futuro de osteoporosis y fracturas osteoporóticas. Sabemos que el estado mineral del hueso en la vida adulta es el resultado de la máxima masa mineral ósea obtenida en la infancia y juventud. La adquisición de una DMO normal ⁷ está influenciada por diversos factores como: estilos de vida, edad, altura, peso, ingesta de calcio y actividad física ⁷, así como también factores genéticos y familiares. Para muchos la predisposición genética contribuye al 80% del pico de masa ósea, mientras que el 20%

restante estaría modulado por el resto de los factores durante la niñez. ⁸

Por lo que es de fundamental importancia, implementar todas las estrategias necesarias en esta etapa de la vida tan importante para la capitalización de la masa ósea, que aseguren lograr el mejor pico de masa ósea, promoviendo un estilo de vida saludable, ejercicio regular, dietas con óptimos contenidos de calcio y vitamina D, y conociendo las patologías y los tratamientos que tienen impacto negativo en el hueso, podremos prevenir las modificaciones en el mismo.

Llegar a la edad adulta con un buen PMO ayudará a atenuar la pérdida de masa ósea, de densidad mineral ósea y de masa muscular que ocurren con el envejecimiento, y que pueden conducir a la osteoporosis y, por lo tanto, a un incremento importante en el riesgo de fracturas. Identificar la edad a la que se obtiene el PMO, nos podría conducir al desarrollo de programas orientados a determinadas edades, con el objetivo de lograr un mayor valor del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osteoporos Int (2016) 27:1281-1386.
2. Bone 46 (2) (2010) 336-41.
3. J. Bone Miner Res 25 (9) (2010) 1948-57.
4. J. Clin Densitom 19 (2) (2016) 180-191.
5. J Bone Miner Res 26 (8) (2011) 1729-39.
6. Osteoporos Int. 20 (8) (2009) 1439-49.
7. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90 (5):2828-30.
8. Arch Dis Chile 2005; 90: 373-78.

ACTIVIDAD FISICA Y RIESGO DE CANCER DE MAMA: RESULTADOS, DE LA COHORTE PROSPECTIVA DEL BIOBANCO DEL REINO UNIDO.

Guo W, Fensom GK, Reeves GK, Key TJ



COMENTARIO FLASCYM: DR. JULIO LUIS POZUELOS VILLACENCIOS
N°11. Marzo 2020

Miembro Honorario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Maestro de la Ginecología y Obstetricia de América Latina, FLASOG. Maestro distinguido de la Ginecología y Obstetricia de Centro América, FECASOG. Miembro Honorario de FLASCYM. Experto Latinoamericano de Climaterio y Menopausia FLASCYM.- Presidente de la Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia



ANTECEDENTES:

Estudios previos sugieren un papel protector de la actividad física en el riesgo de cáncer de mama, en gran medida basado en la actividad auto informada. El objetivo fue aclarar esta asociación mediante el examen del riesgo de cáncer de mama en relación con la actividad física auto reportada, informada por medidas basadas en acelerómetro en un gran subconjunto de participantes.

MÉTODOS:

Analizamos datos de 47,456 mujeres premenopáusicas y 126,704 mujeres postmenopáusicas en el Biobanco del Reino Unido, seguidas de 2006 a 2014. La actividad física fue auto informada al inicio del estudio y en la reanudación en una submuestra de 6,443 participantes. Los datos del acelerómetro medidos del año 2013 al 2015, estaban disponibles en 20,785 mujeres. Los riesgos relativos (RR) y los intervalos de confianza del 95% se calcularon mediante regresión de Cox ajustada por multivariantes.

RESULTADOS:

Se diagnosticaron un total de 3189 casos durante el seguimiento (media=5,7 años). Las mujeres en la parte superior en comparación con el cuartil inferior de la actividad física auto informada tenían un riesgo reducido de cáncer premenopáusico (RR 0,75; IC del 95%: 0,60-0,93) y posmenopáusico (RR 0,87; IC del 95%: 0,78-0,98) después de ajustar por adiposidad. En los análisis que utilizan valores de actividad física asignados a partir de mediciones del acelerómetro, un aumento de 5 mili-gravedades se asoció con una reducción del 21% (RR 0,79; IC del 95%: 0,66 a 0,95) en la premenopausia y un 16% (RR 0,84; IC del 95%: 0,73-0,96) de reducción en el cáncer de mama posmenopáusico.

CONCLUSIONES:

Una mayor actividad física se asocia con una reducción en el riesgo de cáncer de mama, que parece ser independiente de cualquier asociación que pueda tener con el riesgo a través de sus efectos sobre la adiposidad. El estudio revisado, tiene como propósito evaluar la relación entre ejercicio físico y el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas mediante la evaluación de la actividad física auto informada. Cuestionarios repetidos examinaron la relación entre la actividad física y el riesgo de cáncer de mama. Igualmente, se estudió si pudiera haber mediación de la adiposidad en el riesgo, utilizando una medida objetiva de la grasa corporal como la impedancia bioeléctrica, la que con anterioridad había sido demostrada su asociación con el cáncer del mama.

Se ha demostrado que el ejercicio físico provoca una reducción de los niveles de estrógenos y andrógenos, como también una menor cantidad de producción de insulina. Así mismo, reduce la inflamación crónica caracterizada por niveles altos de sustancias proinflamatorias como la interleucina. Todo lo anterior, en conjunto, puede alterar el proceso de proliferación y control celular, lo que en último término puede resultar en el desarrollo de un tumor maligno.

Un estudio realizado en los Ángeles, California, investigó si los cambios en la dieta pueden reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama. Analizaron 48,000 mujeres postmenopáusicas, de las cuales 19,000 siguieron una dieta baja en grasa. Demostraron una disminución en la mortalidad en las pacientes que consumían, antes de sufrir cáncer de mama, menor cantidad de grasa.

Estudios grandes, similares, han demostrado a largo plazo que mujeres con actividad física de moderada a enérgica, durante más de 3 horas a la semana tienen entre el 30% y un 40% menos riesgo de cáncer de mama.

Esta disminución de riesgo se aplica a todas las mujeres, independientemente de sus antecedentes familiares de cáncer de mama. Se concluye que entre más elevado sea el nivel de actividad, habrá menor riesgo de cáncer. No se sabe con certeza si se debe alcanzar algún nivel de actividad específico para reducir este riesgo.

Un metaanálisis de 31 estudios publicados en Breast Cancer Research and Treatment, determinó que se reduce en un 12% el riesgo de cáncer de mama entre mujeres físicamente activas. Esto ocurre porque el ejercicio reduce los niveles de estrógenos en la sangre. También demostraron que el riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas es mayor para las mujeres con sobrepeso y obesidad y que este riesgo aumenta a medida que lo hace el índice de masa corporal.

Un estudio epidemiológico del Grupo Geicam de Investigación de Cáncer de Mama, se realizó con el objetivo de determinar qué impacto tiene el ejercicio físico en el riesgo de padecer la enfermedad y evaluar en qué medida cumplir las recomendaciones de la OMS posibilita una menor probabilidad de desarrollar la patología. Este estudio realizado en mujeres españolas con vida sedentaria, mostró que ellas tienen un 71% más riesgo de desarrollar cáncer de mama, comparados con aquellas que cumplen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre ejercicio físico.

Podríamos concluir, señalando que el estudio que comentamos confirma la importancia de mejorar los estilos de vida para disminuir el riesgo de cáncer de mama, enfatizando la importancia de la actividad física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boyuillet T, Bigard X, Brami C, Chouahnia K, Copel L, et al. Role of physical activity and sport in oncology: Scientific commission of the National Federation Sport and Cancer CAMI. Critical Reviews in Oncology/hematology 2015; 94 (j): 74-86.
- Bouchard C, Shepard R, Stephen T Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign (IL): Human Kinetics, 1994:1055

Antrofi®
Promestrieno
Menos Pausa, Vida Plena

La única terapia tópica que asegura el alivio inmediato de la atrofia vaginal y sus síntomas, sin absorción sistémica, evitando riesgo de desencadenar un cáncer estrógeno dependiente o eventos cardiovasculares en la mujer en etapa de climaterio.



Eurofarma
Ampliando horizontes

ASOCIACIÓN ENTRE TERAPIA HORMONAL Y SARCOPENIA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS: ENCUESTA NACIONAL DE EXAMEN DE SALUD Y NUTRICIÓN DE COREA, 2008-2011.

Kim SW, Kim R. *Menopause*. 2020 Feb 10. doi: 10.1097/GME.0000000000001509.



COMENTARIO FLASCYM: JOSÉ ROJAS JAIMES
Año 2, N4. Abril 2020

Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio
Profesor Asociado, Universidad Peruana Cayetano Heredia
Jefe de Unidad de Climaterio, Hosp. Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
Experto Latinoamericano en Climaterio y Menopausia, FLASCYM.
Miembro Comité de Expertos en Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud.



RESUMEN:

La transición menopáusica contribuye a la sarcopenia, pero los efectos de la terapia hormonal (TH) en mujeres postmenopáusicas con sarcopenia no han sido bien estudiados. Esta publicación evalúa el efecto de la TH en mujeres postmenopáusicas con sarcopenia.

MÉTODOS:

El presente estudio incluyó a 4.254 mujeres posmenopáusicas que participaron en la encuesta nacional de examen de salud y nutrición de Corea entre los años 2008 a 2011. La masa muscular esquelética apendicular dividida por peso (ASM/Wt) y la prevalencia de sarcopenia, se analizaron en grupos de mujeres estratificadas por la duración del uso de TH.

RESULTADOS:

La ASM/Wt fue mayor y la prevalencia de sarcopenia fue menor en participantes con antecedentes de uso prolongado (>13 meses) de TH que en los participantes con una duración más corta del uso de TH o sin uso de TH. Después de ajustar por múltiples factores de confusión, el uso prolongado de TH se mantuvo significativamente asociado con la media estimada de ASM/Wt y la prevalencia de sarcopenia (odds ratio: 0.60; intervalo de confianza del 95%: 0.41-0.88; P=0.01).

Además, la prevalencia de sarcopenia se asoció linealmente con antecedentes de hipertensión, duración de la hipertensión, actividad física y duración del uso de TH.

El análisis de subgrupos mostró que la asociación entre la duración del uso de TH y la prevalencia de sarcopenia se mantuvo en

mujeres postmenopáusicas jóvenes (<65 años) y delgadas (índice de masa corporal menor de 25 kilogramos/metro cuadrado).

Conclusiones: El presente estudio mostró que el uso prolongado de TH se asoció con alta masa muscular y baja prevalencia de sarcopenia en mujeres posmenopáusicas.

Un cambio preponderante asociado al envejecimiento humano consiste en la reducción progresiva de la masa muscular esquelética, una espiral descendente que puede provocar una disminución de la fuerza y la funcionalidad. En 1989, Irwin Rosenberg propuso el término 'sarcopenia' para describir este descenso de la masa muscular relacionado con la edad, desde entonces, la sarcopenia se ha definido como la disminución de la masa muscular esquelética y la fuerza que se produce con el envejecimiento.(1)

La sarcopenia es una enfermedad con muchas causas, se observa principalmente en personas de edad avanzada, también puede presentarse en adultos más jóvenes; en algunas personas puede identificarse una causa clara y única de sarcopenia, en otros casos no se tiene una causa evidente y las categorías de sarcopenia primaria y secundaria pueden ser útiles en la práctica clínica. Se considera "primaria" o relacionada con la edad, cuando no hay ninguna otra causa evidente salvo el envejecimiento; y, se considera "secundaria" cuando hay una o varias otras causas evidentes, siendo en muchas personas de edad avanzada, la etiología multifactorial, reconociéndose como un síndrome geriátrico polifacético.(2)

La sarcopenia es muy frecuente en mujeres postmenopáusicas. Desde la transición menopáusica comienza la disminución de hormonas anabólicas como testosterona, hormona de crecimiento, factor de crecimiento similar a la insulina, pero no se conoce

bien la relación entre estrógenos y sarcopenia. Se ha encontrado que mujeres que presentan la menopausia antes de 45 años, tienen mayor riesgo de sarcopenia. Los estrógenos actúan en diferentes partes del organismo y a nivel muscular también se encuentran receptores estrogénicos alfa y beta que disminuyen progresivamente en la posmenopausia, causando disminución de: PGC-1 α (peroxisoma activado por proliferador receptor gamma coactivador 1-a) y AMPK (50 AM activado proteína quinasa), proteínas que están relacionadas principalmente con la regulación de la homeostasis de la energía celular (3), pero estudios que evalúan la asociación entre usuarias de terapia hormonal y pérdida de masa muscular han dado resultados inconsistentes.

En este estudio realizado en Corea del Sur, mediante una Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, entre el año 2008 al 2011, en un grupo seleccionado de mujeres postmenopáusicas, se evaluó si el tiempo de uso de terapia hormonal se asociaba con disminución de la masa muscular y prevalencia de sarcopenia. Para ello, se realizó la medición de parámetros antropométricos y clínicos y se hizo el análisis estadístico adecuado para minimizar los sesgos y uniformizar las variables. La "masa muscular esquelética apendicular" (ASM), fue medida por absorciometría dual tipo DEXA.

Se identificaron tres grupos, un primer grupo que no recibieron terapia hormonal (TH), un segundo grupo que recibieron TH entre 1 y 12 meses y un tercer grupo que recibieron TH por 13 ó más meses. Los resultados, cuando se compararon el uso de TH con la masa muscular esquelética y apendicular (ASM), mostraron que la media estimada de ASM/peso fue significativamente mayor en los participantes que recibieron TH durante 13 meses ó más que en los otros grupos, y al comparar el uso de TH con sarcopenia se encontró: que la sarcopenia fue significativamente menor en el grupo que recibió TH durante 13 meses o más que en los otros grupos; asimismo, cuando se hizo la comparación en los diferentes subgrupos se encontró: el OR para sarcopenia fue significativamente menor en el grupo que recibió TH durante 13 meses o más, agregando que la significación estadística solo se observó en los participantes con IMC <25 kg/m 2 .

Estos resultados, son concordantes con lo encontrado en varios estudios en los que se encuentran que los estrógenos tendrían un rol fundamental en el recambio de proteínas del músculo esquelético en reposo y en ejercicio, y en la mantención de la masa muscular(4). Otros estudios en animales mostraron que la reducción de los niveles de estrógeno resultaban en una caída de los receptores de estrógenos con bajos niveles de parvalbúmina y disminución de la masa muscular, afectando el rendimiento muscular; mientras, que el reemplazo de estrógenos puede resultar en una mejora de la masa muscular y de fuerza, es la denominada sarcopenia dependiente

de estrógenos.(5). Estamos frente a un importante espacio que todavía no ha sido adecuadamente estudiado y creemos que es necesario profundizar en investigaciones relacionadas a este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenberg IH. *J Nutr* 1997; 127: 990S-91S.
2. Cruz-Jentoft AJ. *Age Ageing* 2019; 48:16-31.
3. Blumel JE. *Climacteric* 2020; 23:184-91.
4. Hansen M. *Proc Nutr Soc* 2018; 77:32-41.
5. Bunratsami S. *Acta Histochem* 2015; 117:163-75.



RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO DE GUATEMALA (ANUMGUA) PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE ADULTOS HOSPITALIZADOS, CON ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 (COVID 19)

Claudia Patricia Maza Moscoso LN, Ana Marietta Lau de la Vega LN, Evangelina Hernández Rosales MD, Rebeca María Hernández Lemus LN, Hans Félix Menjivar Barriere LN, Jorge Luis Ranero Meneses MD, Alex Loarca Chávez MD, Jorge Luis Gramajo LN, Jose Estuardo Longo Reynoso LN, Tania Aracely García Rodríguez de González MD.

MÉTODOS:

Los coronavirus, son una familia grande de virus, que causan enfermedades del tracto respiratorio, que van desde leves a moderadas. El patógeno causante de COVID-19 es un coronavirus que fue identificado en enero del 2020, con el nombre del SARS-CoV-2. Los signos y síntomas comunes de la infección según la Organización Mundial de la Salud van desde síntomas respiratorios, fiebre, tos, dificultad al respirar, síntomas gastrointestinales, hasta neumonía, síndrome respiratorio agudo e incluso la muerte.¹

La pandemia de COVID-19 presenta desafíos y amenazas sin precedentes para los pacientes y los sistemas de salud en todo el mundo y ante esta emergencia es muy importante considerar que la población guatemalteca registra niveles alarmantes de malnutrición, debido a la inseguridad alimentaria que ha afectado a la mayoría de la población por décadas, asociada a una dieta no balanceada, falta de accesibilidad a los alimentos, disminución en la utilización y/o asimilación de esta. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014 - 2015 publicados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (por sus siglas en inglés, FAO), el 46.5% de los niños menores de 5 años presenta desnutrición crónica, 3 de cada 10 mujeres en edad reproductiva presenta sobrepeso y 2 de cada 10, presenta obesidad. Existe una deficiencia de micronutrientes, con una prevalencia en el 32% de anemia en niños menores de 5 años, así como la coexistencia de obesidad y anemia.

El patrón alimentario en Guatemala se basa principalmente en los cereales en un 90% y presenta deficiencias en las grasas, proteínas de origen animal y micronutrientes.

Es de todos conocido el círculo vicioso de la desnutrición – infección y la relación entre obesidad y desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y complicaciones asociadas a las mismas.

Todo esto, nos coloca en una situación de vulnerabilidad en comparación con países desarrollados.^{2,3}

La terapia nutricional, como parte del tratamiento médico, es de suma importancia para el abordaje de todo paciente con COVID-19. En el contexto de esta enfermedad, hay varios escenarios clínicos que se pueden presentar al momento de manejar estos pacientes. Estos van a ir, desde iniciar una dieta oral adecuada a la condición clínica de cada paciente, suplementación de la dieta oral, alimentación enteral por sonda a distintos niveles, hasta nutrición parenteral suplementaria y nutrición parenteral total en caso de que no funcione el tracto gastrointestinal del paciente.

Los pacientes varían en estado nutricional y el grado de gravedad de la enfermedad. Dependiendo las características de cada uno, así serán las decisiones que tomaremos como clínicos, para el abordaje nutricional.

Para tomar decisiones, en cuanto a la terapia nutricional, se debe tener en cuenta, lo siguiente:

- Pacientes positivos con un buen estado nutricional capaces de ingerir dieta oral.
- Pacientes positivos con deterioro nutricional capaces de ingerir dieta oral y que necesiten suplementación.
- Pacientes positivos ventilados con tracto gastrointestinal funcionante, que requieran alimentación enteral y/o parenteral suplementaria.
- Pacientes positivos con alguna alteración del tracto gastrointestinal y/o con impedimento para utilizar el mismo y que requieran nutrición parenteral total.

La Asociación de Nutrición Clínica y Metabolismo de Guatemala (ANUMGUA), como sociedad de nutrición clínica interdisciplinaria de Guatemala, hace las presentes recomendaciones, en base a la literatura disponible, proporcionada por las diferentes guías de práctica clínica a nivel internacional. Las recomendaciones, son puntuales y resumidas y están dirigidas al personal del equipo interdisciplinario, que estará involucrado en el manejo de los pacientes adultos con COVID-19 a nivel hospitalario. Estas recomendaciones, toman en cuenta el contexto guatemalteco y adecuadas a nuestro entorno y condiciones como país. Debemos reconocer, que el criterio clínico de cada profesional, en base a las herramientas disponibles en cada institución guatemalteca, debe de prevalecer, para tomar las decisiones pertinentes e individualizadas de cada caso.

RECOMENDACION 1:

Detección de riesgo nutricional

A todo paciente con COVID-19 que ingresa al hospital, se le debe realizar un tamizaje nutricional utilizando herramientas validadas de detección de riesgo nutricional, como el Nutritional Risk Screening Tool -NRS 2002- (Tabla 1) que incluyan indicadores puntuales⁴, como:

- IMC menor de 20 kg/m²
- Pérdida de peso en el tiempo
- Gravedad de la enfermedad o grado de inflamación
- Disminución de la ingesta y pérdida de apetito
- Edad avanzada

Los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con ventilación mecánica y pacientes que se espera que tengan una estancia hospitalaria mayor a 48 horas en la UCI, deben ser considerados en riesgo nutricional.^{5,6}

TABLA 1: NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002)

PROCESO DE SELECCIÓN INICIAL		SI	NO
1	IMC < 20.5		
2	El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses.		
3	El paciente ha disminuido su ingesta en la última semana.		
4	Esta el paciente gravemente enfermo.		

• Si la respuesta es afirmativa en alguno de los 4 apartados, realice el proceso de selección final
 • Si la respuesta es negativa en los 4 apartados, reevalúe al paciente semanalmente.
 • En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención de cirugía mayor, valorar la posibilidad de soporte nutricional perioperatorio para evitar el riesgo de malnutrición.

PROCESO DE SELECCIÓN FINAL		SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD (Incremento Requerimientos)	
ESTADO NUTRICIONAL		Autoreg.	Requerimientos nutricionales normales
NORMAL Puntuación: 0	Normal	Puntuación: 0	Requerimientos nutricionales normales
DESNUTRICIÓN LEVE Puntuación: 1	Pérdida de peso >5% en los últimos 3 meses o ingesta inferior a 50-70% en la última semana	Leve Puntuación: 1	Fractura de cadera, pacientes oncológicos, complicaciones agudas de cirujías, EPOC, hemodilisis, diabetes, enfermos oncológicos.
DESNUTRICIÓN MODERADA Puntuación: 2	Pérdida de peso >5% en los últimos 7 meses o IMC 18.5-20.5 + estado general deteriorado o ingesta entre el 25-50% de los requerimientos en la última semana.	Moderada Puntuación: 2	Cirugía mayor abdominal, EVC, neumonía aguda y tumores hematológicos.
DESNUTRICIÓN GRAVE Puntuación: 3	Pérdida de peso mayor del 5% en un mes (>15% en 3 meses) o IMC < 18.5 + estado general deteriorado o ingesta de 0-25% de los requerimientos normales la semana previa.	Grave Puntuación: 3	Traumatismo craneoencefálico, trasplante renal, pacientes en cuidados intensivos (APACHE II > 15).

Puntuación de selección inicial + puntuación de selección final = Puntuación Total
 Nota: si el paciente es >70 años, sumar 1 punto a la puntuación obtenida = puntuación ajustada por la edad

- Si la puntuación es >3 el paciente está en riesgo de malnutrición y es necesario iniciar soporte nutricional
- Si la puntuación es <3 es necesario reevaluar semanalmente
- Si el paciente va a ser sometido a cirugía mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio

NOTA: Protocolos para clasificar la severidad de la enfermedad:

Puntuación 1	Paciente con enfermedad crónica ingresado en el hospital debido a complicaciones. El paciente está débil pero no encajado. Los requerimientos proteicos están incrementados, pero puede ser cubiertos mediante dieta oral o suplementos.
Puntuación 2	Paciente encajado debido a la enfermedad, por ejemplo, cirugía mayor abdominal. Los requerimientos proteicos están incrementados notablemente, pero pueden ser cubiertos, aunque la nutrición artificial se requiere en muchos casos.
Puntuación 3	Pacientes en cuidados intensivos, pacientes con ventilación mecánica en los que los requerimientos proteicos están incrementados y no pueden ser cubiertos a pesar del uso de nutrición artificial. El catabolismo proteico y las pérdidas de nitrógeno pueden ser atenuadas de forma significativa.

EPOC: Enfermedad Obstructiva Crónica; EVC: Evento vascular cerebral; APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation, por sus siglas en inglés; Inmunidad y adaptación del Training 1 en el Nutritional Risk Screening (NRS) (2002); (de Ross, 2012)

RECOMENDACION 2:
Evaluación Nutricional

La evaluación nutricional, debe realizarse según las condiciones y el contexto de cada institución. Se debe evitar la valoración con equipos como la bioimpedancia y el ultrasonido muscular, que conllevan mayor contacto.

Si se ingresa a las habitaciones de los pacientes, deben utilizarse todas las medidas de protección recomendadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, (por sus siglas en inglés, CDC), en pacientes con COVID-19 y se deben utilizar las herramientas disponibles para obtener la información. Debido a las limitaciones en los equipos de protección en los hospitales los nutriólogos y nutricionistas, no están ingresando a la UCI y a las habitaciones de los pacientes, por lo que no

se puede realizar una evaluación física adecuada. Sin embargo, se debe mantener la comunicación con los otros profesionales del equipo interdisciplinario, para recolectar la información necesaria del paciente que permita darle una terapia adecuada, con la colaboración y coordinación de los equipos médicos y de enfermería. 7

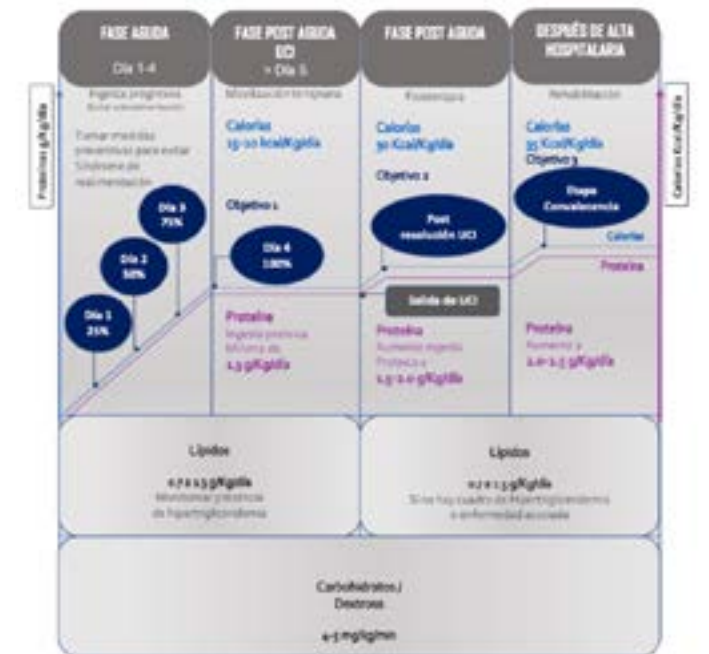
Los Criterios de Liderazgo Global sobre Desnutrición por sus siglas en inglés (GLIM), pueden ser una alternativa para evaluar a estos pacientes. (Tabla 2). La enfermedad de Covid-19, por su gravedad, debe considerarse como un criterio etiológico para el diagnóstico de desnutrición.8

TABLA 2: CRITERIOS FENOTÍPICOS Y ETIOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MALNUTRICIÓN.

Criterio Fenotípico			Criterio Etiológico	
Pérdida de Peso %	Bajo índice de masa corporal (kg/m²)	Reducción de masa muscular	Reducción de la ingesta o asimilación de nutrientes	Inflamación
>5% en los últimos 5 meses o >10% después de 6 meses.	<20 si <70 años o <22 si >70 años.	Reducida, mediante técnicas validadas de medición de composición corporal.	≤50% de RE >1 semana, o cualquier reducción durante > 2 semanas, o cualquier condición GI crónica que tenga un impacto adverso en la asimilación o absorción de alimentos.	Enfermedad/Lesión aguda o relacionada con enfermedad crónica.

RE: Requerimientos energéticos. GI: Gastrointestinal
 Traducido y adaptado de: Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M.P.T.D., Gonzalez, M.C., GUM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the clinical nutrition, 2019

Figura 1: Requerimientos Nutricionales



Traducido y adaptado al contexto guatemalteco Zanten et al. Critical Care (2019) 23:368 <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2657-5>

RECOMENDACION 4:

Dieta oral y dieta oral más suplementos.

Al momento del ingreso al hospital, la mayoría de los pacientes presentan por diversas causas inflamación y anorexia severa. La anorexia puede provocar una disminución importante de la ingesta de alimentos. Se recomienda administrar una dieta altamente calórica y rica en proteína, variada en textura, consistencia y adaptada a las comorbilidades con las que cursa el paciente.⁹

Cuando no es posible cubrir las necesidades de nutrientes a través de la dieta oral, se recomienda el uso de suplementos nutricionales y/o módulos proteicos que complementen la dieta. El aporte sugerido es de 400 kcal/día en base al suplemento, incluyendo 20-30 gramos de proteína. Esto con el objetivo de prevenir o tratar la malnutrición. ^{10,11}

La suplementación oral debe de iniciar lo antes posible, idealmente, dentro de las primeras 24 a 48 horas de la hospitalización, en especial, en adultos mayores y pacientes con comorbilidades que comprometan el estado nutricional.⁴

RECOMENDACION 5:

Alimentación enteral

Se debe monitorizar la ingesta oral. De no alcanzar el 60% de la ingesta recomendada de energía y nutrientes, se debe valorar la colocación de una sonda nasogástrica, para evitar deterioro nutricional, siempre tomando en cuenta, que el personal que la coloca debe contar con todas las medidas de protección personal. La primera alternativa a considerar para la alimentación enteral debe ser la sonda nasogástrica y la administración en modo continuo, idealmente regulada la velocidad por una bomba de infusión, dependiendo del equipo disponible en cada institución. Ante la posible escasez de bombas de infusión para alimentación enteral, se debe considerar el uso de alimentación continua por gravedad y regulada por goteo, tomando en cuenta la viscosidad de la fórmula. La progresión de la nutrición enteral dependerá de la condición y tolerancia del paciente. Se debe intentar cubrir los objetivos nutricionales, en las primeras 72 horas después de iniciada la terapia nutricional.

En pacientes críticamente enfermos, la nutrición enteral debe iniciarse dentro de las 24 – 48 horas después de la admisión a la UCI, una vez se complete la resucitación y el paciente se establezca desde el punto de vista clínico y hemodinámico.

Si no se logra progresar la alimentación adecuadamente, debido a condiciones propias del paciente crítico, como puede ser la gastroparesia, pueden utilizarse medidas como los procinéticos para mejorar la tolerancia. Si después de tomar todas las medidas, el paciente no puede progresarse en cuanto al aporte calórico y de nutrientes, más allá del 60% del requerimiento en

la primera semana, debe considerarse la colocación de una sonda transpilórica.^{4,12}

Dependiendo de la condición del paciente y la tolerancia a la alimentación, se debe valorar la utilización de fórmulas poliméricas, densamente calóricas y con un alto aporte proteico. Se recomienda considerar densidades energéticas en rangos de 1-1.5 kcal/cc.^{11, 13} La posición decúbito prono, no contraindica la nutrición enteral. Debemos recordar que la colocación en esta posición, a los pacientes con COVID-19 puede ser necesario, por ciertos períodos de tiempo y dependiendo de la condición clínica que presente el paciente. La alimentación enteral en pacientes con posición prono se debe continuar y monitorizar la tolerancia de esta.¹³

Se recomienda especial cuidado en pacientes que han sido extubados, ya que pueden presentar una ingesta inadecuada.

RECOMENDACION 6:

Alimentación mixta, enteral y parenteral suplementaria

Si después de agotar todas las medidas para que el paciente tolere la alimentación enteral, no logra cubrir al menos el 60% de su requerimiento de energía y nutrientes en la primera semana, debe considerarse el uso de nutrición parenteral suplementaria. ⁹

RECOMENDACION 7:

Alimentación parenteral total

En pacientes con alto riesgo de desnutrición o severamente desnutridos al ingreso a la UCI, en los que no se puede alcanzar el requerimiento de energía y nutrientes a través de la dieta y suplementos orales y en los que se imposibilita la alimentación enteral, se recomienda iniciar la nutrición parenteral exclusiva lo antes posible. ^{4,12}

Se sugiere valorar la utilización de emulsiones lipídicas alternativas (Soya, MCT, Oliva, Aceite de Pescado), en pacientes candidatos a nutrición parenteral ya que pueden proveer un beneficio versus emulsiones a base de Soya y MCT.¹²

La hipertrigliceridemia puede presentarse como consecuencia del proceso de inflamación severa y puede empeorar por el desequilibrio entre la administración de lípidos y la capacidad de eliminación de grasa en el plasma. Esta es la razón, por la cual, se recomienda que la administración de lípidos en la nutrición parenteral se mantenga en rangos de 0.7-1.3 g/kg/día y deben reducirse, en los casos en que los triglicéridos plasmáticos superen los 400 mg/dl.¹⁴

En pacientes que se utilice propofol como medicamento de sedación, se debe de tomar en cuenta la cantidad del medicamento administrado, ya que este contiene 1.1 kcal/ml a base de lípidos.¹⁸

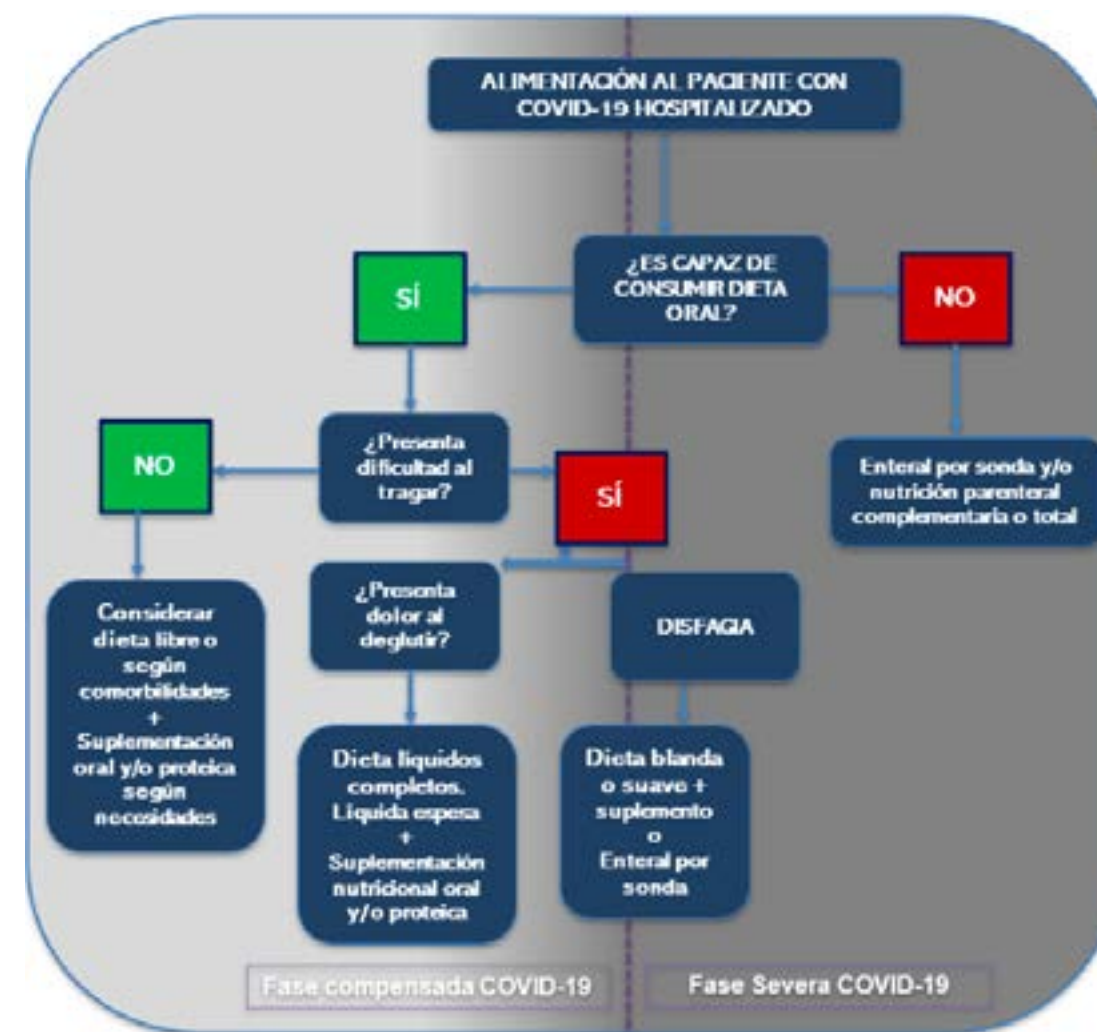
RECOMENDACION 8:

Alteraciones de la deglución

Aquellos pacientes que estuvieron por un largo período en ventilación mecánica y que presentan disfagia post extubación, pueden llegar a presentar complicaciones como neumonía, reintubación y muerte. En estos casos se recomienda, como primer paso, dietas con modificación en la textura de los alimentos, que faciliten la masticación y la deglución de los mismos. ^{4,15}

Si la alimentación por vía oral no es posible y no cubre los requerimientos de energía y nutrientes, se recomienda la utilización de la vía enteral, por medio de una sonda nasogástrica.¹⁶

Figura 2. Algoritmo de Alternativas en Terapia Nutricional, según curso y evolución del paciente con COVID-19.



RECOMENDACION 9:
Ejercicio y/o terapia física

La larga estancia hospitalaria, provoca pérdida de masa y función muscular. Este problema es más evidente en pacientes sobrevivientes a la UCI y adultos mayores con comorbilidades, pero también se puede presentar en pacientes de cualquier área de hospitalización. Por lo tanto, se debe de considerar la fisioterapia como parte del tratamiento integral del paciente con COVID-19.4

RECOMENDACION 10:
Uso de altas dosis de Vitaminas, Elementos traza

Actualmente, no existen estudios que recomienden la suplementación rutinaria vía oral o intravenosa con altas dosis de vitaminas y elementos traza en escenarios clínicos de COVID-19.

Recomendamos asegurar la administración y la ingesta de las recomendaciones diarias de vitaminas y elementos traza sobre todo en pacientes que presentan desnutrición o están en riesgo de deterioro nutricional, con el objetivo de mantener un adecuado sistema inmunológico.4

RESUMEN DE RECOMENDACIONES DE ANUMGUA PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19

1. La terapia nutricional, debe ser considerada como parte del tratamiento integral del paciente con COVID-19.

2. La terapia nutricional en este grupo de pacientes debe de ser individualizada y administrada dentro del contexto y las posibilidades de cada institución.

3. Todo paciente al ingreso debe ser valorado para detectar riesgo nutricional y si es así, se debe iniciar suplementación, incluso si puede ingerir dieta oral.

4. La evaluación nutricional debe de realizarse, tomando en cuenta el contexto de cada institución e involucrando a los demás miembros del equipo interdisciplinario.

5. Los requerimientos nutricionales deben de aportarse de manera progresiva y según el estadio de la enfermedad, estado nutricional y condición clínica del paciente.

6. Debe evitarse la sobrealimentación y se deben tomar las medidas necesarias para evitar el Síndrome de Realimentación.

7. La vía enteral debe ser la primera opción de tratamiento nutricional, en aquellos pacientes que no pueden utilizar la vía oral o no ingieren por lo menos el 60% de los requerimientos de energía y nutrientes por esta vía.

8. En los pacientes con posición prono no está contraindicada la utilización de la vía enteral y deben monitorizarse su tolerancia.

9. Aquellos pacientes con alimentación enteral, en los que después de agotar las medidas disponibles, que no toleran más del 60% en los primeros 4 días de estancia en la UCI, debe valorarse la utilización de Nutrición Parenteral Suplementaria.

10. La Nutrición Parenteral Total debe utilizarse en aquellos pacientes en los que no puede utilizarse la vía enteral.

11. Los pacientes con disfagia post extubación, deben de ser valorados en su tolerancia y valorar la alimentación por sonda nasogástrica, sino es suficiente su ingesta, después de agotar todas las medidas disponibles.

12. La fisioterapia debe ser parte integral del tratamiento del paciente con COVID-19 hospitalizado.

13. No existen actualmente, estudios que recomienden la suplementación rutinaria vía oral o intravenosa con altas dosis de vitaminas y elementos traza en escenarios clínicos de COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. (2020, March 23). <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.
2. <https://www.unicef.es/noticia/desnutricion-en-guatemala>. (n.d.).
3. <http://www.fao.org/guatemala/noticias/detail-events/en/c/854050/>. (n.d.).
4. Barazzoni, R., Stephan, C., Krznaric, Z., Pirlich, M., & Singer, P.(2020). Expert Statements and Practical Guidance for Nutritional Management of Individuals with Sars-Cov-2 Infection. *Clinical Nutrition*.
5. Singer, P., Reintman, A., & Berger, M. (2019). Espen Guideline on Clinical Nutrition in the Intensive Care Unit. *Clinical Nutrition*, 48-79.
6. Kondrup, J., Allison, S., & Elia, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening. *Clinical Nutrition*, 415-421.
7. Martindale, R., Patel, J., Taylor, B., Warren, M., & McClave, S. (2020). Nutrition Therapy in the Patient with COVID-19 Disease requiring ICU Care, ASPEN 2020. ASPEN.
8. Bermudez, C., Pereira, F., Trejo, D., & Perez, A. (2020). Recomendaciones nutricionales de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica para pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 1-12
9. Caccialanza, R., Laviano, A., & Lobascio, F. (2020). Early Nutritional Supplementation in non critically ill patients hospitalized for the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): Rationale and feasibility of a shared pragmatic protocol. *Nutrition*, 1-19.

10. Ying-Hui, J., Lin, C., & Zhen, C. (2020). A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia . *Military Medical Research*, 1-23.
11. Nutrición, S. E. (2019). Retrieved from <https://fesnad.org/docs/noticias/DRE%20COVID-19%20NutriSEEN.pdf>.
12. McClave, S., Taylor, B., & Martindale, R. (2016). Guidelines for the provision and assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 159-211.
13. Bear, D., & Terblanche, E. (2020). Guidance on management of nutrition and dietetic services during the COVID-19 pandemic. Retrieved from <https://www.bda.uk.com/uploads/assets/f5215258-7a34-4426-83620ba89f87c638/63decf82-db85-41d7-b5a6cbabe757a4a2/CCSG-Guidance-for-COVID-19-Formatted.pdf>.
14. Ballesteros, M., Hernandez, A., & Estella, A. (2020). Recomendaciones de hacer y no hacer en el tratamiento de pacientes críticos ante la pandemia de coronavirus causante de COVID19 de los grupos de trabajo de SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 1-52.
15. Macht, M., Benson, C., & Bumham, E. (2011). Post extubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Critical Care*.
16. Atherson, M., Bellis, N., & Cicero, J. (2007). Texture modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia. *Journal of Dietetics Association of Australia*, 53-76.
17. Zhang, L., & Yunhui, L. (2020). Potential Interventions for Novel Coronavirus in China, A Systematic Review. *Journal of Medical Virology*, 479-490.
18. Bousie E, van Blokland D, Lammers HJW & van Zanten ARH. (2016) Relevance of non-nutritional calories in mechanically ventilated critically ill patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1443-1450.
19. Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M.I.T.D., Gonzalez, M.C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., et.al. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 38(1):1-9.
20. Zanten, A, Waele, e, Wischmeyer, P. 2019. Nutrition therapy and critical illness; practical guidance for the ICU, post-ICU, and long term convalescence phases. *Criticalcare*. 23;368

NORMAS PARA LOS AUTORES

Todo manuscrito se debe enviar a: **info@agog.com.gt** en documentos de Word, tamaño carta en doble espacio con letra Arial número 12. Adjuntando al artículo una carta firmada por el autor en el que certifica que el artículo no ha sido publicado total o parcialmente en otra revista, periódico, libro o publicación similar y cediendo todos los derechos a **AGOG**.

ESCRITURA Y TERMINOLOGÍA:

Todo manuscrito debe estar escrito en español. Números del uno al diez debe escribirse en letras; para más de diez personas, objetos, días, meses, etc. se usan números arábigos. Se prefiere “mujer” en vez de “paciente” al reportar en obstetricia. El autor debe utilizar el nombre genérico de las drogas a menos que el comercial sea directamente relevante. Cualquier equipo especializado, producto químico o farmacéutico citado en el texto debe estar acompañado por el nombre, ciudad y país del fabricante.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO:

El texto de artículos originales, técnicas quirúrgicas, presentación de casos y revisiones sistemáticas, debe estar ordenado secuencialmente así:

1. Título;
2. Resumen y Abstract con palabras claves y key words;
3. Texto principal;
4. Agradecimiento;
5. Manifestación de conflicto de interés;
6. Referencias;
7. Tablas/Figuras.

TÍTULO:

- **Hoja de presentación que debe incluir:** Título completo del artículo (el título debe incluir la metodología al final antecedido de dos puntos, ej. Evaluación del feto de madre diabética: revisión sistemática).
- **Nombre del autor principal**, con su dirección electrónica, teléfono, puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos) y país.
- **Nombre de todos los coautores**, con su puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos).
- **Título corto** de no más de 60 caracteres para los encabezados de página.

RESUMEN Y ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE:

No más de 250 palabras para artículos originales y revisiones sistemáticas. No más de 100 palabras para presentación de casos, técnicas quirúrgicas y revisiones no sistemáticas. Cartas de lector, comentarios y mini comentarios no necesitan resumen/abstract.

TEXTO PRINCIPAL:

Para **artículos originales y revisiones sistemáticas**, se debe subdividir así introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones.

Presentación de casos y técnicas quirúrgicas: introducción, presentación de casos o técnica y discusión. Cualquier abreviatura o acrónimo utilizado se definirá en la primera aparición que tenga el texto principal del artículo.

AGRADECIMIENTOS:

Incluyen instituciones o particulares que financiaron el total o parte del estudio. También contribuyentes que califican como autores, en cuyo caso su contribución debe ser descrita.

MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS:

Incluye financiamiento o interés directo para algunos de los autores (por ej. Propiedad de la patente, de acciones, ser consultante o conferencista, etc.) intereses personales, políticos, intelectuales, o religiosos. El tener conflicto de interés no impide que alguien pueda ser autor.

REFERENCIAS:

Se presentarán en base a sistema de referencia de la convención de Vancouver. Las referencias serán numeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se deben identificar en superíndice. Información de artículos aun no publicados serán citados como observaciones no publicadas. Artículos de hasta seis autores deben incluir todos los autores. Si el artículo tiene más de seis autores, solo seis serán colocados seguido de “et.al”.

TABLAS/FIGURAS: Todas las tablas, figuras y gráficas deben estar citadas y debidamente identificadas entre paréntesis en el artículo. Cualquier tabla, figura o gráfica no citada en el artículo

será descartada, sin responsabilidad por parte de los editores. Todas las tablas deben ir en blanco y negro. Las gráficas y figuras serán publicadas a color. Todas las tablas, figuras y gráficas estarán incluidas en el formato de Word enlistadas a continuación de las referencias. Las figuras deben estar en formato JPEG.

ARTÍCULOS ORIGINALES (DE INVESTIGACIÓN):

Texto con máximo de 5,000 palabras. Deben incluir la carta de autorización ética de la institución donde se realizó el estudio.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS:

Son descripciones de técnicas nuevas o innovadoras. Pueden tener más de diez ilustraciones, acompañadas de texto informativo de hasta 1,800 palabras.

COMENTARIOS:

En aspectos controversiales o de interés general. No deben tener más de 1800 palabras con 10 a 12 referencias. La manifestación de conflicto de interés **debe** ser incluida después del cuerpo principal y antes de las referencias. Se permiten como máximo dos gráficas/ tablas o figuras.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Texto con máximo de 1,800 palabras.

MINI COMENTARIOS:

Únicamente por invitación del editor. Se relacionan específicamente a un artículo en especial. No más de 500 palabras, con referencias integradas. **Debe** tener manifestación de conflicto de interés al final.

CARTAS AL EDITOR:

No más de 500 palabras. No deben de contener más de cuatro referencias. La carta debe incluir el nombre de la(s) persona(s) que aparecen como signatarios con sus cargos, departamento/división y país. Se debe incluir el Título de la carta. Los editores se reservan el derecho de realizar cambios de redacción, gramática y estilo, manteniendo la exactitud científica del reporte. A los autores se les puede solicitar que realicen cambios en la ortografía, estilo y gramática, así como revisar por inconsistencias en el texto o las referencias.

Los autores son los únicos responsables del contenido del artículo y de su exactitud, así como de la veracidad de lo que en ellos se publica. **AGOG** bajo ninguna circunstancia se hace responsable por el contenido de los artículos.

SIEMPRE JUNTO A ELLA

LÍNEA GINECOLÓGICA

Antrofi[®]
Promestrieno
Menos Pausa. Vida Plena

Acrea[®]
Cloroterina + Derivados
Creando Equilibrio Hormonal

Stacy[®]
gestodeno + etinodiol
Planifica el Futuro

Ginna[®]
Levonorgestrel + Etinodiol
Alivia desde el primer día



Para uso exclusivo del profesional.

 **Eurofarma**
Ampliando horizontes