



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA



**MANEJO DE LA TORSIÓN ANEXIAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL DE LA MUJER, “DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”, EN EL
PERIODO DE 2016 A 2017.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE: **MAESTRO (A) EN GESTIÓN HOSPITALARIA**

PRESENTADO POR:

Dr. Carlos Napoleón Amaya Campos

Dra. Jéssica Argentina Amaya Rivas.

ASESORA:

Lic. Msp. Hilda Cecilia Méndez de García

San Salvador, Febrero 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LIC. MSP. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

COORDINADORA DE LAS MAESTRÍAS EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN
HOSPITALARIA

JURADO CALIFICADOR:

LIC. MSP. REINA ARACELI PADILLA

LIC. MSP. HILDA CECILIA MENDEZ DE GARCÍA

DRA. MGH. GUADALUPE MARTÍNEZ DE MARTÍNEZ

DEDICATORIA

Esta Tesis la dedicamos a Dios porque ha estado con nosotros en cada paso que hemos dado, dándonos fortaleza para continuar, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la motivación, y a la familia porque nos han dado todo el apoyo y comprensión en todo momento.

Y a los queridos compañeros y a todas las personas que nos han apoyado para que el trabajo se realice.

AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a DIOS por habernos acompañado y guiado a lo largo de esta tesis, porque ha sido nuestra fortaleza, apoyo y motivación durante toda la Maestría.

Le damos gracias también a nuestra familia, por su paciencia y apoyo incondicional tanto en los momentos difíciles como en los de satisfacción.

Gracias de corazón a todos los Maestros que con nobleza y entusiasmo nos compartieron sus conocimientos, su sabiduría y su amistad. En especial a nuestra asesora Lic. Msp. Hilda Méndez de García.

A nuestros amigos, por las vivencias que compartimos, por las tareas que realizamos juntos, por el conocimiento que compartimos, por haber mantenido un ambiente de armonía y amistad.

RESUMEN

Título: Manejo de la torsión anexial en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer, “Dra. María Isabel Rodríguez”, en el período del 2016 a 2017.

Propósito: Contribuir a la estandarización del manejo conservador de torsión anexial, con objeto de disminuir los efectos adversos a corto y a largo plazo del manejo actual.

Objetivo: Analizar el manejo de la Torsión Anexial en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, en el período de 2016 a 2017.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tipo histórico mediante la revisión de casos registrados en el período del 2016 a 2017 en el Hospital Nacional de la Mujer, siendo estos un total de 30 casos registrados. Además se realizó un grupo focal aplicado a los 21 médicos residentes que son quienes atienden a las pacientes con esta patología. Las variables en estudio fueron: características del manejo de torsión anexial, variabilidad clínica y percepción de los médicos que atienden los casos.

Resultados: En el Hospital Nacional de la Mujer el manejo de la Torsión Anexial se caracteriza por su sintomatología que principalmente corresponde al dolor abdominal de menos de 15 horas de evolución y se confirma el diagnóstico mediante ultrasonografía. Respecto a la variabilidad se describen los factores dependientes de la población, la oferta de servicios y el médico; el rango de edad de la población es de 10 a 19 años, que laboran como amas de casa o estudian, son tratadas mediante salpingooforectomía. Este tema no se encuentra incluido en la especialidad de Ginecología y Obstetricia. La percepción de los residentes demuestra la falta de conocimiento respecto al tema y el desconocimiento de un manejo conservador.

Conclusiones: El manejo de la Torsión Anexial en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer es atendida por médicos residentes y diagnosticada mediante: la historia clínica, el examen físico y los exámenes complementarios. El tratamiento se realiza mediante anexectomía del lado afectado. La variabilidad clínica en el manejo de la torsión anexial no es significativa, ya que el diagnóstico y el tratamiento que se proporciona son semejantes.

Recomendaciones: Capacitar a los docentes, médicos de Staff y residentes en el manejo adecuado de la torsión anexial, fomentar la educación continua. Incluir el tema de torsión anexial en el programa de médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de la Mujer. Socializar e implementar la vía clínica sobre manejo conservador de torsión anexial.

CONTENIDO

Capítulo	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA.....	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	19
V. RESULTADOS	21
VI. DISCUSIÓN	29
VII. CONCLUSIONES.....	32
VIII. RECOMENDACIONES.....	33
IX. PROPUESTA TÉCNICA.....	34
X. BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	43

I. INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica se refiere a la rotación completa o parcial del ovario en sus ligamentos de soporte. El diagnóstico precoz es importante para preservar la función tubárica y ovárica como asimismo para prevenir otras morbilidades asociadas.

La torsión anexial es en Estados Unidos la 5ª emergencia quirúrgica que afecta a las mujeres. Su incidencia es de 4.9 casos por 100,000 mujeres entre 1 y 20 años. El 15% ocurre durante la infancia, desafortunadamente la presentación clínica es generalmente inespecífica, lo que resulta en un retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Esta complicación se origina habitualmente en la torsión del anexo en el cual habitualmente existe un tumor que por sus características de tamaño, peso y movilidad facilita la torsión completa o parcial del anexo sobre su eje. Dicha torsión habitualmente afecta tanto al ovario como a la trompa. Sin embargo, la torsión puede afectar en ocasiones de manera exclusiva al ovario (aún en ausencia de tumor anexial) u originarse y afectar de manera exclusiva a la trompa (en casos de hidrosalpinx). Ocasionalmente la torsión se origina en remanentes embrionarios (quiste del paraóforo). Independiente de cuales estructuras estén involucradas, para la mayoría de los casos, el diagnóstico preoperatorio corresponde a un tumor anexial complicado o eventualmente a un algia pelviana aguda. En ambos escenarios, la magnitud de los síntomas determina la resolución quirúrgica.

En 1946 Way S. planteaba la destorsión del anexo, incluso en aquellos casos en que el aspecto era desfavorable. En diciembre del 2003 el grupo de The Chaim Sheba Medical Center, presentó un estudio de 102 casos de torsión anexial, manejado con destorsión sin considerar el aspecto de los anexos (valorados en el transoperatorio); la importancia de este estudio es que no se presentó ningún caso de embolismo pulmonar y que se confirmó la preservación de la función ovárica en el 92 % de las pacientes, las cuales fueron seguidas durante 4 años y medio. El manejo conservador es realizable aún en mujeres embarazadas y la evolución del embarazo es completamente normal, sin necesidad de usar tocolíticos.

Propósito

- Contribuir a la estandarización del manejo conservador de torsión anexial, con objeto de disminuir los efectos adversos a corto y a largo plazo del manejo actual.

Enunciado del problema:

¿Cuál fue el manejo de la torsión anexial en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer, “Dra. María Isabel Rodríguez”, en el período de 2016 a 2017?

II. OBJETIVOS

General:

Analizar el manejo de la Torsión Anexial en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, en el período de 2016 a 2017.

Específicos:

1. Caracterizar el manejo de la Torsión Anexial en las pacientes del Hospital Nacional de la Mujer.
2. Describir la variabilidad clínica del manejo actual de la torsión anexial en el Hospital Nacional de la Mujer.
3. Analizar la percepción de los médicos residentes del Hospital Nacional de la Mujer sobre la atención de la torsión anexial.

III. MARCO DE REFERENCIA

La torsión ovárica es una patología infrecuente, presentando una incidencia estimada de 4.9 casos por 100,000 mujeres entre los 1 y 20 años. El 15% de los casos ocurren durante la infancia, período en el que representa el 2.7% de las causas de dolor abdominal.¹ La mayoría de las torsiones se producen en el anexo derecho (60 a 75%). La explicación de esto podría estar en el posible efecto protector anatómico que ofrece el colon sigmoides en el lado izquierdo o por el hecho de que se realicen más intervenciones por sospecha de apendicitis ante cuadros de dolor en fosa iliaca derecha.²

Los quistes de ovario menores de 5 cm no suelen provocar torsión, sino que ésta se suele producir cuando existen grandes quistes, teratomas u ovarios poliquísticos; en los casos en los que sólo se torsiona la trompa, los factores de riesgo incluyen hematosalpinx, hidrosalpinx y quistes paraovaricos. No es frecuente encontrar tumoraciones malignas en los anexos que se torsionan, probablemente debido a que éstas suelen provocar inflamación y fibrosis, y como consecuencia de ello se adhieren a estructuras vecinas impidiendo la torsión.

Aunque la etiología de la torsión anexial no está muy clara, parece que pueda existir en algunas mujeres una excesiva movilidad de los ligamentos Uteroováricos y del infundíbulo pélvico que favorezca el proceso. Además, existe cierta predisposición a la torsión durante el embarazo debido al rápido crecimiento del útero, así como en el puerperio por la descompresión brusca después del parto; también supone un factor de riesgo para la torsión los tratamientos de fertilidad. También está descrito que el antecedente de esterilización tubárica puede desestabilizar la trompa y favorecer la torsión anexial.

Cuando ocurre la torsión ovárica, el ovario rota alrededor del ligamento infundíbulo pélvico y el ligamento útero ovárico, causando la compresión de los vasos ováricos e impidiendo el drenaje linfático y venoso. Inicialmente existe un compromiso de la irrigación venosa antes que la

¹ Lasso, C., Garrido, J., Murcia, F., Granero, R., Vargas, V., Paredes, R. (2014) Torsión ovárica. Evolución del ovario necrótico tras detorsión laparoscópica. *Cir Pediatr. Vol. 27.* 26 - 30

² Losa, E., Villar, R., González, A., González, G. (2011) Torsión anexial: experiencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 54.* Pg. 363 – 367.

arterial dado que la capa muscular de las arterias es menos compresible, lo que produce edema, aumento de volumen y mayor compresión vascular. Finalmente ocurre la isquemia ovárica que lleva a necrosis, infarto y hemorragia local.³ Dado que la completa oclusión del flujo arterial no es frecuente y que existe vascularización por otras vías, la coloración negro azulada que adquiere el anexo es consecuencia de la estasis venosa y linfática más que por posible gangrena y por tanto, a pesar del aparente aspecto necrótico, al destorsionarlo se puede recuperar la viabilidad del mismo.

Es la quinta urgencia ginecológica quirúrgica más frecuente en Estados Unidos. Su incidencia se estima en 3 a 7% de los casos de consulta de urgencia ginecológica.⁴ El diagnóstico diferencial se debe realizar con absceso tubo ovárico, apendicitis o embarazo ectópico, principalmente.² Frecuentemente se debe a la presencia de un quiste no muy grande de ovario o paraovario, mayoritariamente benigno, que hace girar al ovario sobre su eje provocando trastornos circulatorios y problemas de necrosis local. Un ovario puede torsionarse con un cambio brusco de posición y un quiste ovárico puede romperse durante el coito.⁵

En relación con las tumoraciones anexiales se debe diferenciar los quistes ováricos, de las neoplasias verdaderas. Los primeros son frecuentes en mujeres jóvenes, son formaciones quísticas originadas por una estimulación excesiva del folículo o por anomalías en su regresión o involución.⁶

En la torsión anexial el dolor suele ser el síntoma principal y es de carácter agudo y subagudo, según la intensidad de la torsión y puede ceder espontáneamente cuando se corrige por sí misma.⁷ El dolor pélvico que se presenta puede ser moderado a severo, a menudo con náuseas y vómitos. Sin embargo, la presentación puede variar y muchos síntomas y signos que acompañan

³ Sarmiento, W., Belén, M., Poblete, A. (2014). Torsión de ovario. *Revista de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 9. Pg. 22-26

⁴ Mateo, H., Taboada – Pérez, G., Hernández – Arroyo, L., Mateo – Madrigal, M. y Mateo – Madrigal, V. (2013) Torsión anexial: tres casos. *Ginecol Obstet Mex*. Vol. 81. 272 – 278.

⁵ Vázquez, J., Rodríguez, L. (2014) *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. Madrid, España. Instituto Nacional de Dirección Sanitaria.

⁶ Falquez, B. y Avilés, V. (2008). Abdomen agudo por torsión de quiste ovárico. A propósito de un caso. *Rev. "Medicina"*. Vol. 14. N° 2.

⁷ Rodríguez, A., Pérez, I., Fernández, J. (S.f) Conducta ante una masa anexial. España.

la torsión ovárica son también asociados a otras condiciones.⁸ En menos del 2% de los casos, se presenta fiebre, cuando aparece suele orientar a necrosis de los tejidos. En la exploración física se puede encontrar un tumor palpable en un 40 a 70% de los casos. La irritación peritoneal es infrecuente y tardía en su presentación como signo clínico.⁹

El pilar para la curación de este padecimiento es el diagnóstico oportuno. Existen varios métodos para identificar la torsión ovárica:

- Síntomas inespecíficos: dolor intenso de inicio súbito localizado en el hemiabdomen inferior, generalmente lateralizado con signos de irritación peritoneal, con o sin masa palpable, náusea y vómito, junto con alza térmica leve.
- Resultados de laboratorio que contribuyen poco al diagnóstico, principalmente se utilizan para el diagnóstico diferencial.
- Ultrasonido

La torsión del anexo es una emergencia médica que requiere tratamiento quirúrgico inmediato, mediante laparoscopia (de elección) o laparotomía. Hasta hace poco el tratamiento era la anexectomía, que consiste en extirpar todas las estructuras anexas al ovario (incluido el mismo), pues se creía que podía generar un émbolo desde la vena ovárica o dejar un vestigio necrótico.¹⁰

En los últimos 15 años, se ha tratado en forma rutinaria a todos los pacientes con torsión del anexo isquémico mediante destorsión y la salpingooforectomía está siendo evitada. La destorsión está indicada cuando el cuadro, en general, lleva menos de 36 horas de evolución y no hay sospecha de necrosis. La destorsión del anexo isquémico preserva la función ovárica, esto es demostrado en el desarrollo folicular en la Ultrasonografía, en laparotomía subsecuente no relacionada y fertilización *in vitro*. Desafortunadamente, no hay una manera de predecir cuales ovarios no podrán recuperarse por el daño severo. Sin embargo, dejar los ovarios necróticos y no viables *in situ* no causa daño adicional a la paciente. El manejo conservador del anexo isquémico no gangrenoso es seguro y efectivo. Está demostrado que el manejo precoz y conservador

⁸ Palma, A., Garcés, E., Garrido, N., Lozano, E., Pastor, M. (2012) Torsión ovárica: ¿Qué hay debajo? *Sociedad Española de Radiología Médica*.

⁹ Remonhí, J. A., Hidalgo, J. J., Giles, J., Requena, A., Pellicer, A. (2017). *Infertilidad y Reproducción Asistida*. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.

¹⁰ Palma, A., Garcés, E., Garrido, N., Lozano, E., Pastor, M. *op. cit.*

permite preservar la función ovárica en el 88 al 100% de los casos y aunque existen casos descritos de formación de abscesos en el anexo conservado, no suele haber complicaciones serias e incluso hay trabajos que concluyen que la destorsión no aumenta el riesgo de tromboembolismo pulmonar frente a la anexectomía sin destorsión.¹¹

Según estudios se ha demostrado que el aspecto macroscópico del ovario torsionado no es un dato fiable de isquemia. Se considera que el anexo con apariencia gangrenosa no debe ser removido, ya que no es posible estimar la posibilidad de recuperación del ovario durante la operación. La habilidad de conservar la viabilidad a pesar de la isquemia prolongada, como fue revelado por los buenos resultados en ovarios con daño aparentemente severo, indica que la obstrucción arterial completa no ocurre usualmente y que algún suministro sanguíneo puede obtenerse de las arterias uterinas o ilíacas.¹²

Estudios experimentales en ratas han podido constatar viabilidad del parénquima ovárico tras 4 a 32 horas de isquemia. Aun así, el tiempo exacto de supervivencia del anexo sometido a torsión es incierto, no existiendo ningún factor de riesgo conocido que nos ayude a predecir su evolución. Ni la demora entre el inicio de los síntomas y la cirugía o la persistencia del aspecto necrótico tras la destorsión parecen estar relacionados con pronósticos desfavorables. Todo ello motiva a tratar la torsión de ovario de forma conservadora sin realizar discriminaciones por tamaño, color o signos de reperfusión.

Un grupo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Chaim Sheba Medical Center, publicó en “Human Reproduction” en 2003 una fuerte evidencia que la destorsión es una alternativa para el tratamiento de esta urgencia. El estudio contempló a 102 pacientes con torsión anexial a las cuales se les efectuó destorsión sin considerar el aspecto de los anexos valorados en el transoperatorio (grado de isquemia). En 65 casos fue necesario drenar o escindir quistes del ovario. La primera observación importante es que no se presentó ningún caso de tromboembolismo pulmonar y que aproximadamente en el 92 % de las pacientes seguidas durante 4 años y medio, se confirmó la preservación de la función ovárica (desarrollo folicular).

¹¹ Losa, E., Villar, R., González, A., González, G. *op. cit.* pp. 363 - 367

¹² Oelsner, G., Cohen, S., Soriano, D., Admon, D., Mashiach, S y Carp, H. (2003) Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reproduction*. Vol. 18. N° 12 pp. 2599 – 2602.

No se mencionan otras complicaciones inherentes específicamente al procedimiento de destorsión.¹³

Se han propuesto otros enfoques para evaluar si la perfusión del ovario está presente, pero aún se encuentran en investigación. Una técnica es el Bivalving de ovario, que consiste en la destorsión del ovario y la realización de una incisión en la corteza ovárica. Este método permite la visualización del flujo sanguíneo al realizar la incisión. Además, hay un potencial efecto terapéutico al disminuir la presión que ejerce la congestión venosa y linfática. Esta técnica se reportó en una serie de cinco pacientes que se sometieron a Bivalving, cuatro de las cuales tuvieron un desarrollo folicular normal postoperatorio documentado por ultrasonido. Otro método que se ha reportado es la inyección de fluoresceína intravenosa intraoperatoria seguido por visualización directa del ovario afectado bajo luz ultravioleta. Sin embargo, este enfoque requiere un equipo especializado y su eficacia no ha sido validada. Se aconseja siempre tras la destorsión mantener bajo observación a la paciente durante, al menos 24 horas.¹⁴

El anexo con torsión isquémica es edematoso y friable y sujeto a trauma. La destorsión debe ser realizada con cuidado y preferiblemente con instrumentos romos en caso de utilizar laparoscopia. La laparoscopia permite conseguir una visibilidad adecuada del campo quirúrgico sin recurrir a grandes incisiones y aporta mayor confort postoperatorio, mejor resultado estético y la posibilidad de alta hospitalaria precoz, sin verse aumentadas las complicaciones. Se recomienda realizar solo la destorsión y evitarse la cistectomía. Si existen verdaderas tumoraciones anexiales, éstas deberán ser intervenidas 4 a 6 semanas más tarde. En la torsión del anexo, no hay un plano claro de separación entre el quiste y su lecho, la escisión del quiste puede causar la remoción inadvertida de una cantidad indebida de tejido ovárico. La regresión ovárica transcurre sin repercusiones locales ni generales, siendo únicamente constatada mediante ecografía o en intervenciones quirúrgicas posteriores.

Un dato a tener en cuenta es la posibilidad de recidiva de la torsión. Aunque no es una circunstancia habitual (menor al 5%), supone un nuevo riesgo de pérdida del anexo y la

¹³ Molina, R. Abordaje terapéutico de torsión anexial: Manejo conservador vs. Radical. (2007). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. Vol. 581. Pg. 207 - 210

¹⁴ Remonhí, J. A., Hidalgo, J. J., Giles, J., Requena, A., Pellicer, A. *op. cit.*

necesidad de una nueva intervención quirúrgica. En un intento de evitar la retorsión, muchos autores defienden la ooforopexia con sutura inabsorbible, incluso del ovario contralateral de forma preventiva. Sin embargo, esta maniobra sigue siendo controvertida, ya que la fijación a la pared pélvica o a la pared posterior del útero puede provocar mayor daño al ovario ya dañado, además de requerir mayor habilidad quirúrgica si se realiza la intervención por vía laparoscópica. Igualmente, la modificación de la relación anatómica entre trompa y ovario con la plicatura del ligamento redondo puede afectar a la fertilidad futura. Aún así, existen algunas situaciones en las que las ventajas de esta técnica parecen más claras, como son en pacientes que van a ser sometidas a radioterapia, en aquellos casos de ovario único o en ovarios izquierdos sin patología de base, ya que en estos últimos parece ser más frecuente la recidiva. Se cree que la pexia de un ovario aumentado de tamaño, friable y congestivo, puede causar más daño que beneficio, por lo que no se realiza en la cirugía urgente. Esta maniobra puede tener consecuencias irreversibles y no asegura la ausencia de recidivas.

Otra opción para reducir el riesgo de recurrencia es la supresión de los quistes ováricos funcionales. El uso de anticonceptivos orales disminuye los quistes, sin embargo, su uso prolongado se asocia a eventos tromboembólicos y no se ha demostrado que esta terapia disminuya el riesgo de torsión ovárica recurrente.

El tratamiento de las tumoraciones en la torsión ovárica también ha creado debate. Los primeros resultados obtenidos mediante la realización de cistectomía o tumorectomía con preservación del tejido ovárico en la cirugía de urgencia fueron esperanzadores pero, posteriormente, se consideró una cirugía muy agresiva para aquellos ovarios de aspecto necrótico que intentaban preservarse. El porcentaje de atrofia parece verse aumentado en estos casos, donde la línea de separación entre la tumoración y el parénquima es difícilmente distinguible y se cuenta con un ovario previamente lesionado. Asimismo, en muchas ocasiones pueden ser quistes funcionales, en los que la cistectomía no debe realizarse.

A partir de esta idea comenzaron a surgir nuevas propuestas terapéuticas, como la publicada por Galinier y cols. que plantean primeramente una diferenciación por tamaño. En su serie de 45 casos encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre el tamaño de los ovarios

previamente normales y los que presentaban alguna patología de base. Así propone como punto de corte 75 mm, a partir de los cuales aconseja el abordaje abierto con toma de biopsia intraoperatoria, continuando con el tratamiento conservador si no existe evidencia de tumor o éste es benigno. Si la masa es quística se aconseja evacuar el contenido mediante punción para intentar prevenir la retorsión y plantear un seguimiento ecográfico postoperatorio. Si la lesión persiste deberá programarse la cistectomía laparoscópica. Si los marcadores tumorales aparecen elevados o durante el seguimiento se constata una masa sólida con aumento de tamaño, el siguiente paso deberá ser la laparotomía actuando de acuerdo con las bases de la cirugía oncológica.¹⁵

Si se sospecha malignidad se debe realizar salpingo ooforectomía. Los ovarios que son hemorrágicos y/o edematosos son probablemente viables, por lo que la ooforectomía sólo debe realizarse en tejido necrótico, gelatinoso o muerto. La anexectomía es una alternativa en las mujeres después de la menopausia.¹⁶

No hay evidencia de un aumento de eventos adversos con la destorsión. En el único estudio comparativo, retrospectivo de 94 mujeres menores de 40 años con torsión ovárica, no se observó mayores complicaciones posoperatorias en las mujeres sometidas a destorsión con cistectomía al compararlas con aquellas en que se realizó anexectomía. No hubo eventos embólicos pulmonares.

En la práctica quirúrgica que se da en los hospitales nacionales, a nivel general, se puede decir que es muy poco común el manejo conservador pese a que la literatura y los estudios demuestran que es el manejo con mayor beneficio para las pacientes y con efectos secundarios o complicaciones poco probables. Es un hecho que ya se debe de protocolizar el manejo conservador de esta patología, al menos en un grupo importante de mujeres que podría en primer lugar incluir niñas, pacientes jóvenes, embarazadas y pacientes con paridad insatisfecha. Algunas razones posiblemente se relacionan con aspectos o temores médico – legales o por falta de una revisión a fondo del tema. La medicina basada en evidencia tiene el propósito de abrir los ojos a

¹⁵ Lasso, C., Garrido, J., Murcia, F., Granero, R., Vargas, V., Paredes, R. *op. cit.* pp. 26 - 30

¹⁶ Sarmiento, W., Belén, M., Poblete, A. *op. cit.* pp. 22 – 26.

todo el personal de salud para ver la forma de asignar los recursos necesarios para el mayor beneficio de la paciente, en este caso de urgencia quirúrgica ginecológica.

Desde hace años, se considera que la evaluación de nuevas tecnologías y la elaboración de protocolos, guías, vías, etc., son las herramientas básicas para limitar la variabilidad clínica, en especial en el diagnóstico y la terapéutica.¹⁷

El concepto de variaciones o variabilidad en la práctica médica se usa normalmente para definir las diferencias en las tasas de incidencia de un procedimiento clínico concreto, en una determinada población. Esquemáticamente, los trabajos sobre las variaciones en la práctica médica relacionan el número de residentes en las áreas geográficas a estudio que han recibido un determinado servicio sanitario en un período de tiempo definido, con la población total de tales áreas en dicho período. Se busca comparar las tasas obtenidas y valorar si la variabilidad entre áreas implica una diferente utilización de los servicios estudiados. Los resultados obtenidos orientan sobre la existencia de componentes evitables de la atención sanitaria que, según la magnitud de las variaciones halladas, pueden repercutir en los costes y en la calidad de la atención médica.¹⁸

Los estudios de la variabilidad tienen por objeto evaluar la efectividad o la eficiencia de los centros o profesionales sanitarios, además de buscar determinantes de variabilidad en función de características de los pacientes (como sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico), del médico (especialidad, sexo, formación, experiencia y sistema de pago), del hospital (público o privado, rural o urbano, universitario o no, docencia) o del sistema sanitario (financiación, organización, cobertura u otras).

Un tema muy importante relacionado con el hecho de la variabilidad es el del conocimiento o su ausencia como motor de ésta. Aunque los profesionales médicos tienen la obligación moral o ética de estar al día, no existen mecanismos fáciles y accesibles para ello. Es cierto que actualmente se comienza a hablar de la recertificación como un sistema de avalar los

¹⁷ Ojeda, F. (2006). Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. *Rev Calidad Asistencial*. Vol. 21. Pg. 63 - 65

¹⁸ Rengel, G., García, Juan., Ramírez, J. (2011). Variaciones en la práctica médica y sus implicaciones en la clínica. *Enfermería Docente*. Vol. 93. Pg. 31 – 35.

conocimientos científicos de los profesionales, e incluso en la Ley de Profesiones Sanitarias se obliga, en cierta manera, a ello; pero la ley no va acompañada de la dotación presupuestaria necesaria y además se añade otro factor limitante que es la carencia de profesionales en algunas especialidades donde se complicaría de manera notoria su sustitución mientras realizan las actividades incluidas en la recertificación.

Cuando se habla con clínicos, muchos afirman sin dudar que “todos hacemos lo mismo”, por lo que nos preguntamos si existe la variabilidad clínica no sólo como concepto de estilo de práctica, sino como maneras diferentes de diagnosticar y tratar relacionadas con el concepto de error y, por tanto, de falta de seguridad en el diagnóstico y tratamiento clínico.

Cualquier clínico percibe con claridad, desde su puesto de trabajo, el fenómeno de la variabilidad. Las manifestaciones más claras, desde el punto de vista de la calidad asistencial, serían los retrasos en el alta hospitalaria, la práctica de pruebas de baja o nula rentabilidad para el proceso, etc. Pero es en la cirugía donde la variabilidad clínica puede jugar un papel más decisivo, ya que puede conllevar efectos notables en morbilidad y afectar a la seguridad de los pacientes. Por mucho que la técnica quirúrgica esté reglada, se conozca y practique escrupulosamente por el cirujano, cada paciente es un mundo y en esta explicación parece que termina el riesgo de variabilidad.

La utilización de los servicios sanitarios, sobretodo en un sistema público, debería estar condicionada únicamente por las necesidades del usuario y la práctica médica debería basarse en criterios con una sólida base científica. En este caso, la variabilidad en la práctica médica traduciría la adaptación de los recursos y conocimientos del sistema a las necesidades particulares de cada paciente. Pero los estudios sobre las causas que pueden originar esas diferencias demuestran que están más en relación con los distintos estilos de práctica profesional que con las mayores o menores necesidades de los pacientes. Además, el estado de salud no suele variar sustancialmente entre dos poblaciones con distinto grado de utilización de recursos sanitarios. De esta forma, la existencia de variabilidad en la intensidad de la atención puede

originar problemas de efectividad, de eficiencia en la utilización de recursos e incluso en el principio de equidad de la atención.¹⁹

La existencia de variabilidad no implica necesariamente una sobre o infra utilización injustificada, pues lo esperable y razonable es que exista una cierta variabilidad en la práctica clínica que corresponda al ajuste de las características de la población y del sistema sanitario. Sin embargo, el análisis de la variabilidad es uno de los métodos más utilizados para evaluar la calidad de la práctica clínica.

Alta es la variabilidad en la atención médica en consultas o en urgencias donde la “percepción” del profesional y el apego a su estilo personal generan diferentes pautas de diagnóstico y tratamiento, a pesar de la existencia de protocolos en la mayoría de centros. Sólo la generación de pautas estandarizadas de diagnóstico y tratamiento en las patologías más frecuentes permite limitar la variabilidad y el riesgo que conlleva.

La hipótesis causal más extendida sobre la variabilidad clínica sugiere que la base de esta es la incertidumbre, entendida como la ausencia de evidencias científicas y/o consenso profesional sobre qué debe hacerse ante una situación concreta. También se han señalado importantes variaciones en procesos que cuentan con sólidas evidencias científicas, como la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. En estos casos, más que de incertidumbre estaríamos hablando de ignorancia (los médicos no conocen las evidencias o, aún conociéndolas, hacen caso omiso de ellas).²⁰

En urgencias se añade el importante factor de la litigación en la variabilidad clínica; normalmente, una persona que insista en una prueba, por poco indicada que esté, puede conseguirla mediante la amenaza legal o incluso física al profesional. En la variabilidad clínica

¹⁹ Quintana, M. (2015). Análisis de la variabilidad y de la adecuación clínica del tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta abdominal. *Universidad Autónoma de Barcelona*.

²⁰ Peiró, S., Bernal-Delgado, E. (2012). Variaciones en la Práctica Médica: Apoyando la hipótesis nula en tiempos revueltos. *Rev Esp Salud Pública*. Vol. 86. pp. 213-217.

influyen factores organizativos, profesionales, de gestión de recursos y filosófico – morales y todos intervienen en mayor o menor grado para crear la entidad de la variabilidad.²¹

Cabe puntualizar que, cuando persisten incertidumbres sobre los resultados, éstas deberían ser identificadas y no pasarse por alto, ya que no es un objetivo de calidad reducir por completo las variaciones en los procedimientos donde persiste cierto grado de incertidumbre. En estos casos, las variaciones debidas a las elecciones realizadas por los clínicos, según su experiencia y estilo de práctica (o por los pacientes, según sus preferencias), serían perfectamente legítimas.²²

Pero además, en el área quirúrgica requiere de la práctica quirúrgica adecuada y en el área médica de la práctica clínica; de ahí que cada vez tengan más importancia los talleres de simulación clínica y los sistemas informatizados y robotizados para la práctica quirúrgica. Todo este bagaje formativo debe incluir el trabajo clínico diario y, por tanto, figuras como las del médico consultor cada vez resultaran más necesarias. El trabajo multidisciplinario basado en comités para las patologías especialmente complejas, se impone como un buen sistema para limitar la variabilidad clínica. La monitorización del trabajo clínico con indicadores de adecuación a los procesos, procedimientos, protocolos, guías o vías clínicas que se determinen también jugará un papel importante para disminuir la variabilidad clínica.

La vía clínica representa una posible solución para la variabilidad en la práctica clínica, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.²³

La vía clínica es un plan asistencial que se aplica a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Coordina y ensambla las dimensiones de la calidad asistencial tanto en aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios, como los de los enfermos y los de los gestores. Es una herramienta de gestión clínica para facilitar la

²¹ Ojeda, F. *op. cit.* pp. 63 - 65

²² Rengel, G., García, Juan., Ramírez, J. *op. cit.* Pp. 31 – 35.

²³ García Caballero, J., Díez Sebastián, J., Chamorro Ramos, L., Navas Acien, A., Franco Vidal, A. Vías Clínicas. Unidad de Garantía de Calidad. Hospital Universitario La Paz Paseo de la Castellana. Madrid.

atención sistemática y multidisciplinaria del paciente; no reemplaza el juicio clínico del profesional. Pueden desarrollarse para la atención antes, durante y/o después de la hospitalización y permiten la anticipación de los problemas asistenciales, la evaluación de los objetivos planteados, la comparación con los estándares de atención definidos previamente y la innovación en las soluciones.

Los documentos que conlleva una vía clínica son la matriz temporal, la hoja de información al enfermo y/o familiar, las hojas de verificación, hoja de variaciones, la encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar, los indicadores de medición y optativamente la hoja de tratamiento normalizado.

Mediante la vía clínica se puede conseguir una atención multidisciplinaria, de mayor calidad y dentro de tiempos adecuados. Asimismo, se podrán disminuir los costes que conlleva una enfermedad crónica, debido al mejor uso de los recursos, además, utilizados por profesionales especializados y estandarizando los procesos de diagnóstico y tratamiento. Las vías clínicas consiguen una asistencia homogénea, de calidad, apoyada en la medicina basada en la evidencia y reducen de forma significativa la estancia hospitalaria y las listas de espera y secundariamente, el coste sanitario. Permiten estandarizar el proceso diagnóstico y terapéutico, siempre primando el sentido común y la experiencia clínica.²⁴

Los sistemas de registro de “errores” o de “actuaciones mejorables” también influirán en la formación de los profesionales, y constituyen un mecanismo de autorregulación que podría resultar muy útil para profesionales del conocimiento.

Actualmente estamos sumergidos en un mundo en el cual su principal característica es el cambio constante. Este hecho entraña unos cambios conceptuales muy importantes en el campo de la educación y el aprendizaje. Esto supone que ya no es realista definir el propósito de la educación como la transmisión de lo que se conoce. En un mundo en el que la vida media de muchos hechos (y habilidades) es de 10 años o menos, la mitad de lo que una persona ha aprendido a una edad determinada puede quedar obsoleto cuando esa misma persona tenga 10 años más. Por este motivo, el ser competente requiere una formación a lo largo de toda la vida profesional, con la

²⁴ Oreja Guevara, C., et al. (2010). Diseño de una vía clínica para la atención a los pacientes con esclerosis múltiple. Neurología. Vol. 25. Pg: 156 – 162.

que los profesionales médicos deben comprometerse, para garantizar la adecuación de sus conocimientos y habilidades clínicas, aspectos que son esenciales para prestar un servicio sanitario de calidad.²⁵

La formación integral es uno de los pilares fundamentales de la preparación de los estudiantes universitarios para un ejercicio ciudadano y profesional exitoso. Esta consideración adquiere especial relevancia cuando se trata de la formación de los médicos, profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos, hecho que implica una mayor responsabilidad frente a la comunidad médica y a la sociedad en general.

El objetivo fundamental de la educación médica está orientado a la formación de profesionales preparados para servir a los propósitos fundamentales de la medicina, incluyendo el mantenimiento de la salud, el alivio del sufrimiento, la curación de la enfermedad, el control de la pérdida innecesaria de vidas y el acompañamiento durante el tránsito hacia una muerte digna, acciones que se encuentran enmarcadas en las cláusulas del “contrato social” que se establece, en forma tácita o expresa, entre el médico que ejerce su profesión y la comunidad que demanda sus servicios.²⁶

En el mismo sentido, Wojtczak afirma que “... la medicina es un cometido moral, una profesión cuyos miembros comulgan con una serie de principio válidos desde el inicio de sus actividades, como el respeto hacia los demás, la empatía, la compasión, la honestidad, la integridad, el altruismo y la excelencia profesional”, y hace énfasis en el hecho de que estos principios constituyen las raíces del profesionalismo médico y las bases del contrato colectivo con la sociedad, que tradicionalmente ha hecho de la medicina algo diferente de otras profesiones u ocupaciones.²⁷

²⁵ Martínez, J., Macaya, C. (2015). La formación de los médicos: un continuo inseparable. *Educación Médica*. Vol. 16. Pg. 43 – 49.

²⁶ Núñez, J., Gutiérrez, F. Sacristán, J. 2015. Educación Médica: Una nueva etapa. *Educación Médica*. Vol. 16. Pg. 1-2.

²⁷ Morales, J. (2009). Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educación Médica*. Vol. 12. N° 2.

Desde esa perspectiva, y teniendo en cuenta la magnitud del compromiso social que implica el ejercicio de la medicina y el proceso de formación de los futuros médicos, el trabajo llevado a cabo en las instituciones universitarias no puede limitarse a la transmisión de conocimientos científicos ni al desarrollo de habilidades técnicas, sino que ha de garantizar el desarrollo armónico de todas las dimensiones del individuo, involucrando en el proceso los elementos científicos, tecnológicos, éticos, culturales, sociales y humanísticos requeridos para la consolidación progresiva del profesionalismo médico.

La educación superior es esencial para crear la capacidad intelectual de producir y utilizar conocimientos, y para el aprendizaje permanente que requieren las personas para actualizar sus conocimientos y habilidades. Esto es relevante ya que se vive en una sociedad en la que el conocimiento es el principal motor de desarrollo y crecimiento económico. Pero, para que una persona posea capacidad de producir conocimientos, y de aprendizaje permanente se requiere tener capacidades para la investigación. Se considera investigación desde la indagación sistemática y organizada hasta la práctica experimental a través de la cual se genere nueva información y posterior conocimiento.²⁸

La investigación formativa tiene como finalidad difundir información existente y favorecer que el estudiante la incorpore como conocimiento (aprendizaje). Tiene dos características fundamentales: es una investigación dirigida y orientada por un profesor, como parte de su función docente y los agentes investigadores no son profesionales de la investigación, sino sujetos en formación. La investigación formativa y la formación para la investigación, se deben de desarrollar en interacción continua. La investigación formativa desarrolla en los estudiantes las capacidades de interpretación, de análisis y de síntesis de la información, y de búsqueda de problemas no resueltos, el pensamiento crítico y otras capacidades como la observación, descripción y comparación.

La necesidad de que el médico actualice permanentemente sus conocimientos y perfeccione sus habilidades profesionales de modo que garantice una práctica adecuada es un proceso al que se

²⁸ Miyahira, J. La investigación formativa y la formación para la investigación en el pregrado. *Revista Médica Herediana*. Vol. 20.

ha venido denominando formación médica continuada. Se trata de un compromiso personal, ético y profesional del médico, quien tiene el deber de estar formado a la vez que el paciente el derecho de que el médico efectivamente lo esté.²⁹

La educación médica continua es un proceso por medio del cual el médico se pone al tanto de los avances conceptuales y técnicos que ocurren en el panorama general de la medicina. Por su carácter de permanencia y en virtud de las diferentes facetas que reviste, supone un esfuerzo perseverante de los propios médicos e implica la colaboración de instituciones de salud, academias, sociedades y escuelas de medicina. Tiene como propósito fundamental superar la obsolescencia de los conocimientos del profesional en ejercicio, ya que los conocimientos adquiridos en los sistemas formales de enseñanza deben ser renovados continuamente.³⁰

La formación médica continuada de los profesionales sanitarios en un entorno tan rápidamente cambiante y progresivamente competitivo como el sector de la salud, es sin duda un factor clave para el éxito de cualquier organización asistencial. Una formación médica continuada de calidad es la mejor manera de asegurar niveles elevados de conocimiento científico-técnico, lo cual, a su vez, es una estrategia fundamental para garantizar la generación, el desarrollo, la atracción y la retención del mejor talento. Las mejores organizaciones sanitarias son las que tienen a los profesionales sanitarios mejor formados, organizados y dotados para el desempeño de sus funciones.³¹

²⁹ Oelsner, G., Cohen, S., Soriano, D., Admon, D., Mashiach, S y Carp, H. *op. cit.* pp. 2599 – 2602.

³⁰ Gómez, L. (2003). Importancia de la educación médica continua en la ortopedia pediátrica. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica*. Vol. 5. Núm. 1

³¹ Rodríguez, F., Benito, J., Navascués, R. (2014) Importancia de la industria en la formación médica continuada de los profesionales sanitarios. *Cardiocore*. Vol. 49.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Investigación descriptiva de tipo histórico, ya que se realizó una revisión de casos del período registrado del 2016 al 2017.

Área de estudio: el área de Ginecología del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, de la red hospitalaria del Ministerio de Salud, con la categoría de Hospital Docente Especializado de tercer nivel de atención para el tratamiento de enfermedades en las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Neonatología y las ramas afines a estas.

Universo y muestra: los 30 casos de torsión anexial atendidos en el Hospital Nacional de la Mujer durante el período de 2016 a 2017. No se revisaron casos de fechas previas ya que se empezó a pensar con ese diagnóstico en el año 2016.

Unidad de análisis: Casos registrados de torsión anexial.

Definición y medición de las variables:

- Las variables en estudio fueron:
 - Características del manejo de Torsión Anexial
 - La variabilidad clínica del manejo de torsión anexial
 - Percepción de los médicos que atienden los casos de torsión anexial.

- Las variables fueron operacionalizadas en indicadores, valores y escalas de medición que permitió el diseño de los instrumentos del estudio. Operacionalización de las variables: (anexo)

Procedimiento, métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Después de haber sido aprobado el protocolo de investigación por el Comité Académico de la Maestrías y el aval de la asesora, se realizaron los trámites de los permisos ante las autoridades del hospital para la realización del estudio en el área de Ginecología.

Se realizó una revisión documental en los expedientes de los casos registrados de torsión anexial, en el Hospital Nacional de la Mujer desde el año 2016, mediante una guía de análisis de

contenido, obteniendo así datos para poder caracterizar el manejo actual de torsión anexial, tales como síntomas presentados por las pacientes, impresión diagnóstica, procedimiento realizado, seguimiento. Así mismo mediante la revisión documental se obtuvieron los datos para identificar la variabilidad clínica en el manejo actual de torsión anexial respecto a los factores dependientes de la población, de la oferta de servicios y factores dependientes del médico.

También se revisó el Programa Médico Quirúrgico de los Residentes de primero, segundo y tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional de la Mujer con objeto de indagar si se encuentra incluido en éste, el tema de manejo de torsión anexial.

Posteriormente se indagó sobre la percepción de los 21 médicos residentes, quienes atienden a las pacientes de torsión anexial. Se utilizó la técnica de grupo focal por medio de la guía de preguntas generadoras, obteniendo datos de conocimiento, capacidad de resolución, habilidad y actitud hacia los efectos de la paciente.

Plan de análisis y tratamiento estadístico de los datos:

La información sobre la caracterización del manejo de torsión anexial, obtenida mediante revisión documental, fue agrupada y ordenada en tablas, procesada mediante Microsoft Office Excel 2007 y analizada por medio de gráficas.

La información sobre la percepción de los médicos que atienden la torsión anexial en el Hospital Nacional de la Mujer, fue agrupada y ordenada en base al nivel de estudio del grupo de residentes y fue procesada mediante Microsoft Office Word 2007.

Consideraciones éticas:

El presente estudio obtendrá los datos del personal que atiende a las pacientes con torsión anexial, del Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW) y revisión de expedientes clínicos, manteniendo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, para lo cual se solicitará consentimiento informado al personal encuestado, se resguardará la confidencialidad de la información personal de la persona que participa en la investigación.

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan describiendo la caracterización del manejo de la Torsión Anexial, la variabilidad clínica y la percepción de los médicos residentes realizado en los casos atendidos en Hospital Nacional de la Mujer desde el año de 2016 al 2017.

Sobre la caracterización del manejo de la Torsión Anexial realizado en las pacientes se encontró que respecto a la evaluación del dolor, éste fue el síntoma principal presentado por las pacientes, en ocasiones acompañado por náuseas y vómito; el cual tuvo en la mayoría de pacientes un tiempo de evolución menor a las 15 horas.

El tiempo mínimo de evolución del inicio de los síntomas fue de 2 horas y el tiempo máximo fue de 6 meses. La mayoría de pacientes presentó una evolución menor a quince horas.

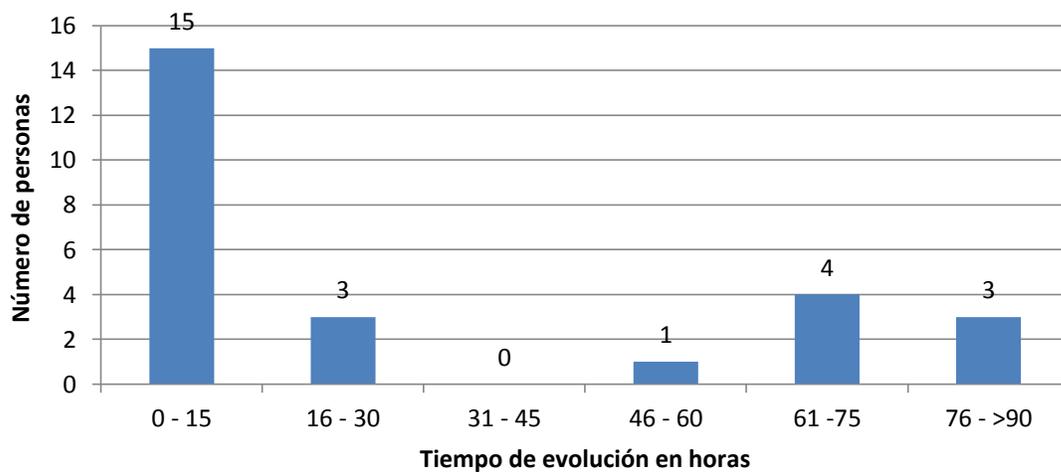


Gráfico. 1: Tiempo de evolución del cuadro clínico de las personas estudiadas.

Fuente: Expediente clínico

Los signos y síntomas más frecuentes fueron solo dolor; dolor y náuseas; dolor, náuseas y vómito; dolor, náuseas y fiebre; los cuales son signos de irritación peritoneal. Con mayor frecuencia se presentó sólo dolor y en menor frecuencia se presentó dolor y náuseas.

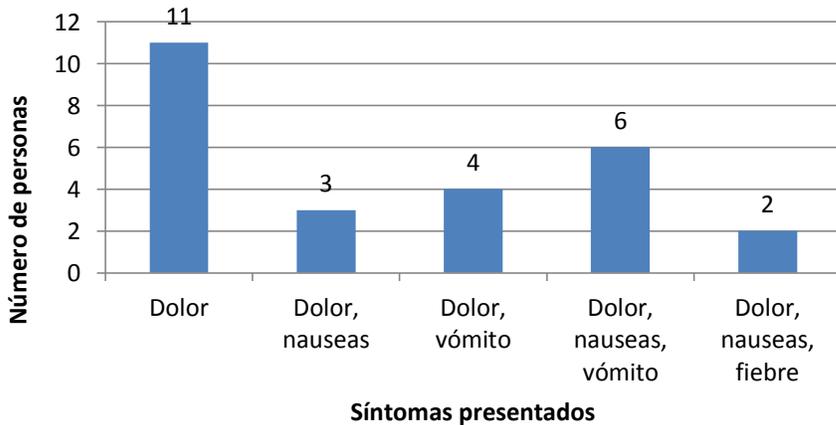


Gráfico. 2: Principales síntomas que presentaron las personas estudiadas.

Fuente: Expediente clínico.

El diagnóstico de torsión anexial se realiza mediante la historia clínica caracterizada por dolor agudo y se confirma mediante Ultrasonografía. En los hallazgos ultrasonográficos se puede evidenciar tres tipos de hallazgos: la presencia de quiste, tumor sólido o tumor mixto. Cabe mencionar que a 2 pacientes no se le realizó ultrasonografía y a 1 de estas pacientes se le realizó TAC abdominal reportando lesión de aspecto tumoral.

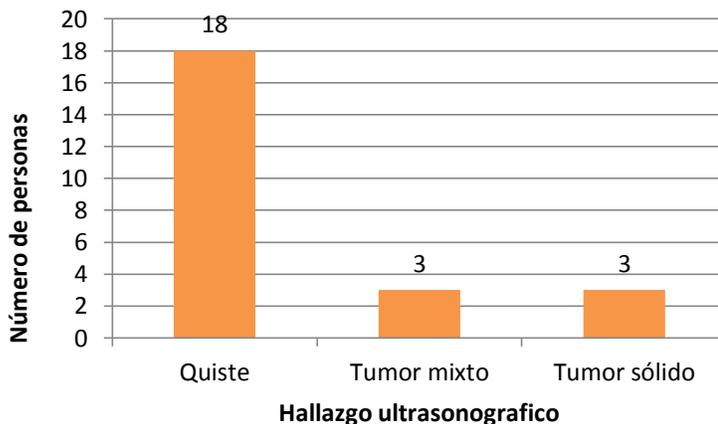


Gráfico. 3: Principales hallazgos ultrasonográficos

Fuente: Expediente clínico.

Con respecto al procedimiento realizado a las pacientes que consultaron por torsión anexial se encuentra en la mayor parte de los casos la salpingooforectomía, y en menor cantidad la ooforectomía. Sólo a 2 pacientes se les realizó cistectomía. Ninguna paciente presentó complicaciones posterior al procedimiento, teniendo un promedio de días de estancia intrahospitalaria de 2 días.



Gráfico. 4: Tipo de procedimientos realizados en las personas estudiadas.

Fuente: Expediente clínico.

Los días de estancia intrahospitalarios oscilaron entre 1 día y 11 días. Sólo una paciente tuvo una estancia intrahospitalaria de 11 días a causa de sospecha de malignidad, toma de exámenes correspondientes y por la edad de la paciente (74 años) que implica solicitar evaluaciones previas a la cirugía.

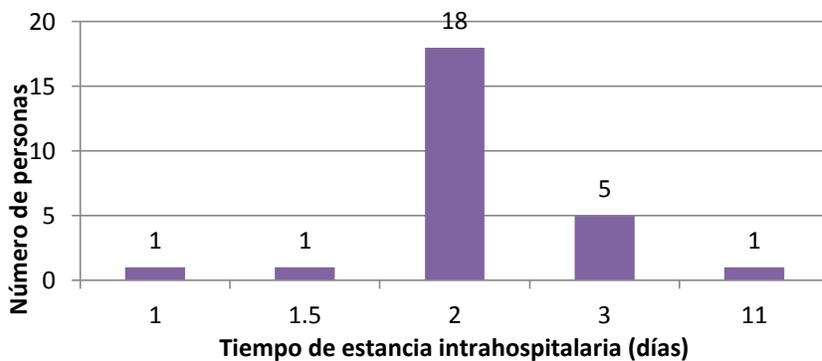


Gráfico. 5: Número de días de estancia hospitalaria.

Fuente: Expediente clínico.

Posterior al procedimiento se indicaron medicamentos analgésicos, antibióticos y en un caso se indicó progesterona micronizada en una paciente embarazada a quien se le extirpó el cuerpo lúteo. En 1 caso no se indicó ningún medicamento.

La mayor parte de las pacientes atendidas por torsión anexial fueron tratadas con ibuprofeno o diclofenac vía oral.

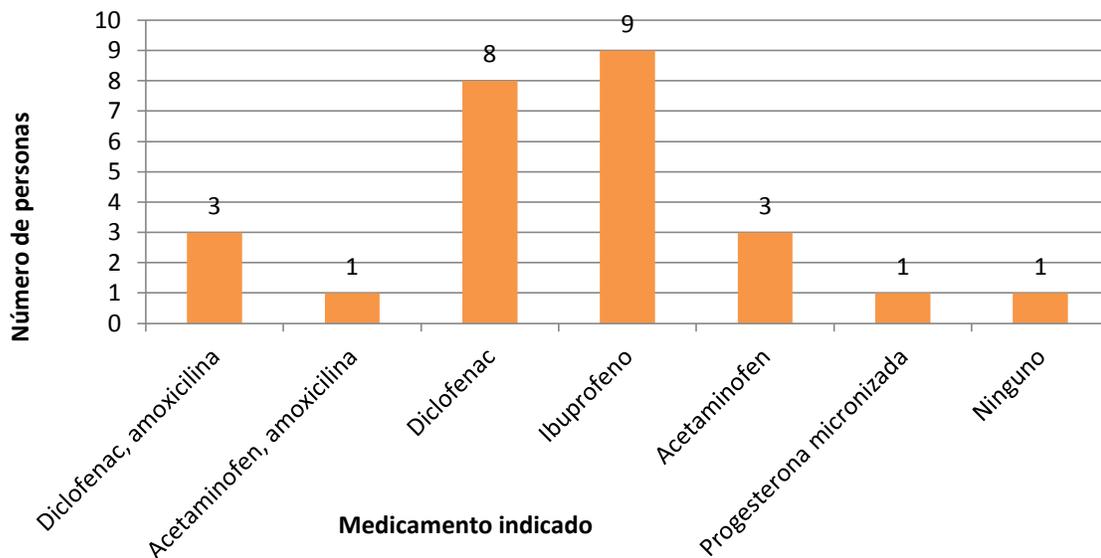


Gráfico. 6: Tipo de medicamentos indicados

Fuente: Expediente clínico.

En términos generales la variabilidad clínica del manejo de los casos de Torsión Anexial durante los dos años se encontró que entre los factores dependientes de la población están: la edad, la ocupación, el lado afectado por la torsión anexial, la afectación sólo de la trompa de Falopio que permite la cistectomía, por lo que no se extirpa el ovario y el resultado de la biopsia.

La frecuencia de edades de las pacientes atendidas osciló entre los 12 y los 74 años, encontrándose la mayoría de las pacientes en el rango de edad de 10 a 19 años.

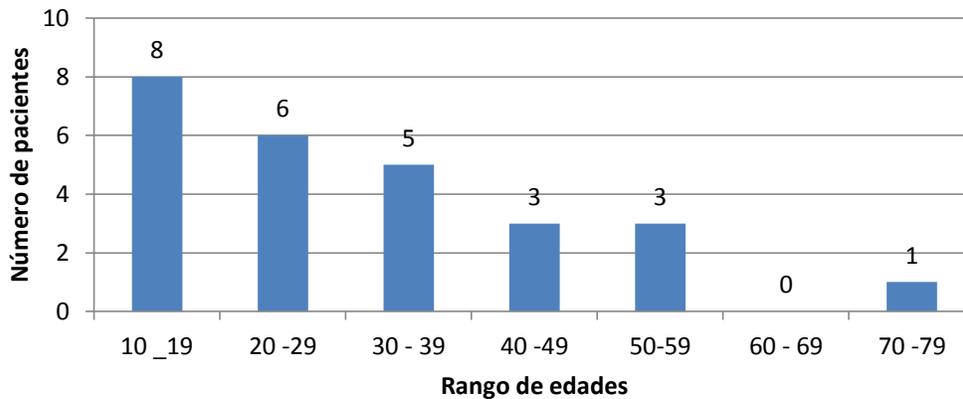


Gráfico. 7: Rangos de edad de las pacientes que presentaron Torsión Anexial

Fuente: SIMMOW

La mayor parte de las pacientes atendidas por torsión anexial laboran como amas de casa o se encuentran estudiando.

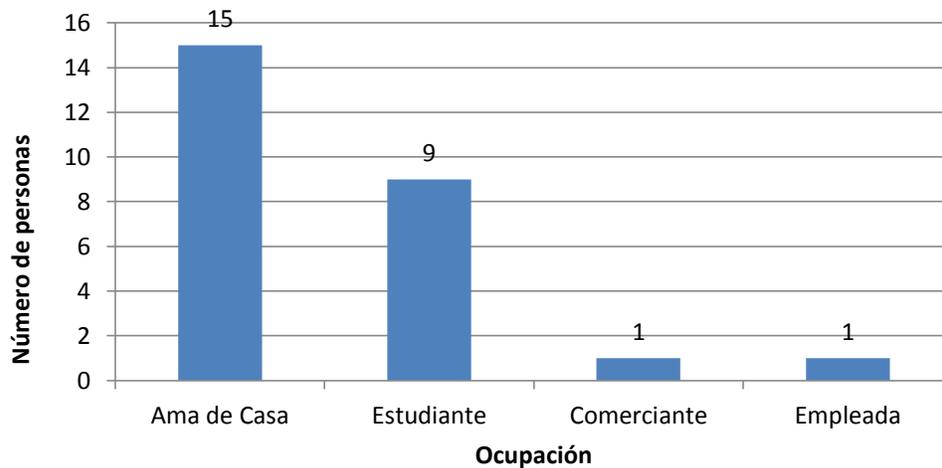


Gráfico. 8: Ocupación de las pacientes atendidas por Torsión Anexial

Fuente: Expediente clínico.

El lado afectado por torsión anexial fue en su mayoría derecho. Se presentó un caso de torsión anexial bilateral a quien se le realizó cistectomía por lo que no se veía afectado el funcionamiento de sus ovarios.

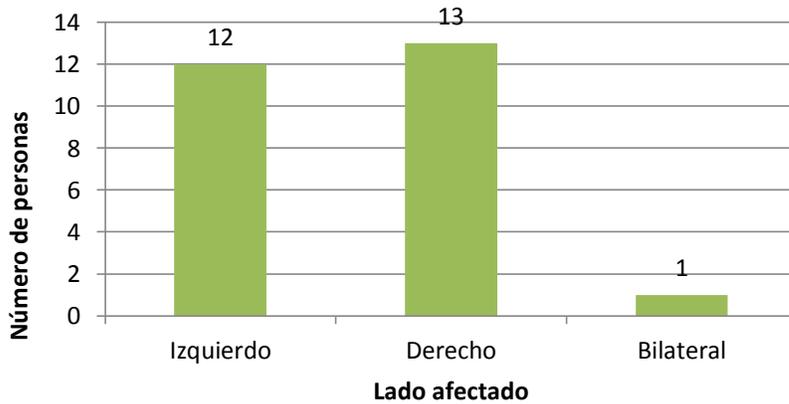


Gráfico. 9: Lado afectado en la paciente por la Torsión del Ovario

Fuente: Expediente clínico.

El principal resultado encontrado en la biopsia fue el cistadenoma. En menor cantidad se reportaron otros tipos de tumor como son: el teratoma benigno, el teratoma inmaduro, el tumor mucinoso papilar borderline, el teratoma maduro, el tumor de células de Sertoli-Leydig, entre otros.

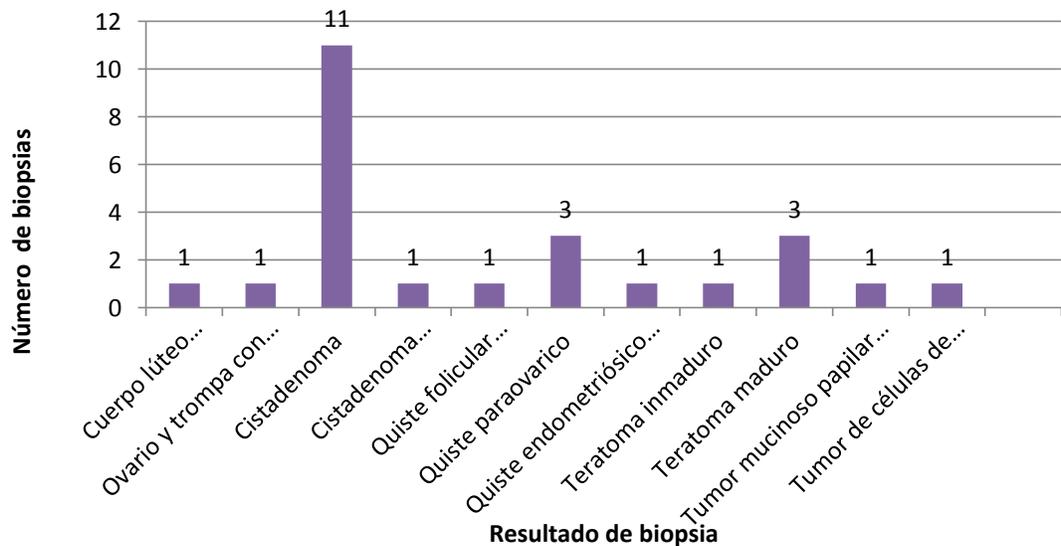


Gráfico. 10: Resultado de la biopsia de las pacientes con Torsión Anexial

Fuente: Expediente clínico.

Entre los factores dependientes de la oferta de servicios se encuentran los medicamentos prescritos, los procedimientos realizados y los exámenes de gabinete indicados. El tipo de analgésico y antibiótico prescrito dependerá de la disponibilidad del hospital (Gráfico. 6).

Los procedimientos realizados dependen de la localización de la patología, por ejemplo en el caso de la cistectomía y también dependen de los tipos de procedimientos que se ofertan en la institución, que para la torsión anexial corresponde a la anexectomía. (Gráfico. 4).

Cabe mencionar que en el Hospital Nacional de la Mujer se cuenta con Ultrasonografía las 24 horas del día, por lo que a la gran mayoría de las pacientes se les realizó este estudio, confirmando el diagnóstico. (Gráfico. 3).

Los factores dependientes del médico incluyen el aprendizaje y la actualización de este, por tanto el nivel alcanzado en la residencia y los maestros que influyen en la transmisión de conocimiento. Por lo que se realizó una revisión curricular de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de la Mujer, en la cual se evidenció que el tema de torsión anexial no se encuentra incluido. Se revisa el tema de abdomen agudo, el cual se enfoca en embarazo ectópico y apendicitis durante el embarazo.

Los médicos residentes que son quienes atienden a las pacientes adquieren el conocimiento sobre el manejo de la torsión anexial de otros residentes en años superiores de la especialidad.

Se indagó sobre la percepción que los médicos residentes tenían sobre la atención de la Torsión Anexial. Con respecto al conocimiento que tenían los médicos sobre la atención de la Torsión Anexial, se realizó una revisión curricular de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de la Mujer y se identificó que este tema no se encuentra incluido en ninguno de los años de formación.

Mediante la técnica de grupo focal, con respecto al conocimiento, se identificó que los médicos que atienden a las pacientes con Torsión Anexial conocen el concepto de esta patología. Se averiguó, con respecto a la habilidad para la atención de esta patología que todos los médicos coincidieron en la atención mediante laparotomía exploradora, que corresponde al procedimiento

que históricamente se ha realizado en estas pacientes, acompañado de la anexectomía del lado afectado, pero dicho procedimiento ya no es utilizado en otros países por los efectos secundarios que generan en la paciente.

Con respecto a la capacidad de resolución se identificó que esta es acorde al nivel de estudio de los médicos residentes, encontrando así que los médicos que cursan el primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia y quienes no realizan procedimientos quirúrgicos, se enfocan en la evaluación y diagnóstico de la paciente; en cambio, los médicos que se encuentran en segundo año de residencia, consideran el tipo de abordaje a realizar a la paciente. En el caso de los médicos de tercer año de residencia, identifican un manejo más completo en el que incluyen tanto el diagnóstico, como el tipo de abordaje que se utiliza actualmente en el Hospital.

Se evaluó la actitud de los médicos a los efectos de la Torsión Anexial en las pacientes y se verificó que la respuesta se encuentra acorde al nivel de conocimiento, en el cual todos conocen que afecta la fertilidad y los médicos de segundo y tercer año de residencia reconocen que provoca menopausia quirúrgica.

Todos los médicos que atienden los casos de torsión anexial, coinciden en la importancia de la atención precoz de estos casos, pero cada grupo expresa el tipo de manejo según su nivel académico. También se evidencia que no poseen el concepto de manejo conservador, por lo que no lo consideran para la prevención de los efectos secundarios de la anexectomía.

Con respecto al procedimiento a realizar para atender a una paciente con torsión anexial, se evidencia que todos coinciden en el manejo radical que se refiere a laparotomía exploradora y anexectomía del lado afectado. Esto se debe a que el aprendizaje del tratamiento de esta patología se obtiene del manejo observado de los médicos de mayor jerarquía quienes al momento desconocen el manejo conservador de la torsión anexial. Se evidencia así mismo que desconocen respecto al tema ya que desconocen los efectos adversos de esta patología, aunque todos coinciden en uno de los principales efectos adversos que es la afectación de la fertilidad. Es importante la realización del diagnóstico precoz, ya que se tienen 36 horas para poder destorsionar el anexo.

VI. DISCUSIÓN

La torsión anexial es una patología poco frecuente, de sintomatología inespecífica, siendo las manifestaciones más frecuentes la presencia de dolor de moderado a severo en región pélvica. Un 70% de las pacientes presenta náuseas y vómitos. En las pacientes evaluadas en el Hospital Nacional de la Mujer se observó que el 42% presentaron sólo dolor pélvico, mientras que el 58% presentaron otros síntomas tales como náuseas, vómito o fiebre. Se ha establecido una tríada clásica que incluye dolor, irritación peritoneal (que se presenta con náuseas y vómito) y alteración del estado general. Dicha sintomatología fue encontrada en las pacientes evaluadas.

El diagnóstico se hace mediante ultrasonografía y en el Hospital Nacional de la Mujer se cuenta con este examen de gabinete las 24 horas del día. Los hallazgos ultrasonográficos reportaron en todas las pacientes la presencia de masa anexial en su mayoría quística. Lo cual coincide con lo descrito en la literatura que describe el reporte de masa anexial en un 70% de los casos.

El tratamiento que se recomienda desde 1946 es el manejo conservador de la torsión anexial el cual consiste en destorsionar el anexo y en algunos casos, en una segunda intervención se le realiza pexia. El porcentaje de recidiva post destorsión es menor del 5%. En el Hospital Nacional de la Mujer tradicionalmente se manejan los casos de torsión anexial con salpingooforectomía, salpingectomía y ooforectomía en un 88% de los casos. Sólo en un 12% se manejó a la paciente con cistectomía con la cual se puede preservar el funcionamiento de los ovarios. Cabe mencionar que a ninguna paciente se le realizó destorsión del anexo.

Con respecto a la variabilidad, específicamente el rubro que corresponde a los factores dependientes de las pacientes, se puede mencionar que la torsión anexial puede ocurrir en todas las edades pero se presenta con mayor frecuencia en las edades reproductivas, principalmente entre 20 y 39 años. En el estudio se observa que la mayor parte de las mujeres afectadas por torsión anexial se encuentran efectivamente en la edad reproductiva, siendo estas menores de 39. Observándose asimismo un significativo número de mujeres menores de 20 años que presentaron torsión anexial, en un 31 % de los casos.

La mayoría de las pacientes consultaron oportunamente, esto se debe a que la enfermedad es aguda y se presenta con dolor lo cual conlleva a que las pacientes consulten. En otros países la torsión anexial es frecuente en pacientes que están siendo manejadas en medicina reproductiva con inductores de ovulación tipo FSH, pero en este país no se cuenta con este medicamento a nivel institucional.

Las variedades histológicas más frecuentes son: el cistoadenoma seroso, el cistoadenoma mucinoso, el quiste dermoide o teratoma. Lo cual coincide con los resultados reportados por patología presentando las pacientes cistoadenoma en un 42% y el teratoma en un 15%.

Con respecto a los factores dependientes de la oferta de servicios no se encontró una variabilidad significativa con respecto a los medicamentos utilizados, los días de estancia intrahospitalarios, el procedimiento realizado, incluso sin contar con protocolos o guías de manejo para la torsión anexial. En este factor influyen las características propias de los hospitales nacionales como son el contar con un listado oficial de medicamentos y que en ocasiones no se encuentran disponibles algunos medicamentos por el desabastecimiento.

El tiempo de evolución de la sintomatología, así como el escoge de los analgésicos o antibióticos a utilizar no está descrito en la literatura. Cabe destacar, que no se presentó ningún caso de tromboembolismo pulmonar, ni otras complicaciones posoperatorias.

Es esperable y razonable que exista una cierta variabilidad en la práctica clínica que corresponda al ajuste de las características de la población y del sistema sanitario. Ya que no todos los casos son iguales y cada paciente puede tener características que favorezcan a que el tratamiento pueda ser modificado como se observó en una paciente atendida que tuvo una estancia intrahospitalaria mayor a causa de su edad y las características de la enfermedad, así mismo se le realizaron exámenes complementarios que para estudiar adecuadamente el caso.

La torsión anexial es una emergencia ginecológica por lo tanto, es atendida por médicos residentes durante los turnos, quienes poseen un limitado conocimiento de esta patología, sus efectos adversos y su tratamiento. El tema de torsión anexial como tal, no se encuentra en el

programa de los médicos residentes del Hospital Nacional de la Mujer, por lo que no es revisado, si no que el conocimiento de esta enfermedad se obtiene de forma empírica, al observar el tratamiento que los médicos de mayor jerarquía realizan ante estos casos. Así mismo es difícil encontrar literatura que trate este tema.

Por esto, los médicos residentes no tienen conocimiento de los efectos secundarios de la anexectomía unilateral o bilateral y tampoco poseen conocimiento del manejo conservador de la torsión anexial. Pero el conocimiento en medicina se modifica constantemente, por lo que es necesario que el médico actualice permanentemente sus conocimientos y perfeccione sus habilidades profesionales de modo que garantice una práctica adecuada.

Es importante enfatizar la importancia de la educación médica continua que permite identificar los manejos actuales que poseen adecuada evidencia científica y posteriormente protocolizar el manejo más adecuado de cada patología para el mayor beneficio de las personas atendidas.

VII. CONCLUSIONES

En el marco de los resultados obtenidos en el estudio se concluye que:

1. El manejo de la Torsión Anexial en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, es atendida por médicos residentes y diagnosticada mediante la historia clínica, el examen físico y los exámenes complementarios como es la Ultrasonografía y el tratamiento se realiza mediante laparotomía exploradora y anexectomía del lado afectado.
2. La variabilidad clínica en el manejo de la torsión anexial en el Hospital Nacional de la Mujer, no es significativa, ya que el diagnóstico, el manejo, los días de estancia hospitalaria y la analgesia que se proporciona es semejante. Además no presentaron complicaciones durante ni posterior a la cirugía.
3. El programa de la especialidad de ginecología y obstetricia que se imparte en el hospital no contiene el tema sobre el manejo y tratamiento de la Torsión Anexial, por lo que los médicos residentes aplican el manejo y tratamiento de los médicos de mayor jerarquía.
4. Los médicos residentes, tienen un conocimiento limitado y distorsionado sobre la Torsión Anexial, el manejo, tratamiento y los efectos secundarios de la anexectomía, pero demuestran interés y disposición para su aprendizaje.
5. En el Hospital Nacional de la Mujer, el manejo de la torsión anexial continúa siendo la anexectomía, el cual es un tratamiento desactualizado que conlleva a efectos adversos a largo plazo en las pacientes. Este manejo no presenta una variabilidad clínica significativa pero se beneficiaría de la elaboración de una vía clínica que permitiría la implementación de un manejo actualizado, reforzando y actualizando el conocimiento de los médicos sobre esta patología.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Socializar este trabajo de investigación y la propuesta técnica para el manejo conservador de Torsión Anexial.
- Fomentar a nivel nacional la capacitación sobre el manejo conservador de Torsión Anexial para la prevenir la anexectomía.
- Promover el estudio de la Torsión Anexial a nivel nacional tanto en ginecología como en pediatría para poder tener información sobre su incidencia, prevalencia y efectos secundarios a nivel nacional.

Al Hospital Nacional de la Mujer:

- Capacitar a los docentes y a los médicos de Staff en el manejo adecuado de la Torsión Anexial.
- Mantener una educación continua en temas ginecológicos, no sólo obstétricos.
- Dar a conocer la propuesta técnica de manejo conservador de Torsión Anexial.
- Implementar la Vía Clínica sobre el manejo conservador de la Torsión Anexial

Al Jefe de Docencia de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de la Mujer:

- Incluir el tema de Torsión Anexial en el programa de médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de la Mujer ya que éstos son quienes atenderán a las pacientes y deberían encontrarse capacitados adecuadamente en el manejo de esta enfermedad.

IX. PROPUESTA TÉCNICA

Implementación de la Vía Clínica sobre el manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”

1. Introducción

En el Hospital Nacional de la Mujer el manejo de la Torsión Anexial se caracteriza por su sintomatología que principalmente corresponde al dolor abdominal de menos de 15 horas de evolución y se confirma el diagnóstico mediante ultrasonografía, siendo el principal hallazgo ultrasonográfico, el quiste. Respecto a la variabilidad se describen los factores dependientes de la población, la oferta de servicios y el médico: el rango de edad de la población es de 10 a 19 años, que laboran como amas de casa o estudian. El principal resultado de la biopsia es el cistoadenoma. Es tratado mediante salpingooforectomía y los medicamentos utilizados incluyen antibióticos y analgésicos. Este tema no se encuentra incluido en la especialidad de Ginecología y Obstetricia por lo que los médicos adquieren el conocimiento sobre este tema de residentes en años superiores de la especialidad. La percepción de los residentes demuestra la falta de conocimiento respecto al tema y el desconocimiento de un manejo conservador.

2. Objetivos

General:

Implementar la Vía Clínica sobre el manejo conservador de Torsión Anexial en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.

Específicos:

- Socializar los resultados del estudio con los médicos del Staff y Residentes del hospital.
- Organizar equipos de trabajo para el diseño de la Vía Clínica
- Realizar estudio piloto de la Vía Clínica para su implementación

3. Metodología de trabajo

Para el cumplimiento de los objetivos se desarrollarán cuatro fases:

Fase 1: Socialización del estudio

Se socializará el estudio en el Hospital Nacional de la Mujer a las autoridades correspondientes y posteriormente se incorporarán las observaciones realizadas.

Fase 2: Organización de equipos de trabajo

Se identificará al personal correspondiente para la posterior organización de equipos de trabajo y se agendarán y realizarán reuniones.

Fase 3: Diseño de la Vía Clínica

Se realizará una revisión bibliográfica identificando los estudios con mayor evidencia científica. Se diseñará la vía clínica.

Fase 4: Implementación de la Vía clínica

Se realizará una prueba piloto. Se identificarán los indicadores de calidad y se diseñará un sistema de información para la calidad.

La vía clínica se diseñará para el ámbito intrahospitalario para la atención antes, durante y después de la hospitalización y, sobre todo, para el proceso quirúrgico. Definirá la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales implicados. La información registrada en las historias clínicas supondrá la fuente de datos para evaluar la mejora de calidad asistencial. Se elaborarán los documentos: matriz definitiva, hoja de verificación, hoja de variaciones, encuesta de satisfacción, esquema de evaluación con indicadores y estándares. Se establecerán los indicadores que ayudarán a evaluar la eficacia de la vía clínica anualmente y permitirán conocer áreas de mejora y la satisfacción de los pacientes.

4. Cronograma de actividades:

Fase y actividades:	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase 1: Socialización												
1. Presentar la propuesta técnica a las autoridades del hospital	■											
2. Incorporar las observaciones		■										
Fase 2: Organización de equipos de trabajo												
1. Identificar el personal involucrado			■									
2. Realizar reuniones de trabajo				■	■							
Fase 3: Diseño de la Vía Clínica												
1. Realizar una revisión bibliográfica					■	■						
2. Diseñar vía clínica							■					
Fase 4: Implementación de la Vía Clínica												
1. Realizar una prueba piloto								■	■	■		
2. Identificar los indicadores de calidad											■	
3. Diseñar un sistema de información para la calidad											■	■

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Falquez, B. y Avilés, V. (2008). Abdomen agudo por torsión de quiste ovárico. A propósito de un caso. *Rev. "Medicina". Vol. 14. N° 2.*
2. García Caballero, J., Díez Sebastián, J., Chamorro Ramos, L., Navas Acien, A., Franco Vidal, A. Vías Clínicas. Unidad de Garantía de Calidad. Hospital Universitario La Paz Paseo de la Castellana. Madrid.
3. Gómez, L. (2003). Importancia de la educación médica continua en la ortopedia pediátrica. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. Vol. 5. Núm. 1*
4. Lasso, C., Garrido, J., Murcia, F., Granero, R., Vargas, V., Paredes, R. (2014) Torsión ovárica. Evolución del ovario necrótico tras detorsión laparoscópica. *Cir Pediatr. Vol. 27. 26 - 30*
5. Losa, E., Villar, R., González, A., González, G. (2011) Torsión anexial: experiencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol 54. Pg. 363 – 367.*
6. Martínez, J., Macaya, C. (2015). La formación de los médicos: un continuo inseparable. *Educación Médica. Vol. 16. Pg. 43 – 49.*
7. Mateo, H., Taboada – Pérez, G., Hernández – Arroyo, L., Mateo – Madrigal, M. y Mateo – Madrigal, V. (2013) Torsión anexial: tres casos. *Ginecol Obstet Mex. Vol. 81. 272 – 278.*
8. Miyahira, J. La investigación formativa y la formación para la investigación en el pregrado. *Revista Médica Herediana. Vol. 20.*
9. Molina, R. (2007). Abordaje terapéutico de torsión anexial: Manejo conservador vs. Radical. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica. Vol. 581. Pg. 207 – 210*
10. Morales, J. (2009). Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educación Médica. Vol. 12. N° 2.*
11. Núñez, J., Gutiérrez, F. Sacristán, J. 2015. Educación Médica: Una nueva etapa. *Educación Médica. Vol. 16. Pg. 1-2.*
12. Oelsner, G., Cohen, S., Soriano, D., Admon, D., Mashiach, S y Carp, H. (2003) Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reproduction. Vol. 18. N° 12 pp. 2599 – 2602.*

13. Ojeda, F. (2006). Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. *Rev Calidad Asistencial. Vol. 21. Pg. 63 -65*
14. Oreja Guevara, C., et al. (2010). Diseño de una vía clínica para la atención a los pacientes con esclerosis múltiple. *Neurología. Vol. 25. Pg: 156 – 162.*
15. Palma, A., Garcés, E., Garrido, N., Lozano, E., Pastor, M. (2012) Torsión ovárica: ¿Qué hay debajo? *Sociedad Española de Radiología Médica.*
16. Peiró, S., Bernal-Delgado, E. (2012). Variaciones en la Práctica Médica: Apoyando la hipótesis nula en tiempos revueltos. *Rev Esp. Salud Pública. Vol. 86. Pg. 213-217.*
17. Quintana, M. (2015). Análisis de la variabilidad y de la adecuación clínica del tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta abdominal. *Universidad Autónoma de Barcelona.*
18. Remonhí, J. A., Hidalgo, J. J., Giles, J., Requena, A., Pellicer, A. (2017). Infertilidad y Reproducción Asistida. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
19. Rengel, G., García, Juan., Ramírez, J. (2011). Variaciones en la práctica médica y sus implicaciones en la clínica. *Enfermería Docente. Vol. 93. Pg. 31 – 35.*
20. Rodríguez, F., Benito, J., Navascués, R. (2014) Importancia de la industria en la formación médica continuada de los profesionales sanitarios. *Cardiocre. Vol. 49.*
21. Rodríguez, A., Pérez, I., Fernández, J. (S.f) Conducta ante una masa anexial. España.
22. Sarmiento, W., Belén, M., Poblete, A. (2014). Torsión de ovario. *Revista de Obstetricia y Ginecología. Vol. 9. Pg. 22 -26*
23. Vázquez, J., Rodríguez, L. (2014) *Manual básico de Obstetricia y Ginecología.* Madrid, España. Instituto Nacional de Dirección Sanitaria.

ANEXOS

Matriz de Operacionalización de las variables

Variabes	Definición operacional	Indicadores	Valor	Escala	Unidad de medida
Características del manejo de torsión anexial	Indicaciones y procedimientos necesarios para la atención oportuna de la torsión anexial.	-Evaluación del dolor -Diagnóstico realizado -Procedimiento -Medicamentos indicados	Correcto Incorrecto	Nominal	Porcentaje
Variabilidad clínica	Variación en la incidencia acumulada de un determinado procedimiento	-Factores dependientes de la población -Factores dependientes de la oferta de servicios -Factores dependientes del médico	Significativa No significativa	Nominal	Porcentaje
Percepción de la atención	Manera de comprender la atención de la torsión anexial	-Conocimiento -Habilidad -Capacidad de resolución -Actitud hacia los efectos en los pacientes	Favorable No favorable	Nominal	Porcentaje

Matriz de obtención de información

Variable	Indicadores	Fuente	Técnica	Instrumento
Características del Manejo de torsión anexial	-Síntomas -Impresión diagnóstica -Examen de gabinete -Procedimiento realizado -Resultado de biopsia -Seguimiento	Casos de torsión anexial	Revisión documental	Guía de análisis de contenido
Variabilidad clínica del Manejo actual de torsión anexial	-Factores dependientes de la población -Factores dependientes de la oferta de servicios -Factores dependientes del médico	Casos de torsión anexial	Revisión documental	Guía de análisis de contenido
Percepción de los médicos que atienden la torsión anexial	-Conocimiento de resolución -Capacidad de resolución -Habilidad hacia los efectos del paciente -Actitud hacia los efectos del paciente	Residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia	Grupo focal	Guía de preguntas generadoras

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA

GUÍA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

Iniciales: _____ Edad: _____ N° expediente: _____
Paridad: _____ PF: _____ FUR: _____ Fecha de consulta: _____

Diagnóstico inicial: _____

Tiempo de evolución: _____

Signos y síntomas: _____

Exámenes:

- Laboratorio: _____

- Gabinete: _____

Procedimiento:

- Tipo de Procedimiento: _____
- Complicaciones: _____
- Días de estancia intrahospitalaria: _____
- Medicamentos: _____
- Médico: _____

Resultado de biopsia: _____

Seguimiento: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA

GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS
TESIS: MANEJO DE TORSIÓN ANEXIAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA
MUJER

Nº	Preguntas Generadoras	Respuestas
Conocimiento		
1	¿Qué conoce usted sobre la torsión anexial?	
2	¿Qué opina sobre los efectos de la anexectomía unilateral?	
Capacidad de Resolución		
3	¿Cómo atendería a una paciente con torsión anexial?	
Habilidad		
4	¿Qué procedimientos puede realizar para atender a una paciente con torsión anexial?	
Actitud hacia los efectos del paciente		
5	¿Qué piensa sobre los efectos adversos a corto y largo plazo de la anexectomía?	
6	¿Cómo cree que se podría mejorar el tratamiento de una paciente con torsión anexial?	