

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL
PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2014- 2015”**

Presentado por:

PAMELA ANGELA MENDOZA GUTIERREZ

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO - CIRUJANO

Arequipa - Perú

2016



A Dios por estar siempre conmigo en cada paso que doy, a mis padres por ser mi fortaleza y acompañarme siempre con amor, a mi familia por apoyar mis decisiones enseñarme que la unidad es la fuerza y a todas aquellas personas que hicieron posible este pequeño gran paso...

*Porque para triunfar en la vida, no es importante llegar primero, para triunfar simplemente hay que llegar levantándose cada vez
Que uno se cae en el camino...*

INDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCION	9
CAPITULO I MATERIAL Y METODOS	11
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	12
2. Campo de verificación	12
2.1 Ubicación espacial:	12
2.2 Ubicación temporal:	12
2.3 Unidades de Estudio:	13
3. Tipo de investigación:	14
4. Nivel de Investigación:	14
5. Estrategia de Recolección de Datos:	14
5.1 Organización:	14
5.2 Recursos:	14
5.3 Criterios para manejo de Resultados:	15
CAPITULO II RESULTADOS	17
CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	35
CONCLUSION Y SUGERENCIAS	42
CONCLUSIONES	43
SUGERENCIAS	45
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	49
Anexo 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	50
ANEXO 2: PROYECTO DE INVESTIGACION	52

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Lugar de Nacimiento.....	18
Cuadro 2: Frecuencia	19
Cuadro 3: Control después del Nacimiento por el Pediatra	21
Cuadro 4: Momento del Diagnóstico	22
Cuadro 5: Número de Casos por Año	23
Cuadro 6: Manifestaciones Clínicas	24
Cuadro 7: Tipo de Tratamiento.....	25
Cuadro 8: Tipo de tratamiento Quirúrgico.....	26
Cuadro 9: Evolución	27
Cuadro 10: Estancia Hospitalaria.....	28
Cuadro 11: Complicación del tratamiento quirúrgico.....	29
Cuadro 12: Tipo de Complicación.....	30
Cuadro 13: Edad*Momento del Diagnóstico.....	31
Cuadro 14: Complicación del tratamiento quirúrgico * Estancia Hospitalaria	32
Cuadro 15: Evolución*Tipo de Tratamiento	33

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1: Lugar de Nacimiento.....	18
Gráfica 2: Frecuencia	20
Gráfica 3: Control después del Nacimiento por el Pediatra	21
Gráfica 4: Momento del Diagnóstico	22
Gráfica 5: Número de Casos por Año	23
Gráfica 6: Manifestaciones Clínicas	24
Gráfica 7: Tipo de Tratamiento.....	25
Gráfica 8: Tipo de tratamiento Quirúrgico.....	26
Gráfica 9: Evolución	27
Gráfica 10: Estancia Hospitalaria.....	28
Gráfica 11: Complicación del tratamiento quirúrgico.....	29
Gráfica 12: Tipo de Complicación	30

RESUMEN

Objetivos: El presente estudio está dirigido a describir la frecuencia, las características clínicas, terapéutica y complicaciones de los niños con Prepucio Fimótico del servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2014- 2015.

Metodología: Se llenaron las fichas de recolección de datos tomando la información de las Historias Clínicas existentes para realizar el estudio estadístico e interpretación de datos.

Resultados: Se estudió una muestra de 100 niños de los cuales el (66%) de los casos se presentaron el 2015; la edad más frecuente de presentación de la Fimosis es de 3 años (51.9%), siendo similar a la edad del momento del diagnóstico (57%), el (96%) de los niños tuvo una atención hospitalaria con controles realizados por el médico pediatra (57%) recomendando la realización de ejercicios de retracción de prepucio y el (43%) fueron derivados directamente al Urólogo. En relación a las características clínicas la dificultad en la retracción del prepucio y el dolor que ocasionaba esta manipulación se presentaron en un (72%). En cuanto al tratamiento fueron las medidas quirúrgicas las que se impusieron en un (55%) frente al tratamiento médico ambulatorio (44%) lo cual llama la atención y se debe a que hay una tasa alta de abandono del tratamiento médico (24%) o falla en el mismo (7%), por lo cual cuando estos niños acuden a control el problema se ha vuelto de corrección quirúrgica, siendo la cirugía de mayor elección la Postectomía (36%), con muy pocas complicaciones (5%) y menos días de estancia hospitalaria. La complicación más frecuente fue el hematoma de la herida operatoria (3%).

Conclusiones: Se concluye que en Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza la Fimosis se presenta a los 3 años con mayor frecuencia y en diagnosticado por el Pediatra en su mayoría y tratado por el Urólogo, los pacientes acuden a

consulta por presentar dificultad para retracción del prepucio y dolor . El tratamiento es predominantemente quirúrgico ya que hay falla y abandono del tratamiento médico, siendo la cirugía más realizada la Postectomia con muy pocas complicaciones.

Palabras Clave: Fimosis, Honorio, Arequipa



ABSTRACT

Objectives: This study is aimed at describing the frequency, clinical characteristics, therapy and complications of children with Foreskin phimotic Urology Service Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2014- 2015.

Methodology: The data collection sheets were filled taking information from existing clinical records to perform statistical analysis and interpretation of data.

Results: A sample of 100 children of whom (66%) of the cases were studied 2015; the most common age of presentation of phimosis is 3 years (51.9%), being similar to age at diagnosis (57%), the (96%) of the children had hospital care with checks carried out by the doctor pediatrician (57%) recommending conducting exercises and foreskin retraction (43%) were referred directly to the urologist. In relation to the clinical difficulty in retracting the foreskin and pain that caused this manipulation occurred in (72%). Regarding the treatment was surgical measures that were imposed in (55%) compared to outpatient medical treatment (44%) which attracts attention and because there is a high dropout rate of medical treatment (24%) or fails in the same (7%), so that when these children come to check the problem has become surgical correction, being surgery greater choice postectomy (36%), with very few complications (5%) and fewer days of hospital stay. The most common complication was surgical wound hematoma (3%).

Conclusions: It is concluded that in Urology Department of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza phimosis occurs at 3 years more frequently and diagnosed by the pediatrician mostly and treated by the urologist, patients go to the doctor because of difficulty retraction foreskin and pain. The treatment is predominantly surgical as there

failure and abandonment of medical treatment, surgery being performed more postectomy with very few complications.

Keywords: Phimosi, Honorio, Arequipa



INTRODUCCION

El prepucio es la parte de la piel que recubre el glande. Al nacer, el recién nacido tiene un prepucio estrecho, adherente y largo con punta angosta que sobrepasa el extremo distal del glande y que en el 96% no se puede retraer, dificultando su observación. La dificultad para retraer el prepucio se llama fimosis, en el recién nacido es fisiológica y se debe a adherencias congénitas entre el prepucio y el glande, que en realidad son remanentes de tejido que normalmente sirven de puente entre estas dos regiones anatómicas. En el 90% de los casos estas adherencias habrán desaparecido lo suficiente hacia los 3 años para permitir la retracción del prepucio.

Un punto muy frecuente de controversia en la consulta periódica al médico es la dificultad en la retracción del prepucio en distintos momentos del desarrollo, lo que ha llevado a una disparidad de criterio muy importante en el manejo de este problema, pocas veces basado en un conocimiento científico del tema. Con el objeto de aportar elementos que sirvan a la decisión médica, se realiza el presente estudio sobre la base de la experiencia desarrollada en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y el apoyo bibliográfico que existe sobre el tema.

Enunciado:

¿Cuál es la frecuencia, clínica, tratamiento y complicaciones del Prepucio Fimótico en niños del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2014 – 2015?

Objetivo General:

Determinar la frecuencia, las características clínicas, terapéutica y complicaciones del Prepucio Fimótico en niños del servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa 2014- 2015

Objetivos Específicos:

- 1) Describir cual es la frecuencia del Prepucio Fimótico en los niños del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa 2014-2015
- 2) Identificar cuáles son las características clínicas que con mayor frecuencia se presentan en los niños con el diagnóstico de Prepucio Fimótico en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa 2014-2015
- 3) Establecer cuál es el tratamiento y complicaciones de los niños con el diagnostico de Prepucio Fimótico en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa 2014-2015

Hipótesis:

Debido a que se trata de un trabajo descriptivo no existe hipótesis



CAPITULO I

MATERIAL Y METODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas:

La técnica del presente trabajo es observacional documental, la cual se hará efectiva a través de revisión de historias clínicas de los pacientes que figuraron con los diagnósticos de fimosis

Instrumentos:

El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con Sistema operativo Windows, SPS ,Microsoft Excel
- Historias clínicas

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial:

La investigación se desarrolló en el servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ubicado en la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se realizó en los años 2014 - 2015, haciendo una revisión de historias clínicas desde el mes de Enero del 2014 hasta el mes de diciembre del 2015.

2.3 Unidades de Estudio:

Población: Está constituida por la totalidad de niños de 0 a 15 años del Servicio de Urología con el diagnóstico de Fimosis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo 2014-2015

Muestra: Pacientes de 0 a 15 años con el diagnóstico de egreso de Fimosis.

Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

Zα = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 0.86

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 86.13 ≈ 100 casos.

Criterios de Selección:

- **Criterios de inclusión:**

Niños (0 a 15 años) que registren el diagnóstico de fimosis en su historia clínica

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes con historias clínicas que tienen datos incompletos y/o con letra ilegible de las cuales no pueden extraerse los datos

3. Tipo de investigación:

La presente investigación es de tipo documental retrospectivo, porque la unidad de análisis corresponde a historias clínicas de los niños atendidos con el diagnóstico de Fimosis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los periodos mencionados.

4. Nivel de Investigación:

Es un estudio observacional, retrospectivo porque nos permite conocer la frecuencia, características clínicas, tratamiento y complicaciones de la fimosis en niños del Servicio de Urología.

5. Estrategia de Recolección de Datos:

5.1 Organización:

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza para poder acceder a la revisión de Historias Clínicas de los años 2014 y 2015 para poder obtener los datos. Se revisó además los registros de Consultorio Externo y de Hospitalización para la obtención del número de las historias clínicas correspondientes y así poder buscarlas en los archivos de estadística del hospital seleccionando las historias que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión y extraer las variables de interés para el llenado de la ficha de recolección de datos; luego se tomaran esos datos y serán procesados manualmente y por computadora en el programa Estadístico SPS y de Excel para la obtención de resultados.

5.2 Recursos:

a) Humanos:

Autor: Bachiller en Medicina Humana Pamela Ángela Mendoza Gutiérrez

Asesor: Doctor Wilfredo Pino Chávez

Tutor: Doctor Saulo Oviedo Zevallos

b) Físicos:

- Historias Clínicas
- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con Microsoft Excel y SPS

c) Financieros:

El presente estudio será solventado con recursos propios

5.3 Criterios para manejo de Resultados:

a) Validación de los Instrumentos:

Se realizara la validación del estudio conjuntamente con el asesor y tutor para asegurar la claridad del instrumento y la valoración de todos los aspectos de calidad.

b) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo I serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleara una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada historia clínica. La matriz fue diseñada en el programa SPS y luego exportada a una hoja de cálculo de Excel.

d) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de datos en el programa SPS y Excel para determinar los valores porcentuales.

e) Plan de Recuento:

El recuento de los datos fue electrónico, en base a una matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de Análisis:

Se empleara estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleara la hoja de datos del programa SPS que luego será exportado a una hoja de cálculo de Excel.





CAPITULO II

RESULTADOS

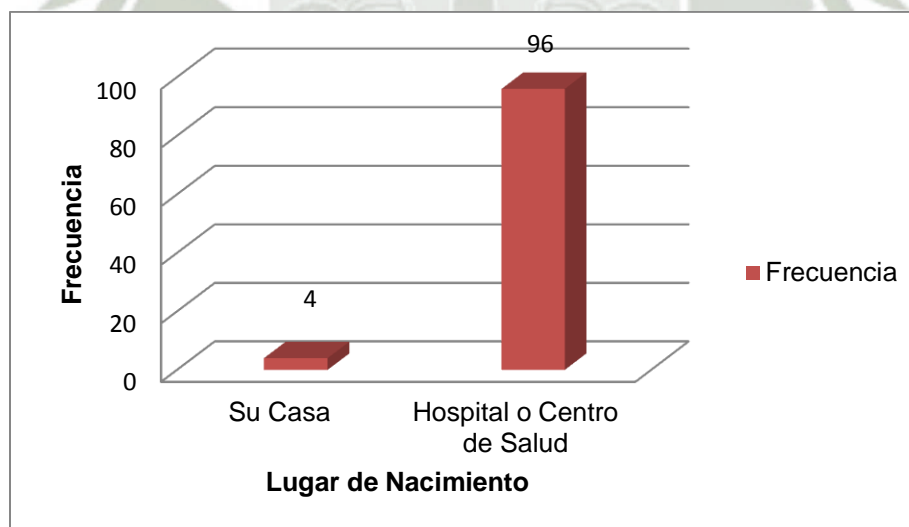
FRECUENCIA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 1: Lugar de Nacimiento

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Su Casa	4	4%
Hospital o Centro de Salud	96	96%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 1: Lugar de Nacimiento



Fuente y Elaboración: Propia

FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 2: Frecuencia

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	5	5%
1 - 3 años	52	52%
4 - 6 años	15	15%
7 - 10 años	17	17%
11 - 15 años	11	11%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

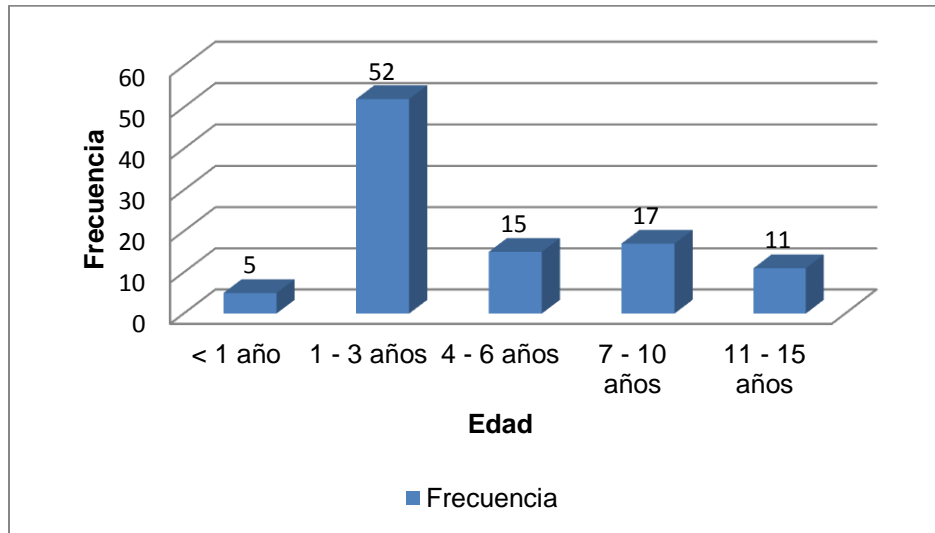
Dentro del rango de 1 a 3 años:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1 año	15	28.8%
2 años	10	19.2%
3 años	27	51.9%
Total	52	100%

Fuente y Elaboración: Propia

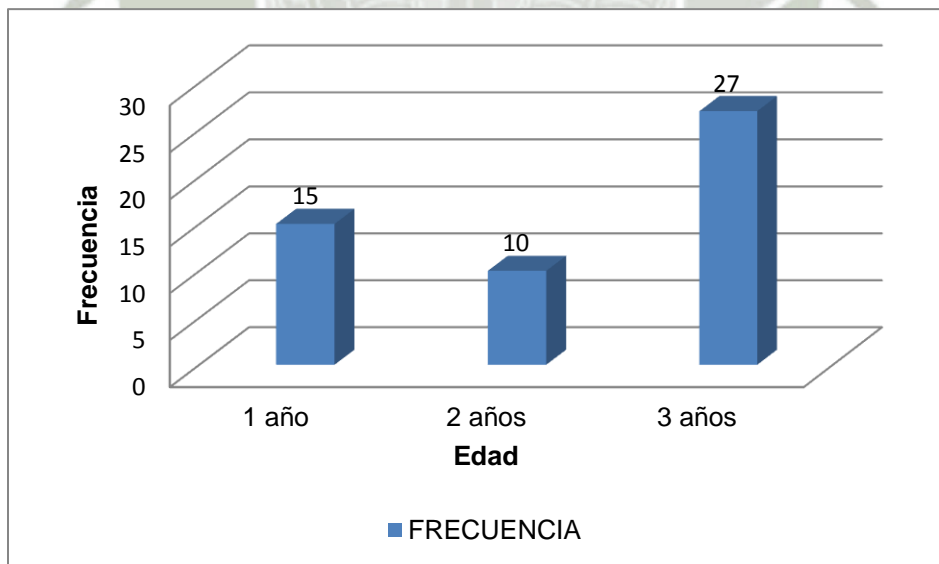
FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Gráfica 2: Frecuencia



Fuente y Elaboración: Propia

Dentro del rango de 1 a 3 años:



Fuente y Elaboración: Propia

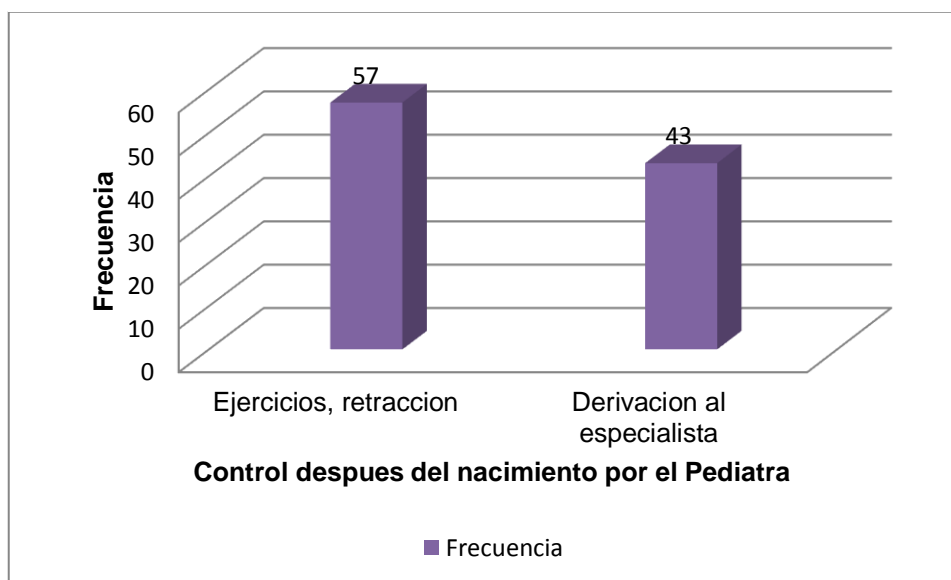
FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 3: Control después del Nacimiento por el Pediatra

Control después del nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Ejercicios de Retracción Prepuccial	57	57%
Derivación al especialista	43	43%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 3: Control después del Nacimiento por el Pediatra



Fuente y Elaboración: Propia

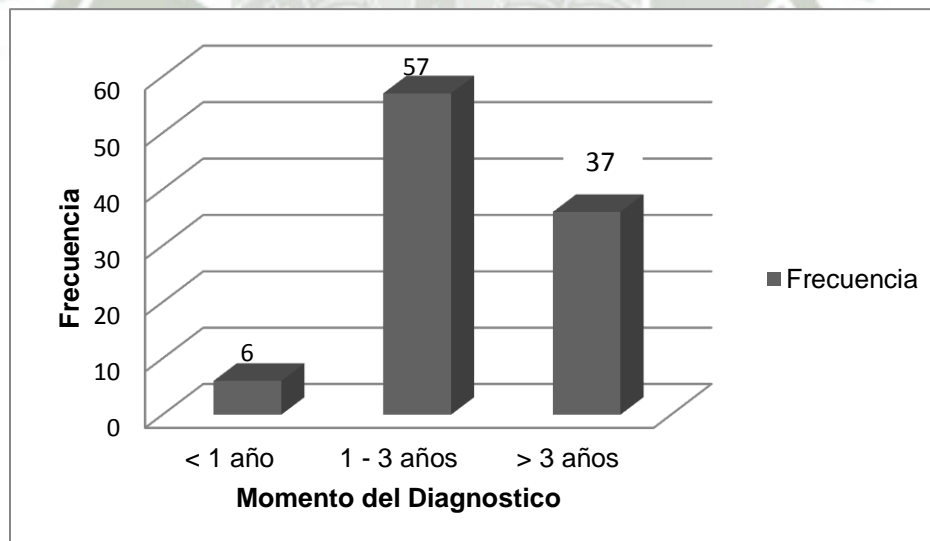
FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 4: Momento del Diagnóstico

Momento del Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	6	6%
1 - 3 años	57	57%
> 3 años	37	37%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 4: Momento del Diagnóstico



Fuente y Elaboración: Propia

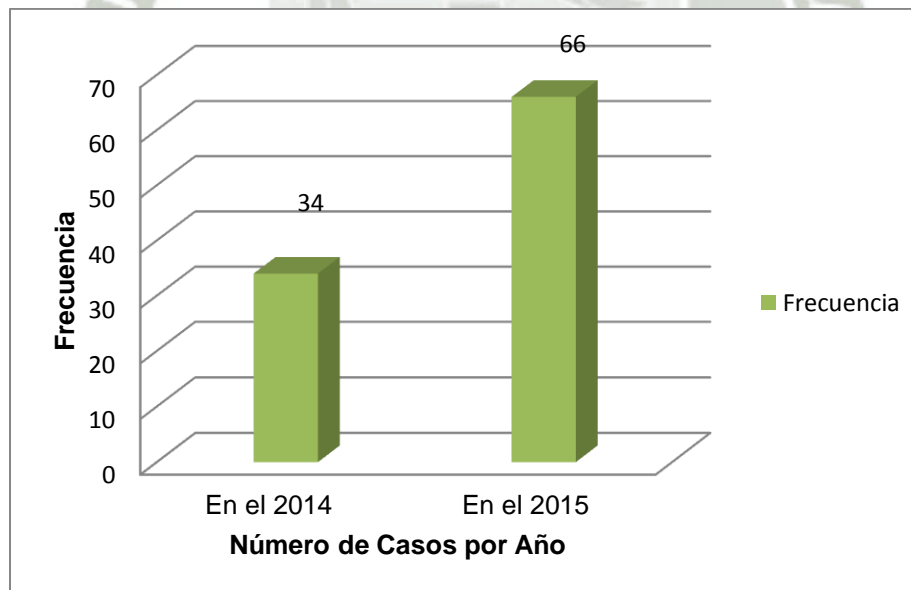
**FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUICIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015**

Cuadro 5: Número de Casos por Año

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
En el 2014	34	34%
En el 2015	66	66%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 5: Número de Casos por Año



Fuente y Elaboración: Propia

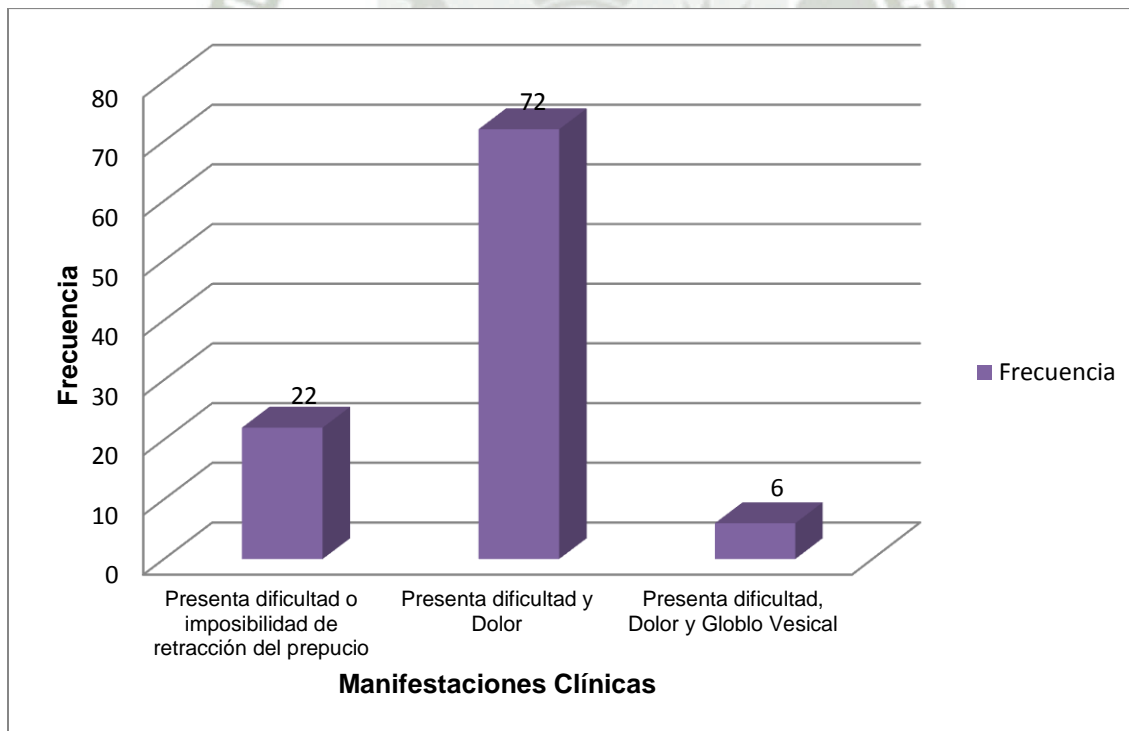
FRECUENCIA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 6: Manifestaciones Clínicas

Manifestaciones Clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Presenta dificultad o imposibilidad de retracción del prepucio	22	22%
Presenta dificultad y Dolor	72	72%
Presenta dificultad, Dolor y Globo Vesical	6	6%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 6: Manifestaciones Clínicas



Fuente y Elaboración: Propia

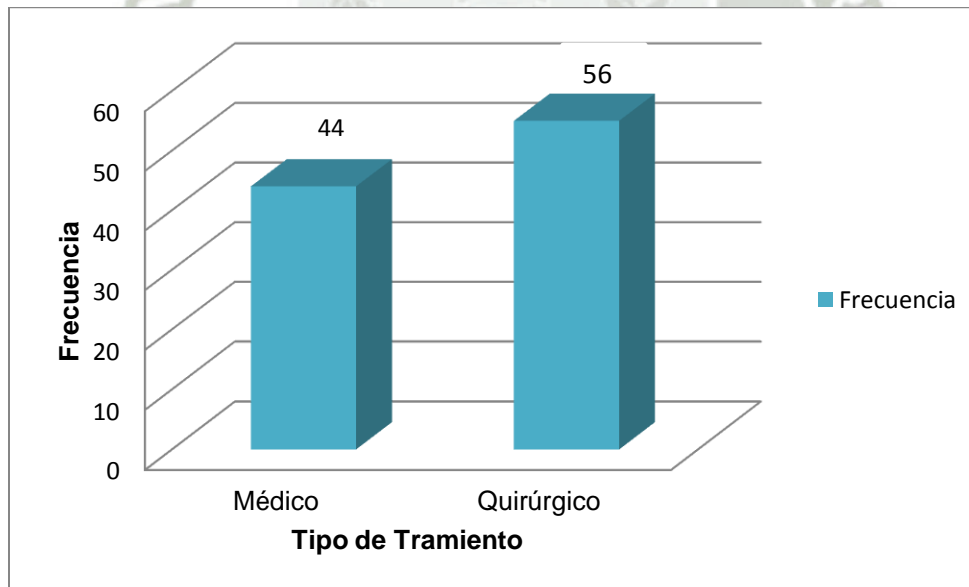
FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 7: Tipo de Tratamiento

Tipo de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Médico	44	44%
Quirúrgico	56	56%
Total	100%	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 7: Tipo de Tratamiento



Fuente y Elaboración: Propia

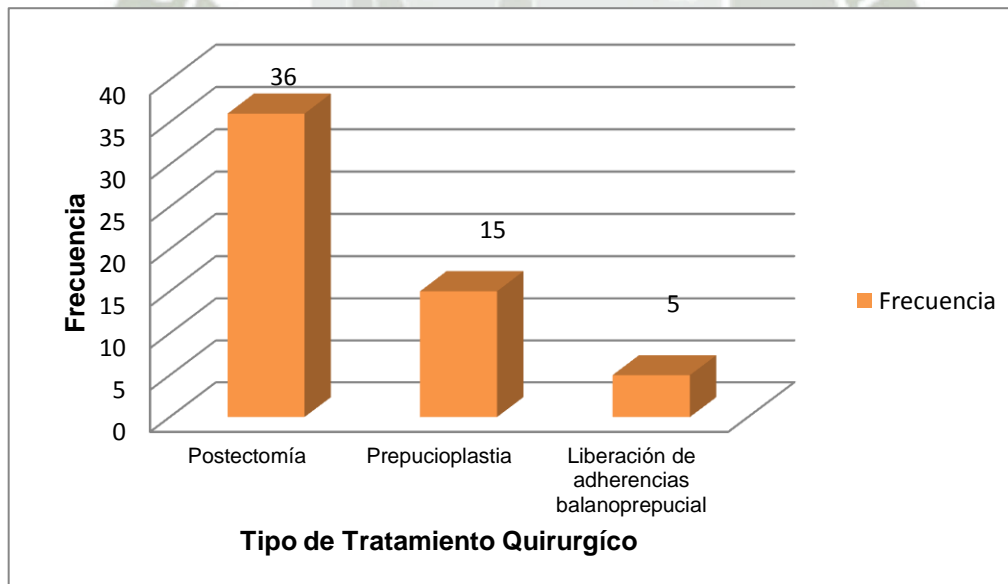
FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 8: Tipo de tratamiento Quirúrgico

Tipo de tratamiento Quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Postectomía	36	36%
Prepucioplastia	15	15%
Liberación de adherencias balanoprepucial	5	5%
Total	56	56%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 8: Tipo de tratamiento Quirúrgico



Fuente y Elaboración: Propia

FRECUENCIA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 9: Evolución

Evolución	Frecuencia	Porcentaje
Éxito de tratamiento médico	69	69%
Abandono de tratamiento	24	24%
Falla de tratamiento	7	7%
Total	100	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 9: Evolución



Fuente y Elaboración: Propia

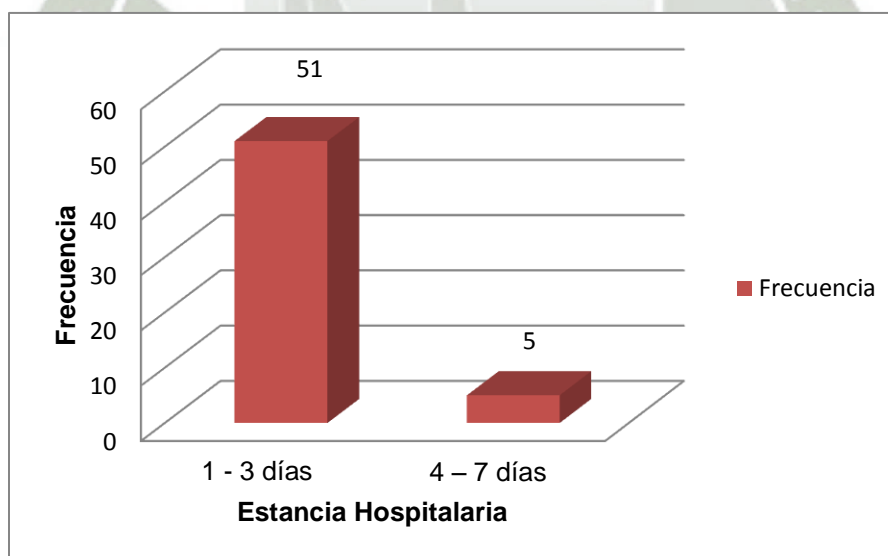
FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 10: Estancia Hospitalaria

Estancia Hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3 días	51	51%
4 - 7 días	5	5%
Total	56	56%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 10: Estancia Hospitalaria



Fuente y Elaboración: Propia

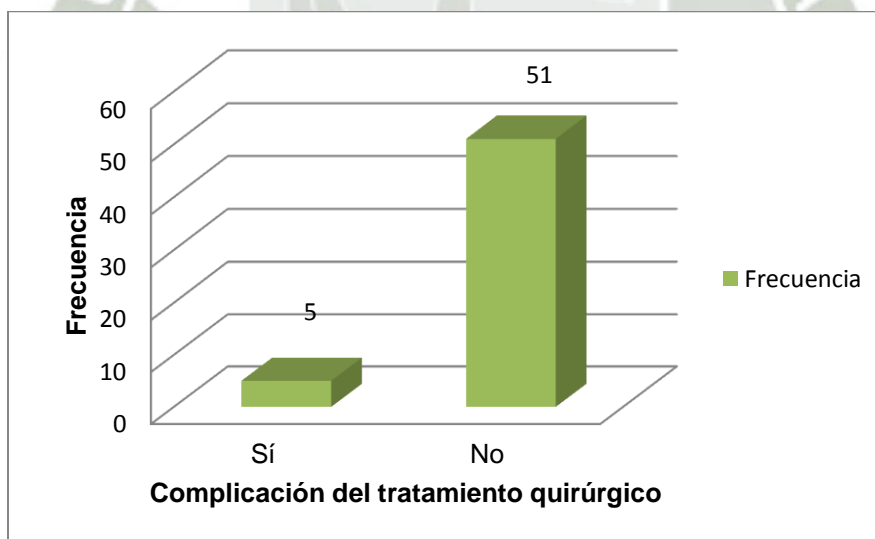
FRECUENCIA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 11: Complicación del tratamiento quirúrgico

Complicación del tratamiento quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	5%
No	51	51%
Total	56	56%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 11: Complicación del tratamiento quirúrgico



Fuente y Elaboración: Propia

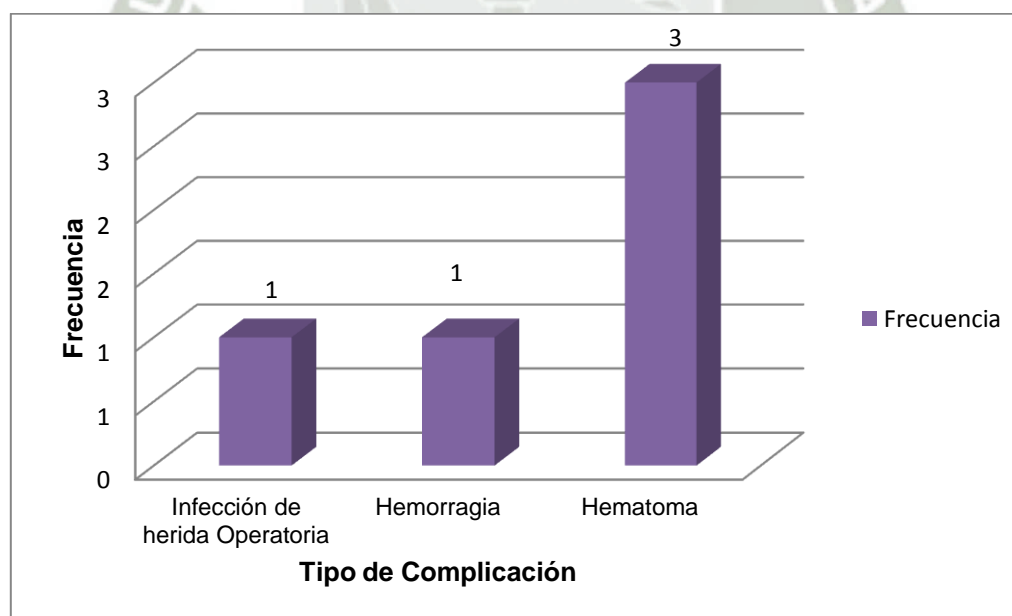
FRECUENCIA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 12: Tipo de Complicación

Tipo de Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Infección de herida Operatoria	1	1.0
Hemorragia	1	1.0
Hematoma	3	3.0
Total	5	5.0

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfica 12: Tipo de Complicación



Fuente y Elaboración: Propia

FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 13: Edad*Momento del Diagnóstico

Edad*Momento del Diagnóstico tabulación cruzada			Momento del Diagnostico			Total
			< 1 año	1 - 3 años	> 3 años	
Edad	< 1 año	Recuento	3	2	0	5
		% del total	3.0%	2.0%	0.0%	5.1%
1 - 3 años	Recuento	3	47	1	51	
	% del total	3.0%	47.5%	1.0%	51.5%	
4 - 6 años	Recuento	0	5	10	15	
	% del total	0.0%	5.1%	10.1%	15.2%	
7 - 10 años	Recuento	0	1	16	17	
	% del total	0.0%	1.0%	16.2%	17.2%	
11 - 15 años	Recuento	0	2	9	11	
	% del total	0.0%	2.0%	9.1%	11.1%	
Total		Recuento	6	57	36	99
		% del total	6.1%	57.6%	36.4%	100.0
						%

Fuente y Elaboración: Propia

En la tabla cruzada analizamos la edad de los pacientes con el momento del diagnóstico la cual coincide en un (47.5%) con el rango de 1 a 3 años de edad, lo cual nos lleva a pensar que la mayoría de pacientes que acude a consulta se va de ella con el diagnóstico realizado y la propuesta terapéutica establecida y apoya el resultado de la edad más frecuente en que se presenta el prepucio Fimótico.

FRECUENCIA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 14: Complicación del tratamiento quirúrgico * Estancia Hospitalaria

Complicación del tratamiento quirúrgico*Estancia Hospitalaria tabulación cruzada			Estancia Hospitalaria		Total
			1 - 3 días	4 – 7 días	
Complicación del tratamiento quirúrgico	Sí	Recuento	0	5	5
		% del total	0.0%	8.9%	8.9%
	No	Recuento	51	0	51
		% del total	91.1%	0.0%	91.1%
Total		Recuento	51	5	56
		% del total	91.1%	8.9%	100.0%

Fuente y Elaboración: Propia

En la tabla cruzada analizamos las complicaciones del tratamiento quirúrgico (5%) con la estancia hospitalaria, cómo podemos ver una complicación siempre va a conllevar una mayor estancia hospitalaria en una relación directamente proporcional y en este caso en un (8.9%), frente a los pacientes que no presentaron ningún tipo de complicación y permanecieron menos días de hospitalización (1 a 3 días) que son la mayoría (91.1%).

FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS
DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015

Cuadro 15: Evolución*Tipo de Tratamiento

Evolución*Tipo de Tratamiento			Tipo de Tratamiento		Total
			Médico	Quirúrgico	
Evolución	Éxito de tratamiento médico	Recuento	13	55	68
		% del total	13.1%	55.6%	68.7%
	Abandono de tratamiento	Recuento	24	0	24
		% del total	24.2%	0.0%	24.2%
	Falla de tratamiento	Recuento	7	0	7
		% del total	7.1%	0.0%	7.1%
Total		Recuento	44	55	99
		% del total	44.4%	55.6%	100.0%

Fuente y Elaboración: Propia

En la tabla cruzada analizamos la evolución con el tipo de tratamiento, podemos apreciar que el éxito del tratamiento se reflejó en un (55.6%) en los pacientes que se trataron quirúrgicamente frente a un (13.1%) en cuanto al tratamiento médico. Un (24.2%) de los pacientes con tratamiento médico abandono el tratamiento, no hay registros de controles posteriores. Un (7.1%) del total de los pacientes presentaron falla en el tratamiento médico el cual se volvió quirúrgico.



CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el presente trabajo se estudió un total de 100 historias clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y fueron consideradas como casos.

En el grafico 1 se toma en cuenta el lugar de nacimiento y por lo tanto el tipo de atención médica que recibieron los pacientes, se considera la atención en un Centro de salud u Hospital frente a aquellos niños que tuvieron un parto domiciliario o no fueron atendidos por personal médico con los conocimientos básicos de atención primaria, por lo tanto podemos apreciar que la mayoría de niños tuvieron un parto con buena atención primaria que representa un (96%) , siendo solo un (4%) aquellos que fueron atendidos por parteras, en su domicilio u otros lugares con condiciones poco favorables. Esto repercute mucho en el nivel de conocimiento para el diagnóstico oportuno y las recomendaciones higiénico dietéticas a las madres para poder evitar en un futuro secuelas que terminen en un tratamiento quirúrgico o médico mal llevado.

En el grafico 2 al analizar los casos de Prepucio Fimótico de acuerdo a la edad de presentación que va en el caso de este estudio de los 0 hasta los 15 años se puede apreciar que el rango de edad de 1 a 3 años representa el (52%) del total de casos, seguido del rango de edad de 7 a 10 años que representa el (17%). Esto demuestra que la edad en la que se presenta la mayor frecuencia de casos esta entre los rangos de 1 a 3 años y dentro de este grupo la edad más frecuente es de 3 años con un (51.9%), un resultado similar al encontrado en un estudio realizado en el hospital Goyeneche relacionado con Fimosis Fisiología que obtuvo un (53%) relacionado con la edad de 3 años (Ccopa Apaza,

Emmanuel; Peralta Vizcarra Ayar, Hospital Goyeneche 2012-2014 Arequipa), (25). En cuanto a la edad que le sigue en frecuencia se encuentra una semejanza en un estudio de fimosis patológica realizado en el Hospital de la policía de la ciudad de Lima donde se encontró que la edad de 6 años fue la segunda en frecuencia.

En el grafico 3 se considera el control después del nacimiento, es decir se pudo apreciar en la revisión de las historias clínicas que los pacientes que en su mayoría (96%) tuvieron una atención medica hospitalaria y además controles posteriores a cargo del Médico Pediatra el cual realiza el diagnóstico y aconseja la realización de los ejercicios de retracción de prepucio (57%), frente a un (43%) quien realiza el diagnóstico y decide derivarlo directamente al especialista que es el Urólogo, ya que aparentemente el problema está en un grado avanzado y no va ser solucionado con ejercicios de retracción prepucial o medicación ambulatoria.

En el grafico 4 se aprecia el momento del diagnóstico que va en relación con la edad de mayor frecuencia, es decir de 1 a 3 años que representa un (57%) frente al (37%) que corresponde al momento del diagnóstico en pacientes con más de 3 años. Esto quiere decir que la mayoría de pacientes que acude a consulta sale de ella con el diagnóstico realizado y las posibles pautas terapéuticas de acuerdo al caso en particular, y los pacientes restantes que acudieron a consulta, ó se les había realizado el diagnostico con anterioridad y no volvieron más a consulta, ó se les realizo el diagnostico a mayor edad cuando presentaban algún síntoma que los forzaba a acudir a consulta a destiempo.

En el grafico 5 podemos apreciar el número de casos por año, en este estudio se tomó en cuenta los casos presentados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los periodos 2014 y 2015, dentro de los resultados apreciamos que el mayor número de casos se presentó en el año 2015 representando el (66%) del total de casos analizados frente a un

(34%) que se presentó en el año 2014.

En el grafico 6 tenemos las manifestaciones clínicas más frecuentes, como son la dificultad para la retracción del prepucio fimótico o la imposibilidad de retraer el mismo manifestado en la anamnesis de cada una de las historias clínicas revisadas, el dolor ante la retracción o manipulación por parte de las mamás o personal de salud que evalúa al niño y en algunos casos además se presenta globo vesical manifestado por el niño o palpable al examen físico como consecuencia de casos severos de prepucio fimótico.

Como muestra el grafico se presentaron dos síntomas en común y relacionados entre sí, como son la dificultad en la retracción del prepucio y el dolor que ocasionaba esta manipulación en los niños lo cual representa el (72%) del total de los casos; en el (22%) de los casos se presentó solamente dificultad para la retracción del prepucio y en un (6%) de los casos los pacientes presentaban los tres síntomas principales presentes en el cual se ve presencia de globo vesical tanto al examen físico, como en la anamnesis relatada por las madres o por los niños de mayor edad catalogada como la retención de orina y la hinchazón secundaria de la vejiga por la dificultad a la hora de eliminar la orina.

En el grafico 7 tenemos una vista general de lo que es la elección terapéutica que se utilizó en los pacientes siendo el tratamiento quirúrgico el que más prevaleció representando un (56%) frente al tratamiento médico que represento un (44%). Esto se debe a que si bien es cierto el tratamiento médico se usa con más frecuencia y en estudios más amplios tiene una eficacia de hasta el (97%) al terminar el tratamiento, la falla está en la evolución y control del mismo que luego se detalla; es por esto que el tratamiento quirúrgico ofrece mejores resultados en un tiempo corto y con pocas complicaciones por lo cual se ha convertido en el tratamiento de elección en el caso del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ya que la mayoría de los pacientes que llegan a este hospital ya

presentan cuadros avanzados cuya mejor opción terapéutica es la quirúrgica.

En el grafico 8 tenemos el tratamiento más frecuente que es el quirúrgico, y dentro del mismo los tipos más frecuentes de procedimientos que se realizaron teniendo el mayor porcentaje la Postectomia (36%), seguida de la Prepucioplastia con un (15%) y la liberación de adherencias balano prepuciales con un (5%).

La Postectomia se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de elección el cual se realiza en el ámbito de hospitalización con un seguimiento adecuado y diario del paciente al igual que la Prepucioplastia, en el caso del procedimiento de Liberación de Bridas y Adherencias balano prepuciales se ha visto que se realiza en su mayoría en consulta externa como un procedimiento ambulatorio.

En el grafico 9 podemos ver la evolución de los pacientes una vez que se decide o se realiza el procedimiento adecuado para cada caso. Tenemos un (69%) de éxito en el tratamiento, esto se valora englobando de manera general el tratamiento médico y quirúrgico, el cual se obtuvo revisando las evoluciones posteriores a las intervenciones quirúrgicas antes de su alta médica, o posteriores a los controles en consulta externa en caso del seguimiento del paciente con procedimiento ambulatorio.

En cuanto a los pacientes diagnosticados en los que se empleó tratamiento médico el (24%) de ellos abandono el tratamiento, es decir no regresaron a su cita en el tiempo estimado para ver si el tratamiento fue exitoso o fallido y si es que hubiera que tomar otra medida terapéutica al respecto, lo cual es preocupante porque la cifra es alta y es de esperar que estos pacientes regresen con algún tipo de complicación en un futuro que simplemente el tratamiento médico si haya funcionado lo cual nos originaria un sesgo en el porcentaje final.

Se registró además un (7%) del total de pacientes con falla en el tratamiento médico el cual

se convirtió en quirúrgico.

En el grafico 10 tenemos la estancia hospitalaria la cual es bastante menor comparada con otras patologías del servicio, en su mayoría los pacientes registraron de 1 a 3 días de hospitalización representando el (51%), es decir que la evolución es bastante favorable, poco traumática para los niños y tranquilizadora para los padres de familia; muy pocos pacientes se quedaron más días de los mencionados, solo un (5%) permanecieron entre 4 a 7 días, que en su mayoría presentaron complicaciones asociadas al acto quirúrgico en sí.

No se registró ningún caso que haya permanecido más de 7 días en el servicio de Urología de dicho Hospital.

En el grafico 11 tenemos una vista general de las complicaciones del tratamiento quirúrgico, las cuales obtuvieron un (5%) frente a un (51%) del total de pacientes que no presentaron ningún tipo de complicación o por lo menos que no se registra en sus visitas posteriores a su control por consulta externa.

En el grafico 12 mencionamos las complicaciones más frecuentes que se vieron en cuanto al tratamiento quirúrgico, siendo la complicación más frecuente registrada el hematoma en la región de la herida operatoria que en su mayoría se vio por la pérdida de continuidad de alguna sutura o por una posible hemostasia mal controlada y no llevada a tiempo por los padres, el porcentaje fue de un (3%), además se presentó infección de herida operatoria en un (1%), y hemorragia de la herida operatoria también en un (1%) las cuales cedieron tras pocos días de control.

Como podemos ver las complicaciones existen y son propias de todo acto quirúrgico pero se presentó en la minoría de los pacientes, solo un (5%) del total y fueron rápidamente controladas.

A continuación se presenta el análisis de unas tablas cruzadas que se realizaron bajo el

coeficiente de correlación de Pearson cuyos valores de confiabilidad están en el rango mayor o igual a uno:

En el cuadro N° 13 tenemos una tabla cruzada que relaciona la edad de los pacientes que presentan dicha patología con mayor frecuencia es decir el rango de 1 a 3 años de edad, con el momento en el que se les da el diagnóstico de dicha patología, la cual coincide en un (47.5%) también con el rango de 1 a 3 años de edad, lo cual nos lleva a pensar que la mayoría de pacientes que acude a consulta se va de ella con el diagnóstico realizado y la propuesta terapéutica establecida y apoya el resultado que se obtiene del momento de edad más frecuente en que se presenta el prepucio Fimótico.

En el cuadro N° 14 tenemos otra tabla cruzada que relaciona las complicaciones del tratamiento quirúrgico que como vimos se dieron en un (5%) con la estancia hospitalaria que tuvieron dichos niños la cual va de un rango de 4 a 7 días también en un (5%), cómo podemos ver una complicación siempre va a conllevar una mayor estancia hospitalaria en una relación directamente proporcional y en este caso en un (8.9%), frente a los pacientes que no presentaron ningún tipo de complicación y solo permanecieron de 1 a 3 días de hospitalización tiempo en el cual se lleva un adecuado control del post operatorio el cual representa un (91.1%) .

En el cuadro N° 15 tenemos una tabla cruzada la cual relaciona la evolución del paciente con el tipo de tratamiento empleado. Podemos apreciar que el éxito del tratamiento se reflejó en un (55.6%) en los pacientes que se trataron quirúrgicamente frente a un (13.1%) en cuanto al tratamiento médico; esto llama mucho la atención ya que estudios más amplios tuvo un éxito del (69%) en el empleo de la Betametasona como principal corticoesteroide

(Sinchi Roca G. HRHDE 2000-2009) **(26)**.Un (24%) de los pacientes con tratamiento médico abandono el tratamiento no hay registros de controles posteriores y en el mismo estudio citado anteriormente hubo tambien una tasa de abandono del tratamiento del (31%) restante con lo cual no podemos identificar de manera precisa si la tasa de éxito pudo haber sido mayor. (Sinchi Roca G. HRHDE 2000-2009) **(26)**.Un (7.1%) del total de los pacientes presentaron falla en el tratamiento médico el cual se volvió quirúrgico.



CONCLUSION Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES

PRIMERA:

En el periodo 2014 a 2015 se tomó una muestra de 100 niños atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de los cuales el (66%) de los casos se presentaron en el 2015 siendo la edad más frecuente de presentación de la patología entre 1 a 3 años (52%), y específicamente a los 3 años (51.9%) edades en las cuales se realizó el diagnóstico en un (57%); el (96%) de los niños tuvo una atención hospitalaria con controles realizados por el médico pediatra (57%) siendo el (43%) derivados al Urólogo.

SEGUNDA:

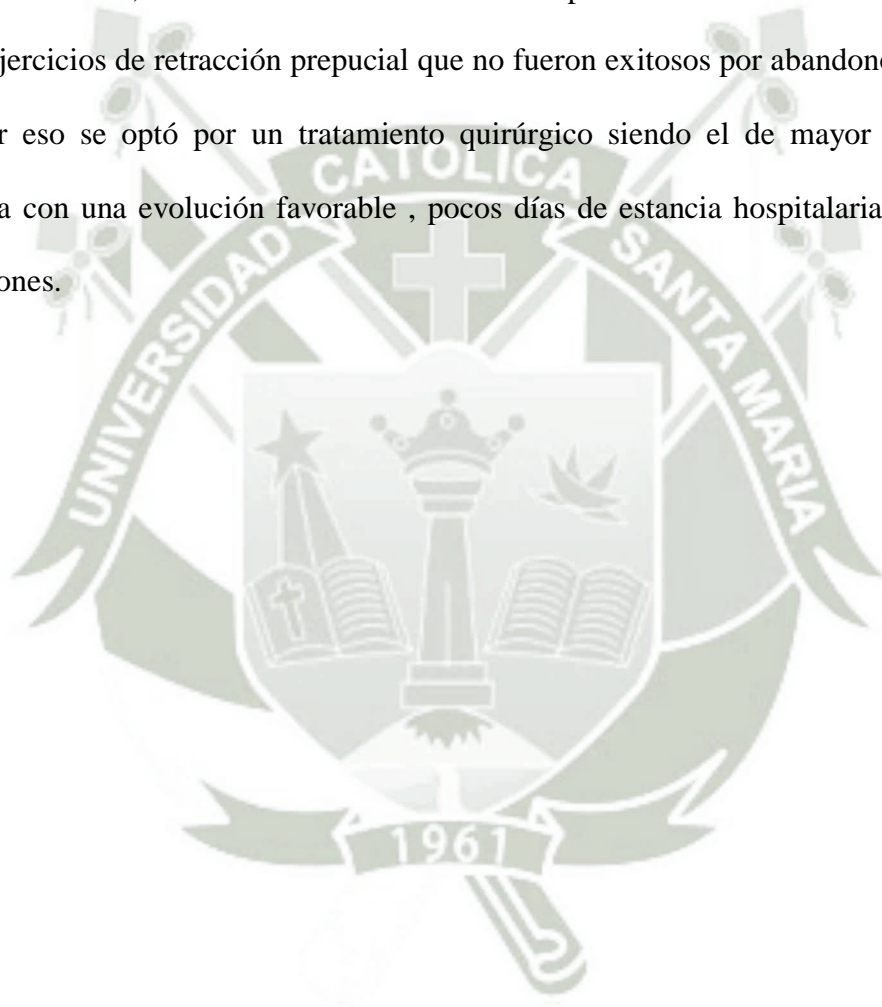
En relación a las características clínicas se presentaron dos síntomas más frecuentes en común y relacionados entre sí en un (72%), como son la dificultad en la retracción del prepucio y el dolor que ocasionaba esta manipulación; el (22%) presentó solamente dificultad para la retracción del prepucio y el (6%) de los pacientes presentaban además globo vesical.

TERCERA:

En cuanto al tratamiento fueron las medidas quirúrgicas las que se impusieron en un (55%) frente al tratamiento médico ambulatorio (44%) lo cual llama la atención y se debe a que hay una tasa alta de abando del tratamiento médico (24%) o falla en el mismo (7%), por lo tanto cuando estos niños acuden a su control el problema se ha vuelto de corrección quirúrgica, siendo la cirugía de mayor elección la Postectomía (36%), la cual tiene muy pocas complicaciones (5%) siendo la más frecuente el hematoma de la herida operatoria (3%), seguida de las infecciones de herida y hemorragias con solo el (1%).

CUARTA:

En el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza la Fimosis fue más frecuente en el año 2015, siendo la edad más frecuente de presentación a los 3 años los cuales fueron diagnosticados en su mayoría por el pediatra, pero tratados por el médico especialista, los pacientes acuden por presentar dificultad para la retracción del prepucio acompañado de dolor, siendo el tratamiento médico empleado el uso de corticoides locales junto con ejercicios de retracción prepucial que no fueron exitosos por abandono o falla del mismo, por eso se optó por un tratamiento quirúrgico siendo el de mayor elección la Postectomía con una evolución favorable , pocos días de estancia hospitalaria y mínimas complicaciones.



SUGERENCIAS

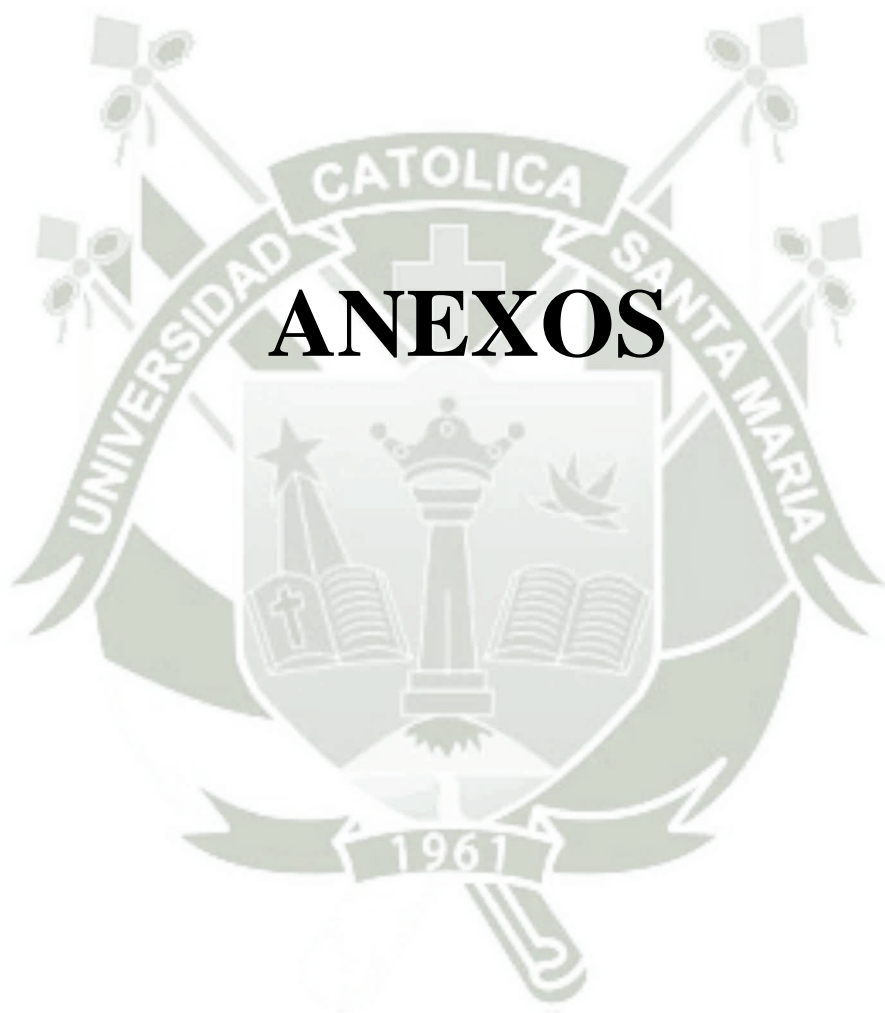
1. Explicar de manera clara en la consulta médica la importancia de no abandonar el tratamiento instaurado, los médicos pediatras son los encargados del control y seguimiento de los niños y ellos pueden contribuir de esta manera para evitar futuras complicaciones.
2. Mejorar la calidad de llenado de las Historias Clínicas por parte del personal médico en formación, para no omitir datos importantes con letra clara y legible.
3. Realizar un estudio prospectivo que nos permita conocer si los pacientes con Fimosis que fueron tratados quirúrgicamente llegarían a presentar alguna diferencia en la percepción de la satisfacción sexual.
4. Dar charlas educativas en Centros de Salud u Hospitales dirigidas a madres en general con el propósito de instruir las en la higiene del prepucio y genitales de los niños.
5. Promover la elaboración de estudios referentes a Fimosis para comparar cómo evoluciona la efectividad del tratamiento médico o quirúrgico en una población con condiciones similares a la estudiada.

BIBLIOGRAFIA

1. **BRIZ LOPEZ Armando**, Fimosis Fisiológica Circuncisión, Mayo;2009.
2. **RUIZ E, MOLDES J, DE BADIOLA F, PUIGDEVALL JC** . Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia y adolescencia 2001
3. **HUNTLEY J S**. Trouble's with the foreskin: one hundred consecutive referrals to pediatric surgeons 2003.
4. **KAPLAN GW**: Circumcision: An Overview Curr Probl Pediatric 1977
5. **MADEN C, SHERMAN K, BECKMANN A**. History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer1993.
6. **ALFARO ZELADA, José Miguel; ALFARO RÍOS, Segundo José; LÁZARO RODRÍGUEZ, Herminia** (Revista Peruana de Pediatría Publicación Oficial de la Sociedad Peruana de Pediatría). Tipos de Retracción de Prepucio en Niños en el Hospital Belén de Trujillo – Perú; 2014. .
7. **CAMPBELL-WALSH** Urology, 9 17.th ed. 2007 Saunders, Elsevier. Cap. 126, pag. 3746
8. **JORGENSEN ET, SVENSSON A**. The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid(clobetasol propionate 0,005%) cream.Acta Derm-Ve-nereol Stock 1993
9. **CARDONA, David**, Una alternativa en el manejo de la fimosis, Acta Pediatrica Costarricense volumen 13 n.1 San José; 1999.
10. **WRIGHT JE**. The treatment of child- hood phimosis with topical steroids. Aust N Z J Surg 1994
11. **COLD CJ, TAYLOR JR.THE PREPUCE. BR J** Urology, Suppl. 1: 34 – 44. 1991

12. **GÓMEZ FA, ARANSAY BA, GARCÍA VA, LÓPEZ DM.** Patología urológica más frecuente en la infancia. Fimosis e hipospadias. Reflujo vesicoureteral. *Pediatría Integral* 2002; 6: 877 – 886.
13. **GONZÁLES MI, MEZA DM.** Retractilidad del prepucio en niños. *Pediátrica* 2007
14. **HOEKELMAN RA, FRIEDMAN SB, NELSON NM, SEIDEL HM.** Atención Primaria en Pediatría. 3º edición. Hart Court Brace Publishers International. España 1998: 1517
15. **IMAMURA E.** Phimosis of infants and young children in Japan. *Acta Paediatr Jpn* 1997;39(4):403-5.
16. **KAYABA H, TAMURA H, KITAJIMA S, FUJIWARA Y, KATO T, KATO T.** Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. *J Urol* 1996; 156(5): 1813-5
17. **KLIEGMAN, Nelson,** Textbook of Pediatrics, 11.18th ed. 2007 Saunder, Elsevier. Cap. 544.
18. **McAninch, Jack W; Lue, Tom F.** Urología general. 18ª Ed. México: McGraw-Hill; 2014.
19. **MORALES CJ, GONZÁLEZ FP, MORALES AA, CORDIÉS JE, GUERRA RM Y MORA CB.** Fimosis. ¿Son necesarias la circuncisión o dilatación forzada? *Revista Cubana de Pediatría* 2001; 73: 206 – 11.
20. **PARRA TELLO, Teresita; HERNÁNDEZ RAMOS, María Isabel; PÉREZ TAPIA, Sonia Mayra; LIMÓN-FLORES, Alberto Yairh.** Estudio retrospectivo del efecto del furoato de mometasona al 0.1% en el tratamiento no quirúrgico de fimosis y adherencias prepuciales en niños mexicanos; 2012.

21. **SORIANO BH, O'RYAN GM, TORRES PJ, FANTA NE, MUÑOZ MA Y SORIANO PH.** Evolución natural del prepucio. Rev. Chil. Pediatr. 1987. 58(2): 154 – 156
22. **ASHFIELD JE, NICKEL KR, SIEMENS DR** ,Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. J Urol 169 1106-1108, 2003
23. **VAN HOWE Roberts**, Circuncion and diseases revisited, Revista pediátrica Infections Disease Journal, Enero; 1998.
24. **ZAMPERI N, CORROPOLO M, CAMOGLIO FS, GIACOMELLO L, and OTTOLENGHI A.** Phimosis: stretching methods with or without application of topical steroids. J Pediatrics. 2005.
25. **CCOPA APAZA, Emmanuel ; PERALTA VIZCARRA Ayar:** Prepucio Fimótico Fisiológico y Patológico en el Hospital Goyeneche 2012-2014
26. **SINCHI ROCA G.** Frecuencia de Fimosis en la población pediátrica y eficacia del tratamiento médico en el servicio de Urología del Hospital Honorio Delgado Espinoza 2000-2009



ANEXOS

Anexo 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N°

Año: 2014 () 2015 ()

Edad:

HCL:

Fecha:

Lugar de Nacimiento:

Edad en la que se realizó el diagnóstico:

Servicio: UROLOGIA () PEDIATRIA ()

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Dificultad para retraer el prepucio completamente ()
- Dolor a la retracción del prepucio ()
- Formación de globo vesical ()

.....

Observaciones:

TRATAMIENTO:

- Ejercicios de retracción de prepucio SI() NO()
- Tratamiento médico () medicamento
empleado:.....
- Tratamiento quirúrgico: () Postectomía
() Prepucioplastia
() Liberación de Adherencias

() Otro:

.....

EVOLUCION:

- Éxito de tratamiento médico () (evolución favorable después de 4 sem)
- Abandono de tratamiento () (no regresa a control después de iniciar tto)
- Falla de tratamiento () (recibe tto mas de 4 semanas y termina en qx)

Observaciones:

DIAS DE HOSPITALIZACION:

- 1 a 3 días ()
- 4 a 7 días ()
- Mayor a 7 días ()

EN CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Complicación de tratamiento quirúrgico SI () NO ()

- Infección de herida operatoria ()
- Hemorragia ()
- Recidiva ()
- Otros:

Observaciones:



ANEXO 2
PROYECTO DE INVESTIGACION

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“FRECUENCIA, CLINICA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL
PREPUCIO FIMOTICO EN NIÑOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO 2014- 2015”**

Autor:

PAMELA ANGELA MENDOZA GUTIERREZ

Profesor y asesor:

Dr. Wilfredo Pino Chávez

Dr. Saulo Oviedo Zevallos

Para optar el Título Profesional Académico de:

Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2016

I. PREÁMBULO

El prepucio es la parte de la piel que recubre el glande. Al nacer, el recién nacido tiene un prepucio estrecho, adherente y largo con punta angosta que sobrepasa el extremo distal del glande y que en el 96% no se puede retraer, dificultando su observación. La dificultad para retraer el prepucio se llama fimosis, en el recién nacido es fisiológica y se debe a adherencias congénitas entre el prepucio y el glande, que en realidad son remanentes de tejido que normalmente sirven de puente entre estas dos regiones anatómicas. En el 90% de los casos estas adherencias habrán desaparecido lo suficiente hacia los 3 años para permitir la retracción del prepucio.

El término fimosis abarca distintas condiciones que van desde la presencia de un anillo fibroso hasta un prepucio asintomático, pero no retráctil. En este último caso se encuentran diferentes condiciones no obstructivas, como adherencias, sinequias o un prepucio estrecho.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia, clínica, tratamiento y complicaciones de prepucio fimótico en niños del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Determinar la frecuencia, clínica, tratamiento y complicaciones de prepucio fimótico en niños del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014 - 2015

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Urología
- Línea: Prepucio Fimótico

b) Análisis de Variables ojo este sirve para trabajo de campo

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
FRECUENCIA			
Lugar de nacimiento	Lugar de Atención del Parto	- Su casa - Hospital o Centro de Salud - Otros	Nominal
Edad	Años cumplidos según fecha de nacimiento	< 1 año 1 – 3 años	De razón

		4 – 6 años 7 – 10 años 11 – 15 años	
Control después del Nacimiento	Seguimiento del paciente por parte del pediatra	Ejercicios de retracción prepucial Derivación al especialista	Nominal
Momento del Diagnostico	Edad en la que se realizó el diagnostico	< 1 año 1 – 3 años > 3 años	Razón
Frecuencia	Número de casos por año	-En el 2014 -En el 2015	Numérica continua
CARACTERISTICAS CLINICAS			
Características Clínicas	Motivo por los que acude a consulta.	- Dificultad o imposibilidad de retracción del prepucio - Dolor - Globo Vesical	Nominal
TRATAMIENTO Y EVOLUCION			
Tipo de tratamiento	- Medico Ambulatorio - Quirúrgico	-Si / No - Postectomia -Prepucioplastia	Nominal

		-Liberación de Adherencias Balano-prepucial	
Evolución	Estado final del paciente al alta	-Curado -Mejorado - Complicaciones	Nominal
Estancia Hospitalaria	Tiempo de hospitalización para los pacientes quirúrgicos	-Hasta 3 días - 4 – 7 días - Mayor a 7 días	Numérica Continua
Complicación del tratamiento quirúrgico	Problemas presentados en los pacientes con tratamiento quirúrgico	-Infección de herida - Hemorragia - Hematoma	Nominal

Fuente y Elaboración: Propia

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia del Prepucio Fimótico en niños del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa 2014- 2015?
2. ¿Cuáles son las características clínicas que presentan los niños con el diagnóstico de prepucio fimótico en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa 2014- 2015?
3. ¿Cuál es el tratamiento y complicaciones de los niños con el diagnóstico de prepucio fimótico en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa 2014-2015?

d) **Tipo de investigación:**

El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo y transversal según Douglas Altman.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Es **trascendente**, porque es una patología infantil muy frecuente y los conocimientos sobre la frecuencia y cuadro clínico sean útiles, vigentes y adecuados a la realidad donde se llevará a cabo el estudio lo que permitirá tomar medidas en el seguimiento integral del niño primero por parte del médico pediatra y posteriormente por el especialista quien realizara el seguimiento del caso, evitando así diagnósticos tardíos que conlleven a futuras complicaciones.

Es de **relevancia práctica**, por la utilidad en la práctica clínica quirúrgica de la aplicación del conocimiento de las características del prepucio fimótico.

Es de **relevancia social**, porque la Fimosis ha sido muy conocida desde tiempos antiguos, habiendo mayor controversia desde el siglo XX por razones religiosas o simplemente profilácticas, las cuales conllevaron a la distorsión de la práctica médica. Debemos recordar que los principales protagonistas tanto en el éxito o fracaso de las indicaciones médicas son los padres, de ellos y de su adecuado conocimiento guiado por el profesional de salud depende mucho evitar complicaciones futuras que perjudiquen al paciente o dificulten el trabajo del especialista.

Es de **relevancia académica**, de manera especial en la identificación diagnóstica según el grupo etario para la aplicación terapéutica más adecuada,

con mejores resultados y sensibilizar a la población para lograr una adecuada promoción y prevención.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

III. MARCO CONCEPTUAL

Generalidades:

El prepucio¹:

Es el pliegue libre de piel que cubre el glande, en el caso del anillo prepucial es la abertura del espacio prepucial al exterior que en condiciones normales se elonga con facilidad para permitir la retracción del prepucio en forma manual o con la erección.

En la octava semana de gestación la piel cubre el cuerpo del pene y termina en la decimosexta semana cubriendo el glande, formando así el prepucio el cual se encuentra adherido a la superficie del glande, esta adherencia persiste durante toda la gestación de tal manera que en los recién nacidos el prepucio puede ser retraído sin producir disrupción de las adherencias naturales y no es completamente retráctil hasta varios años después del nacimiento.

En cuanto a la estructura del prepucio se puede dividir: en la cubierta cutánea, la túnica muscular y la túnica celulosa. La cubierta cutánea es notable en su finura, por su movilidad, glándulas sebáceas escasas y se encuentra desprovista de fibras musculares lisas. La túnica muscular en su cara profunda tiene fibras musculares lisas las cuales adoptan un aspecto plexiforme. La túnica celulosa está constituida por tejido celular laxo muy ricas en fibras y desprovistas de grasa, en su espesor discurren vasos y nervios superficiales. El esmegma es

¹ McAninch, Jack W; Lue, Tom F. Urología general. 18ª Ed. México: McGraw-Hill; 2014.
Dr. W. Armando Briz Lopez Publicado: 9/05/2009 Urologia

producido por las glándulas de Tysson que residen con preferencia en el fondo de cavidad prepucial.

En cuanto a las funciones del prepucio se puede mencionar la protección de la uretra terminal durante la gestación, así como durante el parto de los traumatismos a los que pueda estar expuestos, además ayuda a conservar la temperatura y humedad del glande, así como su lubricación durante la copulación. El prepucio es la parte de la piel que protege el glande y al meato uretral de las ulceraciones amoniacaes durante la época del pañal, por esto es innecesaria y desaconsejable la circuncisión en el recién nacido. Un argumento a favor de la circuncisión en edad neonatal es que el carcinoma de pene casi desconocido en pacientes circuncidados, mientras que un 40% a 60% de los hombres que lo padecen tienen fimosis, argumento que ha sido rebatido en varios estudios.

2.3 Prepucio fimótico²:

Es la estrechez prepucial que determina dificultad o incapacidad para retraer manualmente el prepucio por detrás del surco balano- prepucial y descubrir totalmente el glande.

En los fetos la diferenciación de los genitales se desarrolla durante las 9 y 13 semanas de edad gestacional. El glande se forma a partir del tubérculo genital, con un prepucio que se encuentra adherido a su superficie, y que persiste en los recién nacidos en quienes es imposible retraer el prepucio sin romper las adherencias naturales al glande, a esto se le llama fimosis fisiológicas.

El termino fimosis patológica se define como la imposibilidad de retraer el prepucio. Esto asociado a la formación de un anillo prepucial fibroso el cual en la mayoría de casos se atribuye a las repetidas retracciones forzadas y traumáticas de la delicada piel del prepucio durante los primeros años de vida, la precaria higiene del pene , la irritación crónica,

² McAninch, Jack W; Lue, Tom F. (2014). Urología general. (18ª Ed.). México: McGraw-Hill

infecciones repetidas y traumatismos del pene que ocurren en algunas oportunidades con la cremallera. Sin embargo en el estudio Gonzales en el instituto nacional de salud del niño menciona que la fimosis patológica es aquella en que habiendo podido retraer con anterioridad el prepucio no se puede volver a hacerlo, o cuando no se puede retraer el prepucio después de completada la pubertad.

También en el estudio realizado por Gonzales se da como concepto de fimosis fisiológica el proceso en el cual el prepucio no ha completado la separación normal de los epitelios de este y el glande (adherencias balano-prepuciales), que para algunos autores debe ocurrir antes de los tres a cinco años. La separación entre prepucio del glande se presenta después de un proceso natural debido a la acumulación del esmegma y a las erecciones espontáneas. Así al final del primer año de vida, la retracción del prepucio por detrás del surco del glande tan solo es posible en cerca del 50% de los niños, esta cifra asciende aproximadamente al 90% a los 3 años de edad, sin embargo en algunos casos este proceso de separación puede extenderse hasta la pubertad y adolescencia

Las adherencias balano-prepuciales impiden una retracción total del prepucio pero no debido a una estrechez real y como condición fisiológica la mayoría de veces no presenta complicaciones y no requiere tratamiento específico.

2.4 Clasificación del estado prepucial³:

En cuanto al estado prepucial existe una forma de establecerla, según la clasificación de Kayaba, la cual se realiza colocando a un niño en posición supina y el prepucio es suavemente retraído, evaluando el grado de retractibilidad de la siguiente forma:

³ Id.

Tipo I: leve retractilidad sin que se vea el glande;

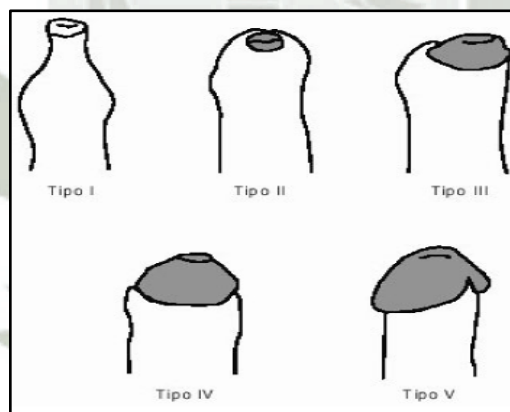
Tipo II: exposición del meato uretral con retracción ligeramente mayor del prepucio;

Tipo III (intermedio): con exposición del glande hasta la parte media de él, pero aún se observaban algunas adherencias en el resto del mismo;

Tipo IV: exposición del glande hasta la corona, pero aún se observaban adherencias en la misma y

Tipo V: cuando existía exposición fácil de todo el glande y el surco balano prepucial sin adherencias que siempre se encuentra en todos los tipos anteriores

Figura N° 1: Tipos de prepucio, según la clasificación de Kayaba y otros.



2.5 Manifestaciones Clínicas⁴:

En la clínica nos podemos guiar por lo siguiente:

⁴ Id.

- Dificultad o imposibilidad de retraer el prepucio manualmente con muestra de un anillo fimótico constrictor que estrecha la cabeza del glande, el cual es imprescindible para el diagnóstico de fimosis presentándose en todos los casos
- Abultamiento del prepucio al momento de la micción o alteración del chorro miccional.
- Dolor durante la retracción del prepucio, el cual se presenta al usar maniobras forzadas que generan dolor a la elongación del anillo fimótico y es secundario al proceso inflamatorio que pueda existir.

2.6 Diagnóstico Diferencial⁵:

- Fimosis neonatal, es siempre fisiológica.
- Adherencia balanoprepucial, es el rezago de la fusión de la piel de la cara interna del prepucio con el glande que ocurre en la vida intrauterina, ya que ambos epitelios son no queratinizados. La queratinización ocurre por acción de la testosterona y se completa al octavo mes de gestación.
- Parafimosis, es estrechez o anillo prepucial por detrás del glande que impide la retracción normal del prepucio.
- Balanitis xerotica obliterante: La balanitis o balanopostitis es un proceso inflamatorio infeccioso que afecta el prepucio (segmento de la piel del pene que recubre el glande) y el glande (cabeza del pene). El proceso es habitualmente generado por la acción de hongos o bacterias que se encuentran a nivel del prepucio. La inflamación que este proceso genera puede asociarse a dolor o irritación del glande o prepucio y picazón. La falta de tratamiento y la reiteración de episodios de balanitis pueden llevar en algunos casos al desarrollo de un proceso fibroso o cicatrizal del prepucio.

⁵ Id.

2.7 Complicaciones:

2.7.1 Balanitis⁶:

La balanitis se define como la inflamación del glande, a menudo con afectación prepucial, hablándose en este caso de balanopostitis. Aun siendo una entidad relativamente frecuente en niños pre púberes no circuncidados (alrededor de un 4 %), se encuentran muy pocas referencias en la bibliografía pediátrica. Aparte de la inflamación del prepucio o el glande por irritación local o traumatismo, la balanitis habitualmente se debe a una infección secundaria a higiene inadecuada facilitada por la dificultad para la retracción completa del prepucio. Lo más habitual es la presencia de una flora mixta inespecífica, pero cada vez se describen más casos muy sintomáticos y de instauración rápida debidos a infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA-Streptococcus pyogenes-), especialmente si hay afectación perianal o antecedente de infección oro faríngea reciente.

2.7.2 Parafimosis⁷:

La Parafimosis o la tumefacción dolorosa del prepucio distal es el estado en el que el prepucio, una vez retraído sobre el glande, no puede regresar a su posición normal. Hay un atrapamiento del glande por un anillo de constricción que progresivamente empeora por el edema. La Parafimosis es considerada una emergencia. Lo cual es importante diferenciar del concepto de fimosis que es un estado en el que el prepucio contraído no puede ser retraído sobre el glande. Se puede presentar en varones no circuncidados a cualquier edad, sea por manipulación genital, intento de aseo, balanitis, sonda Foley fija, descuido. En los niños muy pequeños la parafimosis a menudo se ve después de que el prepucio se redujo

⁶ Id.

⁷ Id.

traumáticamente durante un examen o a veces por el exceso de celo de algunos padres por la higiene.

2.7.3 Infecciones de Tracto Urinario⁸:

Diversos estudios demuestran que el prepucio fimótico es un factor determinante en los cuadros de ITUs de los lactantes, en cuanto a la prevalencia de ITUs en los circuncidados menores de 3 meses fue de un 2.4% y en los no circuncidados llegó al 20.7%, en el caso de la prevalencia de ITUs en los circuncidados de 6 a 12 meses fue de un 0.3% mientras que en los no circuncidados fue de un 7.3%, no se encontró mayor información sobre niños mayores por lo que las recomendaciones son buen aseo de la zona y proponer el tratamiento definitivo para evitar la recurrencias de ITUs especialmente en niños menores de 1 año.

2.8 Tratamiento:

2.8.1 Ejercicios de Retracción de Prepucio:

Puede ocurrir que la presión familiar en lograr una retractibilidad prepucial sea pertinaz. Seguramente debido a una información errónea recibida o por falta de información. En niños mayores de 4 años, la colocación diaria de una crema con betametasona 0.05%, puede acelerar el proceso de separación. Si el niño es muy reactivo a este procedimiento, no se justifica insistir y debe esperarse. Si la liberación de la fusión no se logra en 3 meses de aplicación de corticoides locales y si se insiste en la necesidad de retraer completamente el prepucio, es posible liberar las adherencias manualmente en forma no traumática y sólo en niños mayores de 4 años. Antes de realizarlo es necesario tener la certeza que el niño movilizará posteriormente su prepucio en forma diaria. Puede demandar varias semanas y la observación del prepucio materno, para lograr la aceptación del niño. Luego de una

⁸ Id.

explicación simple de lo que se va a realizar, se planea la colocación de una crema anestésica a base de Lidocaina 2,5% , una hora antes. La fusión se libera, “tal como retiramos suavemente la cascara de una uva” con la yema de los dedos. Si el área de fusión es pequeña, puede liberarse todo el glande de una vez. Si es mayor, es aconsejable hacerlo por partes, dejando entre las maniobras algunas semanas, durante las cuales recomendaremos que el niño movilice el prepucio para evitar la adherencia de lo ya liberado, antes de proseguir con el resto. Una crema con corticoides sobre el glande, disminuirá el ardor miccional que durará pocos días. Nunca debe liberarse la fusión prepucial en forma brusca, dolorosa e intempestiva y sin el consentimiento del niño. Cabe resaltar que este procedimiento es inadecuado en niños pequeños que no pueden comprender lo que se les está realizando y además, ellos son incapaces de retraer manualmente su prepucio, con lo que se creará un conflicto a sus padres. Hay niños de 7-8 años muy reactivos o aprehensivos, en los que no está indicado realizar la liberación de adherencias y en los que es preferible esperar hasta el inicio de la pubertad.

2.8.2 Tratamiento Médico⁹:

Las complicaciones quirúrgicas y los beneficios de mantener la piel prepucial, han permitido la investigación de otras modalidades de tratamiento de la fimosis. Una de estas alternativas terapéuticas es la aplicación de corticoesteroides mediante un masaje suave, no forzado, sobre el prepucio. La utilización de los corticoesteroides está basada en su efecto antiinflamatorio e inmunosupresivo y en el efecto de adelgazamiento de la piel.

⁹ Id.

1. Efecto antiinflamatorio e inmunosupresivo¹⁰: Por la producción de lipocortinas que inhiben la fosfolipasa A2, inhibiendo el proceso inflamatorio mediado por el ácido araquidónico, se inhibe la proliferación capilar y de fibroblastos, de esta forma disminuye el proceso de cicatrización.

2. Efecto de adelgazamiento de la piel¹¹: disminuye la producción de glucosaminoglicanos, fibras de colágeno y elastina.

Al respecto, la Sociedad Europea de Urología Pediátrica en sus guías de práctica clínica recomienda como tratamiento conservador de la fimosis primaria, la administración de un corticoide tópico (0,05-0,1%), dos veces al día por un período de 20 a 30 días. (Nivel de evidencia 1, Grado de Recomendación A). Además, aclaran que este tratamiento no tiene efectos secundarios y que el nivel sanguíneo de cortisol no se ve afectado. (Nivel de evidencia 1)

La aplicación tópica de esteroides ha sido reportada por autores europeos desde hace varios años y ha comenzado a aparecer en la literatura americana en los últimos años. A pesar de la resolución natural de la fimosis fisiológica, la tasa de resolución con el uso de betametasona supera la tasa mensual de resolución espontánea. La eficacia del tratamiento ha sido demostrada en diversos estudios controlados. Sin embargo, el esquema idóneo de aplicación del corticoesteroide aún no ha sido definido. Los esquemas y agentes terapéuticos utilizados han variado, al igual que sus resultados. Entre los corticoesteroides utilizados se encuentran el valerato de betametasona, el dipropionato de betametasona, el propionato de clobetasol y la triamcinolona; siendo el primero el más utilizado.

¹⁰ Id.

¹¹ Id.

2.8.3 Tratamiento Quirúrgico:

2.8.3.1 Circuncisión o Postectomia¹²:

Es la remoción quirúrgica total o parcial del prepucio del pene del neonato conocida como circuncisión neonatal es un procedimiento muy antiguo y con controversia intermitente sobre si debe practicarse de rutina o solo en condiciones especiales. Actualmente se considera que probablemente sea uno de los procedimientos quirúrgicos neonatales más frecuentes.

Indicaciones de circuncisión

1. Fimosis en niños a partir de 2 años
2. Parafimosis.
3. Balanitis o balanopostitis o prepucitis a repetición
- 4.- Uropatías obstructivas
- 5.- Requerimientos de cateterización en menores de 2 años.
- 6.- Reflujo Vesico Ureteral en tratamiento médico.
7. Infección del Tracto Urinario

El Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital HHA no recomienda la circuncisión neonatal, debido a que sus potenciales beneficios no son convincentes.

Contraindicaciones de circuncisión

1. Hipospadias.
2. Epispadias.
3. Fusión penoescrotal (pene palmeado).
4. Pene curvo sin Hipospadias.
5. Micropene.

¹² Id.

Complicaciones:

Basados en la información de dos estudios con buena evidencia, los riesgos de complicaciones por la circuncisión son entre 0.19 y 0.22%. El sangrado fue la complicación más frecuente (0.08 a 0.18%), seguido por la infección (0.06%) y daño al pene (0.04%). Un reporte israelita de circuncisiones por proveedores de ritual entrenados en ambientes no médicos, también reporta una baja incidencia de complicaciones (total: 0.34%, sangrado: 0.08% e infección: 0.01%). Las complicaciones tardías incluyen piel residual excesiva, remoción de piel excesiva, estenosis de meato, fimosis, y quistes de inclusión epitelial que también son poco frecuentes. La circuncisión en un bebé prematuro se asocia con un mayor riesgo de complicaciones tardías (mala estética, aumento del riesgo de pene atrapado, adherencias). También hay buena evidencia de que la circuncisión de un recién nacido que tiene una importante capa de grasa supra púbica o cincha pene escrotal tiene también riesgo más alto de complicaciones tardías. La presencia de adherencias después de la circuncisión tiende a ir desapareciendo 6 meses posteriores al procedimiento exceptuando las adherencias gruesas ("adherencias puente"). Se recomienda lisis para las adherencias gruesas.

La mayoría de estas complicaciones son tan infrecuentes que no son reportadas en la literatura. Los proveedores no capacitados crean más complicaciones que el personal entrenado independiente de si ellos son médicos, enfermeras o religiosos tradicionales. La realización de la circuncisión en ambiente hospitalario generalmente da menor número de complicaciones.

2.8.3.2 Prepucioplastia:

La operación de **prepucioplastia** también conocida como **Plastia de Prepucio**, es una intervención en la cual además de solucionar la **fimosis** se conserva el prepucio. Esta

cirugía menor produce un alivio duradero de la deformidad, es la solución más estética posible pero no siempre puede realizarse con garantías.

La operación se aconseja porque a menudo la fimosis es debida a la existencia de una banda de fibrosis localizada justo en el final del prepucio, lugar donde se realiza esta cirugía menor. El resultado obtenido tras la operación es de un aspecto normal, como un pene normal no circuncidado.

La operación se lleva a cabo usando tijeras finas, una incisión longitudinal se hace cortando en el extremo del prepucio estrechado, en la cara dorsal. Esto debe estar en la línea media, exactamente enfrente del rafe ventral, y se extiende lo suficiente para permitir una retracción completa y fácil. A continuación las capas internas y externas de la piel se suturan juntas transversalmente para producir el ensanchamiento permanente de la abertura.

2.8.3.3 Liberación de adherencias balanoprepuciales¹³:

Es un procedimiento quirúrgico ambulatorio en el cual se emplea un anestésico local después proceder a liberar al prepucio del glande con uso de un instrumento romo, también puede realizarse traccionando con fuerza con los dedos o con una pinza el prepucio y dejar expuesto el glande este procedimiento es sencillo y no requiere hospitalización.

IV. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 Autor: Sinchi Roca G.

Título: Frecuencia de Fimosis en la población pediátrica y eficacia del tratamiento médico en el servicio de Urología del Hospital Honorio Delgado Espinoza 2000-2009

¹³ Id.

Resumen:

Según la investigación del autor consigna que la población pediátrica que ha sido diagnosticada y tratada con tratamiento médico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, tuvo un éxito del (69%) en el empleo de la Betametasona como principal corticoesteroide , además resalta el abandono del tratamiento del (31%) restante con lo cual no podemos identificar de manera precisa si la tasa de éxito pudo haber sido mayor.

3.2 Autor: Ccopa Apaza, Emmanuel; Peralta Vizcarra Ayar

Título: Prepucio Fimótico Fisiológico y Patológico en el Hospital Goyeneche 2012-2014 Arequipa

Resumen:

La frecuencia de fimosis fisiológica fue de (48%) casos al año y de fimosis patológica fue de (23.6%) casos al año.

A nivel nacional

3.3 Autor: Mendoza N.

Título: Factores de riesgo de Fimosis Patológica pediátrica en el Hospital Central de la Policía, Lima- Peru 2004

Resumen:

Según el estudio realizado en el Hospital Central de la Policía, asocial el nivel cultural medio de dichos trabajadores en cuanto al desconocimiento de dicha patología y mencionan como principal factor de riesgo la falta de higiene de los pacientes pediátricos por parte de los padres y en cuanto a la edad de mayor aparición menciona de 2 a 3 años como frecuente seguida de 5 a 6 años , edad q fue la segunda en frecuencia.

3.4 Autor: Alfaro Zelada, José Miguel; Alfaro Ríos, Segundo José; Lázaro Rodríguez, Herminia.

Título: Tipos de Retracción de Prepucio en Niños en el Hospital Belén de Trujillo - Perú.

Resumen:

La retracción del prepucio aumenta a medida que aumenta la edad. Los tipos de retracción del prepucio I y II predominan en los recién nacidos y niños menores de 1 año de edad y los tipos IV y V predominan en los niños entre 11 y 15 años. Se debe considerar que no hay suficiente motivo para que los padres y/o el personal de salud realicen o indiquen la independización del prepucio del glande, sino hasta que ésta se realice espontáneamente. Así se evitarán las complicaciones físicas y psicológicas por estas prácticas innecesarias.

A nivel internacional

3.5 Autor: Parra Tello, Teresita; Hernández Ramos, María Isabel; Pérez Tapia, Sonia Mayra; Limón-Flores, Alberto Yairh

Título: “Estudio retrospectivo del efecto del furoato de mometasona al 0.1% en el tratamiento no quirúrgico de fimosis y adherencias prepuciales en niños mexicanos”

Resumen:

Como se reporta en la literatura, el uso de esteroides tópicos y, en este caso, el furoato de mometasona al 0.1% resuelve la fimosis y las adherencias en los niños, sin presentar efectos adversos. En este estudio, la eficacia del tratamiento fue de 97% al terminar el tratamiento y de 81% durante el seguimiento.

Como era de esperarse, el grado I de Kayaba, donde el prepucio es más fimótico, fue más frecuente en niños pequeños. En pocos estudios se han incluido niños menores de dos o tres años. Aunque parece controversial la inclusión de niños de 1 a 2 años en este estudio, se consideró importante liberar sinequias en estos pacientes, pues es difícil predecir la evolución de la fimosis. Además de facilitar la higiene, se disminuye la angustia de los padres y se evita, como en otros casos, la circuncisión.

Al comparar con otros estudios, encontramos tasas de éxito del tratamiento tópico de la fimosis desde 65.8 hasta 95% de los casos. Por otro lado, según el grado de fimosis encontramos en otros estudios que, para el grupo con el prepucio más cerrado que corresponde al grado I de Kayaba, el porcentaje de éxito con tratamiento tópico es de 58 a 60%, comparado con 73% en nuestros pacientes. Con respecto al grado II, la eficacia del tratamiento en otros estudios se reporta en 81%, muy similar al que reportamos en este estudio para dicho grado de retractilidad.

Como la muestra se eligió por conveniencia, los resultados de nuestro trabajo no son generalizables. Sin embargo, aunque la evidencia podría considerarse débil, creemos que es evidencia preliminar útil sobre lo que ocurre al aplicar el furoato de mometasona y realizar la sinequiotomía, de acuerdo con las condiciones de los pacientes que acuden a consulta. Otros factores que pueden mejorar en estudios posteriores son el control más estricto de los periodos de seguimiento y el tiempo de aplicación del medicamento; en nuestro caso fueron irregulares por el tipo de consulta. De cualquier forma, consideramos que aun así es importante analizar la experiencia y reportarla.

Después de la sinequiotomía o de la liberación del prepucio, la higiene y la retracción del prepucio apropiado juegan un papel importante para evitar recaídas. Se propone que todos los pediatras realicen una revisión minuciosa de la condición del prepucio, clasifiquen el grado de fimosis, sugieran medidas de higiene y ofrezcan otras opciones terapéuticas antes de optar por la circuncisión.

El tratamiento tópico evita las desventajas, como traumatismos y complicaciones potenciales de la cirugía, incluyendo los riesgos relacionados con la anestesia. El uso de esteroides tópicos como tratamiento primario parece estar justificado en los niños con fimosis. Además, como lo mencionan otros autores, este tratamiento reduce los costos.

Al igual que otros esteroides tópicos, el furoato de mometasona al 0.1% es una opción para el manejo de la fimosis y la liberación de adherencias en los pacientes pediátricos. Se trata de un procedimiento conservador, económico, no riesgoso y sencillo de realizar. El éxito dependerá del grado de fimosis, de la adhesión al tratamiento y de las medidas de higiene para evitar que el anillo fimótico reincida. Si el paciente recae se propone un segundo ciclo de tratamiento tópico antes de considerar la circuncisión.

3.5 Autor: Kayaba, Hiroyuki

Título: “Análisis de la forma y retracción del prepucio en 603 niños Japoneses”1996

Resumen:

La incidencia de un prepucio completamente retráctil aumento gradualmente de 0% a la edad de 6 meses al 62.9% a los 11-15 años, mientras que la de un anillo apretado

disminuyo con la edad 84.3% a 8.6% a las mismas edades. Nueve niños tenían balanopostitis pero ninguno tenía una infección urinaria sintomática.

La separación incompleta del prepucio es común y normal en recién nacidos y lactantes, y la separación prepucial avanza hasta la adolescencia, con el conocimiento de estos hallazgos será necesario eliminar la circuncisión en niños.

V. OBJETIVOS

General

1. Determinar la frecuencia, las características clínicas, terapéutica y complicaciones del Prepucio Fimótico en los niños del servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa 2014- 2015.

Específicos

2. Describir cual es la frecuencia del Prepucio Fimótico en los niños del Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa 2014-2015
3. Identificar cuáles son las características clínicas que con mayor frecuencia se presentan en los niños con el diagnóstico de Prepucio Fimótico en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa 2014-2015
4. Establecer cuál es el tratamiento y complicaciones de los niños con el diagnostico de Prepucio Fimótico en el Servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa 2014-2015.

2. Hipótesis

Debido a que se trata de un trabajo descriptivo no existe hipótesis

VI. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas:

La técnica del presente trabajo es observacional documental, la cual se hará efectiva a través de revisión de historias clínicas de los pacientes que figuraron con los diagnósticos de fimosis

Instrumentos:

El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación (encuestas)
- Material de escritorio
- Computadora personal con Sistema operativo Windows, SPS , Microsoft Excel
- Historias clínicas

3 Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** Hospital Regional Honorio Delgado

2.2. **Ubicación temporal:** 2014 – 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** Niños de 0 a 15 años con el diagnóstico de fimosis en el servicio de Urología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los periodos 2014 - 2015.

2.4. Población: Está constituida por los niños de 0 a 15 años del Servicio de Urología con el diagnóstico de Fimosis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo 2014-2015

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

Dónde:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 0.86

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 86.13 \approx 100 casos.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Totalidad de niños (0 a 15 años) que registren el diagnóstico de fimosis en su historia clínica

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con historias clínicas que tienen datos incompletos y/o con letra ilegible de las cuales no pueden extraerse los datos

4 Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Se solicitará autorización al Director y Jefe de archivos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa para poder acceder a la revisión de

historias clínicas desde el año 2014 al 2015

- Se seleccionarán las historias que cumplan criterios de inclusión y exclusión
- Se revisarán para extraer las variables de interés en la ficha de recolección de datos.
- Los datos obtenidos serán almacenados en una base de datos, para ser analizados posteriormente en el programa estadístico SPS y Microsoft Excel

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, tutor, asesor estadístico y población de estudio
- b) Materiales
 - Historias Clínicas
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programa SPS y Microsoft Excel
- c) Financieros
 - El presente estudio será solventado con recursos propios

3.3. Validación de los instrumentos

Se realizara la validación del estudio conjuntamente con el asesor y tutor para asegurar la claridad del instrumento y la valoración de todos los aspectos de calidad.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada historia clínica.

c) Plan de Codificación:

Se empleará estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central (promedio, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Las variables categóricas se presentarán como frecuencias absolutas y relativas.

VII. CRONOGRAMA

Actividades	Enero 2016				Febrero 2016				Marzo 2016			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Elaboración del plan de investigación												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01/01/2016

Fecha probable de término: 12/03/2016

VIII. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. **ALFARO ZELADA, José Miguel; ALFARO RÍOS, Segundo José; LÁZARO RODRÍGUEZ, Herminia** (Revista Peruana de Pediatría Publicación Oficial de la Sociedad Peruana de Pediatría). Tipos de Retracción de Prepucio en Niños en el Hospital Belén de Trujillo – Perú; 2014.
2. **ASHFIELD JE, NICKEL KR, SIEMENS DR** ,Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. J Urol 169 1106-1108, 2003.
3. **CAMPBELL-WALSH** Urology, 9 17.th ed. 2007 Saunders, Elsevier. Cap. 126, pag. 3746
4. **CARDONA, David**, Una alternativa en el manejo de la fimosis, Acta Pediátrica Costarricense volumen 13 n.1 San José; 1999.
5. **COLD CJ, TAYLOR JR.THE PREPUCE. BR J** Urology, 1991; 83, Suppl. 1: 34 – 44.
6. **GÓMEZ FA, ARANSAY BA, GARCÍA VA, LÓPEZ DM**. Patología urológica más frecuente en la infancia. Fimosis e hipospadias. Reflujo vesicoureteral. Pediatría Integral 2002; 6: 877 – 886.
7. **GONZÁLES MI, MEZA DM**. Retractilidad del prepucio en niños. Pediatrica 2007
8. **HOEKELMAN RA, FRIEDMAN SB, NELSON NM, SEIDEL HM**. Atención Primaria en Pediatría. 3º edición. Hart Court Brace Publishers International. España 1998: 1517

9. **IMAMURA E.** Phimosis of infants and young children in Japan. Acta Paediatr Jpn 1997;39(4):403-5.
10. **KAYABA H, TAMURA H, KITAJIMA S, FUJIWARA Y, KATO T, KATO T.** Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. J Urol 1996; 156(5): 1813-5
11. **KLIEGMAN, Nelson,** Textbook of Pediatrics, 11.18th ed. 2007 Saunder, Elsevier. Cap. 544.
12. **McAninch, Jack W; Lue, Tom F.** Urología general. 18^a Ed. México: McGraw-Hill; 2014.
13. **MORALES CJ, GONZÁLEZ FP, MORALES AA, CORDIÉS JE, GUERRA RM Y MORA CB.** Fimosis. ¿Son necesarias la circuncisión o dilatación forzada? Revista Cubana de Pediatría 2001; 73: 206 – 11.
14. **PARRA TELLO, Teresita; HERNÁNDEZ RAMOS, María Isabel; PÉREZ TAPIA, Sonia Mayra; LIMÓN-FLORES, Alberto Yairh.** Estudio retrospectivo del efecto del furoato de mometasona al 0.1% en el tratamiento no quirúrgico de fimosis y adherencias prepuciales en niños mexicanos; 2012.
15. **SORIANO BH, O'RYAN GM, TORRES PJ, FANTA NE, MUÑOZ MA Y SORIANO PH.** Evolución natural del prepucio. Rev. Chil. Pediatr. 1987. 58(2): 154 – 156
16. **VAN HOWE Roberts,** Circuncion and dieases revisited, Revista pediátrics Infections Disease Journal, Enero; 1998.
17. **BRIZ LOPEZ Armando,**Fimosis Fisiologica Circuncision, Mayo;2009

INFORMATOGRAFIA:

18. “Estudio retrospectivo del efecto del furoato de mometasona al 0.1% en el tratamiento no quirúrgico de fimosis y adherencias prepuciales en niños mexicanos” 2012. Obtenido 12 de Enero del 2016
Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100004
19. Tipos de Retracción de Prepucio en Niños en el Hospital Belén de Trujillo - Perú 2014. Obtenido el 12 de Enero del 2016
Sitio web: http://www.pediatriaperu.org/files/Revista_SPP_-_2014_-_N_2.PDF#page=28
20. Guidelines on paediatric urology. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology, European Society for Paediatric Urology; 2009. Obtenido el 14 de Enero del 2016
Sitio web: www.guideline.gov. Wein: Campbe
21. Child Trend Databank. Trends in circumcision among newborns. 2011 Obtenido el 14 de Enero del 2016
Sitio web:
<http://www.childtrendsdatabank.org/indicators/85MaleCircumcision.cfm>

Anexo 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N°

Año: 2014 () 2015 ()

Edad:

HCL:

Fecha:

Lugar de Nacimiento:

Edad en la que se realizó el diagnóstico:

Servicio: UROLOGIA () PEDIATRIA ()

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Dificultad para retraer el prepucio completamente ()
- Dolor a la retracción del prepucio ()
- Formación de globo vesical ()

-

Observaciones:

TRATAMIENTO:

- Ejercicios de retracción de prepucio SI () NO ()
- Tratamiento médico () medicamento
empleado:.....
- Tratamiento quirúrgico: () Postectomia
() Prepucioplastia
() Liberacion de Adherencias

Otro:

