

HIPOFIBRINOGENEMIA, ENFERMEDAD RARA, IMPACTO DEL INGRESO DOMICILIARIO EN SU SEGUIMIENTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Porro Cruz, Galia Rafaela¹
Zayas Puig, Sergio Enrique²
Serrano López, Dafne Claudia³

¹ Policlínico Docente 3 “Dr. René Vallejo Ortíz”, Manzanillo, Cuba, galiapc71@infomed.sld.cu

² Policlínico Docente 3 “Dr. René Vallejo Ortíz”, Manzanillo, Cuba, sergiozayaspuig@gmail.com

³ Policlínico Docente 3 “Dr. René Vallejo Ortíz”, Manzanillo, Cuba, dafneclaudia35@gmail.com

Resumen

Introducción: La hipofibrinogenemia es una anomalía cuantitativa de transmisión recesiva o dominante; su diagnóstico se basa en la prolongación de la tromboplastina parcial, el tiempo de protrombina y el tiempo de trombina. El objetivo de la investigación es presentar el único caso del municipio Manzanillo.

Presentación del caso: Se trata de un paciente masculino de nueve meses de edad, residente en el edificio 14, apartamento A7 del reparto Nuevo Manzanillo, con antecedentes patológicos personales de hipofibrinogenemia.

Discusión: La hipofibrinogenemia es un trastorno raro, su prevalencia es de 1/1 000 000 de personas en el mundo. En los pacientes con trastornos hemorrágicos es importante conservar una buena salud integral para reducir la necesidad de intervenciones y cirugías que puedan complicarse por los sangrados prolongados.

Conclusiones: El manejo convencional de la enfermedad es multidisciplinario e institucional, los resultados de nuestro trabajo demuestran que el seguimiento también puede realizarse en el área de salud, haciendo uso del ingreso domiciliario; el EBS puede realizar el seguimiento de estos pacientes, contribuye a incrementar su calidad de vida, analizado con un enfoque biopsicosocial, minimiza riesgos de infección secundaria, disminuye los costos, al comparar los gastos generados en una sala de cuidados intensivos pediátricos, permite al paciente y su familia interactuar en su propio entorno social, estrechar vínculos, libera al medio ambiente de desechos peligrosos y nocivos, favorece el crecimiento personal y profesional de nuestros médicos y enfermeras, con un objetivo común: incrementar el estado de salud y calidad de vida de nuestra población.

Palabras clave: hipofibrinogenemia, ingreso domiciliario, costos.

I. INTRODUCCIÓN

El fibrinógeno es una glicoproteína circulante con un alto peso molecular, sintetizada principalmente en el hígado y que tiene funciones biológicas fundamentales como la hemostasia y la reacción inflamatoria. Es reconocido como un componente fundamental en el estadio final de la cascada de la coagulación en respuesta a una injuria vascular o tisular, y que sirve como sustrato cuando, por la acción de la trombina, produce fragmentos solubles de fibrina, que son los principales componentes del trombo hemostático. Es considerado un marcador sistémico de la fase aguda, pudiendo aumentar su síntesis hepática cuatro veces en presencia de inflamación e infección; también ha sido fuertemente correlacionado con la enfermedad aterosclerótica¹.

Los déficits de fibrinógeno son trastornos de la coagulación que son caracterizados por hemorragias leves o graves. La hipofibrinogenemia (concentración reducida del fibrinógeno) es una anomalía cuantitativa de transmisión recesiva o dominante; su diagnóstico se basa en la prolongación de la tromboplastina parcial, el tiempo de protrombina y el tiempo de trombina. Su incidencia es de 1/1 000 000 y afecta ambos sexos.

El déficit de fibrinógeno puede descubrirse a cualquier edad. Las manifestaciones típicas de la hipofibrinogenemia incluyen: sangrado del cordón umbilical, epistaxis, hemartrosis, sangrado gastrointestinal, menorragia, sangrados traumáticos y quirúrgicos y, raramente, hemorragia intracraneal. Además se caracteriza por episodios hemorrágicos leves después de un trauma o cirugía².

Los déficits congénitos de fibrinógeno están causados por mutaciones en los genes FGA, FGB o FGG. La hipofibrinogenemia tiene una transmisión autosómica dominante².

El diagnóstico se basa en la prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa), del tiempo de protrombina (TP), del tiempo de trombina y reptilasa y del nivel de fibrinógeno, medido por métodos funcionales (Clauss) e inmunológicos.²

El diagnóstico diferencial incluye otros déficits de factores de coagulación (factores II, V, VII, X, XI, VIII, IX y XIII) y el déficit adquirido de fibrinógeno (coagulopatía de consumo, insuficiencia hepática). En caso de trombosis, el diagnóstico diferencial también incluye la trombofilia adquirida o congénita (déficit de antitrombina, déficit de proteína C o proteína S, mutación del factor V Leiden, anticoagulante lúpico y la mutación FII Leiden).

Para el tratamiento de las hemorragias se utilizan normalmente concentrados de fibrinógeno. El plasma fresco congelado se utiliza cuando los concentrados de fibrinógeno no están disponibles.

Debido a la rareza de la enfermedad y las dificultades con su tratamiento quienes la padecen sobre todo en la edad pediátrica requieren de internamiento institucional prolongado. Se presenta el caso de un paciente con hipofibrinogenemia, al cual se le realizó una buena parte de su seguimiento en el área de salud, desde el escenario del Consultorio Médico de la Familia, haciendo uso de unos de sus fundamentales instrumentos: el ingreso domiciliario.

El desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Cuba ha sido considerable desde la constitución del Sistema Nacional de Salud. La creación de un médico y enfermera diferente y un nuevo especialista con el fin de alcanzar nuevos niveles de

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2021
“Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

salud, se materializa con el Médico y la Enfermera de la Familia, quienes son los máximos responsables de la salud de los individuos, la familia y la comunidad. ^(1,2)

Con la creación de los consultorios médicos, el ingreso en el hogar constituye una de las principales acciones médicas a desarrollar, representando un verdadero logro de este Subsistema por todas las ventajas que reporta. El ingreso en el hogar se conceptualiza como la atención médica domiciliaria y continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad, pero que no conlleve necesariamente internamiento hospitalario, aunque sí encamamiento, aislamiento o reposo ^(3,4).

La atención hospitalaria a la población constituye una de las formas más importantes de la asistencia médica, no solo por su complejidad, sino por ser la forma más costosa de los tipos de atención. En Cuba este tipo de atención consume el 61.9% del presupuesto total asignado por el Estado a la salud ⁽⁴⁾.

El ingreso en el hogar es la principal herramienta del binomio médico-enfermera y profesores del Grupo Básico de Trabajo (GBT) para garantizar la atención integral al paciente y a la familia, logrando una satisfacción plena de la población y verdadera competencia y desempeño de los profesionales. Estas razones y ventajas tanto humanas, profesionales, económicas, sociales, medio ambientales y materiales que proporciona el ingreso domiciliario, nos ha motivado a la realización de esta investigación.

II. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de nueve meses de edad con historia de hipofibrinogenemia que comenzó a los dos meses de nacido, el día 25 de febrero del 2020 es llevado por su mamá al servicio de cuerpo de guardia del hospital pediátrico Hermanos Cordové, ya que el niño tenía un aumento de volumen en hemiabdomen derecho desde el día anterior, al exámen físico se corrobora aumento de volumen en abdomen, difuso, coloración violácea, no se encontraron otros datos positivos al exámen físico, bioparámetros normales, se indican exámenes complementarios de emergencia, los cuales informaron: hemoglobina (hb) 99 GXL, leucocitos $11.8 \times 10^6 \times l$, neutrófilos 004, linfocitos 077, coagulograma ts 4min, plaquetas $284 \times 10^9 \times l$, ultrasonido abdominal (us) que constata hepatomegalia a expensas del lóbulo izquierdo, abundante liquido libre en cavidad abdominal, a predominio de hipogastrio, volumen de 44 cm^3 , a nivel de la pared abdominal constatan plano muscular engrosado que mide 29 mm, de aspecto heterogéneo con pérdida del patrón fibrilar en posible relación con hematoma a nivel del musculo recto abdominal derecho, se interpreta inicialmente como un trauma abdominal cerrado, posible hemoperitoneo por fisura hepática y anemia moderada. Se decidió ingreso urgente en terapia intensiva, a la 0100pm se transfunde con 68 ml de glóbulos B positivo, prueba de aglutinación negativa, prueba cruzada compatible, prueba biológica en la normalidad, luego de la hemoterapia se valora por el servicio de cirugía corroborando la posibilidad de trauma abdominal cerrado teniendo en cuenta la anemia y la presencia de liquido intraperitoneal, constata además el hematoma de la pared a nivel de la región lateral derecha del abdomen, no signos de sepsis, no signos de respuesta inflamatoria sistémica; se recibe coagulograma evolutivo que informa coágulo retráctil, tiempo de sangramiento (ts) 1 minuto, tiempo de coagulación (tc) 8 minutos, plaquetas $204 \times 10^9 \times l$, se indican medidas generales en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), tratamiento con Fluidoterapia, antibioticoterapia: Rocephyn (bbo 1g), transfusión de glóbulos rojos, más tarde se recibe resultado de la lámina periférica que informó normocromía, anisomicrocitosis, cliptositosis, leucocitosis a predominio linfocitario, 10% de células linfomonocitarias, plaquetas normales, ionograma y gasometría normales, hemograma post transfusional: hb 83 gxl, hto 027% leucos $9.6 \times 10^6 \times l$, PCR negativo, eritrosedimentación 3 mm, se valora por médico que sugiere realizar una tomografía axial computarizada(TAC) para descartar trauma

intrabdominal, sin desestimar la posibilidad de hemofilia o síndrome de van willebrand, indica nuevos exámenes.

Al realizar la TAC el día 26.02.20 constatan el hígado aumentado de tamaño de forma global, sin lesión focal, contornos regulares, densidad normal, textura homogénea, vesícula y vías biliares intrahepáticas normales, Bazo de tamaño y densidad normal sin lesión focal, páncreas normal, riñones normales, músculos sin alteración, vejiga normal, abundante líquido libre en cavidad abdominal, reacción pleural bilateral, lesiones inflamatorias en segmento basal posterior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, a nivel de la pared constatan imagen hipodensa en plano muscular que se extiende desde el hipocondrio derecho hasta la cresta ilíaca, hasta la fosa lumbar con hematoma de la pared.

Se decide en colectivo valorarlo una vez más por el servicio de Hematología, se realiza Fibrinógeno que informa menos de 135_75% demostrando una hipofibrinogenemia, decidiendo iniciar tratamiento con crioprecipitados 0.75 unidades x kg de peso, vigilancia estricta y pronóstico reservado, el **6 de marzo** se valora nuevamente en colectivo se indican complementario se recibe hb normal y fibrinógeno normal cerrando los diagnósticos de anemia moderada multicarencial e hipofibrinogenemia, se suspenden crioprecipitados y se indica si sangramiento agudo activo ácido tranexámico a razón de 10 mg x kg endovenosos y vía oral 25 mg x kg, correspondiendo 1.8 ml cada 8 h via oral, se mantiene reportado grave y pronóstico reservado, luego el **11.03.20** se reciben nuevos complementarios: hb 8.4 gxl, linfocitosis 0.60, coagulograma ts 2,5 min, tc 9 min plaquetas $16 \times 10^9 \times l$ (trombocitopenia severa) fibrinógeno control 1.35 gx l y del niño 0.75 g x l muy disminuido, mejoría ultrasonográfica evolutiva, se reinicia tratamiento con crioprecipitados, se discute en colectivo una vez más y se decide previa coordinación su traslado para mejor estudio al hospital pediátrico William Soler, el cual se ejecuta el día 16.3.20 allí se confirma el diagnóstico de hipofibrinogenemia, trombocitopenia, y anemia carencial, manteniendo iguales indicaciones terapéuticas.

A. Evolución

Se realiza una nueva discusión en colectivo el día 25.3.20, decidiendo nuevas indicaciones médicas: hemoderivados, concentrado de plaquetas unidad endovenosa (ev) ahora a durar 1h, previa medicación 30 minutos antes con: Dipirona (amp. 600mg. 2cc) 3 décimas (dc) diluidas en 5 cc de Dextrosa 5% ev lento, Hidrocortisona (bbo 100 mg en 2cc) 7 dc diluidas en 5 cc Dextrosa 5% ev, Difenhidramina (amp. 20 mg 2 cc)9 dc en 5 de Dextrosa 5% ev. Seis horas después concluido el tratamiento antes descrito se reciben complementarios hb y plaquetas con resultados que indicaban una mejoría evolutiva evidente.

Se rediscute en mayo nuevamente, se mantienen iguales diagnósticos y tratamiento con antibióticos, esteroides del tipo Prednisona /tab. 5 mg), en dosis de 1 a 2 mg x kg, Fumarato ferroso suspensión oral en dosis de 3 mg x kg, Ácido fólico (tab.1 mg) 1 tableta diaria y multivitaminas; tratamiento que

se mantiene teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica de nuestro paciente, el 02 de septiembre ante incremento del número de casos a ingresar en la UCIP, el estado de compensación del paciente y previa discusión con la Pediatra de Grupo Básico de Trabajo (GBT) y el Equipo Básico de Salud (EBS) se decide dar alta, iniciándose de ese mismo el ingreso domiciliario como una herramienta de impacto multifactorial en la atención primaria de salud (APS), desde el escenario del consultorio médico de la familia (CMF), permitiéndole al EBS ser protagonistas en el seguimiento aún más esmerado ante un paciente con una enfermedad rara, que una vez estabilizado puede seguirse en su área de salud, recibiendo en su domicilio todos los cuidados necesarios para incrementar su calidad de vida, en un medio inocuo, sin riesgos de contraer infecciones nosocomiales u otras entidades propias de las instituciones cerradas, estrecha los vínculos de la familia con los profesionales del GBT y otros de la entidad, fomenta el autoestudio y favorece el crecimiento de los profesionales.

III.DISCUSIÓN

La hipofibrinogenemia es un trastorno raro, ya que su prevalencia es de 1/1 000 000 de personas en el mundo; por tal motivo, es escasa su información en el manejo estomatológico. En los pacientes con trastornos hemorrágicos es muy importante conservar una buena salud oral con el objetivo de reducir la necesidad de intervenciones y cirugías que pueden complicarse por los sangrados prolongados; por ejemplo, una extracción o una endodoncia pueden provocar hemorragias en este tipo de pacientes, por lo tanto, una buena higiene bucal es indispensable para evitar lesiones cariosas y enfermedades periodontales.

Con base en los criterios clínicos para el uso de los componentes sanguíneos del banco de sangre del Instituto nacional de Pediatría (InP), para la aplicación de crioprecipitados en los niños, se recomienda una dosis de 1 U (bolsa) por 10 kg de peso, con una frecuencia de aplicación de dos veces por semana, ya que la vida media del fibrinógeno es de tres a seis días, como en el caso de la disfibrinogenemia;⁴ sin embargo, se deberá valorar la frecuencia de administración para cada caso en particular

La investigación de un trastorno hemorrágico requiere de un estudio clínico y de laboratorio muy cuidadoso. La historia clínica constituye el soporte más importante para el diagnóstico de las enfermedades, donde se registran los antecedentes familiares y personales de hemorragia, uso de drogas, deficiencias nutritivas, etcétera, así como el comienzo de la hemorragia, su naturaleza, localización y si es espontánea o provocada.⁷

Se requiere también contar con el expediente clínico completo del paciente, ya que es indispensable para la planeación del tratamiento. La rehabilitación bajo anestesia general está indicada sólo para aquellas personas que no se puedan tratar en un sillón dental, como son los pacientes médicamente comprometidos con problemas de distinta índole (alteraciones cardíacas congénitas, discrasias sanguíneas, alergia a anestésicos locales, insuficiencia hepática y renal severa, epilepsia incontrolable, etcétera), en donde es peligroso su tratamiento dental.⁸

En los últimos años la atención primaria ha alcanzado la posición más relevante en nuestro sistema de salud, justificado en que es en la comunidad donde ocurren la mayor parte de los eventos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general.¹

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2020
“Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

No obstante existen insatisfacciones en la población determinadas por varios factores como son: el fraccionamiento en la atención ocasionada por el desarrollo de un número mayor de especialidades y subespecialidades y la falta de continuidad en la atención, la cual se rompe frecuentemente cuando el paciente es remitido a otro especialista o cuando ingresa en un hospital, lo que unido al cambio en el perfil epidemiológico del país con un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles y un envejecimiento de la población,² hace necesario el desarrollo de la atención ambulatoria igual que en el resto del mundo, redundando en un mejor costo—beneficio.^{3,4}

El ingreso en el hogar es una de estas formas de atención ambulatoria, constituyendo una de las estrategias de impacto seguidas por la atención primaria en el país. (República de Cuba, Ministerio de Salud Pública. Balance anual del MINSAP 1995. Indicaciones generales del MINSAP para 1996. II Reunión Metodológica Nacional de directores municipales y otros dirigentes del S.N.S.I. Reunión de directores de hospitales. Ciudad de La Habana: EXPOCUBA, 1996). (República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. II Reunión Metodológica Nacional de Enfermería, 24-26 Abril:1997. Villa Clara:S.N,1997). Esto nos motivó a realizar un trabajo de revisión actualizado sobre las ventajas que esta forma de atención ofrece al individuo, la familia, el profesional de salud y al estado, y que pueda servir de marco teórico para estimular la realización de investigaciones para su desarrollo.

Definición de ingreso en el hogar:

Atención médica y de enfermería en el hogar a pacientes que necesiten ingreso con cuidados y seguimiento continuo cuya patología implica encamamiento, aislamiento o reposo, pero no necesariamente en un medio hospitalario.

Ventajas del ingreso en el hogar:

1. Altera sólo en grado mínimo el modo de vida del paciente: El paciente permanece en su hogar, lo cual constituye un atractivo muy grande para él ya que no pierde el control del hogar, y no tiene que separarse de sus seres queridos, estando libres de las rutinarias reglas y restricciones de los hospitales, así como se altera en grado mínimo la dinámica de la vida diaria del resto de los familiares. Esto es particularmente importante en los pacientes con enfermedades en estadios terminales y enfermedades crónicas no transmisibles, que habitualmente requieren largas estadías hospitalarias.⁷⁻¹²
2. El paciente recibe una atención más individual: El enfermo se convierte en foco de atención, para el equipo de salud, la familia y la comunidad no siendo uno de los muchos tipos de pacientes de un hospital. El individuo no sólo siente que recibe más atención, sino que ésta es más personal. Esto hace que se refuerce la relación médico-paciente.^{2,5-7,8,11}
3. Se logra una atención más integral del enfermo: Al no separar el enfermo de su entorno familiar y comunitario es más fácil verlo como una entidad biopsicosocial. Muchas veces el médico del hospital ve limitada sus posibilidades diagnósticas, terapéutica y de rehabilitación porque no conoce realmente el modo y estilo de vida del paciente, su conducta habitual.^{2,5-7,13}
4. La ansiedad del paciente se atenúa: Al no mezclarse con otros pacientes obviamente en muchas ocasiones más enfermos y desvalidos, el estar en el seno de su familia y estar rodeado de personas conocidas tiene un efecto alentador y beneficioso.^{2,7,8}
5. Los costos de la atención se reducen tanto para la familia como para el estado: Al estar el enfermo en su hogar, está al tanto de la economía familiar, así como no es necesario en muchas ocasiones que los familiares dejen de trabajar para cuidarlo, pues un vecino u otro familiar que no podía cuidarlo en el hospital puede cooperar, y para algunas familias es más económico buscar ayuda pagada, que los gastos que le ocasiona el ingreso hospitalario en transporte, alimentos y abandono de su puesto de trabajo, etc. Por otro lado los gastos en alojamiento,

- alimentos, medicamentos y transporte los garantiza en la mayor parte la familia, disminuyendo los costos para el estado.^{3,8,10,11,14,15}
6. Hay menor riesgo de infección hospitalaria: Muchos pacientes bien informados reconocen la posibilidad (aún remota) de adquirir una infección si ingresan a un hospital y agradecen poder evitar aun este pequeño riesgo.^{7,8,10,16}
 7. El médico conserva el control sobre el paciente: Muchos médicos, están decepcionados del papeleo burocrático de los hospitales, demoras en el ingreso de pacientes, autorizaciones prolongadas y en ocasiones redundantes para él mismo, el número cada vez mayor de miembros del personal que desea participar en la atención de los enfermos (y en las decisiones al respecto) y las múltiples normas que se le imponen. Puede haber tantas personas con grados variables de entrenamiento, especialización y eficacia alrededor del paciente hospitalizado, que el médico pierde su control sobre él. Estos profesionales ven en la hospitalización en el hogar un medio para brindar atención más eficiente y eficaz a sus enfermos, de manera directa y adecuada.^{2,5-8}
 8. Permite la realización de un diagnóstico relacional: Los problemas familiares repercuten en el cuadro clínico, en el cual actúan como factores predisponentes, desencadenantes o ambos a la vez.¹⁷⁻¹⁹ Existiendo un consenso en la mayoría de los terapeutas dedicados a la clínica, sobre la vinculación y complementariedad entre entidad individual y grupal, elemento que tienen en cuenta nuestros médicos de familia, día tras día, aunque lo hagan en ocasiones de forma empírica.¹⁹
 9. Permite la utilización de la terapia familiar como verdadera arma complementaria y en ocasiones de primera línea en el abordaje clínico-terapéutico de cualquier paciente: el trabajo con la familia brinda una ayuda formidable en la solución de múltiples problemas de salud individual y colectivos ya que como referimos los problemas familiares repercuten en el cuadro clínico.^{2,17-19,20}
 10. Utilización más racional de las camas y recursos hospitalarios: Muchas veces las camas del hospital son ocupadas por pacientes que requieren estudio, reposo, aislamiento o encamamiento pero no imprescindiblemente en un medio hospitalario encareciendo la atención médica para la familia y el estado.^{7,10,14,16,21-23}
 11. Promueve la participación de la familia, la comunidad y la sociedad en la atención y/o recuperación del enfermo, convirtiéndose en un elemento importante en la prevención y promoción de salud: Al promover la participación familiar, social y comunitaria, se estimulan estos factores a reconocer los elementos de riesgo o daños a la salud que los afectan y a tratar de preservar o mejorar los aspectos positivos de su salud. (Carta de Ottawa para la promoción de la salud. "Una conferencia internacional sobre al promoción de salud" 17-21 de noviembre 1986. Ottawa (Ontario)Canadá.^{2,5-7,24,25}
 12. Estimula una relación médico-paciente en términos horizontales: Ya no es el médico quien toma la mayoría de las decisiones de carácter diagnóstico y terapéutico, sino que ambos el médico y el paciente con su familia tienen sus responsabilidades, destacando especialmente el papel del paciente y su familia en la identificación, estudio y resolución de sus problemas, lo que es particularmente importante en el grupo de las enfermedades crónicas y los pacientes en estadios terminales de neoplasia y otros.^{2,13,24,26}
 13. Contribuye a reivindicar la profesionalidad médica: El médico de familia cumple con muchas actividades administrativas, sociales y se compenetra tanto con la comunidad, que en ocasiones

ésta lo aparta un poco de la imagen del profesional, pero con la gran profesionalidad que debe asumir con los pacientes ingresados en el hogar y su actividad de líder de las acciones, esta imagen se refuerza.^{5-7,13,27}

14. Estimula el desarrollo profesional y el accionar independiente de la enfermera: En el ingreso en el hogar la enfermera no sólo se limita a cumplir orientaciones médicas, sino que tiene que tomar decisiones, realizar el proceso de atención de enfermería y educar a la familia entre otras acciones de promoción y prevención de salud, lo cual requiere una gran profesionalidad y superación constante.^{5-7,26,28}
15. Puede constituir una experiencia insustituible para la docencia en el pre y postgrado: Esto se logra ya que permite el abordaje del paciente en su medio de forma continua y directa y el análisis de sus aspectos somáticos y psicológicos con sus matices en su medio familiar.^{27,29,30}

Al analizar los costos que genera el ingreso de un infante en el servicio de cuidados intensivos de un hospital pediátrico constatamos cuán elevados son los mismos al evaluar integralmente los gastos en salario, vestuario, alimentación, medicamentos, material gastable, entre otros; de igual modo se evidencia una considerable disminución de estos costos al utilizar la modalidad del ingreso domiciliario, en aquellos casos que el estado de salud del paciente lo permite, tal y como sucede con el caso que les presentamos.

El Coronavirus es altamente letal, independientemente de la edad, raza o clase social; las comorbilidades son determinantes en el momento de desencadenarse cuadros graves. La pesquisa activa tiene un impacto positivo, permitiendo actuar con prontitud y oportunidad, con la consiguiente disminución de los índices de morbimortalidad. Se considera destacar la importancia del ingreso domiciliario, como eficaz instrumento de la atención primaria de salud, desde el escenario del CMF.

IV. Conclusiones

Debido a la rareza de la enfermedad y las complicaciones que pueden aparecer, el manejo convencional de la misma es multidisciplinario e institucional, no obstante los resultados de nuestro trabajo demuestran que el seguimiento también puede realizarse en el área de salud, desde el escenario del CMF, haciendo uso un instrumento altamente eficaz de la APS: el ingreso domiciliario; el EBS también puede realizar el correcto seguimiento de los pacientes que poseen esta entidad, contribuye a incrementar su calidad de vida, analizado con un enfoque biopsicosocial, minimiza los riesgos de infección secundaria, disminuye con creces los costos al compararlo con los gastos generados en una sala de cuidados intensivos pediátricos de un hospital, permite al paciente y su familia interactuar en su propio entorno social, estrechar vínculos, libera al medio ambiente de desechos peligrosos y nocivos para el planeta, favorece el crecimiento personal y profesional de nuestros médicos y enfermeras, los hace mejores seres humanos y prestadores de servicios con calidad y rumbo a la excelencia en los servicios de salud y con un objetivo común y beneficioso para todos: incrementar el estado de salud y calidad de vida de nuestra población.

REFERENCIAS

1. Toros XH, Castellanos R, Fernández-Brito JE. Fibrinógeno y riesgo trombótico cardiovascular: algunas reflexiones, [citado 20 sept 2020] Rev Cubana InvestBiomed, 2005; 24 (3): 1.
2. WorldFederation of Hemophilia. ¿Qué son las deficiencias poco comunes de factores de la coagulación? [Internet]. Montréal (Québec): World Federation of Hemophilia; 2009: 1-29. [citado 20 sept 2020] Disponible en: <http://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1338.pdf>
3. Barba EJR. Transfusión de sangre y sus componentes: riesgos, beneficios e indicaciones, [citado 20 sept 2020]
4. RevMex Patol Clin, 2004; 51 (2): 97-118.
5. Instituto Nacional de Pediatría. Banco de Sangre. Criterios clínicos para el uso de los componentes sanguíneos [Internet]. México: INP; 2007: 1-26. [citado 20 sept 2020] Disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/banco_sangre.pdf
6. Álvarez Sintés, R: Temas de Medicina General Integral. La Habana; Ed. Ciencias Medicas, 2001. [Links]
7. Sánchez Santos, Leonardo: introducción de la medicina integral. Ciudad de la Habana, Ed. [citado 20 sept 2020] Ciencias medicas, 2001. [Links]
8. . República de Cuba. MINSAP. [citado 20 sept 2020] Carpeta Metodológica 2001. [Links]
9. García A, Barroso I, Rodríguez A, Pol DV, Van der Stuyft P, Bonet M. Costos directos del ingreso en el hogar en Cuba. [citado 20 sept 2020] Rev Cubana Salud Pública. 2008;34(1):21-4.
10. La vigilancia en salud al nivel de la atención primaria (editorial) [citado 26 sept 2020] Rev Cubana Med Gen Integ 1995;11(2):109-11.
11. Rodríguez J, Gerardo E, Pérez P. La atención ambulatoria. El policlínico y el médico de la familia. En: Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. [citado 26 sept 2020] La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987:234-60.
12. Roos NP, Shapino E. Using the information system to assess change:the impact of downsizing the acute sector. [citado 26 sept 2020] Med Care 1995;33(12 Suppl):DS 109-26.
13. Bartel JC. Revised orientation program for ambulatory care. Nurs Manag 1996;27(1):40-1.
14. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abuines J, Foyo L, Moya R. Conocimientos generales para el ingreso en el hogar. [citado 26 sept 2020] Rev Cubana Med Gen Integ 1988;4(1):72-7.
15. Daves JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. [citado 26 sept 2020] Clin Med Norteam 1987;4:685-707.
16. Mitchell RT. Organización de un programa de cirugía ambulatoria mayor. [citado 26 sept 2020] Clin Med Norteam 1987;4:685.

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2020
“Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

17. DeCos Blanco AI, Gómez Caldela C. Home and ambulatory artificial nutrition. [citado 26 sept 2020] Parenteral nutrition. *Nutr Hosp* 1995;10(5):252-7.
18. Prince JM, Mauley MS, Whiteneck GG. Self managed versus agency—provided personal assistance care for individuals with high level tetraplegia. [citado 26 sept 2020] *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76(10):919-23.
19. Frusca T, Soregaroli M, Lojacomio A, Tanzi P, Valcamonico A, Gastaldi A. Hypertension in pregnancy: management protocols and pregnancy outcome followed at our ambulatory service. [citado 26 sept 2020] *Minerva Ginecol* 1995;47(5):215-22.
20. Council on Scientific Affairs. Educating physicians in home health care. [citado 26 sept 2020] *J Am Med Assoc* 1991;265(6):769-74.
21. Lindholm C. Leg ulcer treatment in hospital and primary care in Sweden: cost-effective care and quality of life. [citado 26 sept 2020] *Adv Wound Care* 1995;8(5):48-52.
22. Harrow BS, Tennstedt SL, Mckinlay JB. How costly is it to care for disabled elders in a community setting? *Gerontologist* 1995;35(6):803-13.
23. Gillis S, Dann EJ, Rund D. Selective discharge of patients with acute myeloid leukemia during chemotherapy-induced neutropenia. [citado 26 sept 2020] *Am J Hematol* 1996;5(1):26-32.
24. Sánchez Draz I. Enfoque diagnóstico terapéutico en la familia un punto de vista. [citado 26 sept 2020] *Medicentro* 1993;9(2):1-7.
25. Ruiz Rodríguez G. La familia. Concepto, funciones, estructura, ciclo de vida familiar. Crisis de la familia y aggar familiar. [citado 26 sept 2020] *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6(1):58-73.
26. Almagro Domínguez F. Tendencias actuales y futuras de la terapia familiar. *Rev Cubana Med Integr* 1996;12(13):298-300.
27. Cierpka M, Frevert G. Indications for family therapy in university ambulatory psychotherapy. [citado 26 sept 2020] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1995;44(7):250-60.
28. Cooper MJ, Broodbert JA, Molnar BG, Richardson R, Magos AL. A series of 1000 consecutive out-patient diagnostic hysteroscopies. [citado 26 sept 2020] *J Obstet Gynaecol* 1995;21(5):503-7.
29. Abbott PJ, Quinn D, Knox L. Ambulatory medical detoxification for alcohol. [citado 26 sept 2020] *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995;21(4):549-63.
30. Benzer W, Bitschnau R, Simma L. Ambulatory rehabilitation after myocardial infarct in Austria. [citado 26 sept 2020] *Wienklin Wochenschr* 1995;107(24): 766-70.
31. Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. [citado 26 sept 2020] *Educ Med Salud* 1992;26(3):298-423.

I SIMPOSIO DE SALUD FAMILIAR GRAMGI 2021
“Medicina Familiar 37 años como guardianes de la salud”

32. Ortiz de Cuevas LH, López Campo JH. A program for the home care of patients with symptomatic malignant terminal disease. [citado 26 sept 2020] *Cancer Nurs* 1995;18(5):368-73.
33. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. [citado 26 sept 2020] *Acad Med* 1995;70(10):898-931.
34. Long CO, Ismeurt R, Wilson LW. The elderly and pneumonic. Prevention and management. [citado 26 sept 2020] *Home Health Nurse* 1995;13(5):43-7.
35. Hershey CO, Reed PD, James P, Rosenthal T. Experience with community academic practice: estrategias for the ambulatory education of residents. [citado 26 sept 2020] *Am J Med* 1995;99(5):530-6.
36. Steel RK, Musliner MC, Boling PA. Home care in the urban setting a challenge to medical education. [citado 26 sept 2020] *Bull NY Acad Med* 1995;72(1):87-94.