



Revista Médica Dominicana

Vol. 72

Enero/Abril, 2011

No. 1

La Revista Médica Dominicana (Rev Méd Dom), publicación cuatrimestral, fundada en el año 1902, por el doctor Rodolfo D. Cambiaso, es el órgano científico del Colegio Médico Dominicano, antigua Asociación Médica Dominicana, Inc.

Sus oficinas están instaladas en el Departamento de publicaciones en la sede central del Colegio Médico Dominicano (CMD), calle Paseo de los médicos esquina Modesto Díaz, zona universitaria, Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana, apartado postal 1237, teléfono: (809) 533-4602, Fax: (809) 535-7337, a esta dirección deben enviarse los trabajos y/o toda correspondencia.

Rev Méd Dom acepta para fines de publicación trabajos de interés médico que sean rigurosamente inéditos y que se atengan a las normas establecidas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM).

El cuerpo Editorial no acepta responsabilidad sobre los conceptos emitidos en los trabajos que aparezcan firmados por sus autoras. Los trabajos que no se ajusten a las normas de publicación serán devueltos a los autores.

Rev Méd Dom, es miembro fundadora de la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas (ADOERBIO-Nº 001). Está inscrita en el *Internacional Standard Serial Number* con el número DR-ISSN 0254-4504 y en el *Index Medicus* Latinoamericano.

Circulación: 500 ejemplares

Diagramación e impresión:
EDITORA ALMONTE, S.A.
Tel. 809.531.2644
Miguel Angel Monclus No.464
Bella Vista, Santo Domingo, R.D.

© 2011

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Senén Caba

EDITOR

Dr. Fernando Fernández

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.
Dra. Dulce Chaín, MSP.
Dr. Fernando Contreras, Gastroenterólogo.
Dr. Milton Cordero, Gineco-Obstetra.
Dr. Marcos Espinal, PhD, WHO.
Dra. Elizabeth Gómez, PhD.
Dr. Feris Iglesias, Pediatra infectólogo.
Dr. Edith Pérez Then, PhD.
Dr. Rubén Darío Pimentel, Pediatra
Neumólogo, MHP.
Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón,
Pediatra hematólogo.

EX-EDITORES

Dr. Rodolfo D. Cambiaso
1902-1904
Dr. Fernando A Defilló
1905-1945
Dr. Sixto S. Incháustegui
1946-1966
Dr. Miguel A. Contreras
1967-1969
Dr. Caracciolo Vargas Genao
1970-1972
Dr. Julio Ml. Rodríguez Grullón
1972-1973
Dr. Homero Pumaro
1973-1974
Dr. García Pereyra
1974-1975
Dr. Roberto Ureña
1975-1976
Dr. José Garrido Calderón
1976-1977
Dr. Anulfo Reyes Gómez
1978-1979
Dr. Juan Durán Faneytte
1979-1980
Dr. Alejandro Pichardo
1980-1981
Dr. César Mella Mejías
1981-1982
Dr. Napoleón Terrero
1982-1983
Dr. Ramón Camacho
1983-1984
Dr. Ricardo Corporán
1984-1985
Dr. Guaroa Ubiñas Renville
1985-1986
Dr. Santiago Castro Ventura
1986-1987
Dra. Rosa Nieves Paulino
1987-1988
Dr. Pedro Sing Ureña
1988-1989
Dr. Anulfo Mateo Pérez
1989-1990
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar
1990-1991
Dr. Mauro Canario Lorenzo
Dr. Fernando Fernández
1991-1992
Dr. Fernando Fernández
Dr. Séntola Martínez
1992-1993
Dr. Fernando Fernández
1993-1994
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1994-1995
Dr. Máximo Calderón
1995-1996
Dr. Rubén Darío Pimentel
1997-1998
Dr. Rafael D. Collado Guzmán
1998-1999
Dra. Persia Sena
1999-2000
Dr. Hector Otero
Dr. Rubén Darío Pimentel
2000-2001
Dr. José Díaz
Dr. Rubén Darío Pimentel
2002-2003
Dr. Miguel A. Montalvo
Dr. César Belén
Dr. Rubén Darío Pimentel
2003-2005
Dra. Karina Fernández
Dr. Martín Julián Castillo
Dr. Rubén Darío Pimentel
2006-2007
Dr. Gregorio Soriano
Dr. Rubén Darío Pimentel
2007-2009
Dr. Fernando Fernández
Dr. Rubén Darío Pimentel
2010-2011



COLEGIO DE MÉDICOS DOMINICANOS

Ley 68-03

Junta Directiva Nacional
2009-2011

Dr. Rufino Senén Caba P, Presidente
Dr. Clemente Terrero, 1er. Vicepresidente
Dr. Marino Pérez, 2do. Vicepresidente, Pte. CN
Dr. Agustín Burgos ,3er. Vicepresidente, Pte.Soc.Esp.
Dr. Ramón Acosta, Secretario General
Dr. Nelson Rosario, Secretario de Actas
Dr. Pedro Reyes, Secretario de Finanzas
Dr. Cristian Polanco, Secretario Científico cultural
Dr. Luis F. Encarnación, Sec. Educación Médica
Dra. Inês Bryan , Sec. Acción Gremial
Dra. Mery Hernández, Sec. Relaciones Públicas
Dr. Gregorio Soriano, Sec. Seguridad Social y Coop.
Dr. César Gómez, Sec. Ética y Calificaciones
Dr. Fernando Fernández, Sec. Publicaciones y Biblioteca
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar, Sec. Asuntos Internacionales
Dr. Luis Pichardo, Sec. de Deportes
Dr. Fulgencio Severino, Sec. Residencias Médicas
Dr. Efraín Rodríguez, Sec. Asuntos Intersindical
Dra. Johanny Sánchez, Sec. de Extensión
Dra. Rosa Martha Vólquez, Sec. de la Mujer
Dr. José A. Then Sánchez, Sec. Médicos Pasantes
Dr. Omar Campos, Sec. Médicos Generales
Dr. Cristian Mateo Michelli, Sec. Médicos Residentes
Dr. Santo Ramírez, Presidente Regional del Distrito-
Dr. Juan Carlos Cruz, Presidente Regional Norte
Dra. María Del Carmen Díaz Cedano, Presidente Regional Sur
Dr. Héctor Cotes, Presidenta Regional Este
Dr. Hemenegildo Cedeño, Sec. Administrativo
Dr. Rafael Sandoval, Presidente AMIDSS
Dr. Francisco Gómez Sánchez, Director Ejecutivo ARS-CMD



Revista Médica Dominicana

Vol. 72

Enero/Abril, 2011

No. 1

CONTENIDO

EDITORIAL

- 5 .DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2011, El convenio marco de la OMS para el control del tabaco.

TRABAJOS ORIGINALES

- 9 .Perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. *Andrea Mota Crispin, Emilia Cuello, Natividad Ramírez, Juan Pablo Lagos Cruceta, Karina Estrella Gómez, Jorge Asjana.*
- 13 .Hallazgos gammagráficos reportados en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en el departamento de urología del hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. *Luz Oblennis Bergal Mateo, Fiordaliza Gipión Mateo, Santa Isabel Encarnación Montero, Yosanny Cipión Mateo, Catalina del Rosario de la Cruz2 Geraldo Rodríguez R.*
- 17 .Incidencia de colangitis esclerosante en el hospital General de la Plaza de la Salud. *Hansell Soto, Ofelia Leroux, María Crespo,* Manuel Batlle, Mayra Vargas.*
- 21 .Incidencia de diabetes gestacional en consulta prenatal de primera vez en el hospital maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Brito, Glorisel, De león, Lucina, Difó Angélica, Palín Yadira, Severino María, Regil Pérez, Luis Escaño.*
- 25 .Aplicación de prácticas favorables a la lactancia materna en centros de salud privados. Sector de Gazcue, Distrito Nacional. *Jhordany Rodríguez Torres, Rosy Paula Nuñez Gomez, Wanny W. Roa Cabrera, Heidi Nuñez Cid, Ana I. DE la Cruz.*
- 31 .Desnutrición proteica – energética en paciente con insuficiencia renal crónica terminal bajo el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en el hospital docente Padre Billini. *Mayra S. Hasbún, Alba Hidalgo, Adriana Javier, Emma Isabel, Yeny Peguero.*
- 35 .Frecuencia de bocio y deficit de yodo en la sal de consumo humano. Hospital regional Juan Pablo Pina. *Juan Carlos Mercedes Zorrilla, Daihanara Mateo Ortega, Monica Johandra Mateo Fulcar, Aníbal Gomera Leger.*
- 37 .Conocimiento y conducta de médicos de cinco hospitales públicos en Santo Domingo frente a pacientes VIH/sida desde el punto de vista bioético. *Vanessa Altagracia De la Maza Gross,* Domingo Bayohán Durán Rodríguez,* Cristian José Durán Rodríguez,* Gladys Virginia Ruiz Soto,* Rosiveliz Díaz Rodríguez.**
- 49 .Complicaciones en pacientes con diabetes gestacional en el hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Raquel Jorge Brito, Angelina Inoa Paulino, Jorge. García, Daihanara Mateo Ortega, Juan Carlos Mercedes Zorrilla.*
- 53 .Valoración de los neonatos de cesáreas con anestesia peridural a través del test de Apgar hospital Jaime Mota, de Darahona. *Merari Sosa, José Antonio Félix Jiménez, Nelsida Rodríguez, Xiomary Mercedes Febles, Erika Almanzar.*
- 55 .Conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea que tienen las embarazadas que acuden al hospital maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Ángela M. Beltré De La Cruz, Bertha V. Bergés Santana, Yomaira Ramírez Féliz, Savina Beltré De La Cruz.*
- 61 .Detección de signos y síntomas de alteración de la salud mental en personas que asisten a la emergencia de medicina interna del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. *Gilbert Corporán García, Cristina de Aza, Sardy Abreu Pujols, Sofía Khouri Zouain, Fernando Fernández Batista.*
- 65 .Alteraciones metabólicas relacionadas a la terapia antirretroviral en pacientes que acuden al servicio de atención integral del Centro Sanitario Santo Domingo. *Edward Ant. Alcántara Matos, Alexi Javiel Olivo Luna, Yocaira Guzmán García, Ciordaliza Sosa García, Sofía Khouri Zouain, Ivelisse Garris.*
- 71 .Hallazgos citológicos en pruebas de papanicolau en la clínica rural de las Charcas de Garabito. *Eladio Ubiera, Glenys Yesenia Oviedo, Elisabeth Encarnación, Clara Luz Brito Barclay, Clenton Sánchez.*
- 73 .Automedicación en sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la plaza de buhoneros de la José Martí. *Dianne María Dorville Tavárez, Hilda Leonor Bonilla García, Dayrenia Cid Jiménez, Ricardo Enmanuel Acosta Coste, Ruth Esther Pérez Jiménez.*
- 79 .Hallazgos histopatológicos en placentas de pacientes con diferentes grados de intolerancia a la glucosa, hospital Dr. Manuel E. Perdomo. *Francisco J. Guzmán García,**Dra. Concepción Aurora Sierra, *Dra. Raysa Alexandra Ramírez S., *Dra. Chrisma Desire Mateo, *Dr. Diosmedin Méndez Nova.*
- 83 .Causas y frecuencia de histerectomía en el departamento de ginecología en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Yajaira Torres de la Paz, Henry Piti Lora, Francisco Ramirez Cuevas, Deybi Wilkin Ramirez Geraldo, Ana M. Paniagua.*
- 89 .Incidencia de traumas de ojos en niños de 5 a 14 años en la escuela de Santa Cruz, Villa Mella. *Candida Rosario Díaz, Fabricio Antonio Moni Perera, Jason Domínguez, Howard Vásquez Ruiz, Santa Martínez Céspedes.*
- 93 .Psoriasis en usuarios de la consulta del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz. *Carmen María Francisco Pérez, Rosa Andrea Francisco Muñoz, Vianey Martínez De La Cruz, Ramón Peña García, Fátima Del Carmen Alonzo Cabrera.*
- 97 .Conocimiento sobre cáncer de mama en hombre adquirido en la población masculina que asiste a un hospital. *Carmen Dolores Aracena Acosta, Jhonny León Herrera, Ondina Pérez Amparo* Miguelina Montero Lugo, Mario Alberto del Rosario Nuñez.*
- 101 .Frecuencia de gonorrea en adolescentes en el departamento de infecciones de transmisión sexual del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto

- Bogaert Díaz. *Sévil Ilonka Mota Modeste*.
105. Incidencia de infección puerperal en pacientes del hospital maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Mabel inoa saviñon, Pedro José García López, Rorayma Jiménez candelaria*.
111. Uso de la trombolisis en el infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. *Indhira del orbe García, Denys malenny Báez pueasan, Martina mota Brito, Ruth agüero de robles, msp*.
117. Obesidad en adolescentes atendidos en consulta de endocrinología del hospital Luis Eduardo Aybar. *Onelva Y. Torres R; Yoanna del C. Torres R; Pedro J. Jiménez R; Hosanna Alcántara Turania Herrera B*.
121. Actividad física en estudiantes facultad ciencias de la salud cátedra de fisiología sede central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. *Rosmery Fariña Melo, Yanet Castillo, Ligia Santos, Karen Eusebio, Maria de León Collante*.
127. Manifestaciones neuropsiquiátricas producidas por antirretrovirales en pacientes con infección por vih. *Paula Lantigua, Elliot Ceballos, Randy Balderas, Ivelisse Garris, Rafael García*.
131. Factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en mujeres de 30-45 años asistidas en la consulta externa de un hospital Materno de Santo Domingo. *Randall Acosta, Dulvin Sánchez-Cid, Juan Raúl Báez-Henríquez, Jael Yarina Cuevas-Feliz, Nicaury Dilens Reynoso-García, Fernando Fernández*.
135. Frecuencia de infecciones vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en consulta externa en el hospital nuestra señora de la Altagracia de Higüey. *Sabrina Esther Figueroa Heredia, Damaris Montaña Méndez, Leydy Julissa Sánchez Alcántara, Marielys del Carmen Martínez Sánchez, Keysody Elizabeth Sepúlveda Castro, Miqueas Martínez*.
137. Complicaciones pos cirugía bariátrica en pacientes con peso excesivo del centro Dominicano – Cubano. Santo Domingo. *Dra. Keuris S. Gomez Gómez; Dra. Johanna T. Peña Montero; Dra. Arnalina Cruz Oviedo; Dra. Kilvis María Acosta; Dra. Kely Karina Turbí; Ruth Agüero de Robles, MSP; Dr. Ivan Strachan*.
141. Perfil socio-demográfico de madres con hijos de bajo peso al nacer en el hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Digna Jorge Vargas, Ruth Esther Soriano, Sonia E. Tejeda Matos, Elizabeth Vargas Vásquez, Rosanna Duran Agramente Magna Luisa Valenzuela de los Santos, Yudelka Lerebours*.
147. Frecuencia del uso de alcohol y tabaco en las embarazadas que asisten a la consulta de obstetricia del hospital Juan Pablo Pina. *Joe W. Medina S., Saúl Ramírez Uribe, Francis Nery Carmona Pozo, Soriza Ortiz Fernández, Aristela Arias Rosario, Fernando Álvarez*.
153. Evaluación de la calidad de la atención en la consulta externa ginecológica, según la percepción de las usuarias de la maternidad nuestra Señora de la Altagracia. *Amilcar A. Gomera Dipres, Elier Antonio Luciano Pina, Laura Elisa Guevara Castillo, Angel Rafael Lantigua, Vicente Gomez Azuri, Dr. Francisco Fernández*.
161. Frecuencia de parositis en niños de 0-4 años asistidos en un hospital Docente de Santo Domingo. *Altagracia Guzmán., Yohany Rojas. , Gabriel Núñez García., Martha Iris Salcedo, Nélida J. Garabito*.
165. Frecuencia de anemia falciforme en niños que asistieron a un hospital Materno Infantil San Lorezo de los Mina. *Keilyn D. Garcia Jimenez, Porfirio De La Rosa Garvan, Orquidea De Jesús, María Magdalena Marte, Leydi Mesa, Alejandrina Then*.
167. Frecuencia de diabetes gestacional en mujeres consultada durante todo su embarazo con antecedentes de diabetes y obesas en el centro materno infantil San Lorenzo de los Mina. *Marlenis Yoselin Glass Guzmán, Yendri Orquidea Jones Fernández, Celia Maldonado, Massiel Reyes Benítez, Hilda R. Montilla, Agne Suero, .Silvio A. Calcaño*.
171. Indicaciones de parto vaginal vs cesarea en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, hosospital regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macoris, república dominicana. *Francisco A. Sosa Polanco, Darwind Fco. Díaz Olivero, Dorquis A. Santana Ramos, Jorge Linares Pascual, Florilan Gaiana Sing, Graciela Vala, Alba Iris López*.

CASOS CLÍNICOS

179. MIELAMA MULTIPLE. A PROPOSITO DE UN CASO. *Ruth Reynoso Paredes, Joeli Contreras, Milagros Josefina Valdez, Fianmy Rodriguez, Jhahaira Vargas*.
183. Tricomocosis escrotal: primer caso publicado en el idcp-dhbd. *Eduardo Sánchez Jorge, Manuel Cochón Aranda, Daisy García Pérez*.
187. Abstinencia. A propósito de un caso. *Danyd Moquete Méndez, Dra. Jacqueline Reyes Brito, Dra. Luz Celeste Acosta Acosta, Dra. Gricel Cedano Rosario*.

DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2011

El convenio marco de la OMS para el control del tabaco.

Rubén Darío Pimentel*

Pasada la primera década del siglo XXI, contrastando con los grandes adelantos científicos que han logrado la curación de muchas enfermedades, la prolongación de la vida y la mejor calidad de ésta, el hombre, artífice de estos progresos, sigue consumiendo de forma absurda un producto que mata en muchas ocasiones, que acorta la vida y que con mucha probabilidad empeora la calidad de ésta.

Este producto, que es el tabaco, se ha convertido en la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados.

El humo del tabaco perjudica la salud tanto del fumador activo como del pasivo. Las más de 4.000 sustancias que contiene, son las responsables de diversas enfermedades del Aparato Respiratorio, del Sistema Cardiovascular (infarto de miocardio, arteriopatías, enfermedades vasculares cerebrales...) y de diversos tipos de cáncer.

En el año 1964 se dio a conocer los resultados de un informe científico clave (el Surgeon's General Report) que establecía claramente que fumar era nocivo para la salud. A pesar de las campañas informativas que desde entonces se han venido realizando, de los consejos de los profesionales sanitarios, de las prohibiciones, etcétera, cada día millones de personas siguen fumando y otros tantos empiezan a fumar cada año.

Uno de los hechos indiscutibles sobre el tabaco es que su componente activo, la nicotina, es altamente adictiva. Como indicaba un informe interno redactado en 1972 por un ejecutivo de una importante industria tabaquera, «nadie se ha convertido nunca en fumador de cigarrillos fumando tabaco sin nicotina». Fumar, por sí solo, es una de las conductas humanas más adictivas.

Según comunica la Organización Mundial de la Salud (OMS), «los países que han reconocido la importancia primordial de informar al público, han logrado un descenso en el consumo de tabaco». Panos, agencia londinense de información, añade: «En muchos hogares, lugares públicos y centros de trabajo del Norte, ya no se considera socialmente aceptable fumar», y la mayoría de las personas se han dado cuenta de que «el tabaco puede matarlas». «La industria del tabaco está moviéndose hacia el Sur». Pero para la industria del tabaco, las condiciones que existen en los países en desarrollo son tentadoras. En tres de cada cuatro de estos países no se imponen restricciones a la publicidad del tabaco y, al mismo tiempo, hay poca conciencia pública de los peligros de fumar. «La gente no conoce los riesgos porque no se le habla de ellos», observa Panos.

Para inducir a las jóvenes —que están entre los principales

blancos de la industria tabacalera— a encender su primer cigarrillo, los anuncios «transmiten el mensaje de que fumar es un placer refinado, propio de mujeres independientes». Los anuncios de tabaco son sospechosamente parecidos a los que se utilizaban en el mundo industrializado hace medio siglo. En aquel entonces se obtuvo el resultado esperado.

Según cierta fuente, en poco tiempo, de cada tres mujeres, una «empezó a fumar con el mismo entusiasmo que los hombres».

Los agresivos métodos de mercadotecnia que hoy se dirigen a las mujeres desprevénidas de los países en vías de desarrollo, garantizan que se repetirá el «éxito» publicitario de los años veinte y treinta. De modo que las perspectivas son funestas, pues millones de muchachas de los países más pobres del planeta corren el riesgo de habituarse a la nicotina en los primeros años de su adolescencia.

Es por estas razones que nos unimos al convenio marco de la OMS para el control del tabaco a partir de la celebración del 31 de mayo de 2011.

Cada año la OMS, trata un tema diferente en el día mundial contra el tabaco, a saber:

2007: Ambientes libres de humo de tabaco.

2008: Juventud libre de tabaco.

2009: Advertencias sanitarias antitabaco.

2010: Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres.

2011: El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elegido el «Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco» como tema del próximo Día Mundial Sin Tabaco, que se celebrará el martes 31 de mayo de 2011.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) es el principal instrumento de control del tabaco a nivel mundial. Además, es el primer tratado que se ha negociado bajo los auspicios de la OMS y como tal representa un logro fundamental en el progreso de la salud pública. Aunque está en vigor solo desde 2005, el Convenio, que cuenta con más de 170 Estados Partes, ya se ha convertido en uno de los tratados más rápida y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas. Basado en datos fidedignos, el CMCT de la OMS reafirma el derecho de todo ser humano al goce del grado máximo de salud y confiere una nueva dimensión jurídica a la cooperación en la esfera del control del tabaco.

El Día Mundial Sin Tabaco 2011 se ha concebido para poner de relieve la importancia general del tratado, destacar las obligaciones de las Partes dimanantes del tratado y promover

* Jefe Departamento Investigación. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

la función esencial de la Conferencia de las Partes y la OMS en la prestación de apoyo a las iniciativas nacionales encaminadas a cumplir esas obligaciones. La Conferencia de las Partes es el órgano central y deliberante del tratado.

Actualmente el mundo necesita el CMCT de la OMS tanto o más que en 1996, cuando la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se pedía un convenio marco internacional para el control del tabaco. El tabaquismo es la principal causa prevenible de mortalidad en el mundo. Este año más de 5 millones de personas morirán por ataque cardíaco, accidentes cerebrovasculares, cáncer, dolencias pulmonares u otras enfermedades relacionadas con el tabaco. En ese número no están incluidas las más de 600 000 personas de las que más de una cuarta parte serán niños - que morirán por haber estado expuestos al humo de tabaco ajeno. El número de muertes que se cobra cada año la epidemia global de tabaquismo podría alcanzar los 8 millones en 2030. Después de haber matado a 100 millones de personas en el siglo XX, el tabaquismo podría acabar con 1000 millones de vidas durante el siglo XXI.

Como cualquier otro tratado, el CMCT de la OMS entraña obligaciones jurídicas para sus Estados Partes, es decir, los países (y la Unión Europea) que se han adherido oficialmente a él.

Entre esas obligaciones destacan las siguientes:

1. Proteger las políticas de salud pública de intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera.
2. Adoptar medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.
3. Proteger a las personas contra la exposición al humo de tabaco.
4. Reglamentar el contenido de los productos de tabaco.
5. Reglamentar la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
6. Regular el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco.
7. Advertir a la población de los peligros del tabaco.
8. Prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.
9. Ofrecer ayuda para abandonar la adicción al tabaco. Luchar contra el comercio ilícito de productos de tabaco. Prohibir la venta a menores y por menores.
10. Apoyar actividades alternativas económicamente viables al cultivo de tabaco.

El tratado también reconoce la importancia de la cooperación

internacional y de prestar ayuda a los países de ingresos bajos y medianos para que cumplan las obligaciones dimanantes del tratado.

La campaña se centrará en el siguiente mensaje clave: los países deben aplicar plenamente el tratado para proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.

Otros mensajes básicos serán los siguientes:

1. El tratado encarna el deseo y el compromiso de decenas de gobiernos y millones de personas de poder vivir en un mundo sin tabaco.
2. Las Partes en el tratado deberían cumplir su obligación de aplicarlo íntegramente.
3. Las personas deberían alentar y ayudar a sus gobiernos a cumplir esa obligación.
4. Las instituciones y las personas deberían valorar debidamente el tratado como un hito en la historia de la salud pública y el principal instrumento mundial de control del tabaco.
5. La OMS y la Conferencia de las Partes están listas para ayudar a los países a atender las obligaciones dimanantes del tratado y cumplir las directrices correspondientes.

El tratado ya ha probado su eficacia en la lucha contra el tabaco.

Sin embargo, como explicó la Secretaría en su reciente documento Informes de las Partes e informe sobre los progresos mundiales en la aplicación del Convenio: principales conclusiones, «Los niveles de aplicación siguen variando considerablemente según las medidas normativas.»

Como reconocen las propias Partes, hay que hacer más para que el tratado alcance todo su potencial. En su reciente reunión en Punta del Este, Uruguay, las Partes instaron a todos los países a ratificar el tratado, dar pleno cumplimiento a las disposiciones contenidas en él y adoptar las directrices correspondientes. Además, reafirmaron su voluntad de asignar prioridad a la aplicación de medidas sanitarias concebidas para controlar el consumo de tabaco.

El Día Mundial Sin Tabaco 2011, y todo el año siguiente, la OMS instará a los países a convertir el tratado en el eje de sus iniciativas para controlar la epidemia mundial de tabaquismo.

Atendiendo el llamado de la OMS, los países mejorarán su capacidad para reducir considerablemente la carga de enfermedades y muertes relacionadas con el tabaco, de conformidad con las obligaciones dimanantes del tratado.

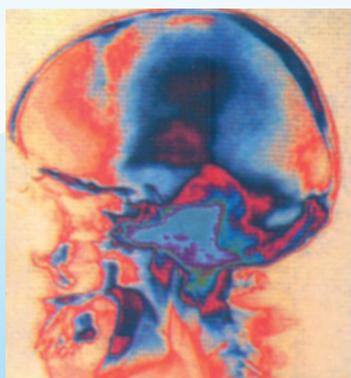
TRABAJOS ORIGINALES



DIAGNOSTICO MEDICO SIGLO XXI, C. X A.
Calidad Total en Diagnósticos

Servicios

- *Laboratorio Clínico*
- *Rayos X*
- *Mamografía*
- *Tomografía*
- *Electrocardiograma*
- *Sonografía Abdominal*
- *Sonografía Pélvica*
- *Doppler Vascular Periférico (Carótidas y Miembros)*
- *Plestimografía por Impedancia*
- *Ecocardiografía*
- *Prueba de Esfuerzo*
- *Monitoreo Electrocardiográfico Ambulatorio (Holter)*
- *Monitoreo Ambulatorio Presión Arterial (MAPA)*
- *Prueba de Función Pulmonar (Espirometría)*
- *Broncoendoscopia*
- *Endoscopia Digestiva*
- *Electroencefalograma (estudio del Cerebro)*
- *Colposcopia*



Av. Independencia No. 406, Gazcue • Tel.: (809) 689-4136 / 682-7175
Fax: (809) 221-8817 • Apartado Postal 20129 • Santo Domingo, República Dominicana
E-mail: dmssiglox1@hotmail.com

PERFIL DE LOS PACIENTES OPERADOS POR TRAUMA DE ABDOMEN HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Andrea Mota Crispin*, Emilia Cuello*, Natividad Ramírez*, Juan Pablo Lagos Cruceta*, Karina Estrella Gómez*, Jorge Asjana**.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de fuente retrospectiva con el propósito de determinar el perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello en el periodo comprendido entre enero del 2005 a enero del 2006.

El universo estuvo compuesto por 1005 pacientes de los cuales el 20.2 por ciento, 203 casos, fueron llevados a cirugía por trauma abdominal.

El 87.7 por ciento de los casos correspondieron a trauma abdominal penetrante y un 12.3 por ciento correspondió a trauma abdominal cerrado. El rango de edad más afectado fue el de 20 a 29 años de edad, con un 41.9 por ciento; el sexo masculino fue el más afectado con un 87.7 por ciento. La causa más frecuente de trauma fue por arma blanca con un 59.6 por ciento, seguido de arma de fuego con un 28.1 por ciento. Las lesiones más frecuentes fueron en las asas delgadas con un 60.1 por ciento, seguido por el hígado con un 43.8 por ciento. Dentro de las lesiones asociadas las de la cavidad torácica fueron las más frecuentes con un 33 por ciento. El 81.8 por ciento de los pacientes evolucionó de forma satisfactoria mientras que el 18.2 por ciento presentó alguna complicación y finalmente un 10.4 por ciento falleció.

Concluimos que el trauma abdominal ha aumentado su frecuencia con relación a estudios nacionales e internacionales. A partir de esto recomendamos a las autoridades a frenar la violencia social regularizando el porte de armas, y a los hospitales instamos a modernizar los protocolos de manejo de trauma, así como la mayor preparación de su personal quirúrgico.

Palabras claves: trauma abdominal, trauma penetrante, trauman cerrado.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and retrospective study was made in order to determine the profile of patients operated of abdominal trauma in Dr. Francisco Moscoso Puello Hospital in the period between January 2005 and January 2006.

The study universe was integrated by 1005 patients; of whom 203 cases (20.2 percent) underwent surgery for abdominal trauma.

87.7 percent of the cases involved penetrating abdominal trauma and 12.3 percent corresponded to blunt abdominal trauma. The most affected age range was 20 to 29 years old, with 41.9 percent; the masculine sex was the most affected with 87.7 percent. The most common cause of trauma was

stab with 59.6 percent, followed by firearm with 28.1 percent. The most common injuries were thin handles with 60.1 percent, followed by the liver with a 43.8 per cent. Among the associated injuries the thoracic cavity was the most common with 33 percent. The 81.8 percent of the patients evolved satisfactorily while 18.2 percent had complications and finally 10.4 percent died.

We conclude that abdominal trauma has increased in frequency in relation to national and international studies. From this we encourage the authorities to stop the social violence regularizing the carrying of weapons, and hospitals urge to modernize the management of trauma protocols, and more surgical skills for their staff.

Keywords: abdominal trauma, penetrating trauma, blunt trauma.

INTRODUCCIÓN

El trauma accidental o intencional es la causa número uno de muerte en personas jóvenes, 1 y también es responsable de la pérdida de vida laboral en una proporción mayor que la causada por el cáncer y la enfermedad cardíaca combinadas.

La incidencia del trauma abdominal se ha visto aumentada en las últimas décadas como consecuencia de los accidentes vehiculares y del incremento de la violencia.

El trauma de las vísceras abdominales esta presente en un 13 por ciento a un 15 por ciento de todos los accidentes fatales y contribuye en una forma significativa a las muertes tardías por sepsis.² Los signos peritoneales en estos pacientes pueden ser tenues y frecuentemente no valorables, debido a la presencia de dolor en otros sitios, por traumatismos asociados o por alteración del sensorio causado por el consumo de alcohol o tóxicos, o por traumatismo encefálico y raquimedular. Cerca de un tercio de los pacientes que requieren laparotomía urgente tienen un examen físico abdominal inicial benigno.³⁻⁶

El desafío para todos los sistemas responsables del manejo de pacientes con trauma abdominal es disminuir el porcentaje de muertes prevenibles. Esto demanda el esfuerzo de un equipo integrado, multidisciplinario que comienza en la escena del accidente y continúa hasta la rehabilitación del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal de fuente retrospectiva con el propósito de determinar el perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2005 y el 1 de enero del 2006.

Se revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron al hospital afectados por traumatismo abdominal y de estos seleccionamos los que fueron intervenidos quirúrgicamente.

* Médico General,

** Asesor Metodológico.

La población estuvo constituida por todos los pacientes que fueron manejados quirúrgicamente por trauma abdominal, correspondiendo a 203 pacientes.

La información recopilada fue tabulada y representada en cuadros y gráficos, con fines de analizar y medir cada uno de los parámetros contemplados en dicha investigación para su mejor interpretación.

RESULTADOS

Tabla 1. Perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen. Distribución por tipo de trauma.

Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2005- Enero 2006.

| Tipo de Trauma | Frecuencia | Por ciento |
|-------------------|------------|------------|
| Trauma Penetrante | 178 | 87.7 |
| Trauma Cerrado | 25 | 12.3 |
| Total | 203 | 100 |

Fuente: Archivo Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello (HFMP)

Tabla 2. Perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen. Relación de pacientes según sexo. Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2005- Enero 2006.

| Sexo | Cantidad | Por ciento |
|-----------|----------|------------|
| Masculino | 177 | 87.2 |
| Femenino | 26 | 12.8 |
| Total | 203 | 100 |

Tabla 3. Perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen. Relación por grupo de edad.

Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2005- Enero 2006.

| Edad | Frecuencia | Por ciento |
|-------|------------|------------|
| < 19 | 17 | 8.4 |
| 20-29 | 85 | 41.9 |
| 30-39 | 57 | 28.1 |
| 40-49 | 24 | 11.8 |
| 50-59 | 12 | 5.9 |
| > 60 | 8 | 3.9 |
| Total | 203 | 100 |

Tabla 4. Perfil de los pacientes operados por trauma de abdomen. Distribución de la etiología del trauma según su tipo. Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2005- Enero 2006.

| Mecanismo de lesión | Frecuencia | Por ciento |
|---------------------|-----------------------|------------|
| Trauma Penetrante | Arma Blanca | 121 |
| | Arma de fuego | 57 |
| Trauma Cerrado | Accidente de Tránsito | 15 |
| | Objeto Contuso | 8 |
| | Caída | 2 |
| Total | 203 | 100 |

DISCUSIÓN

En el periodo comprendido entre enero del 2005 y enero del 2006 1,005 pacientes fueron sometidos a cirugía vía emergencia en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, de los cuales 203 fueron por traumatismo abdominal que corresponde a un 20.2 por ciento. El sexo masculino fue el más afectado con un 87.2 por ciento, esto se asemeja a un estudio realizado en el hospital Padre Billini (1990) en el cual el sexo masculino obtuvo un 87.5 por ciento y el femenino un 12.5 por ciento, también en el hospital Luis E. Aybar (1991) el sexo masculino representó el 86.7 y el femenino el 13.3 por ciento. En la literatura y estudios internacionales, Estados Unidos, México y Chile 14,18, confirman que el sexo masculino es el más afectado debido a su estilo de vida. El rango de edad más afectado fue el de 20 a 29 años de edad (41.9 por ciento), luego continuó el rango de 30 a 39 años de edad con un 28.1 por ciento, que coincide con la investigación realizada por Pérez y Ramírez en el hospital Luis E. Aybar (2004) y con la investigación de Maldonado y colaboradores en el hospital Francisco Moscoso Puello⁵. El trauma penetrante fue el más común (87.7 por ciento) coincidiendo con dos estudios realizados en Estados Unidos 23,24.

De acuerdo a la etiología del trauma, dentro del trauma penetrante, el ocasionado por arma blanca fue el más común con un 59.6 por ciento y dentro del trauma cerrado los accidentes de tránsito ocuparon el primer lugar con un 7.4 por ciento. U estudio realizado en Cali, Colombia (1999) coincide con estos resultados, en este se encontró que el trauma por arma blanca obtuvo un 55 por ciento y por arma de fuego un 45 por ciento. El 86 por ciento de los pacientes con trauma abdominal presentaron dolor como principal síntoma seguido de palidez (25 por ciento) y abdomen en tabla (24.1 por ciento), esto coincide con un estudio realizado en Nicaragua en el 1998, donde se reporto que el dolor abdominal se presento en el cien por ciento de los casos seguido por abdomen en tabla e hipotensión. 22

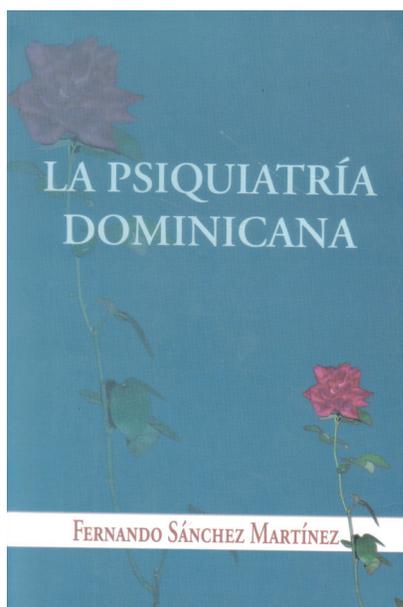
La localización topográfica más frecuente fue el hipocondrio derecho (27 por ciento) luego en epigastrio (24 por ciento) e hipogastrio (11.8 por ciento). En relación con un estudio realizado en el hospital Luis E. Aybar en el 2004 la región más afectada fue el flanco derecho (37.5 por ciento). El órgano más lesionado correspondió a las asas delgadas (60.1 por ciento) seguidas por el hígado (43.8 por ciento) y colon (42.4 por ciento), esto coincide con varias literaturas y estudios internacionales consultadas 5,12,14,17 y con la investigación realizada en el hospital Luis E. Aybar en el 2004 4 y la investigación realizada en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello en el 2005. 22 Dentro de las lesiones asociadas el 33 por ciento correspondió a lesiones torácicas seguidas por trauma craneoencefálico con un 2.9 por ciento, lo que coincide con el estudio realizado en el hospital Padre Billini en el 1990 4 y con el estudio realizado en este mismo hospital en el 2005. 21 En el estudio realizado en Cali y Ecuador las lesiones asociadas más frecuentes fueron las de extremidades. De los 203 pacientes operados por trauma de abdomen el 18.2 por ciento presentó alguna complicación, lo cual no coincide con el estudio realizado en el hospital Luis E. Aybar donde un 8.2 por ciento de los pacientes presentaron complicaciones y en dos estudios realizados en el mismo hospital se encontró un 5.8 y 11.5 por ciento de pacientes complicados. 134, 22, 164 El 10.4 por ciento de los pacientes fallecieron, el 8.9 por ciento correspondieron a trauma penetrante y el 1.5 por ciento correspondieron a trauma cerrado. Los datos obtenidos son

mayores que otras investigaciones nacionales (2.5 por ciento, 5.8 por ciento y 12.7 por ciento). 4, 21, 22

REFERENCIAS

1. Trunkey DD: Torso Trauma. *Curr Probl Surg* 1987; 24 (4): 209.
2. Reiner DS, Hurd R, Smith K, et al: Selective peritoneal lavage in the management of comatose blunt trauma patients. *J Trauma* 1986, 26 (3): 255.
3. Rodríguez Adamez RD, Escalante R. Morbi-morbilidad en pacientes operados por heridas penetrantes de abdomen en el hospital Padre Billini del 1986-1990, [Tesis Doctoral]. Santo Domingo: Universidad autónoma de Santo domingo; 1991.
4. Pérez Bautista MC, Ramírez de los Santos Y. Incidencia y manejo de trauma penetrante de abdomen en pacientes sometidos a cirugía en el complejo hospitalario Dr. Luis e. Aybar, durante el período enero- diciembre 2004, [Tesis Doctoral]. Santo Domingo: Universidad autónoma de Santo domingo; 2005.
5. Maldonado J. Complicaciones post-quirúrgicas en trauma penetrante de abdomen, hospital docente Francisco Moscoso Puello. Durante el período 2004-2005.
6. Patiño JF. Manejo de las heridas abdominales. Decima edición. Bogotá, Colombia. La Tribuna Médica. 1994.
7. O'Rahilly R. Anatomía de Garner. Quinta edición. Interamericana MC Graw-Hill. México. 1989. p 928-31.
8. Patiño MO, Restrepo S, Gómez R, Holguín F. Evaluación del trauma cerrado mediante tomografía computarizada. Comité de investigaciones y publicaciones biomédicas. Primera edición. Fundación Santa. 2003.
9. Álvarez Lerna F. Complicaciones infecciosas en el postoperatorio de cirugía abdominal. Primera edición. Madrid. Editora Ergon, S.A. 2000.
10. Brea M, Cabral E. Violencia en la República dominicana. Tendencias recientes. Vol. 1 No. 1. 2003.
11. Peynado CH. Apuntes de Cirugía Torácico y Abdominal. Primera Edición. República Dominicana. Cocolo. 2000
12. Schwatz SI. Principios de Cirugía. Sexta edición México. Interamericana MC Graw-Hill. 1995. (5): 282-96 p.
13. Perre S. García h. Cirugía de Urgencias. Primera Edición. Argentina Editorial Medica Panamericana. 1997.
14. Zinner M. Maingot: Operaciones Abdominales. Decima Edición. Argentina. Editorial Medica Panamericana. 1998: 707-26.
15. Carraico J. Tratamiento quirúrgico del trauma. Primera edición. México. Interamericana MC Graw-Hill. 1998.
16. Peitzman A. Manual de Trauma. Primera edición. México. Interamericana MC Graw-Hill. 2001: 252-58.
17. Cedeño M. Incidencia del trauma cerrado de abdomen en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, enero 1996- mayo 1998. *Rev Med Dom. DR'ISSN'025404504. ADOERBIO* 001. Vol.61 No. 1. Enero'abril, 2000.
18. Félix Patiño J. Trauma Abdominal. Oficina de Recursos Educativos [Internet] 2005, [acceso 3 de junio del 2005] Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/2-2.htm>
19. Moncayo Asnalema F, Rodríguez Silvestre D, Méndez Contreras H, Tenorio Mina W. Trauma cerrado de abdomen estudio de lesiones viscerales en 22 casos (emergencia del hospital luis vernaza). *Rev Cient Coleg Med Guayas* [Internet] 2002 [acceso 5 de junio del 2004]; 2(2). Disponible en: http://www.medicosecuador.com/revistacmg/vol2num2-2002/trauma_cerrado_de_abdomena.html
20. Rouviere H. Compendio de anatomía. Tercera edición. Barcelona. 1981.
21. Nivar R. Incidencia de herida por arma de fuego en abdomen en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello en el período 2001-2005, [Tesis Doctoral]. Santo Domingo: Universidad autónoma de Santo domingo; 2006.
22. Mejías L. Manejo del trauma cerrado de abdomen en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello en el período 2002-2006 , [Tesis Doctoral]. Santo Domingo: Universidad autónoma de Santo domingo; 2006.
23. Colucciello SA. Blunt abdominal trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1993; 11(1): 107.
24. Kunin JR, Korobkin M, Ellis JH. Duodenal injuries caused by blunt abdominal trauma: Value of CT in differentiating perforation from hematoma. *Am J roentgenol* 1993; 160 (6): 1221.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



La psiquiatría Dominicana

Autor: Dr. Fernando Sánchez Martínez

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

HALLAZGOS GAMMAGRÁFICOS REPORTADOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL DEPARTAMENTO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Luz Oblennis Bergal Mateo* Fiordaliza Gipión Mateo* Santa Isabel Encarnación Montero* Yosanny Cipión Mateo* Catalina del Rosario de la Cruz2 Gerardo Rodríguez R. **

RESUMEN

Hallazgos Gammagráficos Reportados en Pacientes Diagnosticados con Cáncer de Próstata en el Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco Emilio Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, Junio 2006 a Junio 2008.

Según las cifras de la OMS, 1 de cada 3 hombres tendrá un carcinoma de próstata, antes de los 80 años, en el mundo. En Europa son diagnosticados unos 350,000 nuevos casos anuales; en Estados Unidos alrededor de 200.000 y en América latina se ubica en el primer puesto de los carcinomas que matan.

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que tenían record completo y gammagrafía ósea realizada.

Resultados: En este estudio se incluyeron 35 pacientes, de estos 15 tuvieron hallazgos gammagráficos positivos distribuidos de la manera siguiente: 5 con lesiones metastásicas y 10 con lesiones no metastásicas, los 20 pacientes restantes no tuvieron ningún hallazgo desde el punto de vista de medicina nuclear.

Las lesiones metastásicas representaron catorce punto tres por ciento (14.3%), las lesiones no metastásicas veinte y ocho punto cinco por ciento (28.5%). Las metástasis a nivel de fémur, cráneo y húmero representaron el mayor porcentaje para un diecisiete punto seis por ciento (17.6%). De las lesiones no metastásicas el mayor porcentaje estuvo representado por los procesos inflamatorios degenerativos con un setenta y seis punto dos por ciento (76.2%). El rango de edad de 60-69 años fueron los más afectados con cuarenta y cinco puntos siete por ciento (45.7%). Adenocarcinoma prostático moderado e infiltrante fue el hallazgo histopatológico de mayor frecuencia con treinta y siete punto uno por ciento (37.1%), en la escala de Gleason la mayor frecuencia correspondió al rango de 5-7 con sesenta y cinco punto siete por ciento (65.7%), los síntomas irritativos fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes en un cuarenta y ocho punto seis por ciento (48.6%), los principales métodos de diagnóstico fueron tacto rectal y biopsia que se le realizaron a los 35 pacientes, el principal tratamiento quirúrgico fue la Prostatectomía radical con un sesenta y ocho punto seis por ciento (68.6%).

Palabras claves: gammagrafía ósea y cáncer de próstata

ABSTRACT

Scintigraphic findings reported in patients diagnosed with prostatic cancer in the Department of Urology of the Hospital

Dr. Francisco Emilio Moscoso Puello, Santo Domingo, Dominican Republic, in June 2006 to June 2008.

According to the numbers of the WHO, 1 of each 3 men will have a prostate carcinoma, before the 80 years, in the world. In Europe 350.000 new annual cases are diagnosed about; in the United States around 200,000 and Latin America it is located in the first position of the carcinomas that kill.

The study included all patients who had a full record and bone scan done.

Results: This study included 35 patients of these 15 positive scintigraphic findings were distributed as follows: 5 with metastatic lesions and 10 with no metastatic lesions, the 20 remaining patients had no findings from the viewpoint of nuclear medicine.

The metastatic lesions were fourteen points three percent (14.3%), metastatic lesions are not twenty-eight point five percent (28.5%). Metastases at the femur, humerus and skull represented the largest percentage for a seventeen point six percent (17.6%). From no metastatic lesions the highest percentage was represented by a degenerative inflammatory process with seventy-six point two percent (76.2%). The age range of 60-69 years were the hardest hit with forty-five point seven percent (45.7%). Prostatic adenocarcinoma and moderate infiltrative histopathological finding was the increased frequency of thirty-seven point one percent (37.1%), the Gleason scale, the greatest frequency corresponded to the range of 5-7 and sixty-five point seven percent (65.7%), irritative symptoms were the most frequent clinical manifestations in a forty-eight point six percent (48.6%), the main diagnosis methods were that digital rectal examination and biopsy were performed to 35 patients, the primary surgical treatment was radical prostatectomy with a sixty-eight point six percent (68.6%).

Key words: bone scan and prostatic cancer

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata ha llegado a ser una de las causas de muerte por cáncer más frecuentes en varones mayores de 50 años, según Isselbacher, K., Braunwald, E, y colaboradores un porcentaje muy elevado de los pacientes que fallecen por esta patología presentaron metástasis ósea durante su evolución, y es entonces cuando la gammagrafía ósea desempeña un rol preponderante, en el control evolutivo de estos pacientes y su respuesta a la terapia.

La frecuencia en la presentación de las metástasis óseas dependerá del estadio de la enfermedad, siendo de

aproximadamente un cinco por ciento (5%) la incidencia para el estadio I, un diez por ciento (10%) para el estadio II, y un veinte por ciento (20%) para el estadio III. 17,18,21 También se ha relacionado el incremento del antígeno prostático especificado (PSA) con una mayor frecuencia de compromiso óseo, el grado histológico es otro factor a considerar en la mayor o menor ocurrencia de metástasis, se ha demostrado que al aumentar la puntuación de Gleason, aumenta su incidencia.22

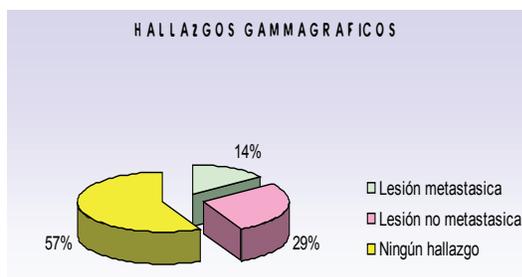
Una de las localizaciones más frecuentes para metástasis en el carcinoma de próstata es la pelvis, así como en otras localizaciones del esqueleto axial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal de los hallazgos gammagráficos reportados en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en el Hospital Dr. Francisco Emilio Moscoso Puello, durante el período de Junio 2006 a Junio 2008

RESULTADOS

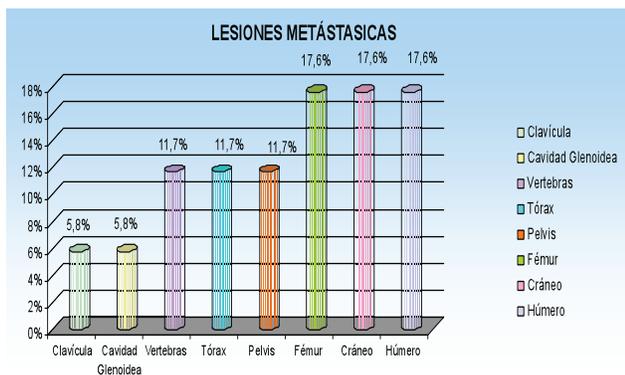
Gráfico I. DISTRIBUCIÓN DE LOS HALLAZGOS GAMMAGRAFICOS EN LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA



Fuente: Tabla. I

Se hallaron 15 pacientes con hallazgos gammagráficos positivos de los cuales 5 resultaron positivos para lesiones metastásicas y 10 resultaron con lesiones no metastásicas, en el resto de los pacientes no hubo ningún hallazgo.

Gráfico II. DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES METÁSTICAS SEGÚN EL LUGAR ANATOMICO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA



Fuente: Tabla. II

Gráfico III. DISTRIBUCIÓN DE LOS HALLAZGOS GAMMAGRAFICOS NO METASTASICOS EN LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA

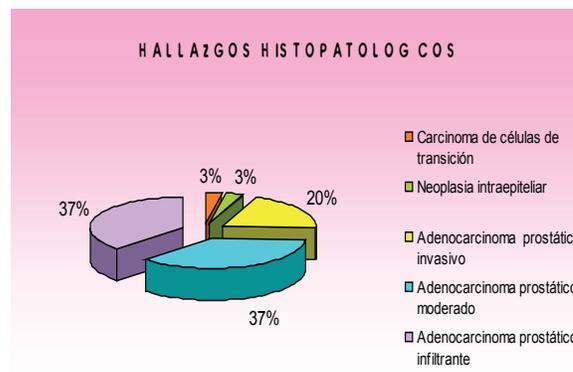


Fuente: Tabla. III

En 10 pacientes hubo hallazgos de 21 lesiones no metastásicas distribuidas de la siguiente manera; procesos inflamatorios degenerativos en la mayoría de los casos, representando un setenta y seis punto dos por ciento (76.2%), y traumatismos con veintitrés punto ocho por ciento (23.8%).

En 5 pacientes hubo hallazgos de 17 lesiones metastásicas distribuidas de la manera siguiente; lesión de fémur, cráneo y húmero con diecisiete punto seis por ciento (17.6%) cada una, para ser estos tres los lugares con mayor frecuencia de metástasis, seguido por lesión de vertebras, tórax y pelvis con once punto siete por ciento (11.7%) cada una, lesión de clavícula y cavidad glenoidea en cinco punto ocho por ciento (5.8%) cada una.

Gráfico IV. DISTRIBUCIÓN DE LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA QUE TENÍAN GAMMAGRAFÍA ÓSEA REALIZADA



Fuente: Tabla. I V

El adenocarcinoma prostático moderado tuvo con treinta y siete punto uno por ciento (37.1%) al igual que el infiltrante, siendo estos dos los tipos más frecuentes de presentación del cáncer de próstata, seguidos por el adenocarcinoma prostático invasivo con veinte por ciento (20%), los de menor frecuencia fueron el carcinoma de células de transición y la neoplasia intraepitelial con dos punto nueve por ciento (2.9%).

DISCUSIÓN

El presente estudio llevado a cabo en el Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco Emilio Moscoso Puello durante el período junio 2006 - junio 2008, permite presentar los hallazgos gammagrafícos reportados en los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, durante dicho período se encontraron 35 pacientes con gammagrafías realizadas y 5 de estos resultaron positivas para lesiones metastásicas, 10 con lesiones no metastásicas y en 20 pacientes no hubo ningún hallazgo. En el estudio realizado por Matos Fermín Manuel y colaboradores, en 20 pacientes se encontraron que 8 de estos resultaron positivos a la gammagrafía ósea y 12 con gammagrafía ósea negativa.

En los 5 pacientes con hallazgos gammagrafícos metastásicos positivos los lugares más afectados fueron el fémur, cráneo y húmero con diecisiete punto seis por ciento (17.6%) cada uno, por lo que se pudo determinar que el mayor número de metástasis se presentaron en las extremidades para un treinta y cinco punto dos por ciento (35.2%) y los lugares menos afectados fueron la clavícula y la cavidad glenoidea con cinco punto ocho por ciento (5.8%) cada una, lo que difiere del estudio realizado por Matos Fermín Manuel y colaboradores donde el sitio de mayor frecuencia fueron las costillas con treinta y nueve por ciento (39%), y los menos frecuentes fueron el cráneo y huesos largos con diez por ciento (10%) respectivamente.

En los 10 pacientes con lesiones no metastásicas los hallazgos más frecuentes fueron procesos inflamatorios degenerativos con setenta y seis punto dos por ciento (76.2%) y los menos frecuentes fueron los traumatismos con veintitrés punto ocho por ciento (23.8%), sin embargo en el estudio citado anteriormente, de 20 pacientes, 12 presentaron lesiones no metastásicas para un sesenta por ciento (60%).

El rango de edad de 60-69 años fueron los más afectados con cuarenta y cinco punto siete por ciento (45.7%), lo que coincide con el estudio realizado por Marrero y colaboradores en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, 2002-2004 en pacientes afectados con cáncer de próstata donde el cuarenta por ciento (40%) fueron de 60-69 años de edad, aunque la mayor frecuencia que reportó este estudio fue de 75 a 79 años de edad con cuarenta y cinco por ciento (45%).

El adenocarcinoma prostático moderado y el infiltrante fueron los hallazgos histopatológicos más frecuentes con treinta y siete punto uno por ciento (37.1%) para cada uno, los menos frecuentes fueron el carcinoma de células de transición y la neoplasia intraepitelial con dos puntos nueve por ciento (2.9%) cada una. Sin embargo el artículo publicado por Donoso Vera; Gómez Vidal J. y colaboradores sobre Carcinoma of prostatic ducts. 1991; afirma que el adenocarcinoma se presenta en el noventa y cinco por ciento (95%) de todos los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata;

En la escala de Gleason el intervalo de 5-7 resultó más afectado con sesenta y cinco punto siete por ciento (65.7%), el intervalo menos frecuente fue el mayor de 7 con once punto cuatro por ciento (11.4%). según estudio realizado por Ramírez Backhaus M.; Frassiera V.; y colaboradores los pacientes con mayor intervalo en la escala de Gleason tienen un índice anual de desarrollar metástasis de 5.4%.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes reportadas fueron los síntomas irritativos con cuarenta y ocho punto seis por ciento (48.6%), la menos frecuente fueron los síntomas

sexuales con uno punto cuatro por ciento (1.4%). Un estudio realizado por Núñez Monroy M., en el poblado de Caney (Chile) estudiando aspectos clínicos epidemiológicos del cáncer de próstata de enero 2001-2003 un cincuenta y tres punto dos por ciento (53.2%) presentaron síntomas irritativos coincidiendo con nuestro estudio.

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, la infección de la herida quirúrgica y la disminución de la fuerza eréctil fueron las más frecuentes con veinte y tres punto siete por ciento (23.7%).

Los métodos diagnóstico más usados fueron la biopsia y tacto rectal que se les realizaron a los 35 pacientes que incluyó la muestra; sin embargo un estudio realizado por Manzanillo S.; y colaboradores en el Hospital Salvador B. Gautier 2003-2006 sobre el comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de próstata en pacientes mayores de 55 años, el cual reportó que el método diagnóstico más aplicado fue el PSA con un 100 por ciento.

La Prostatectomía radical fue el tratamiento quirúrgico más realizado con un sesenta y ocho punto seis por ciento (68.6%), de acuerdo al estudio realizado por Blanco, Pilar sobre cáncer de próstata en 1996, esta cirugía sólo se realiza en pacientes que no han hecho metástasis.

En cuanto a la procedencia se reportó que la región norte fue la que tuvo mayor frecuencia con un cuarenta y cinco punto siete por ciento (45.7%); esto podría deberse al hecho de que esta es una región muy activa económicamente y por esta razón los pacientes tienen mayor oportunidad de realizarse el estudio ya que este es muy costoso.

En relación con la ocupación los desempleados fueron los de mayor frecuencia con veinte y ocho punto seis por ciento (28.6%) y los de menor frecuencia fueron los abogados con dos punto nueve por ciento (2.9%), el estudio realizado por Ward JF, Zincke H. y colaboradores reportó que los trabajadores de las industrias del caucho y del cadmio en soldaduras y baterías, parecen tener más probabilidades de desarrollar cáncer de próstata.

REFERENCIAS

1. Cano, R.; Guzmán, C. Gammagrafía ósea en cáncer de próstata experiencia en 41 casos en enero del 1985, en Perú.
2. Matos F. Manual a. Detección de Metástasis óseas en Carcinoma de Próstata en mayores de 50 años de edad en el Instituto de Oncológico Dr. Heriberto Pieter, en Santo Domingo, República Dominicana, 1ro de octubre hasta diciembre 31, 1995.
3. Rigaud, J, y col. Valor pronostico del Gammagrafía ósea en pacientes con Cáncer de protático mestastásico tratado inicialmente con terapia de privación androgénica. 2004.
4. Carrio. González, Aplicaciones Clínicas de medicina Nuclear, Amasson. 1era. Edi. Vol. 1:2003; 331-333.
5. Pedrosa, C. S. Casanova, R. Diagnóstico por imagen, McGraw-Hill. Interamericana de España, S.A.W. Vol. 1: 1997:123-128
6. García Lamberechts.E.J, Medicina Interna. H.C. Gammagrafía. San Carlos. Madrid. 2007
7. Sadler, tg. W. Lagman. Embriología Médica. 7ma. Ed., México, DF. Panamericana. 2000; P: 266-287.
8. Rouviere, H. Delmas, A., Anatomía Humana: Descriptiva, Topográfica y Funcional. 10. Ed. Barcelona, España. Masson. 2002. P. 530-533.

9. Leeson, Thomas. S, Leeson, C. Roland; (et...al) Texto Atlas de Histología. México, D. F. McGraw Hill Interamericana. 1990; P: 660-662
10. Guyton, Arthur C; hall John E. Tratado de Fisiología Médica. 10. Ed. México, D.F., McGraw Hill, 2001. P. 1104
11. American Cancer Society: Detailed Guide: prostate cancer. 2008
12. Ward JF, Zincke H. "Radical prostatectomy for the patient with locally advanced prostate cancer." Journal Curr Urol Rep. 2003. P: 196-204, Vol. 4
13. Rubín Philip, oncología clínica edición 8va, 2003, editora Elsevir Science P:541.
14. Juan J. Zudaire. Manual de Urología. 1era. Edición. Editorial Ariel, S. P. Barcelona. 2002. Págs. 312, 314
15. Ferwin. R.; Ross. T. Cáncer de Próstata www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=pros_cancer - 33k, julio 2005.
16. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16va. Edición. México DF; McGraw Hill Interamericana de España, 2006, P: 610
17. Blanco, Pilar, 1996. Cáncer de Próstata. Guía de la Universidad de Carabobo Núcleo Aragua.

INCIDENCIA DE COLANGITIS ESCLEROSANTE EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD.

Hansell Soto, Ofelia Leroux,* Maria Crespo,* Manuel Batlle,* Mayra Vargas.*

RESÚMEN

La colangitis esclerosante es una patología poco frecuente, donde para su diagnóstico se requieren métodos sofisticados que pueden provocar una pancreatitis secundaria. Con el propósito de verificar si en el país se ven casos de colangitis esclerosante, se realizó una investigación retrospectiva y de corte transversal utilizando como fuente principal de información; el resultado de biopsias hepáticas realizadas en un período de dos años. Se recolectaron 95 resultados de los cuales se excluyeron 2 por no tener un diagnóstico establecido, dejando una muestra de 93 resultados. Solamente se encontró un diagnóstico de colangitis esclerosante secundaria, correspondiente a una femenina de 38 años. Esto indicó que hay una incidencia de colangitis esclerosante de un 1.08% y que es más frecuente en el sexo femenino. Al comparar éstos resultados con las estadísticas mundiales, confirma que la patología es más frecuente en pacientes cuya edad se acerca a los 40 años.

Palabras clave: colangitis esclerosante, biopsia hepática.

ABSTRACT

The sclerosing cholangitis is an unusual pathology in which the accurate diagnosis requires sophisticated methods that can lead to secondary pancreatitis. With the purpose of verifyin if there are cases of sclerosing cholangitis, a retrospective and transversal investigation has been made, using as the main source of information: the liver biopsy results made in a time period of two years. A total of 95 results were collected from wich 2 were excluded due to absence of a diagnosis, leaving a sample of 93 biopsy results. Only one result reported secondary sclerosing cholangitis, corresponding to a 38 year old woman. This states that the incidence of sclerosing cholangitis is 1.08% and it is more frequently in females. When comparing this result to the global statistics, it confirms that the pathology is more frequent in patients that are near the 40 years of age.

Key words: sclerosing cholangitis, liver biopsy.

INTRODUCCIÓN

El sistema biliar se divide en intrahepáticos y extrahepáticos. Los conductos biliares del sistema intrahepático proceden a nivel celular de la membrana de los hepatocitos que se unen con hepatocitos adyacentes para formar canalículos. El conducto de Hering resulta de la unión de canalículos. Conjuntos más grandes de canalículos forman conductos pequeños. Los

conductos biliares siguen la anatomía segmentaria de la vasculatura intrahepática. La confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo puede ser intrahepática. El conducto hepático derecho es en gran parte intrahepático, en tanto que el izquierdo es extrahepático y avanza en forma perpendicular al conducto hepático común hasta el nivel del ligamento redondo, en donde se forma por una confluencia de conductos de los segmentos IV y II/III. La confluencia de los conductos hepáticos izquierdo y derecho es cefálica y ventral a la bifurcación de la vena porta. La confluencia de los conductos biliares hepáticos forma el conducto hepático común, que es el conducto entre la confluencia y el surgimiento del conducto cístico. El colédoco se extiende desde el conducto cístico hasta la ampolla de Vater.^{1,2}

La colangitis esclerosante se define como la inflamación, cicatrización y destrucción de las vías biliares intra y extrahepáticas; cuya causa aun se desconoce pero que se pueden clasificar en colangitis esclerosante primaria y colangitis esclerosante secundaria.

En la colangitis esclerosante primaria (CEP), o idiopática, se cree que existen factores genéticos y ambientales que inducen a las células del sistema inmune a atacar los conductos biliares intra y extrahepáticos, suele asociarse especialmente a colitis ulcerosa en el 85% de los casos, aunque la prevalencia de CEP es de solo 5% en los pacientes con colitis ulcerativa. También puede asociarse, aunque raras veces, con síndromes de fibroesclerosis multifocal, como la fibrosis retroperitoneal, mediastínica o periureteral, la tiroiditis de Riedel o el pseudotumor de la órbita. Los pacientes con colangitis esclerosante primaria suelen mostrar síntomas y signos de obstrucción biliar crónica o intermitente, ictericia, prurito, dolor en el hipocondrio derecho o colangitis aguda. En fases tardías pueden aparecer obstrucción biliar completa, cirrosis biliar secundaria, ascitis, insuficiencia hepática o hipertensión portal con varices sangrantes. La colangitis esclerosante secundaria (CES) se ve cuando las alteraciones analíticas y radiológicas pueden atribuirse a una causa identificable, es decir, que puede constituir una complicación a largo plazo de coledocolitiasis, colangiocarcinoma, lesión operatoria o traumática de vías biliares o cuadros inflamatorios contiguos.³⁻⁵ La colangitis esclerosante secundaria es más frecuente en hombres que en mujeres y con una edad media de 40 años. Es muy rara en niños.⁶

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico se basa en una combinación de hallazgos. No hay ningún signo patognomónico para esta enfermedad. Los

* Médico general

pacientes pueden estar asintomáticos hasta por 15 años. Esta condición se va a caracterizar por recaídas y remisiones. Dentro de los síntomas que se pueden encontrar están el prurito, la ictericia con la presencia de coluria y heces acolicas. Mientras la enfermedad avanza, se le agregan otros síntomas como son dolor en el hipocondrio derecho, fatiga, pérdida de peso, fiebre y rigor. En el examen físico podremos denotar esplenomegalia y hepatomegalia.7, 9

Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio muestran una alteración de las pruebas hepáticas, con elevaciones predominantes de fosfatasas alcalinas y gama glutamil transpeptidasa (GGT). También se pueden observar la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, con patrón perinuclear (p-ANCA), que ocurre aproximadamente en la mitad de los pacientes, elevaciones de IgM (50%), hipergamaglobulinemia (30%) y elevación de cobre urinario con ceruloplasmina baja. La mayoría de los pacientes van a tener el antígeno de superficie para la hepatitis B negativo. La bilirrubina usualmente se eleva cuando la enfermedad ha progresado.7,9

Imágenes

El diagnóstico se realiza con la demostración de las alteraciones típicas del árbol biliar, que incluyen zonas estenóticas y dilataciones multifocales. El diagnóstico se puede realizar con una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) o con una colangiografía por resonancia magnética (MRCP). La ERCP es más invasiva que la otra y puede causar pancreatitis aguda en un 5% de los casos. Pero esta es la más utilizada porque te permite tomar citología para comprobar que no sea colangiocarcinoma. La sonografía y la tomografía abdominal también son herramientas útiles para realizar el diagnóstico.8,9

Biopsia hepática

La histología hepática contribuye a establecer la etapa de la enfermedad y pronóstico. El hallazgo patológico característico es la presencia de tejido fibroso dispuesto en forma concéntrica alrededor de los conductillos biliares (lesión en "piel de cebolla") aunque solo es visto en el 10% de los casos.7 La fibrosis se estatifica habitualmente en 4 estadios:

Etapa I: Infiltrado mononuclear en la tríada portal. Puede haber necrosis en sacabocado (hepatitis de interfase).

Etapa II: Expansión de la fibrosis más allá de la tríada portal, con extensión al parénquima hepático adyacente.

Etapa III: Fibrosis en puente.

Etapa IV: Cirrosis.

Complicaciones de la colangitis esclerosante primaria

1. Colestasia: Dentro de las manifestaciones de la colestasia asociada a la colangitis esclerosante primaria se debe mencionar el prurito, la esteatorrea, el déficit de vitaminas liposolubles y la osteoporosis.
2. Estenosis biliares dominantes: Algunos pacientes desarrollan estenosis de los conductos hepáticos, presentándose con ictericia obstructiva. En estos casos el diagnóstico diferencial con colangiocarcinoma es muy difícil. Estas estenosis pueden manejarse ERCP (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).
3. Colangitis y litiasis: Los pacientes con colangitis esclerosante tienen mayor prevalencia de cálculos biliares, que pueden ser de colesterol o pigmentarios. La colangitis

es una complicación que en algunos casos es inducida por manipulación de la vía biliar.

4. Colangiocarcinoma: El riesgo de desarrollar colangiocarcinoma en pacientes con colangitis esclerosante primaria es de 1,5% anual. Los pacientes con colitis ulcerosa tienen un riesgo mayor. Dentro de las herramientas que pueden ayudar a establecer el diagnóstico están los marcadores tumorales séricos como CA 19-9 y CEA, la resonancia magnética y posiblemente el PET-scan, y los métodos directos como la citología de cepillados de la zona sospechosa.
5. Cáncer de colon: Los pacientes con colangitis esclerosante y colitis ulcerosa tienen un mayor riesgo de cáncer de colon, por lo que debe realizarse vigilancia colonoscópica periódica para búsqueda de lesiones sospechosas y para el diagnóstico de displasia.7, 9

Tratamiento

El medicamento más usado es el ácido ursodeoxicólico. El uso de este medicamento en dosis de 15-20 mg/kg ha demostrado beneficios bioquímicos (disminución de la fosfatasa alcalina y enzimas hepáticas) además de disminuir la fatiga en los pacientes.

Para el manejo del prurito se utiliza la colestiramina o rifampin. La vitamina D y el calcio también se utilizan para evitar la osteoporosis.

La resección o bypass de constricturas localizadas es un manejo que se puede utilizar cuando la enfermedad está localizada en los conductos extrahepáticos y cuando existe una constrictura dominante que se pueda quitar o bypass por hepaticoyeyunostomía.

El trasplante hepático es el tratamiento de elección en los casos en que la enfermedad ha avanzado a su etapa final. Los criterios de indicación de trasplante son similares a los de cualquier otra enfermedad hepática crónica. Algunos de estos criterios son la presencia de sangrado interno por la ruptura de una varice esofágica; ascitis severa que no mejora con tratamiento médico; varios episodios de colangitis bacteriana; y encefalopatía hepática. Un score de la Clínica Mayo que prediga una mortalidad mayor a 80% en los siguientes 6 meses se acepta habitualmente como criterio de enlistamiento para trasplante. Dentro de los criterios que se utilizan para este score están los niveles de bilirrubina, albumina, AST y una historia de sangrado de varices esofágicas.7-9

Pronóstico

La colangitis esclerosante primaria es una enfermedad progresiva. La mayoría de los pacientes llegan a tener cirrosis e insuficiencia hepática. La mediana de supervivencia sin trasplante hepático es de 10 a 12 años. La colangitis esclerosante puede recurrir luego del trasplante hepático en un 20% de los pacientes.9

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo retrospectivo y de corte transversal se realizó en el Hospital General de la Plaza de la Salud utilizando los resultados de las biopsias hepáticas realizadas durante el período de estudio. Se excluyeron todos aquellos reportes de biopsias que poseían un diagnóstico no concluyente y se incluyeron todos aquellos reportes que tuvieran un diagnóstico establecido y que fueran de biopsias hepáticas exclusivamente. No se tomó en cuenta la edad de los pacientes ni tampoco el departamento que solicitó dicho estudio.

RESULTADOS

El universo se compuso de 95 resultados de biópsias, de los cuales se excluyeron 2; dando como resultado una muestra de solamente 93 resultados de biópsias hepáticas. De éste, hubo solamente 1 diagnóstico de colangitis esclerosante secundaria; lo cual representa un 1.08% de la población. El sexo predominante en el estudio fue el femenino, con una incidencia de 68.8% y masculino de 31.2%. Dado que la única muestra de colangitis esclerosante secundaria perteneció a una femenina, se puede decir con esto que dentro del sexo femenino hay una incidencia de dicha patología en un 1.56%. La edad de la paciente era de 38 años, lo cual está muy cerca del rango estadístico encontrado en la literatura.

DISCUSIÓN

La colangitis esclerosante es una patología poco común y existen pocas estadísticas que hablen aisladamente de ésta entidad. Es mucho más fácil encontrar la epidemiología de una colangitis esclerosante secundaria porque ésta se asocia bastante con otras patologías hepáticas y de las vías biliares, pero es muy difícil encontrar una guía concreta cuando se trata de la colangitis esclerosante primaria.

Los resultados de ésta investigación están dentro del rango estadístico descrito en la literatura pero no nos ayuda en lo absoluto a contribuir más de ese punto. La muestra que se obtuvo no es tan grande como para aumentar las probabilidades de encontrar más diagnósticos similares y poder hacer una comparación más fidedigna entre la patología en cuestión y posibles factores de riesgo y/o enfermedades asociadas a dicha condición.

REFERENCIAS

1. Snell, Richard. Anatomía Clínica para Estudiantes de Medicina. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México D.F.
2. Brunicardi, F. Charles et al. Schwartz Principios de Cirugía. Octava Edición. Volúmen II.
3. Kasper, Dennis L. y cols. Harrison Principios de Medicina Interna. Décimo Sexta Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México D.F. Volúmen 1, pág 1133.
4. Cooper, Daniel H. et al. Manual Washington de Terapéutica Médica. Trigésimo segunda edición. Lippincott Williams & Wilkins. Traducción al español en Barcelona, España.
5. Acta de Gastroenterología latinoamericana. Prevalencia de colangitis esclerosante primaria en pacientes con colitis ulcerativa y el riesgo de desarrollar malignidades: un extenso estudio prospectivo. 38 (1): 26-33, marzo 2008.
6. Rodes, Juan; Benhamou, Jean-Pierre; et al. Tratado de Hepatología Clínica. Segunda Edición. Tomo 1. Capítulo 14, pág. 1271.
7. Hepatitis.cl Enfermedades del Hígado. Colangitis esclerosante primaria. http://www.hepatitis.cl/colangitis_esclerosante.htm. 16 de octubre 2006.
8. Lee Dennis and cols. Primary Sclerosing Cholangitis. MedicineNet.com. http://www.medicinenet.com/primary_sclerosing_cholangitis/article.htm. November 21, 2007.
9. Klingensmith, Mary E., et al. The Washington Manual of Surgery. Billiary Surgery. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2008. pag 271.
10. Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. Séptima Edición. Editorial Elsevier. Madrid, España.

AVISO A LOS AUTORES

Se les recuerda que, para poder ser considerados, los trabajos enviados deben cumplir con el Reglamento de Publicaciones y con las informaciones para los autores que se editan en cada número de la revista.

INCIDENCIA DE DIABETES GESTACIONAL EN CONSULTA PRENATAL DE PRIMERA VEZ EN EL HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Brito, Glorisel, * De león, Lucina, * Difó Angélica, ** Palín Yadira, ** Severino María, ** Regil Pérez; Luis Escaño***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de colección prospectiva de datos, en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el período de Marzo- Abril 2008 para determinar la incidencia de Diabetes Gestacional en consulta prenatal de primera vez. Fueron evaluadas un total de 234 pacientes no diabéticas a las cuales se le realizó una prueba de glicemia basal en ayuno, de estas a 232 se sometió a la prueba de tolerancia a la glucosa, cuando se alcanza una glicemia mayor de 130 miligramos por decilitros, se realizó la curva de tolerancia oral a la glucosa, obteniendo el diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, según los criterios del National Diabetes Data Group. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de 11 preguntas abiertas.

La incidencia de Diabetes Gestacional en la población estudiada fue de 1.28 por ciento, donde la mayoría de las pacientes tenían entre 25 - 29 años de edad, todas habían cursado con más de dos embarazos, totalidad de las pacientes diagnosticadas tuvieron factores de riesgos para la enfermedad siendo lo más frecuentes la hipertensión arterial, la obesidad y el antecedente de familiar diabético. El 66.6 por ciento de las pacientes diagnosticadas como diabéticas obtuvieron niveles de glucemia en la curva de la tolerancia que oscilaron entre 130 y 139 miligramos por decilitro.

Palabras Claves: Incidencia, Diabetes Mellitus, Embarazo.

ABSTRACT

We performed a prospective descriptive study of data collection in the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, in the period March-April 2008 to determine the incidence of gestational diabetes in the first prenatal visit. Were assessed a total of 234 diabetic patients which will be tested for fasting glycemia of these to 232 was subjected to the test of glucose tolerance, when it reached a glucose greater than 130 milligrams per deciliter, curve was performed oral glucose tolerance, getting the diagnosis of gestational diabetes mellitus, according to the criteria of National Diabetes Data Group. For data collection a questionnaire of 11 open questions.

The incidence of gestational diabetes in the study population was 1.28 percent, where most patients were between 25 to 29 years of age, all had attended with more than two pregnancies, all of the diagnosed patients had risk factors for being the most

common disease of hypertension, obesity and family history of diabetes. The 66.6 percent of patients were diagnosed as diabetic blood sugar levels in the curve of tolerance ranging between 130 and 139 milligrams per deciliter.

Key words: Incidence, Diabetes Mellitus, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un estado crónico de hiperglucemia, que puede derivar de múltiples factores, ambientales y genéticos, que a menudo actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser consecuencia de la falta de secreción de insulina o de la presencia de factores que se oponen a su acción, dichos factores pueden ser puestos en evidencia por tres condiciones orgánicas desencadenantes: la obesidad, el estrés y el embarazo¹.

Los cambios en la acción de la insulina condicionan la adaptación del metabolismo materno para favorecer la disposición de los nutrientes que requiere el feto en su desarrollo.

La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono; de severidad y evolución variables, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo actual. De cada cien mujeres embarazadas, de tres a cinco desarrollan diabetes gestacional.

La diabetes gestacional se diferencia de otros tipos de diabetes por ser una enfermedad transitoria, por ser menos severa y que muchas veces se resuelve con modificaciones del estilo de vida tales como: llevar una dieta saludable y empezar un programa de ejercicios².

La prevalencia mundial de diabetes gestacional oscila entre el 1-14 por ciento de todos los embarazos dependiendo de la población en estudio y los criterios diagnósticos utilizados³. En latino América se estima que entre el 2-10 por ciento de las mujeres embarazadas cursa con diabetes gestacional⁴.

Cortes y Cols realizaron un estudio en Medellín, Colombia con 1,726 pacientes en el 2000, encontrando una prevalencia de 1.43 por ciento⁵.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de colección prospectiva de datos. En el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el período de Marzo- Abril 2008 para determinar la incidencia de Diabetes Gestacional en consulta prenatal de primera vez. La población la constituyen todas las pacientes que acudieron a consulta prenatal de primera vez del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia en el período comprendido entre marzo-abril 2008, tomando una muestra de 232 pacientes

* Médicos Ginecólogo -Obstetra

** Médico general

*** Asesor.

que cumplieron con los criterios de inclusión y accedieron a ser sometidas al estudio. Se elaboró un cuestionario que consta de 11 preguntas abiertas con la finalidad de obtener datos relacionados con lo estipulado en los objetivos y variables del estudio. Los datos obtenidos fueron procesados mediante recursos informáticos y expresados a través de tablas y gráficos para facilitar su interpretación y análisis.

RESULTADOS

En la distribución por grupos etáreos las mayorías de las pacientes cursaban con una edad de 25 a 29 años, para un 30.8 por ciento, mientras que las pacientes mayores de 40 años fueron las menos comunes 6 para un 2.6 por ciento.

En cuanto a la edad gestacional de las pacientes captadas, 142 se encontraban entre las 29 y 33 semanas; para un 60.6 por ciento, seguidas por las que cursaban entre las 24 y 28 semanas; para un 20.5 por ciento, y por último la edad gestacional menos frecuente de las pacientes captadas fue la de 34 a 38 semanas con 34 casos para un 14.5 por ciento.

Al indagar sobre los factores personales de riesgos consideramos como predisponentes para el desarrollo de diabetes, encontramos que tuvieron presentes en 171 de las pacientes; para un 73 por ciento, siendo el común de estos la multiparidad presentes en 148 pacientes para un 63.4 por ciento, seguido de la hipertensión en 33 casos para un 14.1 por ciento.

En relación a la presencia de antecedentes de factores de riesgos presentes en embarazos anteriores, encontramos que 162 pacientes refirieron por lo menos uno de los factores indagados para un 69.2 por ciento, de estos lo más común fueron la macrosomía fetal y la enfermedad hipertensiva con 16.2 por ciento y 12 por ciento respectivamente. El factor que se presentó con menor frecuencia fue el polihidramnios, con dos casos para un 0.9 por ciento.

Al realizar la glucemia basal a las 234 pacientes, encontramos que en dos de ellas se obtuvieron resultados mayores de 105 miligramos por decilitros las cuales fueron excluidas del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión, es por esto que se realizaron un total de 232 pruebas de sobrecarga oral a la glucosa, resultando positivas, es decir con valores mayores a 130 miligramos por decilitro, un total de 21 pacientes para un 90.2 por ciento.

De las 21 pacientes que resultaron con prueba de sobrecarga oral a la glucosa positiva, tres no acudieron a la realización de la curva de tolerancia, por lo que esta prueba se llevo a cabo en 18 pacientes.

Al realizar la titulación de glucosa basal obtuvimos que la totalidad de las pacientes presentaron niveles menores a 100 miligramos por decilitro, en la primera muestra luego de una hora de la administración de la glucosa obtuvimos que dos pacientes reportaron niveles may 190 miligramos por decilitros para un 11.1 por ciento, mientras que 16 pacientes resultaron con niveles de glucosa mayores a 165 miligramos por decilitros para un 22.2 por ciento, mientras que para un 22.2 por ciento, mientras que 14 pacientes tuvieron valores menores.

Luego de la realización de la curva de tolerancia a la oral a la glucosa, solo tres pacientes cumplieron con los criterios de por los menos dos parámetros alterados, por lo que se consideran con diabetes gestacional, para un 16.6 por ciento.

DISCUSIÓN

La prevalencia mundial de la diabetes gestacional oscila entre el 1 al 14 por ciento de todos los embarazos dependiendo de la población en estudio y los criterios diagnósticos utilizados. En Latinoamérica que el 2 al 10 por ciento de las mujeres embarazadas cursa con diabetes.⁷

La presente investigación ha arrojado una incidencia de Diabetes Mellitus gestacional en las pacientes de consulta de primera vez en el estudio de 1.28 por ciento, este porcentaje relativamente bajo, es similar al señalado en algunas poblaciones de blancos no hispánicos en los Estados Unidos y la reportada en estudios realizados en Medellín; Colombia, 33,36,37. Así, la condición de ser latinoamericanos no parece ser un factor de riesgo independiente para Diabetes gestacional en la población en estudio. En la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, se realizó un estudio en el año 2001 con 243 pacientes, en donde se reporto una prevalencia de un 4.12 por ciento.

Tabla I. Edad De Las Pacientes Encontradas Con Diabetes Gestacional En Consulta Prenatal De Primera Vez En El Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia, Marzo-Abril Del 2008.

| Edad | Números de pacientes | Porcentaje |
|--------------|----------------------|------------|
| < 15 | 18 | 7.7% |
| 16-19 | 37 | 15.8% |
| 20-24 | 46 | 19.8% |
| 25-29 | 72 | 30.8% |
| 30-34 | 43 | 18.4% |
| 35-39 | 12 | 5.1% |
| >40 | 6 | 2.6% |
| Total | 234 | |

Fuente: resultados obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas para la recolección de datos.

Tabla II. Diabetes Gestacional Según La Edad Gestacional Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia Marzo-Abril 2008.

| Edad Gestacional | Numero de Pacientes | Por Cientos |
|------------------|---------------------|-------------|
| 24-28 semanas | 48 | 20.5% |
| 29-33 semanas | 142 | 60.6 % |
| 34-38 semanas | 34 | 19.9% |
| Total | 234 | 100% |

Fuente: resultados obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas para la recolección de datos.

Tabla III. Diabetes Gestacional Según factores de riesgos Personales en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Marzo-Abril 2008.

| Factores Personales | Numero de Pacientes | Porcentajes |
|---------------------|---------------------|-------------|
| Obesidad | 10 | 4.2% |
| Hipertensión | 33 | 14.1% |
| Multiparidad | 148 | 63.4% |
| Negados | 63 | 26.9% |

Fuente: resultados obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas para la recolección de datos.

Tabla IV. Diabetes Gestacional Según Factores de Riesgo en

Embarazos Anteriores Encontrados en la Consulta Prenatal de Primera Vez en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Marzo-Abril del 2008.

| FACTORES | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJES |
|---------------------------|-----------------|-------------|
| Macrosomía | 38 | 16.2% |
| Hipertensión | 28 | 12.0% |
| Abortos | 26 | 11.1% |
| Óbitos | 14 | 6.0% |
| Malformaciones Congénitas | 2 | 0.9% |
| Negados | 126 | 53.8% |
| TOTAL | 234 | 100% |

Fuente: resultados obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas para la recolección de datos.

TABLA V. Resultado De La Curva De Tolerancia A La Glucosa Consulta Prenatal De Primera Vez En El Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia, Marzo-Abril Del 2008.

| | | |
|-----------------|--------------|-------|
| Positiva | 3 pacientes | 16.7% |
| Negativa | 15 pacientes | 83.3% |
| TOTAL | 18 pacientes | 100% |

Fuente: resultados obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas para la recolección de datos.

REFERENCIAS

- Márquez Pedro, Cermeno Julmery, Febres Ruth, Mora Isabel, Neda Isabel, Diabetes Mellitus gestacional en una población. Revista Medica Interna, Caracas, 2006; 22 (4): 284-288.
- Ynfante Ángela, Celado S, PTOG en la detección de diabetes Mellitus Gestacional en la consulta perinatal en el HMNSA, Mayo septiembre 2000, Rep. Dom. Tesis de grado.
- American Diabetes Association. Standards of s with Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Diab Care 2003 (suppl 1): S33-S50.
- Márquez y cols. Diabetes Mellitus en una Población, Medicina interna, Caracas, 2006, Vol. 22 (4).
- Fernández S, Herroiz M, Persistencia de alteraciones del Metabolismo de los Hidratos de Carbono y Evolución a Diabetes Clínica a corto plazo. Rev. Acta Ginecológica. México. Vol. Lix 7, Agosto- Septiembre 2002.
- Cortes y cols. Prevalencia de diabetes Mellitus gestacional en una población de Medellín, 1999-2000. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Vol. 53. num. . 1-2002.
- Sierra I, Peralta A. Nuestra experiencia en Diabetes Mellitus y embarazo en el Instituto Materno Infantil de Bogota, Colombia, 1986.
- Salcedo L, Importancia de los factores de riesgos en el diagnostico de diabetes gestacional. Rev. Prensa medica Argentina. Vol. 90,8.2003.
- Lawrence M, Tierney J, Diabetes; diagnostico clínico y tratamiento. Ed. El manual moderno, S.A. de CV. México, D.F.1997, Pág. 730-732.
- Zúñiga A, González S, Detección de diabetes gestacional; utilidad de la hemoglobina Glucosilada. Rev. Obstetricia y ginecología de Venezuela. Vol. S2-2. 1994.
- Metzger B. summary and recommendations of the Fourth International
- Workshop-conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1998; 21:342-349.
- Burro, Duffy Thomas, complicaciones médicas durante el embarazo. Editorial panamericano, Argentina. 2001.

Esperamos su colaboración y opinión

La oficina de Publicaciones del Colegio Médico Dominicano invita a los médicos dominicanos a participar en la sección ¿cuál es su diagnóstico?

Enviando colaboraciones. También sería interesante que se estimularan en escribir a esta oficina, dándonos su diagnóstico sobre el caso que en cada número publicamos.

APLICACIÓN DE PRÁCTICAS FAVORABLES A LA LACTANCIA MATERNA EN CENTROS DE SALUD PRIVADOS. SECTOR DE GAZCUE, DISTRITO NACIONAL.

Jhordany Rodríguez Torres, * Rosy Paula Nuñez Gomez, * Wanny W. Roa Cabrera, * Heidi Nuñez Cid, Ana I. DE la Cruz. *

RESUMEN

Se realizó una investigación que buscó verificar la aplicación de prácticas favorables a la lactancia materna en centros de salud privados del sector de Gazcue del Distrito Nacional en noviembre- diciembre del 2009. El estudio realizado fue de tipo prospectivo descriptivo.

Se tomó una población de 107 personas compuesta por 31 madres, 41 obstetra, 19 pediatras y 16 enfermeras. La técnica usada fue el cuestionario diseñado de dos formas, uno para el personal de salud y otro para las madres.

Se encontró que el 77.63 por ciento de los centros de salud privados investigados carecía de una política por escrito relativa a la lactancia materna. El 47.37 por ciento del personal de salud no conocían ninguna de las normas para el fomento de la lactancia materna. El 53.1 por ciento del personal no enseñaban las técnicas de amamantamiento. El 78.95 por ciento del personal no era capacitado en lactancia materna. El 43.75 por ciento del personal recomendaba alimentación materna exclusiva, pero el 96.9 por ciento de los recién nacidos en esos centros recibieron alimentación con sucedáneos de la leche materna. El 81.3 por ciento de las madres inició la lactancia pasadas seis horas después del parto. Los grupos de apoyo a la lactancia materna no existían en estos centros.

Un dato positivo es que el personal de salud refirió haber capacitado a las madres sobre lactancia materna en un 94.74 por ciento.

Palabra clave: Aplicación de prácticas favorables a la lactancia materna.

ABSTRACT

We performed a prospective descriptive research aimed at checking the implementation of practices conducive to breastfeeding in health facilities Gazcue private sector of the National District in November-December 2009.

It took a population of 107 people with 31 mothers, 41 obstetricians, 19 pediatricians and 16 nurses. The technique used was the questionnaire designed in two ways, one for health personnel and another for mothers.

We found that 77.63 percent of private health facilities surveyed had no written policy on breastfeeding. The 47.37 percent of the health staff did not know any of the rules for the promotion of breastfeeding. The 53.1 percent of the techniques taught not breastfeeding. The 78.95 percent of the staff was not trained in breastfeeding. The 43.75 percent of the recommended exclusive breast feeding, but 96.9 percent

of all newborns in these feeding centers received breast milk substitutes. The 81.3 percent of mothers initiated breastfeeding than six hours after delivery. Support groups for breastfeeding did not exist in these centers.

A positive factor is that health personnel be trained spoke to mothers about breastfeeding in a 94.74 per cent.

Key words: Implementation of practices conducive to breastfeeding.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es uno de los más grandes actos de amor, que conlleva esfuerzo y dedicación. Es un acto natural, espontáneo pero a la vez necesita ser aprendido y las madres deben ser orientadas, instruidas y educadas sobre su importancia, como llevarla a cabo, los beneficios que tanto para ella como para su recién nacido ofrece y las consecuencias que a corto, mediano y largo plazo les produce su ausencia.

En una encuesta realizada en consultorios de pediatría 1992 señala que la base para influir en la población y lograr una lactancia natural feliz de principio a fin, está en capacitar continuamente al personal de salud desde el pregrado, en los fundamentos científicos de la lactancia, concientizándolos acerca de sus ventajas y apoyándolo en esta tarea de modificar actitudes y prácticas personales.

En un estudio realizado westphal et al se observó que los profesionales de la salud comprendían mejor las bases teóricas de la lactancia natural, aunque no podían resolver los problemas que surgen en la práctica. Estos resultados apuntan a la necesidad de tener mejores programas de adiestramiento sobre lactancia natural para el personal de salud, sobre todo para el que se dedica a la atención materno-infantil, prestando particular atención a los aspectos prácticos. Leonelo Bautista 1997, destaca que el riesgo de no iniciar la lactancia materna en madres que tuvieron sus partos en instituciones privadas era 9.8 por ciento mientras que en el sector público era 5.8 por ciento

Laura Meaux Pereda y colaboradores 1999 demostró que el 100 por ciento de los médicos estuvo de acuerdo que uno de sus roles es apoyar a las madres para que lacten a sus hijos mientras están en el hospital y después de irse y que los médicos no informados o mal informados son dados a proveer consejos incorrectos a las familias que experimentan problemas comunes con la lactancia. Hilda Nelly Puente 2003 señala que para que se inicie y establezca la lactancia es preciso que durante el embarazo y el puerperio las madres cuenten con apoyo activo no solo de sus familiares y la comunidad, sino también con la totalidad del sistema de salud,

** Médico general

** Médico ayudante

y que los que se ponen en contacto con las futuras y nuevas madres estén interesados en promover la lactancia natural y sean capaces de facilitar la información oportuna y poseer un buen conocimiento de cómo se mantiene la lactancia.⁵

En un estudio realizado en el centro materno infantil San Lorenzo de Los Minas en octubre 2003 concluyó que el 50 por ciento de las madres dijo que fue ayudada a iniciar la lactancia materna por algún personal de salud, pero no todas las puérperas fueron informadas ni recibieron material didáctico de cómo amamantar y aunque fue certificado como Hospital Amigo del Niño se reportan deficiencias en cuanto al cumplimiento a cabalidad de las normas que deben cumplir.

En investigaciones realizadas en centros públicos se determinó que la mayoría de las madres que acudieron a la consulta recibió algún tipo de orientación sobre lactancia materna.

En la encuesta demográfica y de salud (ENDESA) 2007 se les preguntó a las madres sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de los últimos hijos menores de tres años que viven con la madre. La proporción de niños que estaban lactando al momento de la encuesta disminuye rápidamente con la edad: de 90.2 por ciento entre los niños menores de 2 meses al 50.9 por ciento entre los niños de 6 a 8 meses. Entre los niños de 12 a 23 meses, sólo el 22 por ciento está recibiendo lactancia materna. La lactancia exclusiva, recomendada durante los primeros seis meses de vida, sólo es recibida por el 7.8 por ciento en los de 0 a 5 meses. Aún entre los niños menores de 2 meses, apenas un 20.2 por ciento lactan exclusivamente. A causa de esta tendencia, la alimentación complementaria se inicia a edades muy tempranas para la gran mayoría de los niños dominicanos. En los primeros cuatro meses, más de la mitad de los niños reciben leche diferente a la leche materna.

La lactancia materna fue el único medio de alimentación de los niños pequeños años atrás. La lactancia comenzó a perder popularidad desde el siglo 20 en todos los países. Se ha observado que a medida que aumentó el desarrollo industrial la población pasa de urbana a rural, la mujer se introduce cada vez más en la productividad y aparecen en el mercado gran diversidad de alimentos infantiles dando como resultado la disminución de la lactancia materna. De acuerdo con la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño solo el 35 por ciento de los niños son alimentados exclusivamente con leche materna los primeros cuatro meses de vida.

Actualmente se sigue reconociendo la importancia de la lactancia materna en todo el mundo en tal consideración la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) adoptaron normas que tienden a proteger la lactancia natural a nivel internacional. En nuestro país se creó la ley 8-95 que declara como prioridad nacional la promoción y fomento de la lactancia materna y crea la comisión nacional de lactancia materna, organismo que junto a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) regula y coordina la puesta en práctica de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con las clínicas y maternidades privadas y públicas. En ese mismo orden el Decreto No. 31-96 establece el Reglamento para la Aplicación de la Ley sobre Promoción, Enseñanza y Difusión para la Práctica de la Lactancia Materna.

Además en el año 2001 la Secretaría de estado de salud pública y asistencia social (SESPAS) creó normas nacionales

para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido como una manera práctica de unificar criterios, reglamentar y eficientizar los servicios de salud del país.

Debido a la mayor y mejor facilidad para acceder a los centros privados, en los últimos años ha aumentado el uso y la demanda de la población dominicana a estos centros de salud. Conociendo lo anteriormente mencionado acerca de las normas internacionales y nacionales para el fomento de la lactancia materna resultó interesante conocer que se estaba haciendo a nivel nacional y más específicamente en el sector privado para la aplicación de las prácticas favorables a la lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Se realizó una investigación prospectiva descriptiva que buscó verificar la aplicación de prácticas favorables a la lactancia materna en centros de salud privados del sector de Gazcue del Distrito Nacional en noviembre- diciembre del 2009.

Demarcación Geográfica:

- Centro de Obstetricia y Ginecología: Ave. Independencia # 451, Esq. JJ Pérez, Gazcue
- Clínica Gómez Patiño: Ave. Independencia # 701, Gazcue
- Centro Médico Gazcue: Ave. Bolívar # 357, Esq. L. Navarro, Gazcue

Tiempo de realización

- Noviembre-Diciembre 2009

Población de estudio:

Estuvo comprendido por 222 entre madres y personal de salud.

La población estuvo conformada de la siguiente manera:

La población de madres que dieron a luz en el Centro Médico Gómez Patiño fue 43 y en el Centro Médico Gazcue fue 34.

El personal de salud que trabaja en el Centro Médico Gómez Patiño son 26 de los cuales 11 son obstetras, 6 pediatras y 9 enfermeras; en el Centro Médico Gazcue son 24 de los cuales 14 son obstetras, 5 pediatras y 5 enfermeras y en el Centro Obstetricia y ginecología son 95 de los cuales son 48 obstetras, 33 pediatras y 14 enfermeras.

Muestra:

La muestra fue de 107 de manera intencional, no probabilística compuesta de 31 madres, 41 obstetras, 19 pediatras y 16 enfermeras de acuerdo al número del personal de salud y de los centros médicos, atendiendo a la disponibilidad del personal de salud y el equipo de investigación.

| Centros Médicos | Obstetras | Pediatras | Enfermeras | Madres |
|-------------------------------------|-----------|-----------|------------|--------|
| Centro Médico Gazcue | 13 | 4 | 5 | 12 |
| Clínica Gómez Patiño | 5 | 4 | 2 | 19 |
| Centro de Obstetricia y Ginecología | 23 | 11 | 8 | -- |

Criterios de Inclusión:

- Todas las madres que tuvieron sus partos en estos centros de salud y salieron con sus productos vivos.
- Médicos Obstetras y pediatras.
- Enfermeros (as) que trabajaban en el área de Obstetricia y Pediatría.

Criterio de Exclusión:

- Madres que no recibieron consulta prenatal en estos centros.
- Madres atendidas de emergencia.
- Madres que se nieguen a cooperar con la investigación.

Método, técnicas y procedimientos

Luego de contar con el permiso en la oficina de tesis para la realización de esta investigación se procedió al envío de una comunicación a varios centros de salud privados del sector de Gazcue, la cual iba acompañada del perfil de la investigación. Al obtener el consentimiento de los centros ya mencionados a partir de la firma de la comunicación que le enviamos se procedió a diseñar dos cuestionarios que fueron aplicados uno al personal de salud y otro a las madres; en ambos tomando en cuenta las variables pertinentes del estudio.

El llenado del cuestionario para el personal de salud fue de siguiente manera: para el obstetra y el pediatra esperábamos hasta que estos terminaran las consultas, luego le leíamos las preguntas que llenábamos el equipo de investigadores.

Las enfermeras eran contactadas en el área de obstetricia y perinatología y también eran llenados por el equipo de investigadores.

La aplicación del cuestionario a las madres se realizaba después de ocho horas del parto previo consentimiento verbal de las mismas y de acuerdo a su disponibilidad siendo llenado por el equipo de investigación sin interferencia de ningún acompañante presente.

Luego de haber aplicado el cuestionario, se procedió al procesamiento de la investigación, el cual se hizo a través de Excel y Epiinfo que permitieron la realización de tablas y gráficos a los que se les hizo una descripción teórica para una mejor comprensión de los resultados que sirvieron para la realización de conclusiones y recomendaciones.

Principios éticos:

Las informaciones obtenidas en esta investigación son de uso exclusivo de este estudio y bajo ninguna circunstancia se dará a conocer nombres de centros de salud o personal. Los datos obtenidos están basados en la confiabilidad y el respeto.

De acuerdo a la aplicación de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural el más aplicado fue la capacitación a las madres sobre lactancia materna con un 94.74 por ciento.

Tabla 2. Descripción de la capacitación del personal de salud en lactancia materna

| Tipo de capacitación | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Talleres | 10 | 13.16 |
| Charlas | 4 | 5.26 |
| Conferencias | 2 | 2.63 |
| Ninguno | 60 | 78.95 |
| Total | 76 | 100 |

Fuente: Ídem

El tipo de capacitación más utilizada fueron talleres con 13.16 por ciento.

Tabla 3. Normas para el fomento de lactancia materna conocidas por el personal de salud

| Normas para el fomento de lactancia materna | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño | 20 | 26.32 |
| Ley 8-95 | 5 | 6.58 |
| Normas de atención a la mujer durante el embarazo | 10 | 13.16 |
| Otros | 5 | 6.58 |
| Ninguno | 36 | 47.37 |
| Total | 76 | 100 |

Fuente: Ídem

TABLA 1
Aplicación de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural

| 10 pasos hacia una feliz lactancia natural | SI | | NO | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Política por escrito relativa a la lactancia materna | 9 | 11.84 | 59 | 77.63 |
| Capacitación del Personal de salud sobre lactancia materna | 10 | 13.16 | 66 | 86.84 |
| Capacitación a las madres sobre lactancia materna | 72 | 94.74 | 4 | 5.26 |
| Intervalos más largos para iniciar la lactancia | 26 | 81.3 | 6 | 18.8 |
| Técnicas de amamantamiento | 15 | 46.9 | 17 | 53.1 |
| Leche materna exclusiva | 18 | 56.25 | 14 | 43.75 |
| Alojamiento conjunto | 13 | 31.71 | 28 | 68.29 |
| Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite | 15 | 78.95 | 4 | 21.05 |
| Recomendación del Uso de Chupetes | --- | --- | 19 | 100.00 |
| Fomentar el uso de grupos de apoyo a la lactancia materna | --- | --- | 19 | 100.00 |

Fuente: Aplicación de cuestionarios al personal de salud y madres de los centros privados del sector de Gazcue, distrito nacional, noviembre-diciembre 2009.

Dentro de las normas para el fomento de la lactancia materna, la más conocida por el personal de salud es la Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño con un 26.32 por ciento.

Normas para el fomento de lactancia materna conocidas por el personal de salud

Tabla 4. Según de quien recibe la madre la orientación sobre lactancia materna

| orientación | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|------------|
| Obstetra | 10 | 31.3 |
| Pediatra o perinatólogo | 7 | 21.9 |
| Ninguno | 11 | 34.4 |
| Otros | 4 | 12.5 |
| Total | 32 | 100 |

Fuente: Ídem

De acuerdo a la orientación recibida por las madres acerca de la lactancia materna fue proporcionada por el obstetra en un 31.3 por ciento.

Tabla 5. Según los beneficios conocidos por las madres.

| Beneficios que aporta la lactancia materna conocidos por las madres | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Nutrición adecuada | 6 | 18.8 |
| Defensas inmunológicas | 6 | 18.8 |
| Todas | 13 | 40.6 |
| Ningunas | 7 | 21.9 |
| Total | 32 | 100 |

Fuente: Ídem

El 40.6 por ciento de las madres dijeron que conocían los beneficios de nutrición adecuada y defensas inmunológicas.

Tabla 6. Alimentación con sucedáneos de la leche materna

| Alimentación con sucedáneos de la leche materna del recién nacido | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Si | 31 | 96.9 |
| No | 1 | 3.1 |
| Total | 32 | 100 |

Fuente: ídem

El 96.9 por ciento de los recién nacidos en estos centros recibieron alimentación con formula infantil.

DISCUSIÓN

En la investigación realizada sobre aplicación de prácticas favorables a la lactancia materna en centros de salud privados del sector de Gazcue, Noviembre- diciembre 2009. Se entrevistaron 41 médicos obstetras, 19 pediatras,

16 enfermeras y 31 madres que dieron a luz en estos centros durante el periodo de la investigación, los datos relevantes obtenidos fueron los siguientes:

El 77.63 por ciento de los centros investigados carecía de una política por escrito relativa a la lactancia materna lo que no se corresponde con las recomendaciones de la OMS y la insistencia del gobierno Dominicano mediante las leyes nacionales para fomentar la lactancia natural, además ha sido comprobado que la falta de una política de acción institucional y de apoyo administrativo es responsable de que sea casi imposible conseguir el éxito de los programas de fomento de la lactancia materna.

El 94.74 del personal de salud refirió capacitar a las madres sobre lactancia materna lo que no se correspondió con las respuestas a las madres acerca de capacitación recibida, las cuales refirieron no haber sido capacitadas por ningún personal de salud en un 34.4 por ciento.

El 68.29 por ciento no contaba con alojamiento conjunto las 24 horas lo que no fue observado por Hernández Lorange y colaboradores 2003 el cual resultó tener alojamiento conjunto en un 100 por ciento. El alojamiento conjunto recomendado por los expertos no es considerado por los centros privados un aspecto vital en el fomento de la lactancia materna lo cual se reflejó en una disminución considerable del inicio inmediato de la lactancia con un 81.3 por ciento de las madres que inicio la lactancia pasadas más de seis horas después del parto, la cual según los organismos internacionales y las normas nacionales debe ser de media a una hora.

El 53.1 por ciento del personal de salud de estos centros reconoció que no enseñaban a las madres las técnicas de amamantamiento en contraste con el 69.50 por ciento de las madres que conocían las técnicas de amamantamiento según Hernández Lorange y colaboradores 2003.6

El 43.75 por ciento d el personal de salud entrevistado no recomiendan lactancia materna exclusiva, lo cual contradice las recomendaciones para el fomento de la lactancia materna de dar a los niños solo el seno, pero se asocia al Porcentaje cada vez menor de niños lactados que se encuentra en un 7.8 por ciento en los de 0 a 5 meses.

El 96.9 por ciento de los recién nacidos recibieron alimentación con sucedáneos de la leche materna lo cual contribuye al descenso de lactantes alimentados al seno materno y determina que más de la mitad de los niños reciban leche diferente a la materna en los primeros cuatro meses.

En un 100 por ciento los grupos de apoyo a la lactancia materna no existen en los centros privados. Los grupos de apoyo son recomendados para ayudar, motivar y responder a las inquietudes que pudieran surgir con la lactancia, Hernández Lorange y colaboradores 2003 demostraron la existencia de estos grupos en centros de salud

El tipo de capacitación que mas recibió el personal de salud fueron talleres con un 13.16 por ciento, pero cabe destacar que el 78.95 por ciento del personal no recibió ningún tipo de capacitación en lactancia materna lo cual refleja deficiencias en las recomendaciones internacionales y las leyes nacionales. En contraste con lo investigado por Hernández Lorange y colaboradores 2003 demostraron que el personal de salud era debidamente capacitado. 6 Laura Meaux Pereda y colaboradores 1999 demostró que el 100 por ciento de los médicos estuvo de acuerdo que uno de sus roles es apoyar a las madres para que lacten a sus hijos mientras están en el hospital y después de irse y que los médicos no informados o mal informados son dados a proveer consejos incorrectos a las familias que

experimentan problemas comunes con la lactancia. Además el 47.37 por ciento del personal de salud afirmó desconocer las normas tanto nacionales como internacionales acerca del fomento de la lactancia materna, lo que va en desacuerdo con los señalamientos de las Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido que dice que los centros de salud con servicios de maternidad y atención al recién nacido deberán conocer las políticas nacionales sobre lactancia materna y asegurarse de que su personal las conozca, incluyendo personal administrativo y de apoyo.

REFERENCIAS

1. Encuesta Cap de ablactación y destete a madres del consultorio externo N° de pediatría del Centro de Salud La paz, octubre 1992.
2. M. F. Westphal, J.A.C, Taddei, S.I.Venancio C.M. Bogus. Capacitación de profesionales de la salud en lactancia natural y reformas institucionales subsiguientes. Bol. Oficina sanit Panam 1996; Vol. 120 (4): Pág.304-315.
3. Bautista, leonelo: Duration of maternal breast feed in the Dominican Republic, OPS 1997.Pag.2-5.
4. Laura Meaux Pereda, Rene Dávila Torres; Ana Parrilla Rodríguez, Joanna Avilés Pérez. Lactancia materna en programas de residencias medicas en obstetras y pediatras: Experiencia con la lactancia materna en sus programas de residencias. Diciembre 1999.vol.18 N° 4.
5. Dra. Hilda Nelly Puente. Lactancia Materna, Problemas sociológicos. Instituto Superior de ciencias medicas de la Habana, facultad Finlay-Albaran. Julio - Diciembre 2003.
6. Hernández Lorange, Rondón Roberto, Jones Sócrates, Jerez Indira, Martínez Yudelka; Apoyo hospitalario que reciben las puerperas para la lactancia materna, Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Minas, Santo Domingo, Rep. Dom., octubre 2003.
7. Hidalgo Alba, Melo Deisy, De la Cruz Sara; Conocimientos y práctica de la lactancia materna de las madres que acuden a la consulta del hospital infantil Robert Reid Cabral, Sto. Dgo., Rep. Dom., Junio 2006
8. Republica Dominicana, encuesta demográfica y de salud 2007. Informe preliminar. Iniciación de la lactancia, ENDESA 2007.
9. OMS/UNICEF, Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, mayo 2002.
10. SESPAS. Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Serie de normas N°5. Republica Dominicana: 2001.
11. Sguassero, Duración optima de la lactancia materna exclusiva, 28 de marzo 2008, biblioteca de salud de la OMS. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/index.html
12. Salud y desarrollo del niño y del adolescente, lactancia materna. Disponible en: www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child_nutrition_breastfeeding/es/index.html
13. Williams, Obstetricia. 21ed. GaryCunni, MD, Norman F. Gant, MD, Kenneth J. Leveno. 2001. McGraw Hill. Capitulo 17. El puerperio. Pag. 352-354.
14. Organización mundial de La salud. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia.. Whashington, D.C.:OPS 2002.
15. Dr. Luis Miguel Puello. Beneficios de la lactancia materna. Puleva salud.7/2/05 (fecha de acceso 12/1/2010).
16. Savage King F. Como ayudar a las madres a amamantar; Bogotá, Colombia: Ediciones Zas; 1996.
17. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF (OMS 1989) y cuestionario para la evaluación global para la iniciativa Hospitales amigos del niño de OMS y UNICEF, 1992.
18. Declaración Innocenti. Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, co-sponsored by the United States Agency for International Development (A.I.D.) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August 1990. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
19. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna WHO 1981, Geneva. Disponible en: <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>
20. Ley 8-95 de 19 septiembre 1995 de promoción y fomento de la lactancia materna.
21. Decreto No.31-96 que establece el Reglamento para la Aplicación de la Ley 8-95 Santo Domingo de Guzmán, D. N., República Dominicana.12 de mayo de 1996.
22. Nutrición, Iniciativa "Hospitales amigos de los niños": Materiales revisados y actualizados, 2009. Versión preliminar para la aplicación en los países. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24850.html

DESNUTRICIÓN PROTEICA – ENERGÉTICA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL BAJO EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.

Mayra S. Hasbún**, Alba Hidalgo*, Adriana Javier*, Emma Isabel *, Yeny Peguero*.

RESUMEN

Se hizo un estudio prospectivo longitudinal; analítico que se desarrolló en la unidad de hemodiálisis del Hospital Docente Padre Billini Abril – Septiembre 2010. La muestra estuvo constituida por 59 pacientes. De los cuales el 63% fueron hombres y 37% mujeres, las edades oscilaron entre 22 y 40 años.

Tomando en consideración que la insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es el desenlace de un proceso que usualmente se gesta durante largo periodo de tiempo y que conduce a una serie de enfermedades metabólicas multisistémicas o viceversa. El estado nutricional juega un rol importante en la morbimortalidad de estos pacientes, ya que los diversos estados hipercatabólicos que se producen superan la síntesis proteica, generando un estado de desnutrición proteico – energética.

La presencia de la anorexia, náuseas, vómitos, gastritis crónica y sobre todo la baja ingesta, conlleva al deterioro de estado nutricional de estos pacientes.

En la realización de esta investigación nos llamó la atención la gran cantidad de pacientes jóvenes que se encuentran en el tratamiento de hemodiálisis de esta unidad de Hospital Docente Padre Billini siendo la enfermedad primaria en estos pacientes, el abuso por el uso de sustancias ilícitas o uso de drogas, la cual ocupa el 4to lugar en nuestra lista de frecuencia de enfermedades primaria, representando un 4 % aproximadamente.

Palabras clave: Desnutrición. Hemodiálisis crónica. Ingesta proteica.

ABSTRACT

There was a longitudinal prospective study, analytical developed in the hemodialysis unit of the Teaching Hospital Padre Billini April to September 2010. The sample consisted of 59 patients. Of whom 63% were men and 37% female, ages ranged between 22 and 40.

Considering that Chronic Renal Failure (ESRD) is a process and outcome is usually gesta for a long period of time and leads to a series of metabolic diseases Multisystemic or vice versa. The nutritional status plays an important role in morbimortality of these patients, since the various states that occur hypercatabolic exceed protein synthesis, generating a state of protein - energy malnutrition.

The presence of anorexia, nausea, vomiting, chronic gastritis and especially the low intake, leads to deterioration of

nutritional status of these patients.

In conducting this research, we call attention to the large number of young patients who are in the hemodialysis unit of the Teaching Hospital Padre Billini be the primary disease in these patients, abuse by substance use or use illicit drug, which occupies the 4th place on our list of primary disease frequency, representing about 4%.

Key words: Malnutrition. Chronic hemodialysis. Protein intake.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) se describe un síndrome de desnutrición proteico calórico, con una prevalencia mundial que varía entre 16 y 54% según la serie. En pacientes hemodializados la prevalencia de desnutrición es alrededor de 40% y de ellos, entre el 6 y el 8% presentan desnutrición severa 1-3.

Estos pacientes están predispuestos además a distintas carencias nutricionales minerales, como hierro, Zinc y Selenio; vitamínicas como B6, C, Ac. Fólico y calcitriol, y otros nutrientes como carnitina. Sin embargo, predomina el déficit proteico calórico.

Conociendo la alta prevalencia de desnutrición en pacientes hemodializados en el extranjero, la alta frecuencia de diálisis en nuestro país y la relación del estado nutricional con la morbilidad y mortalidad en los pacientes con IRC, surge la necesidad de conocer la realidad nutricional de nuestros pacientes y la eficacia de la diálisis para mejorar algunos de estos parámetros.

Nuestro objetivo es establecer el grado de desnutrición que existe en nuestra unidad de hemodiálisis mediante la valoración nutricional habitual y la utilización de parámetros antropométricos como el índice de masa corporal, de esta manera analizar el aspecto nutricional en la hemodiálisis de los pacientes en el hospital Docente Padre Billini.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio prospectivo longitudinal analítico que se desarrolló en la unidad de hemodiálisis del Hospital Docente Padre Billini Abril – Septiembre 2010.

La muestra constituida por paciente con insuficiencia Renal Crónica Terminal bajo el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis con las siguientes características:

- 1) Padeecer de insuficiencia renal crónica terminal
- 2) Estar en el programa de hemodiálisis

Se le hizo una valoración nutricional que incluyó un recordatorio de 24 horas para determinar el valor proteico – energético de la dieta.

También se determina su estado nutricional mediante indicadores antropométricos como el índice de masa corporal; el cual se calcula mediante la relación tarea/peso , dividiendo el peso en kg entre la tabla en metros al cuadrado.

RESULTADOS

Fue interesante encontrar que el 78% de los pacientes ingieren un contenido energético, según el recordatorio de 24 horas que le fue aplicado, de menos de 1,500 Kcal/día un 13.6% entre 1500-2000Kcal/día, 5% entre 2000 y 2500Kcal/día y solo un 3% aproximadamente consume ≥ 2500 Kcal/día.

Del 78% que consume menos de 1500 Kcal/día 55% son mujeres, no hubo diferencias en el sexo entre las que comunes 1500-2000Kcal/día pero si entre los comunes 2000-2500 o mas Kcal/día, ya que todos fueron hombres (Tabla 1).

En cuanto al contenido proteico de la dieta habitual 48%. Ingerido menos de 1.1g/hg del peso ideal (P1) y 29% 1.1-1.2g/Kg P1, un 24% mas de 1.1-1.2 g/Kg P1 (Tabla 2)

Según su masa corporal 49% se encuentra en desnutrición sería un 34%, en desnutrición leve o moderada, el resto normales según índice de masa corporal (Tabla 3).

TABLAS Y GRÁFICOS

Valoración del contenido de al dieta habitual paciente con insuficiencia renal crónica terminal bajo tratamiento sustitutivo de hemodiálisis y su relación con el sexo.

Tabla I. Unidad de hemodiálisis del Hospital Docente padre Billini Abril- Septiembre 2010.

| Energía Kcal/día | Sexo | | | | | |
|------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| < 1000 | 7 | 18.9 | 12 | 54.6 | 19 | 32.3 |
| 1000-1500 | 20 | 54.0 | 5 | 31.8 | 27 | 45.8 |
| 1500-2000 | 5 | 13.5 | 3 | 13.6 | 8 | 13.6 |
| 2000-2500 | 3 | 8.1 | 0 | 0.0 | 3 | 5.1 |
| ≥ 2500 | 2 | 6.4 | 0 | 0.0 | 2 | 3.4 |
| Total | 37 | 62.7 | 22 | 37.3 | 59 | 100 |

Tabla II. Determinación del contenido proteico de al dieta habitual de los pacientes hemodializados según su relación con el medio de masa corporal.

Unidad hemodiálisis del Hospital Docente padre Billini Abril- Septiembre 2010.

| IMC (Kg/M ²) | Proteínas | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|------|-----------|------|---------|------|-------|------|
| | ≤ 1 | | 1.1 – 1.2 | | > 1.2 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| < 15 | 4 | 14.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 6.8 |
| 15 – 20 | 9 | 32.1 | 6 | 35.3 | 5 | 35.7 | 20 | 33.9 |
| 20 – 25 | 14 | 50.0 | 8 | 47.1 | 7 | 50.0 | 29 | 47.0 |
| ≥ 25 | 1 | 3.6 | 3 | 17.6 | 2 | 14.3 | 6 | 10.2 |
| Total | 28 | 47.5 | 17 | 28.8 | 14 | 23.7 | 59 | 100 |

Tabla III. Distribución de casos de desnutrición proteica energética en pacientes hemodializados según índice de masa corporal y su relación con el sexo.

Unidad de hemodiálisis del Hospital Docente Padre Billini Abril- Septiembre 2010.

| IMC (Kg/M ²) | Sexo | | | | | |
|--------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| < 15 | 1 | 2.7 | 3 | 13.6 | 4 | 6.8 |
| 15 – 20 | 14 | 37.8 | 6 | 27.3 | 20 | 33.9 |
| 20 – 25 | 19 | 51.4 | 18 | 45.5 | 29 | 49.9 |
| ≥ 25 | 3 | 8.1 | 3 | 13.6 | 6 | 10.2 |
| Total | 37 | 6 | 22 | 37.3 | 59 | 100 |

DISCUSIÓN

La población estudiada es predominantemente joven y con un promedio de 3 años en diálisis. Sólo 7 pacientes resultaron tener < 12 meses en diálisis. La mayoría de estos pacientes poseen una educación pobre, más aún, pese a que 48% de ellos tiene educación media o superior, 62% del total de estos pacientes no cumplen ningún rol activo en la sociedad. Esto es aún más dramático a la luz de la edad de los sujetos dializados, que en general es de plena productividad. El diagnóstico de base se desconoce en 9 pacientes (31%), por lo que poco se puede concluir de la muestra.

La encuesta alimentaria no parece ser de mucha utilidad en nuestros pacientes, ya que los datos obtenidos en relación a ingesta proteica, no guardan relación con la tasa Proteico calórica ni al IMC, lo que podría indicar que la encuesta recogida no es fidedigna en cuanto a calidad de alimentos, pero si en cantidad.

En conclusión, la desnutrición en estos pacientes es de predominio proteico calórica con una evidente reducción de las reservas somáticas, energéticas y proteicas. Las proteínas séricas son indicadores poco sensibles o tardíos de desnutrición. El déficit de Ingesta Proteica siempre va acompañado por una, aún más grave, deficiente ingesta calórica.

Es un dato de inestimable valor para conocer el balance energético y nitrogenado de los enfermos.

REFERENCIAS

- Marcén R, Martín del Río R, Quereda C, Teruel J, Matesanz R, Orofino L y Ortuño J: Evolución de las concentraciones de proteínas y aminoácidos sanguíneos en hemodiálisis y postrasplante. Nefrología 7:371-376, 1997.
- Marcén R., Gámez C, De La Cal MA y Grupo Cooperativo de Nutrición en Hemodiálisis. Estudio Cooperativo de Nutrición en Hemodiálisis II. Prevalencia de malnutrición proteico calórica en enfermos en hemodiálisis. Nefrología XIV (suplemento 2): 36-43, 1994.
- Marcén R. Nutrición en diálisis. Nefrología 10 (Supl.3): 11-17, 1990.
- Quemada M, Sánchez Cajasús A. Consumo alimentario de los pacientes en hemodiálisis. Nefrología14 (Supl. 2):

- 73-79, 1994.
5. Ricart W, González Huix F, Conde V y Grupo para la Evaluación de la Composición Corporal de la Población de Cataluña. Valoración del estado de nutrición a través de la determinación de los parámetros antropométricos: nuevas tablas en la población laboral de Cataluña. *MedCin* 100: 681-691, 1993.
 6. Pérez-García, González R, Lago M, Anaya F, GarcíaVinuesa MS, Valderrábano F. Factores con valor pronóstico de morbimortalidad en hemodiálisis. *Nefrología* 14 (su-plemento 2): 80-88, 1994.
 7. Harter HR. Review of significant findings from the National Cooperative Dialysis Study and Recommendations. *Kidney Int.* 23 (suppl 13): S107-S112, 1993.
 8. Vennegoor M. Nutrición para pacientes con insuficiencia renal. Publicación de EDTNA-ERCA. ISBN (1986-1990). ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL E INGESTA ALIMENTARIA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS PERIÓDICA 12/II TRIMESTRE 99, nº 6
 9. La desnutrición calórico-proteica es frecuente en pacientes estables en hemodiálisis periódica. Checa F, Pulido S, Ramírez, ML, Becerra F, Moral MA. *Enf. Nefrol* 10: 17-21, 2008.
 10. Iseki K, Kawazoe N, Fukiyama K. Serum albumin is a strong predictor of death in chronic dialysis patients. *Kidney Int* 54: 115-119, 2003.

FRECUENCIA DE BOCIO Y DEFICIT DE YODO EN LA SAL DE CONSUMO HUMANO. HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA.

Juan Carlos Mercedes Zorrilla, Daihanara Mateo Ortega, Monica Johandra Mateo Fulcar, Anibal Gomera Leger

INTRODUCCIÓN

El yodo es uno de los nutrientes esenciales para las funciones del organismo humano. Cuya deficiencia es reconocida actualmente por organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como una de las principales causas de la discapacidad humana en el mundo, la cual afecta a unos 740 millones de personas. Entre los trastornos más frecuentes por Deficiencia de Yodo se pueden citar: hipotiroidismo, bocio y cretinismo. Asimismo, durante el período gestacional dicha deficiencia provoca una serie de problemas reproductivos, entre los cuales están: embarazo de alto riesgo, abortos repetidos y retardo fetal intrauterino.

Los trastornos y desórdenes causados por deficiencia de yodo pueden ser prevenidos a través de la yodación de la sal y su consumo regular, siendo ésta la medida preventiva de mayor cobertura, la menos costosa y de probada eficacia en el mundo para la reducción de la incidencia de estos desórdenes. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial De La Salud (OMS), 2000 millones de personas, lo que equivale a la tercera parte de la población mundial, están expuestas a padecer carencia de yodo. Aunque esta carencia sea más grave en los países en desarrollo, afecta a todos los países por igual. Según datos oficiales, el 75 por ciento de la población dominicana consume sal en grano, a pesar de su prohibición.

MATERIALES Y MÉTODOS

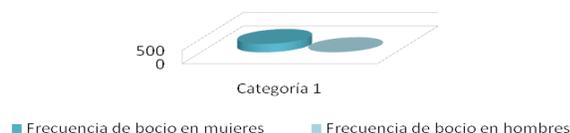
Mediante una revisión exhaustiva de todas las listas de pacientes atendidos en la consulta de endocrinología del Hospital Regional Juan Pablo Pina en el periodo enero 2009-junio 2010 se estuvo 325 historiales clínicos de pacientes de la provincia San Cristóbal que son atendidas en el Hospital Regional Juan Pablo Pina.

Para el análisis de la sal que la comercializada en la provincia San Cristóbal obtuvimos una muestra significativa constituida por todas las marcas y sales sin marca comercializadas en cuatro establecimientos y almacenes comerciales de la provincia.

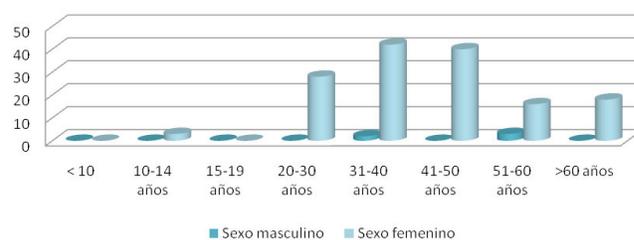
RESULTADOS

Frecuencia de Bocio Por Sexo. Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal Enero 2009-Junio 2010.

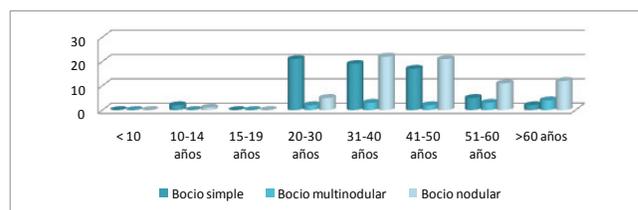
Frecuencia de Bocio por sexo



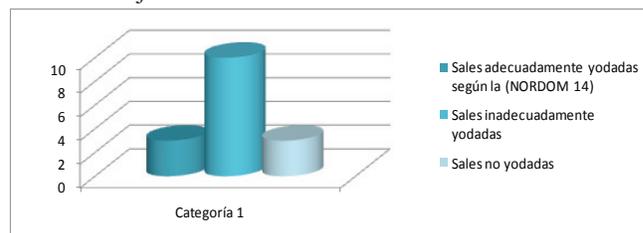
Frecuencia de Bocio Diagnosticado y Confirmado Según Grupos De Edad y Sexo. Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal Enero 2009-Junio 2010.



Frecuencia de Bocio Diagnosticado Y Confirmado Según Tipo De Bocio y Grupos de Edades. Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal Enero 2009-Junio 2010.



Frecuencia de Sales Adecuadamente Yodadas, Inadecuadamente Yodadas, y Yodadas. Provincia San Cristóbal enero 2009- junio 2010.



RESULTADOS

El tipo de bocio de mayor frecuencia fue el bocio nodular con un 47.4 por ciento del total de casos de bocio diagnosticados y confirmados.

El sexo más afectado por el tipo de bocio de mayor frecuencia fue el sexo femenino con un 45.39 por ciento del total de casos de bocio diagnosticados y confirmados.

La frecuencia de déficit de yodo en la sal de consumo humano comercializada en la provincia San Cristóbal fue de un 18.75 por ciento.

La sal refinada fue el tipo de sal de mayor frecuencia en las muestras obtenidas representando un 68.65.

DISCUSIÓN

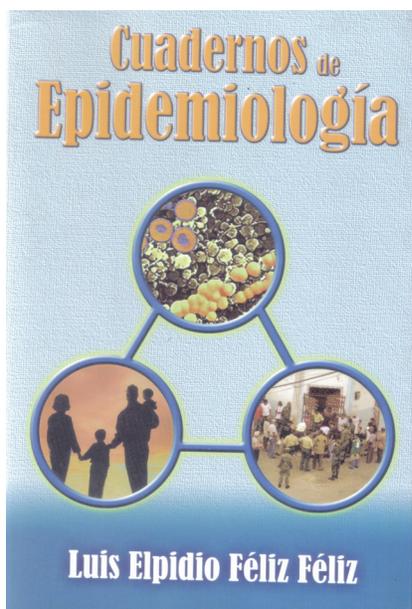
En lo concerniente a los casos de bocio diagnosticados y confirmados, encontramos 66 casos de bocio simple representando un 43.4 por ciento de los casos de bocio diagnosticados y confirmados, 14 casos de bocio multinodular representando un 9.2 por ciento de los casos de bocio diagnosticados y confirmados, 72 casos de bocio nodular representando un 47.4 por ciento de los casos de bocio diagnosticados y confirmados.

En relación a la frecuencia del déficit de yodo en la de consumo humano comercializada en la provincia obtuvimos que: el 62.5 por ciento del las muestras de sal obtenidas estaban yodadas de manera inadecuadas, el 18.75 por ciento de las muestras analizadas estaban yodadas adecuadamente según lo establece la NORDOM 14, mientras que un 18.75 por ciento de las muestras carecían de la presencia de yodo en sus diferentes formas, implicando esto que tenían un déficit de yodo en un 100 por ciento.

REFERENCIAS

1. AACE/AME. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinology medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract.* 2006; 12(1):63-102.
2. Angermayr L, Clar C. Suplemento de yodo para la prevención de los trastornos por deficiencia de yodo en niños. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2, 2008.
3. A. Orrego, H.Velez, W.Rojas. J.Borrero, J.Restrepo., Fundamentos de medicina, Endocrinología. 6ta edición. Medellín, CIB, Pág. 36,39. 2006.
4. A.C.Guyton, J.E.Hall; Hormonas metabólicas tiroideas. En: A.C.Guyton, J.E.Hall, Fisiología médica. 11VAed, Madrid, España, Elsevier, Pág.931-942. 2006.
5. Arturo Rodríguez-Ojea Menéndez. Deficiencia de yodo y sus implicaciones para la salud del hombre. *Revista Cubana Aliment Nutr* 1996.
6. Alan N. Epstein: "Hormonal synergy as the cause of salt appetite", en *Physiology of Thirst and Sodium Appetite*, 1986.
7. Braunwald E, Kasper DL, Logo DL, loscalzo J, Jamenson JI, Fauci AS, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna. 17 ed. México: Interamericana; pág. 2224-2247 2009.
8. Dirección General de Normas y Sistemas de Calidad (DIGENOR). NORDOM 14: Sal de Calidad Alimentaria. Especificaciones, (3ra Revisión 2001). Resolución No. 01/2001, de fecha 05-05/2001.
9. Dr. Aurelio Ríos Vaca. Endocrinólogo. Especialista en enfermedades tiroideas. Mexicali, B.C.mayo 10, 2009. Obtenido de internet Disponible en: <http://www.tiroidesmexico.com/2009/05/bocio-crecimiento-de-la-glandula.html>

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Cuaderno de epidemiología

Autor: Dr. Luis Elpidio Félix

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE MÉDICOS DE CINCO HOSPITALES PÚBLICOS EN SANTO DOMINGO FRENTE A PACIENTES VIH/SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOÉTICO

Vanessa Altagracia De la Maza Gross,* Domingo Bayohán Durán Rodríguez,* Cristian José Durán Rodríguez,* Gladys Virginia Ruiz Soto,* Rosiveliz Díaz Rodríguez.*

RESUMEN

La conducta y conocimientos desde el punto de vista bioético en el personal médico de República Dominicana son precarios. Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se llevo a cabo a través de una auto-encuesta epidemiológica transversal para medir el nivel de conocimientos y conducta de 276 médicos de cinco hospitales públicos en Santo Domingo, frente a pacientes VIH/SIDA desde el punto de vista bioético. Un 42.4 por ciento de los médicos encuestados no conoce la ley 55-93 o ley general del SIDA de la República Dominicana, 34.1 por ciento se sienten incómodos al atender un paciente con VIH/SIDA, 80.8 por ciento dijo que era mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a algún procedimiento médico, un 53.3 por ciento que existían procedimientos médicos que no debían realizarse en el paciente VIH positivo y 41.3 por ciento de los entrevistados dejaría de prestar sus servicios como médicos si el paciente se negara a realizarse la prueba del VIH. El personal médico de República Dominicana necesita instruirse sobre la ley 55.93 y sobre las necesidades sociales y emocionales del paciente VIH/SIDA, lo cual llevaría a la vez a un cambio en su conducta.

Palabras claves: VIH, SIDA, Conducta, Conocimientos, médicos, Republica Dominicana.

ABSTRACT

The conduct and knowledge from the bioethical point of view, of the medical personnel of Dominican Republic is precarious. This is a prospective and descriptive study that was carried out through a transversal, epidemiologic opinion poll, to measure the level of knowledge and conduct in front of the HIV/AIDS patient in a bioethical point of view, of 276 doctors of five public hospitals in Santo Domingo. A 42.4 percent of the doctors does not know the 55-93 law or general law for AIDS of the Dominican Republic, 34.1 percent feels uncomfortable working with an HIV/AIDS patient, 80.8 percent said it was mandatory an HIV test in every patient undergoing a medical procedure, a 53.3 percent that existed medical procedures that shouldn't be performed on an HIV positive patient and 41.3 percent will stop providing their services if the patient refused to take an HIV test. The medical personnel of Dominican Republic need to be educated about the 55-93 law or general law for AIDS of the Dominican Republic and the social and emotional necessities of HIV/AIDS patient, which would lead simultaneously to a change in their conduct.

* Médico general.

Key words: HIV, Aids, Conduct, Knowledge, Doctors, Dominican Republic.

INTRODUCCIÓN

El título de médico, cuya investidura sustenta más allá del arduo deber, del conocimiento sin fin, del orgullo, del respeto merecido y por qué no, de los lucros; acaso el más noble y humilde de los oficios humanos; acaso el que arrastra desde la médula el verdadero estoicismo y la entrega desprendida al otro hombre que padece y sufre, y que nos busca con la íntima esperanza y la manifiesta devoción. No es nuestro deber ser jueces; juzgar un enfermo nos colocaría en el más absurdo de lo ridículo. Ignorarlo por su condición desfavorable no nos salva, y más bien deshonra nuestro papel en este mundo.

El médico debe así vivir sin prejuicios, ajeno al desdén, al miedo de las diversas patologías, ajeno pues al morbo, sustraerse de las minucias cotidianas y de los mitos que entorpecen el proceder humano-profesional para con el paciente; para esto debe conocer rigurosamente las leyes y formas bioéticas que no es menos importante que los procedimientos y terapias, y dignifica cada entrevista, cada encuentro; ayudar siempre dentro de los parámetros legales y profesionales; manejarse con pulcritud y cuidado, sin negar nunca sus servicios por temores irracionales. No romper la pobre esperanza del que no posee salud ni tiempo, sino aliviar; ese es el deber, por ello se nos adjudica ese título que ostentamos.

El trabajo de investigación realizado se orienta a las normas bioéticas ante los paciente VIH/SIDA, una patología en crecimiento en la República Dominicana y el mundo, y cuya problemática no podemos ignorar; tampoco podemos ignorar otra problemática creciente en nuestros hospitales, se ha desnaturalizado la relación médico-paciente en los hospitales públicos de nuestro país, esto pone en peligro las normativas bioéticas e incluso las leyes orientadas a las mismas.

El nivel de conocimiento y la conducta del médico frente al paciente VIH/SIDA es un ejemplo de esta situación, el miedo al contagio y al rechazo ponen en peligro el cumplimiento de las leyes que protegen a este grupo afectado.

Nuestro interés es determinar cuáles son las conductas y los conocimientos desde el punto de vista bioético frente al paciente VIH/SIDA en Republica Dominicana, tomando como muestra cinco hospitales públicos de Santo Domingo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se llevara a cabo a través de una auto-encuesta epidemiológica transversal para medir el nivel de conocimientos y conducta

de médicos de cinco hospitales públicos en Santo Domingo, frente a pacientes VIH/SIDA desde el punto de vista bioético. Santo Domingo, República Dominicana.

La siguiente investigación se llevará a cabo en los siguientes cinco hospitales de la SESPAS:

- Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello
- Hospital Dr. Luis E. Aybar
- Hospital Padre Billini
- Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia
- Hospital Dr. Darío Contreras

El estudio está dirigido a los médicos que laboran en cinco hospitales de la SESPAS de Santo Domingo (Cuadro 1). La muestra está representada por 276 médicos que representa el 24.4 por ciento del total de médicos.

Cuadro 1. Distribución de los médicos a entrevistar según, hospital, población y muestra calculada. Santo Domingo 2006.

| Hospital | Población | Porcentaje | Muestra |
|--|-------------|-------------|------------|
| Dr. Francisco E. Moscoso Puello | 194 | 24.4 | 47 |
| Dr. Luis E. Aybar | 374 | 24.4 | 91 |
| Padre Billini | 239 | 24.4 | 58 |
| Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia | 130 | 24.4 | 32 |
| Dr. Darío Contreras | 195 | 24.4 | 48 |
| Total | 1131 | 24.4 | 276 |

Los criterios de inclusión tomados en cuenta para realizar la presente investigación serán los siguientes:

1. Ser médico
2. Laborar en unos de los cinco hospitales de la SESPAS utilizados en la investigación:
 - a) Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello
 - b) Hospital Dr. Luis E. Aybar
 - c) Hospital Padre Billini
 - d) Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia
 - e) Hospital Dr. Darío Contreras
3. No se discriminara la edad
4. No se discriminara el sexo
5. Contar con el consentimiento del médico encuestado

El instrumento utilizado en la recolección de los datos será una encuesta de veinte y una preguntas, de las cuales veinte serán cerradas y una abierta. Dentro de las veinte preguntas cerradas, cinco sub-preguntas son abiertas.

Seis preguntas corresponden a datos generales; y las quince restantes serán utilizadas para evaluar las conductas y los conocimientos desde el punto de vista bioético frente al paciente VIH/SIDA.

De las quince preguntas, cuatro corresponderán a conocimientos médicos desde el punto de vista bioético frente al paciente VIH/SIDA, y once a la conducta de los médicos desde el punto de vista bioético frente al paciente VIH/SIDA.

La información recolectada será tabulada y analizada mediante el software de computadoras Epi-info.

RESULTADOS

Conocimiento y conducta según edad

En la tabla 1, se presenta la distribución del personal de salud que participó en la entrevista, según edad y conocimiento sobre la ley 55-93. Como se muestra, el personal de salud menor de 29 años tiene menor conocimiento. La edad promedio del personal de salud entrevistado fue de 35.5 años: 37.9 para los hombres y 33.1 para las mujeres; con un rango de 22-64 años: 22-64 para los hombres y 25-62 para las mujeres.

En la misma tabla podemos observar la distribución de acuerdo a la variable del trato especial, en este caso el grupo de mayor edad (>60 años) consideraron: cinco (83.3 por ciento) que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial.

La mayoría del personal de salud encuestado respondió que era mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a un procedimiento médico, el personal de salud mayor de 60 años estuvo dentro del grupo de edad que más respondió afirmativamente ante dicha cuestión. (Ver tabla 1) Y los de menor edad eran los que más consideraban que existían procedimientos médicos que no debían realizarse en pacientes VIH positivos

La variable de conocimiento sobre la seropositividad según la edad del encuestado se detalla en la tabla 1, en la que podemos observar que seis (100 por ciento) del los entrevistados >60 años considero importante conocer cuáles de sus pacientes padecían de esta enfermedad.

En la tabla 1, frente a la distribución del personal entrevistado según edad y la provisión de sus servicios médicos ante la negativa del paciente a realizarse la prueba, el grupo etario de menor edad (<29 años) fueron los de mayor porcentaje de negación.

Esta tabla nos presenta también que el personal de salud de mayor edad es el grupo que más modificaría su conducta ante el conocimiento de la seropositividad.

Este mismo grupo de edad (>60 años) son los que menos consideran que la confidencialidad sea importante en los casos positivos, incluso al momento de realizar un referimiento. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución del personal entrevistado según edad, conocimiento y conducta frente al paciente VIH/SIDA. Santo Domingo, 2006.

| Edad (años) | <29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | >60 | |
|---|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-----|----|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ¿Conoce usted la ley num 55-93? | 44 | 52 | 66 | 38 | 29 | 12 | 16 | 13 | 4 | 2 |
| ¿Piensa usted que los ptes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial? | 74 | 22 | 70 | 34 | 22 | 19 | 21 | 8 | 5 | 1 |
| ¿Considera mandatorio la prueba de VIH en todo pte sometido a algún procedimiento médico? | 79 | 17 | 85 | 19 | 32 | 9 | 22 | 7 | 5 | 1 |
| ¿Existen procedimientos médicos que no deban realizarse en el pte VIH positivo? | 55 | 41 | 52 | 52 | 22 | 19 | 15 | 14 | 3 | 3 |
| ¿Considera usted imp conocer cuales de los ptes con los que usted trabaja padecen de esta enf? | 91 | 5 | 100 | 4 | 38 | 3 | 28 | 1 | 6 | 0 |
| En caso de que el pte se negara a realizarse una prueba de VIH ¿Seguiría brindándole sus servicios como médico? | 50 | 46 | 62 | 42 | 24 | 17 | 22 | 7 | 4 | 2 |
| ¿Modificaría el conocimiento acerca de la seropositividad su conducta frente al pte? | 68 | 28 | 69 | 35 | 26 | 15 | 18 | 11 | 5 | 1 |
| En caso de realizar un referimiento de un pte VIH positivo ¿Considera correcto incluir este dato? | 91 | 5 | 102 | 2 | 38 | 3 | 26 | 3 | 6 | 0 |
| ¿Considera usted importante la confidencialidad en los casos positivos? | 64 | 32 | 65 | 39 | 25 | 16 | 23 | 6 | 5 | 1 |

En la tabla 2, se presenta la distribución del personal de salud que participó en la entrevista, según sexo y conocimiento sobre la ley 55-93. Como podemos observar el personal de salud de sexo masculino tiene menor conocimiento. Del personal 136 (49.3 por ciento) son de sexo femenino y 140 (50.7 por ciento) masculinos.

En esta misma tabla podemos observar la distribución de acuerdo a la variable «trato especial», en este caso el grupo femenino considero en número de noventa y nueve (un 72.7 por ciento) que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial.

Del personal de salud encuestado sobre si era mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a un procedimiento médico, el personal de salud masculino dentro del grupo que más respondió afirmativamente ante dicha cuestión. (Ver tabla 4) Y también este mismo grupo fue el que más opinó que existían procedimientos que no debían realizarse en pacientes VIH positivos.

La variable «conocimiento sobre la seropositividad» según el sexo del encuestado se expone en la tabla 2, en la que podemos observar que 135 (el 96.4 por ciento) del los entrevistados masculinos considero importante conocer cuáles de sus pacientes padecían de esta enfermedad.

En la tabla 2, frente a la distribución del personal entrevistado según sexo y la provisión de sus servicios médicos ante la negativa del paciente a realizarse la prueba, el género masculino fue el de mayor porcentaje de negación.

La tabla 2 también nos presenta que el personal de salud de sexo femenino es el grupo que más modificaría su conducta ante el conocimiento de la seropositividad.

Este mismo género consideró en un mayor porcentaje que era necesario incluir el dato de la seropositividad al momento de realizar un referimiento, por igual fue el que menos consideró la confidencialidad como algo importante en los casos VIH/SIDA. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución del personal entrevistado según sexo, conocimiento y conducta frente al paciente VIH/SIDA. Santo Domingo, 2006

| Sexo | Femenino | | Masculino | |
|---|----------|----|-----------|----|
| | Sí | No | Sí | No |
| ¿Conoce usted la ley número 55-93 o Ley del SIDA de la República Dominicana? | 80 | 56 | 79 | 61 |
| ¿Piensa usted que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial? | 99 | 37 | 93 | 47 |
| ¿Considera mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a algún procedimiento médico? | 106 | 30 | 117 | 23 |
| ¿Existen procedimientos médicos (por ejemplo, como cirugías electivas) que no deban realizarse en el paciente VIH positivo? | 71 | 65 | 76 | 64 |
| ¿Considera usted importante conocer cuales de los pacientes con los que usted trabaja padecen de esta enfermedad? | 128 | 8 | 135 | 5 |
| En caso de que el paciente se negara a realizarse una prueba de VIH ¿Seguiría brindándole sus servicios como médico? | 85 | 51 | 77 | 63 |
| ¿Modificaría el conocimiento acerca de la seropositividad su conducta frente al paciente? | 93 | 43 | 93 | 47 |
| En caso de realizar un referimiento de un paciente VIH positivo ¿Considera correcto incluir este dato? | 130 | 6 | 133 | 7 |
| ¿Considera usted importante la confidencialidad en los casos positivos? | 95 | 41 | 87 | 53 |

Conocimiento y conducta según religión

La tabla 3, nos muestra la distribución del personal de salud que participó en la entrevista, según religión y conocimiento sobre la ley 55-93 o ley general del SIDA. Podemos observar como el personal de salud de la categoría de religión «otra» tiene menor conocimiento. Del personal 212 (76.8 por ciento) son católicos, 45 (16.3 por ciento) protestantes y 19 (6.8 por ciento) pertenecen a otra religión, a la cual el 100 por ciento correspondiente a otra religión alegó ser no creyente.

También podemos observar la distribución de acuerdo a la variable «trato especial», Los católicos consideraron: 155 (73.1 por ciento) que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial.

El personal de salud encuestado acerca de si era mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a un procedimiento médico, Los encuestados no creyentes (otra religión) se encontraron dentro del grupo que más respondió afirmativamente ante dicha cuestión. (Tabla 3) En este mismo grupo se encontraban la mayoría de opiniones sobre que existían procedimientos que no debían realizarse en pacientes VIH positivos.

Al cuestionar sobre la variable de conocimiento sobre la seropositividad en relación a las creencias religiosas de los encuestados, apreciamos que el 100 por ciento de los protestantes y los que pertenecían a otra religión consideraban importante conocer cuales de los pacientes que atendían padecían de VIH/SIDA.

En la tabla 3, ante la distribución del personal encuestado según religión y la variable «servicios médicos», los protestantes obtuvieron un mayor porcentaje de negación (quince para un 66.6 por ciento).

Esta tabla también nos presenta que el personal de salud católico es el grupo que más modificaría su conducta ante el conocimiento de la seropositividad.

Diecinueve (100 por ciento) de los que pertenecen a otra religión (no creyentes) considero que era necesario incluir el dato de la seropositividad al momento de realizar un referimiento; sin embargo fueron los protestantes los que menos consideraron a la confidencialidad como algo importante en los casos VIH/SIDA. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Distribución del personal entrevistado según religión, conocimiento y conducta frente al paciente VIH/SIDA. Santo Domingo, 2006

| Religión | Católica | | Protestante | | Otra | |
|---|----------|-----|-------------|----|------|---------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ¿Conoce usted la ley número 55-93 o Ley del SIDA de la República Dominicana? | 115 | 97 | 34 | 11 | 10 | 9 |
| ¿Piensa usted que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial? | 155 | 57 | 26 | 19 | 11 | 8 |
| ¿Considera mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a algún procedimiento médico? | 169 | 43 | 36 | 9 | 18 | 1 |
| ¿Existen procedimientos médicos (por ejemplo, como cirugías electivas) que no deban realizarse en el paciente VIH positivo? | 112 | 100 | 22 | 23 | 13 | 6 |
| ¿Considera usted importante conocer cuales de los pacientes con los que usted trabaja padecen de esta enfermedad? | 199 | 13 | 45 | 0 | 19 | 0 |
| En caso de que el paciente se negara a realizarse una prueba de VIH ¿Seguiría brindándole sus servicios como médico? | 127 | 85 | 30 | 15 | | 5 14 |
| ¿Modificaría el conocimiento acerca de la seropositividad su conducta frente al paciente? | 148 | 64 | 29 | 16 | | 9 10 |
| En caso de realizar un referimiento de un paciente VIH positivo ¿Considera correcto incluir este dato? | 200 | 12 | 44 | 1 | | 19 0 |
| ¿Considera usted importante la confidencialidad en los casos positivos? | 135 | 77 | 34 | 11 | | 13 6 |

Conocimiento y conducta según la universidad en la que realizo sus estudios

En la tabla 4, apreciamos la distribución del personal de salud que participó en la entrevista, según universidad y conocimiento sobre la ley 55-93. Podemos observar como el personal de salud que estudio en «otra» universidad tiene menor conocimiento. Del personal 186 (67.3 por ciento) estudiaron en la UASD, 18 (6.5 por ciento) en la UNPHU, 30 (10.8 por ciento) de UTESA, 7 (2.5 por ciento) en la PUCAMAIMA, 17 (6.5 por ciento) en la UCE, 7 (2.5 por ciento) en INTEC, 2 (0.7 por ciento) en UNIBE y 9 (3.2 por ciento) en otras universidades (dentro de la cual siete para un 77.3 por ciento habían realizado sus estudios en UCN y tres para un 33.3 por ciento en UCTC).

En la misma tabla observamos la distribución de acuerdo a la variable «trato especial», dieciocho, y dos (100 por ciento) de los estudiantes de la UNPHU y UNIBE respectivamente, consideraron que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial.

Al cuestionar el personal de salud acerca de si era mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a un procedimiento médico, los encuestados pertenecientes a «otras» universidades respondieron afirmativamente ante dicha cuestión en número de nueve (100 por ciento). (Ver tabla 4); al igual que siete (100 por ciento) de los encuestados que realizaron sus estudios en

INTEC de opinó que existían procedimientos que no debían realizarse en pacientes VIH positivos.

La variable de conocimiento sobre la seropositividad en relación a la universidad donde realizó sus estudios superiores, pudimos apreciar que dieciocho, siete, diecisiete, siete y dos (100 por ciento) de los graduados en la UNPHU, PUCAMAIMA, UCE, INTEC y UNIBE respectivamente, consideraban importante conocer cuales de los pacientes que atendían padecían de VIH/SIDA.

La tabla 4, ante la distribución del personal encuestado según universidad y la variable de servicios médicos, UNIBE obtuvo un mayor porcentaje de negación (dos para un 100 por ciento).

También esta tabla nos presenta que el personal de salud de UTESA es el grupo que más modificaría su conducta ante el conocimiento de la seropositividad.

Dieciocho, siete, diecisiete, siete, dos y nueve (el 100 por ciento) de los que pertenecen a la UNPHU, PUCAMAIMA, UCE, INTEC, UNIBE y otras universidades (UCN y UCTC) respectivamente considero que era necesario incluir el dato de la seropositividad al momento de realizar un referimiento; sin embargo solo los que estudiaron en la PUCAMAIMA e INTEC consideraban que la confidencialidad no era algo importante en los casos VIH/SIDA. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Distribución del personal entrevistado según universidad, conocimiento y conducta frente al paciente VIH/SIDA. Santo Domingo, 2006

| Universidad | UASD | | UNPHU | | UTESA | | PUCAMAIMA | | UCE | | INTEC | | UNIBE | | Otra | |
|---|------|-----|-------|----|-------|----|-----------|----|-----|----|-------|----|-------|----|------|----|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ¿Conoce usted la ley num 55-93? | 116 | 70 | 12 | 6 | 11 | 19 | 4 | 3 | 10 | 7 | 1 | 6 | 1 | 1 | 4 | 5 |
| ¿Piensa ud que los pcte con VIH deben recibir un trato esp? | 123 | 63 | 18 | 0 | 23 | 7 | 3 | 4 | 14 | 3 | 2 | 5 | 2 | 0 | 7 | 2 |
| ¿Considera mandatario la prueba de VIH en todo pcte sometido a proced med? | 146 | 40 | 11 | 7 | 29 | 1 | 5 | 2 | 16 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0 |
| ¿Existen proced med que no deban realizarse en el paciente VIH pos? | 86 | 100 | 9 | 9 | 25 | 5 | 4 | 3 | 11 | 6 | 7 | 0 | 1 | 1 | 4 | 5 |
| ¿Considera ud imp conocer cuales de los pctes con los que ud trabaja padecen de esta enf? | 176 | 10 | 18 | 0 | 29 | 1 | 7 | 0 | 17 | 0 | 7 | 0 | 2 | 0 | 7 | 2 |
| En caso de que el pcte se negara a realizarse una prueba de VIH ¿Seguiría brindándole sus servicios como med? | 121 | 65 | 11 | 7 | 6 | 24 | 3 | 4 | 11 | 6 | 2 | 5 | 2 | 0 | 6 | 3 |
| ¿Mod el conocimi acerca de la seropositiv su conducta frente al pac? | 117 | 69 | 14 | 4 | 28 | 2 | 5 | 2 | 13 | 4 | 6 | 1 | 0 | 2 | 3 | 6 |
| Al de realizar un ref de un paciente VIH positivo ¿Cons correcto incluir este dato? | 174 | 12 | 18 | 0 | 29 | 1 | 7 | 0 | 17 | 0 | 7 | 0 | 2 | 0 | 9 | 0 |
| ¿Considera ud imp la confidencia en casos positivos? | 132 | 54 | 12 | 6 | 13 | 17 | 3 | 4 | 10 | 7 | 3 | 4 | 2 | 0 | 7 | 2 |

Conocimiento y conducta según especialidad

La mayoría del personal de salud encuestado respondió que era mandatorio la prueba de VIH en todo paciente sometido a un procedimiento médico, el personal de salud otorrinolaringólogo, médico internista, psiquiatra, emergencista, ginecólogo-endocrino, urólogo y neumólogo estuvieron en el grupo de especialistas que más respondió afirmativamente ante dicha cuestión, en un 100 por ciento; dos, cinco, uno, dos, uno, uno y uno respectivamente. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Distribución del personal entrevistado según especialidad y mandatoriedad de la prueba de VIH en pacientes sometidos a procedimientos médicos. Santo Domingo, 2006

| Especialista | SÍ | No |
|----------------------|----|----|
| Ginecólogo | 6 | 2 |
| Gastroenterólogo | 3 | 2 |
| Oftalmólogo | 2 | 2 |
| Pediatra | 14 | 2 |
| Médico internista | 5 | 0 |
| Perinatólogo | 1 | 2 |
| Cirujano | 6 | 2 |
| Neurólogo | 0 | 2 |
| Cardiólogo | 2 | 1 |
| Ortopedia | 4 | 1 |
| Otorrinolaringólogo | 2 | 0 |
| Infectólogo | 1 | 1 |
| Psiquiatra | 1 | 0 |
| Anestesiólogo | 3 | 2 |
| Emergencista | 2 | 0 |
| Ginecólogo-endocrino | 1 | 0 |
| Ginecólogo-oncólogo | 0 | 1 |
| Urólogo | 1 | 0 |
| Neumólogo | 1 | 0 |
| Total | 55 | 20 |

En la tabla 6, frente a la distribución del personal entrevistado según especialidad y la provisión de sus servicios médicos ante la negativa del paciente a realizarse la prueba, el grupo especialista de ginecólogo-endocrino y urólogo fueron los de mayor porcentaje de negación (uno cada uno, para un 100 por ciento).

Tabla 6. Distribución del personal entrevistado según especialidad y provisión de los servicios médicos ante la negativa del paciente a realizarse la prueba de VIH. Santo Domingo, 2006

| Especialista | SÍ | No |
|----------------------|----|----|
| Ginecólogo | 6 | 2 |
| Gastroenterólogo | 4 | 1 |
| Oftalmólogo | 4 | 0 |
| Pediatra | 12 | 4 |
| Médico internista | 3 | 2 |
| Perinatólogo | 3 | 0 |
| Cirujano | 5 | 3 |
| Neurólogo | 2 | 0 |
| Cardiólogo | 2 | 1 |
| Ortopedia | 1 | 4 |
| Otorrinolaringólogo | 2 | 0 |
| Infectólogo | 1 | 1 |
| Psiquiatra | 1 | 0 |
| Anestesiólogo | 2 | 3 |
| Emergencista | 1 | 1 |
| Ginecólogo-endocrino | 0 | 1 |
| Ginecólogo-oncólogo | 1 | 0 |
| Urólogo | 0 | 1 |
| Neumólogo | 1 | 0 |
| Total | 51 | 24 |

Tabla 7. Distribución del personal entrevistado según especialidad y medidas de bioseguridad frente al paciente con VIH/SIDA. Santo Domingo, 2006

| Especialista | Las mismas | Aumentadas |
|----------------------|------------|------------|
| Ginecólogo | 1 | 7 |
| Gastroenterólogo | 2 | 3 |
| Oftalmólogo | 2 | 2 |
| Pediatra | 6 | 10 |
| Médico internista | 1 | 4 |
| Perinatólogo | 1 | 2 |
| Cirujano | 2 | 6 |
| Neurólogo | 1 | 1 |
| Cardiólogo | 1 | 2 |
| Ortopedia | 0 | 5 |
| Otorrinolaringólogo | 0 | 2 |
| Infectólogo | 0 | 2 |
| Psiquiatra | 0 | 1 |
| Anestesiólogo | 1 | 4 |
| Emergencista | 0 | 2 |
| Ginecólogo-endocrino | 1 | 0 |
| Ginecólogo-oncólogo | 0 | 1 |
| Urólogo | 0 | 1 |
| Neumólogo | 0 | 1 |
| Total | 19 | 56 |

Conocimiento y conducta según lugar de especialización

En la tabla 8, se presenta la distribución del personal de salud que participó en la entrevista, según lugar de especialización y conocimiento sobre la ley 55-93. Como podemos observar el personal de salud que se especializó a nivel nacional tiene menor conocimiento. Del personal 196 (90.3 por ciento) se especializaron a nivel nacional y 21 (9.7 por ciento) en el extranjero.

En esta misma tabla podemos observar la distribución de acuerdo a la variable «trato especial», en este caso el grupo nacional en un 66.3 por ciento cree que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial.

Del personal de salud encuestado sobre si era mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a un procedimiento médico, el personal de salud nacional estuvo dentro del grupo que mas respondió afirmativamente ante dicha cuestión. (Ver tabla 35) sin embargo fue grupo extranjero el que más opinó que existían procedimientos que no debían realizarse en pacientes VIH positivos.

La variable «conocimiento sobre la seropositividad» según el lugar de especialización del encuestado se expone en la tabla 35, en la que podemos observar que 180 (91.8 por ciento) de los entrevistados nacionales consideró importante conocer cuales de sus pacientes padecían de esta enfermedad.

En la tabla 8, frente a la distribución del personal entrevistado según lugar de especialización y la provisión de sus servicios médicos ante la negativa del paciente a realizarse la prueba, el personal especializado en el extranjero fue el de mayor porcentaje de negación.

La tabla 8 también nos presenta que el personal de salud de especialización en el extranjero es el grupo que más modificaría su conducta ante el conocimiento de la seropositividad.

Este mismo grupo considero en un mayor porcentaje que era necesario incluir el dato de la seropositividad al momento de realizar un referimiento, pero por el contrario el nacional fue el que menos consideró la confidencialidad como algo importante en los casos VIH/SIDA. (Tabla 8)

Tabla 35. Distribución del personal entrevistado según lugar de especialización, conocimiento y conducta frente al paciente VIH/SIDA. Santo Domingo, 2006

| Lugar de especialización | Nacional | | Extranjero | |
|---|----------|----|------------|----|
| | Sí | No | Sí | No |
| ¿Conoce usted la ley número 55-93 o Ley del SIDA de la República Dominicana? | 107 | 89 | 15 | 6 |
| ¿Piensa usted que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial? | 130 | 66 | 12 | 9 |
| ¿Considera mandatario la prueba de VIH en todo paciente sometido a algún procedimiento médico? | 165 | 31 | 13 | 8 |
| ¿Existen procedimientos médicos (por ejemplo, como cirugías electivas) que no deban realizarse en el paciente VIH positivo? | 99 | 97 | 12 | 9 |
| ¿Considera usted importante conocer cuales de los pacientes con los que usted trabaja padecen de esta enfermedad? | 180 | 16 | 16 | 5 |
| En caso de que el paciente se negara a realizarse una prueba de VIH ¿Seguiría brindándole sus servicios como médico? | 136 | 60 | 13 | 8 |
| ¿Modificaría el conocimiento acerca de la seropositividad su conducta frente al paciente? | 10 | 66 | 17 | 4 |
| En caso de realizar un referimiento de un paciente VIH positivo ¿Considera correcto incluir este dato? | 181 | 15 | 21 | 0 |
| ¿Considera usted importante la confidencialidad en los casos positivos? | 122 | 74 | 17 | 4 |

DISCUSIÓN

Esta investigación nos permite darnos cuenta del grado de conocimiento y la conducta de nuestros médicos (tomando como muestra cinco hospitales públicos de Santo Domingo).

Podemos apreciar que el nivel de conocimiento de la ley 55-93 no cae por debajo de un 50 por ciento, sin embargo, que cerca de un 50 por ciento de los médicos encuestados no conozcan la ley 55-93 o ley general del SIDA de la República Dominicana es penoso, ya que el médico que ejerce nuestro país, en especial a nivel público, debe saber manejar las leyes que conciernen el sector salud. Este desconocimiento puede deberse a que la ley fue promulgada en el año 1993, pero realmente ha venido a conocerse más de la misma en los últimos tres años debido al súbito aumento de la epidemia del SIDA en nuestro país y la creación del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) que ha hecho valer los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA.

Los médicos que conocen la ley en su mayoría se muestran indiferentes o en desacuerdo ante la misma, lo cual podríamos asociar a la falta de entrenamiento del médico frente a la misma ley o incluso el rechazo social por el estigma que persigue al paciente con VIH. Muchos médicos sienten que dicha ley solo protege al enfermo, pero que no brinda ninguna protección para el personal de salud.

Un porcentaje elevado de los médicos opinan que los pacientes con VIH/SIDA deben recibir un trato especial, pero en realidad el paciente debe ser tratado igual que un paciente con cualquiera otra afección, para poder evitar la estigmatización de la enfermedad ante la sociedad.

Cerca de un 40 por ciento de los médicos sentía incomodidad al atender a un paciente con VIH/SIDA, esta incomodidad está muy asociada al miedo al contagio y la disminución del volumen de su consulta si los demás pacientes se percatan que atiende un paciente VIH positivo.

Las medidas de bioseguridad al trabajar con paciente VIH/SIDA deberán ser siempre las mismas, sin importar la enfermedad del paciente, eso es lo que asegura que tomemos medidas de bioseguridad óptimas en cualquier situación, sin embargo el personal médico, en su mayoría, opina que deben ser aumentadas; cabe recalcar que se ha comprobado que el riesgo de transmisión del VIH es mínimo por un pinchazo con aguja (menos de 1 por ciento).

Aproximadamente el 20 por ciento del personal de salud encuestado, daría prioridad a un paciente con una afección crónica por encima de un paciente VIH positivo, tomando en cuenta las probabilidades de sobrevivir de cada uno, aunque el porcentaje es bajo, debería ser nulo, ya que el médico debe ser siempre imparcial.

Casi un 50 por ciento de los médicos encuestados consideraron que los elementos de la ética profesional se deben aplicar solo algunos o ninguno frente al paciente con VIH/SIDA; la falta de conocimiento de los elementos de la ética médica se ponen de manifiesto al momento que negamos a cualquier paciente uno de los principios de la ética sin importar la enfermedad por la que está siendo afectado.

La mayoría del personal de salud encuestado respondió que era obligatorio la prueba de VIH en todo paciente sometido a algún procedimiento médico, esto se debe a que el médico se ha acostumbrado al uso discriminatorio de la prueba, por la falta de control de las autoridades de salud y los laboratorios médicos. Y que existían procedimientos médicos, como por ejemplo cirugías electivas, que no debían realizarse en el paciente VIH positivo, aun cuando la ley dice que el paciente

con VIH/SIDA tiene el derecho de recibir atención integral.

Todavía existen médicos que obvian el consentimiento del paciente para realizar una prueba para VIH, aunque su porcentaje es mínimo, es importante que el 100 por ciento de nuestros médicos reconozcan el derecho del paciente.

Los médicos en gran mayoría considera importante conocer cuáles de los pacientes con los que trabaja padece de esta enfermedad, esto puede deberse a que el médico se siente más confiado cuando ya sabe de antemano su riesgo a contagio, aún cuando no debería ser así.

Los entrevistados dejarían de prestar sus servicios como médicos si el paciente se negara a realizarse la prueba del VIH, en un porcentaje relativamente elevado, porque asumen que si el paciente se niega es porque tiene algo que ocultar, actuar de esta manera es negar el derecho de autonomía del paciente.

Una proporción elevada de médicos cambiaría su conducta al conocer la seropositividad del paciente, esto podría causar un rechazo o estigmatización, lo cual se debe evitar en el paciente VIH/SIDA, nuestro deber como médicos es primero no hacer daño.

Incluir en el referimiento el dato de la seropositividad del paciente, solo debe hacerse si este dato es relevante a la historia clínica actual, de lo contrario debe evitarse.

La confidencialidad no es considerada como algo importante por más del 30 por ciento de los médicos encuestados; lo cual contribuye a que aumenten los rechazos sociales.

REFERENCIAS

1. Rychlowski B. Lecciones de ética, 3ª ed., Santiago (Chile): Imprenta Salesianos; 1973: 113-124.
2. Heller A. Aristóteles y el mundo antiguo, Barcelona (España): Editorial Península; 1983.
3. Alain B. La ética, ensayo sobre la conciencia del mal. Se consigue en: URL: <http://www.elortiba.org/badiou.html>
4. Llano-Escobar A, Arango-Restrepo P, Barrera-Avellaneda LA, Bernal-Villegas J, Bulla-Pinto B, Escobar-Triana J, et al. Apuntes para una historia de la bioética. Rev Selec Bioet 2002; 1: 9-21.
5. Pellegrino ED. Biotechnology, human enhancement, and the ends of medicine. 2004. Se consigue en: URL: http://www.cbhd.org/resources/biotech/pellegrino_2004-11-30.htm
6. William F. Hare on moral weakness and the definition of morality. Eth 1988; 98 (4): 779-792.
7. Código de Hammurabi, leyes 201 a 250. Se consigue en: URL: http://es.wikisource.org/wiki/C%C3%B3digo_de_Hammurabi:_Leyes_201_a_250.
8. Córdoba-Palacio R. El juramento hipocrático: una ética para hoy. Pers y Bioet 2003; 7: 47-60.
9. Reich W.T. How bioethics got its name, the birth of bioethics. Hast Cen Rep 1993; 23(6).
10. Gracia-Guillen D. Fundamentación y enseñanza de la bioética, Santa Cruz de Bogota (Colombia): Editorial El Búho; 1998: 26-9.
11. Gracia-Guillen D. Bioética Clínica, Santa Cruz de Bogotá (Colombia): Editorial El Búho; 1998: 98.
12. La bioética y la formación científica del médico. 2001. Se consigue en URL: http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S0016-38132001000400013&script=sci_arttext
13. El juramento hipocrático moderno. Se consigue en: URL: <http://anm.encolombia.com/academ26467editorial.htm>
14. Duesberg PH. AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risks factors. Pharmac & Ther 1992;

- 55: 201-277.
15. Observando el día mundial del SIDA. 2005. Se consigue en: URL: <http://www.eldiariony.com/noticias/columnistasdetail.aspx?sectionId=156&Ttid=1287614>
 16. Izazola-Licea JA, Valdez-García M, Sánchez- Pérez H. La mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992, tendencias y años perdidos de vida potencial. Sal Púb Mex 1995; 37:140-148
 17. Castillo-Yáñez P. Derechos Humanos y SIDA. Vid Med 1991; 43 (3): 56-8.
 18. Engelmajer LF. Un camino firme en el mar de la ignorancia, SIDA: advertir, cuidar, vivir. Paris (Francia): Editorial Le Patre; 1995: 49, 195-8, 203.
 19. Organización panamericana de salud. Se consigue en: URL: <http://www.who.int/es/>
 20. Ley del SIDA de la Republica Dominicana. Se consigue en: URL: http://www.laccaso.org/pdfs/Rep_Dominicana.pdf
 21. Definición de Bioética. 2006. Se consigue en: URL: <http://es.catholic.net/psicologoscaticos/692/793/articulo.php?id=19186>
 22. Sgreccia E. Manual de bioética general, instituto de humanismo y ciencias de la salud, DF (México): Editorial Diana; 1996: 15-20.
 23. Breves Conceptos para una epistemología Bioética. Biassi OJ. Se consigue en: URL: <http://www.monografias.com/trabajos13/episte/episte.shtml>
 24. Murria PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Microbiología medica, 4ta ed., Madrid (España): Mosby; 2002: 571-581.
 25. Harrison TR, Branwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, et al. Principios de medicina interna, 15ª ed., Madrid (España): McGraw-Hill – Interamericana de España; 2002: Vol 1 y 2: 6-10, 2164-2236.
 26. Gómez-Montero FJ. Bioética, una disciplina para la vida, Santo Domingo (Republica Dominicana): Editora Búho; 2004.
 27. Bickley LS, Hoekelman RA. Propedéutica medica, DF (México): McGraw-Hill Interamericana Editores; 1999: 23-4.
 28. Pichardo A. Bioética, Santo Domingo (Republica Dominicana): Impresora A. Muñoz; 2002.
 29. Jacobson JL, Jacobson AM. Secretos de la psiquiatría, DF (México): McGraw-Hill Interamericana Editores.
 30. VIH y SIDA: el personal sanitario. Se consigue en: URL: <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihinf.htm>

AVISO A LOS AUTORES

Se les recuerda que, para poder ser considerados, los trabajos enviados deben cumplir con el Reglamento de Publicaciones y con las informaciones para los autores que se editan en cada número de la revista.

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

*Raquel Jorge Brito, Angelina inoa paulino, Jorge. García, Daihanara mateo ortega, Juan Carlos mercedes zorrilla.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar las complicaciones de Diabetes Gestacional en pacientes atendidas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo 2007-2009. El cual se constituye en un documento que servirá de guía, consulta y evaluación a los que estén interesados en obtener información acerca de la diabetes en embarazadas. Se ha desarrollado a través de una ficha de recolección de datos que nos permitió abarcar todos los factores asociados a esta problemática de salud pública. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte longitudinal. La población estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional atendidas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo 2007-2009. Se hizo una revisión de los expedientes para obtener los datos necesarios, investigación de la población en estudio para determinar los factores que desencadenan dicha patología y un análisis estadístico de los resultados en base al conocimiento médico, elaboración de conclusiones y recomendaciones e interpretación de los resultados. Se revisaron 82 expedientes de los cuales 39 cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Las edades más afectadas por diabetes gestacional estaban comprendidas entre 30-39 años con un 49 por ciento y de 21-29 años con un 41 por ciento. La edad gestacional en la que se presentaron las complicaciones fue entre las 28-36 semanas con un 59 por ciento. Las complicaciones que con más frecuencia se presentaron en el estudio fue la Preclampsia con un 38 por ciento y los hidramnios con un 10 por ciento, Cetoacidosis, Nefropatía y parto prematuro en un 8 por ciento y Eclampsia 5 por ciento. Abortos 3 por ciento, alteración del crecimiento 10 por ciento y muerte fetal 5 por ciento. Dentro de la sintomatología que más se presentó fue náuseas 19 por ciento, Poliuria, polidipsia y visión borrosa entre otras. Los factores de riesgo que más se destacaron esta la edad mayor de 30 años 38 por ciento y familiares diabéticos de primer grado en 40 por ciento. En cuanto al manejo médico el tratamiento con mayor uso fue Insulina NPH 56 por ciento y la dieta en un 25 por ciento. Los niveles glucémicos más destacados fue 121-140mg/dl 30 por ciento. El peso del feto producto 2500-3999gr en un 67 por ciento y de 1500-2499g 23 por ciento.

Palabras claves: Diabetes Gestacional, Glucemia, Insulina.

ABSTRACT

The present investigation was to determine the complications of gestational diabetes in patients treated at the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia in the period 2007-2009. Which is in a document that will guide, consultation and assessment to those who are interested in obtaining information about diabetes in pregnancy. It has been developed through a data collection form that allowed us to cover all factors associated with this public health problem. We performed a retrospective, descriptive, longitudinal section. The population consisted of all patients diagnosed with gestational diabetes treated at the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia in the period 2007-2009. A review of records to obtain necessary data on population research study to determine the factors that trigger this condition and a statistical analysis of results based on medical knowledge, drawing conclusions and recommendations and interpretation of results. We reviewed 82 cases of which 39 met the inclusion criteria. Results: The most affected by gestational diabetes were between 30-39 years with 49 percent of 21-29 years and 41 percent. Gestational age at which complications occurred was between 28-36 weeks with 59 percent. Complications occurred more frequently in the study Pre-eclampsia was 38 percent and 10 percent hydramnios, Ketoacidosis, nephropathy and premature labor by 8 percent and 5 percent Eclampsia. Abortions 3 percent, 10 percent growth impairment and fetal death 5 percent. Among the most commonly presenting symptoms were nausea 19 percent, polyuria, polydipsia, and blurred vision among others. Risk factors that stood out is the age 30 years 38 percent and first-degree relatives with diabetes by 40 percent. As for the medical management treatment with NPH Insulin use was increased 56 percent and 25 percent diet. Featured glycemic levels was 121-140mg/dl 30 percent. The product weight was 2500-3999gr by 67 percent and 23 percent 1500-2499gr.

Key words: Gestational diabetes, blood glucose, Insulin Levels.

INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus constituye un grupo genético clínicamente heterogéneo de alteraciones que tienen en común la intolerancia a los hidratos de carbono. La Diabetes Mellitus Gestacional se define como toda intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo o primer reconocimiento durante la gestación. Este concepto se aplica indistintamente del tipo de tratamiento utilizado para conseguir el control metabólico y de su persistencia una vez

terminada la gestación.*

Esta enfermedad afecta tanto el metabolismo hidrocarbonado, el lipídico y el proteico, predisponiendo así a la posterior aparición de complicaciones vasculares específicas e inespecíficas, además de las complicaciones metabólicas agudas y crónicas que afectan en gran medida tanto a la madre como al feto.

En las mujeres embarazadas es importante reconocer esta patología con tanta precisión como sea probable, debido a las complejas alteraciones metabólicas que suelen aparecer en el embarazo normal, dichas alteraciones dificultan el control de la diabetes y pueden llegar a comprometer la vida del feto.

En un metanálisis actual de la Cochrane Database se puso de manifiesto que, a pesar de una larga práctica de investigación epidemiológica, clínica y experimental de más de 40 años, todavía no existe un consenso en cuestiones tan importantes como son, la incidencia de diabetes gestacional, como diagnosticarla, como tratarla y cuáles son los efectos de esta entidad clínica sobre la salud de la madre y del feto (Tuffnell 2005).**

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte longitudinal

Muestra: La muestra considerada para el estudio fue el 48 por ciento, es decir (39) expedientes clínicos de las embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional que asistieron al Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período 2007-2009.

Procedimiento De Recolección De Datos: Para la recolección de los datos necesarios para efectuar la investigación se procederá a solicitar de manera formal el acceso al sistema de información de el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, de manera que se identificarán los expedientes de las pacientes con diagnóstico de Diabetes Gestacional en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo 2007-2009.

RESULTADOS

Cuadro 1: Porcentaje de la edad de las pacientes en estudio del HMNSA período 2007-2009.

| Edad (años) | Cantidad |
|-------------|----------|
| <20 | 4 |
| 21- 29 | 16 |
| 30-39 | 19 |
| 40 | 0 |
| | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

Se concluye que la edad más afectada fue de 30 a 39 años resultando un 49 por ciento de las pacientes en el estudio realizado. En segundo lugar incide esta patología entre los 21-29 años con 41 por ciento.

* Alvirañas JH, Salzberg S. Diabetes y Embarazo. Separata 2005, Laboratorios Montpellier. 2005, 2-22.

** Engel R, Wifredo. Diabetes Gestacional. En: El impacto de la DG sobre el desarrollo fetal: más allá de la glicemia. Barcelona, España. Hospital universitario de Griona. 2005.

Cuadro 2. Análisis de la edad gestacional en la que se presentaron las complicaciones período 2007-2009.

| Edad gestacional (semanas) | Cantidad |
|----------------------------|----------|
| 0 - 20 | 5 |
| 21 - 27 | 3 |
| 28 - 36 | 23 |
| 37 a 41 | 8 |
| 42 | 0 |
| | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

La edad gestacional que con mayor frecuencia se diagnosticó la diabetes gestacional fue entre las 28-36 semanas con un 59 por ciento de las pacientes que conforman el estudio.

Cuadro 3: Complicaciones Maternas de las pacientes del HMNSA período 2007-2009.

| Complicaciones | Cantidad |
|-------------------------|----------|
| Metabólicas agudas | 0 |
| Cetoacidosis diabética | 3 |
| Hipoglicemia | 0 |
| Preclampsia | 15 |
| Eclampsia | 2 |
| Metabólicas crónicas | 0 |
| Nefropatía | 3 |
| Retinopatía | 0 |
| Neuropatía | 0 |
| Cardiopatía | 0 |
| Hidramnios | 4 |
| Infecciones | 1 |
| Amenaza parto prematuro | 3 |
| Sin Complicaciones | 8 |
| Total | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

Grafico III. Complicaciones maternas

Se encontró que la complicación obstétrica más frecuente de las pacientes en estudio fue la preclampsia con un 38 por ciento. También una mayor incidencia de partos prematuros, Cetoacidosis diabética y nefropatías en un 8 por ciento.

Cuadro 4: Complicaciones sobre el embrión y el feto período 2007-2009.

| Sobre el Feto | Cantidad |
|-------------------------------|----------|
| Aborto 14 semanas. | 1 |
| Malformación congénita | 0 |
| Muerte fetal | 2 |
| Alteraciones del crecimiento | 4 |
| Alteraciones de la maduración | 1 |
| Sin Complicaciones | 31 |
| Total | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

La principal complicación fetal encontrada en el estudio con un 10 por ciento fue la alteración de crecimiento fetal y como segunda complicación frecuente fue la muerte fetal con un 5 por ciento.

Cuadro 5: Porcentaje de sintomatología clínica período 2007-2009.

| Sintomatología clínica | Cant |
|------------------------|------|
| Poliuria | 12 |
| Polidipsia | 10 |
| Polifagia | 3 |
| Perdida de peso | 0 |
| Nauseas | 15 |
| Vómito | 11 |
| Visión borrosa | 12 |
| Asintomatica | 14 |
| Total | 77 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

Cuadro 6. Análisis del manejo médico HMNSA período 2007-2009.

| Manejo médico | Cantidad |
|--|----------|
| Dieta | 16 |
| Control o monitoreo niveles Glucemicos | 10 |
| Insulina NPH. | 36 |
| Insulina cristalina | 1 |
| Insulina 70 – 30 | 1 |
| Sin tratamiento | 0 |
| Total | 64 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

Encontramos que el 56 por ciento de las pacientes que conforman el estudio utilizaron como tratamiento insulina NPH y en un 25 por ciento se le incluyo dieta.

Cuadro 7. Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo período 2007-2009.

| Factores de Riesgo | Cantidad |
|---|----------|
| Edad materna \geq 30a | 17 |
| Familiares diabéticos de 1er grado | 18 |
| Índice de masa corporal > (IMC > 30) | 1 |
| Abortos inexplicables(mortalidad perinatal) | 0 |
| Polihidramnios en embarazos anteriores | 0 |
| DG. En el embarazo anterior | 2 |
| Macrosomia Fetal o peso > 4000gr | 0 |
| Sin factores de riesgo | 7 |
| Total | 45 |

Fuente: Expedientes del HMNSA

Dentro de los factores de riesgos que se identificaron en este estudio el de mayor porcentaje fueron las pacientes con familiares diabéticos de 1er grado con un 40 por ciento y a este le sigue las pacientes con una edad materna mayor de 30 años con un 38 por ciento.

Cuadro 8: Porcentaje de los niveles glucemicos período 2007-2009.

| Niveles Glucemicos | Cantidad |
|--------------------|----------|
| 100 - 120 mg/dl | 4 |
| 121 - 140 mg/dl | 12 |
| 141 - 160 mg/dl | 5 |
| 161 - 180 mg/dl | 1 |
| 181 - 200 mg/dl | 2 |
| 201 - 300 mg/dl | 8 |
| 301 - 400 mg/dl | 5 |
| 401 - 500 mg/dl | 2 |
| Total | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA

En el momento del diagnostico los niveles glucemicos encontrados en el presente estudio oscilaron entre 121-140mg/dl con un 30 por ciento de todos los casos registrados y con 21 por ciento entre 201-300mg/dl.

Cuadro 9: Porcentaje del peso del producto período 2007-2009.

| Peso del producto | Cantidad |
|-------------------|----------|
| \geq 500 | 0 |
| 1000 - 1499 g | 0 |
| 1500 - 2499 g | 9 |
| 2500 - 3999 g | 26 |
| \geq 4000 g | 4 |
| Total | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

Cuadro 10: Porcentaje del Control prenatal período 2007-2009.

| Control Prenatal | Cantidad |
|------------------|----------|
| 1 a 3 | 10 |
| 4 a 6 | 9 |
| 7 ó más | 20 |
| Total | 39 |

Fuente: Expedientes del HMNSA.

El resultado con respecto a los controles prenatales según este estudio, nos dio a conocer que el 51 por ciento de las embarazadas asisten sin ningún contra tiempo a 7 o más chequeos, el 26 por ciento acuden a sus consultas de 4 a 6

veces y solo el 23 por ciento de estas solo se controla de 1 a 3 veces.

DISCUSIÓN

Durante el periodo de marzo – agosto del 2010, se realizó una investigación en HMNSA, donde se estudiaron las pacientes con diabetes gestacional complicadas.

El cuadro I referente a la edad materna, muestra que el mayor porcentaje correspondió al grupo de 30-39 años con 49 por ciento lo que resulta ser similar a las revisiones visitadas, específicamente como lo menciona Rizzi Ricardo, que la edad avanzada aumenta la senescencia celular, constituyendo esto de que el número de receptores de insulina decaiga, por esto se observa con más frecuencia la diabetes gestacional en mujeres de edad avanzada.

En cuanto la edad gestacional algunos autores recomiendan hacer el diagnóstico a partir de las 20 semanas lo que difiere a esta investigación ya que el diagnóstico fue realizado entre las 28-36 semanas, según Parra y Pineda, a partir de las 20 semanas es que se empieza a visualizar el cuadro de la diabetes gestacional porque aumentan las demandas fetales. (Cuadro II)

De igual manera que en estudios internacionales la complicación materna más frecuente en las pacientes que participaron en el presente estudio fue la preeclampsia en un 38 por ciento. Según Schwarcz, el síndrome hipertensivo tiene una frecuencia de un 40 por ciento esto debido a que hay una reducción de la perfusión trofoblástica, (isquemia tisular) en donde la segunda onda de migración trofoblástica no se produce y con esto disminuye el calibre de los vasos, dando lugar a la aparición de placas de ateromas. (Cuadro III)

Aunque en estudios anteriores la complicación más frecuente fue el aborto y las malformaciones congénitas en el presente estudio resultó que las complicaciones más frecuentes son la alteración del crecimiento y la muerte fetal, tal como lo menciona Cañete Palomo que la alteración más relevante en la diabetes gestacional es la macrosomía, ya que este se desarrolla en un medio en donde los niveles glucémicos son elevados y esto provoca que estos fetos comiencen acumular grasa. (Cuadro IV).

En esta investigación dentro de los signos y síntomas que más predominaron fueron las náuseas en un 19 por ciento en cambio en las revisiones anteriores lo más predominante fue la poliuria. Como lo menciona Marcano y coautores que las náuseas en las pacientes con diabetes gestacional varían de una paciente a otra por lo cual los porcentajes difieren y esto se debe a un aumento progresivo de la Hcg, el Lactógeno Placentario y hace énfasis en no confundir estos síntomas con hiperémesis gravídica. (Cuadro V)

Observamos que el manejo médico utilizado es la insulina NPH en un 56 por ciento y en algunos casos acompañado de dieta lo que nos indica que se está cumpliendo las recomendaciones actuales y según Andraca Raúl, que para un buen control de la diabetes en general es necesario utilizar en combinación la insulina NPH y la dieta, además que en más del 50 por ciento de las pacientes que cursan esta patología es necesario el uso de estas combinaciones. (Cuadro VI).

Si nos referimos a los factores de riesgo el más predominante es tener familiares diabéticos de primera línea como también lo han demostrado algunos autores, pero en esto difiere un estudio realizado en Buenos Aires por la CENEXA en donde los factores de riesgo que tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes gestacional es el sobre peso y la obesidad y si a esto se le agrega la edad materna mayor de 30 años no hay variación del porcentaje. (Cuadro VII)

Los niveles glucémicos en el momento del diagnóstico oscilan entre 121-140mg/dl acompañado de factores de riesgos, de esta forma se hace un diagnóstico definitivo para diabetes gestacional (cuadro VIII).

REFERENCIAS

1. Andraca, Raúl. Diabetes Mellitus tipo 2. En: medicina interna en la mujer. 1ª ed, México, DF. Mcgrawn Hill interamericana 2004. Págs. 47-58.
2. Alvirañas, J H; Mezzabota L. Diabetes Gestacional importancia de los factores de riesgo en el diagnóstico de DG. En: Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Primera parte. Buenos Aires, Argentina. 2005: Pp: 76-104.
3. Alvirañas JH, Salzberg S. Diabetes y Embarazo. Separata 2005, Laboratorios Montpellier. 2005, 2-22.
4. Arteaga, A., Villanueva, C.L., Espinoza, R. y col.: Estudio clínico de 290 casos de diabetes y embarazo. X Congreso Chileno de Medicina Interna. Libro de Resúmenes, 2003. escuela.med.puc.cl/paginas/diabetes.html
5. Berek, Jonathan y colaboradores. Diabetes. En: ginecología de Novak 13ª ed. México, DF. Edicusa S.A. 2004. Págs. 182-185.
6. Barron, William M y coautores. Diabetes Mellitus. En: trastornos médicos durante el embarazo. 3ª ed, Madrid, España. Editora Harcourt. 2002. Págs. 71-95.
7. Boulvain M, Stan C, Irion O. Parto electivo en mujeres diabéticas embarazadas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

VALORACIÓN DE LOS NEONATOS DE CESÁREAS CON ANESTESIA PERIDURAL A TRAVÉS DEL TEST DE APGAR HOSPITAL JAIME MOTA, BARAHONA.

Merari Sosa*, José Antonio Félix Jiménez** Nelsida Rodríguez** Xiomary Mercedes Febles* Erika Almanzar *

RESUMEN

Se trató de un estudio descriptivo y prospectivo sobre la valoración de test de apgar en recién nacidos a través de cesáreas con anestesia peridural, cuyo objetivo es contribuir a la prevención de la morbilidad y mortalidad ocurrida en el neonato que nace por medio de cesárea. Esta investigación se realizó en el Hospital Dr. Jaime Mota, Provincia Barahona, República Dominicana, durante los meses enero - abril 2010. La población objeto de estudio fueron los recién nacidos en 39 cesáreas a las cuales se les administró anestesia peridural, a estos neonatos se les aplicó la valoración del test de apgar. Nuestro estudio incidió en las variables: valores de apgar, causa de cesárea y nacionalidad de la madre. Muestra pronóstico con un riesgo de daño en los niños a causa del 20% con puntaje de 1 en la valoración del test de Apgar.

Palabras claves: Test de Apgar; anestesia peridural; cesáreas.

ABSTRACT

This study is descriptive and prospective from to value Apgar test at baby to be born cesarean with peridural anaesthetic, at during January – April 2010 at Dr. Jaime Mota Hospital. The purpose is to contribute to prevent of morbidity and mortality of neonate. The variable was to value Apgar test, the cesarean cause, and nationality.

To shows in the study the injury risk at baby with Apgar test point 1.

Keys words: Apgar Test; peridural anaesthetic; cesarean

INTRODUCCIÓN

La historia sobre la valoración de Apgar tiene su impulso en 1952 cuando la Dra Virginia Apgar, médico anestesista, propuso evaluar la vitalidad de los recién nacidos en el momento inmediato al nacer, a través de cinco signos clínicos objetivos y fáciles de describir y, relacionar el resultado con algunas prácticas anestésicas y obstétricas. Los signos clínicos que se establecieron fueron:

1. Frecuencia cardíaca, considerado el más importante en términos de diagnóstico y de pronóstico.
2. Esfuerzo respiratorio: un niño en apnea o con respiraciones débiles tipo jadeo al minuto de nacer obtenía un puntaje de cero, mientras que uno con respiración o llanto vigoroso se otorgaba dos.
3. El tono muscular, era un signo fácil de evaluar; completa flaccidez recibía puntaje cero y un buen tono con flexión de

extremidades tenía mejor puntaje.

4. El color era el signo más insatisfactorio en su evaluación, causando muchas discusiones entre los observadores ya que todos los niños eran obviamente cianóticos al nacer. Se hizo además un análisis del efecto de algunos tipos de anestesia y se relacionó el resultado obtenido y las muertes neonatales. Actualmente el recién nacido es sometido a cinco exámenes sencillos por cada uno le da puntuaciones en escala de cero a dos.

Cuadro 1. Valoración del test de Apgar según puntuaciones.

| Categorías | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| Tono muscular | Nulo débil | Escaso | Movimientos activos |
| Latido cardíaco | Ninguna | -100 | + 100 |
| Irritabilidad refleja | Ninguna | Muesca lloros | Llanto vigoroso |
| Color de la piel | Pálido Cianosis | Rosado | Rosado todo el cuerpo |
| Respiración | Nula | Lenta | Llanto fuerte |

Fuente: Pediatría de Nelson (6)

La repuesta a la sonda nasogástrica para limpiar la nasofaringe, puede estar ausente en el valor 0; gesticular en el valor 1 y tos y estornudos en el valor 2. La sedación materna o la analgesia pueden disminuir el tono muscular e intervenir en el esfuerzo respiratorio, es el caso del diazepam o del sulfato de magnesio usado en las madres con pre eclampsia, lo mismo ocurre con el uso de anestésicos generales. La técnica anestésica utilizada en la cesárea es determinada por factores como la urgencia de la intervención, presencia de morbilidad adicional en la paciente, selección por el cirujano y la destreza del anesthesiologo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo y prospectivo, con el objetivo de contribuir a la prevención de la morbilidad y mortalidad en el neonato que nace por medio de cesárea. Esta investigación se realizó en el Hospital Dr. Jaime Mota, Provincia Barahona, República Dominicana, durante los meses enero - abril 2010. La población objeto de estudio fueron los recién nacidos en 39 cesáreas a las cuales se les administró anestesia peridural, la muestra estuvo compuesta por 40 niños, y 39 madres a quienes se les aplicó la valoración del test de apgar. Las variables estudiadas fueron: valores de apgar, causa de cesárea y nacionalidad de la madre. Se le aplicó un cuestionario a cada niño nacido vivo y a la madre, con la finalidad de recoger las variables objeto de la investigación.

*Médico general

**Médico anesthesiologo

RESULTADOS

El análisis de los datos obtenidos en cada variable se expresa en tablas.

Cuadro 2. Distribución de valores del test de Apgar en neonatos a través de cesárea con anestesia peridural en Jaime Mota 2010

| Puntuaciones | Frecuencia | % |
|--------------|------------|------|
| 2 | 31 | 77.5 |
| 1 | 8 | 20 |
| 0 | 1 | 2.5 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: cuestionario aplicado a la valoración test Apgar de los neonatos

Es relevante el dato de 20% de los recién nacidos presentaron un Apgar de 1, situación que incrementa el daños físico, mental en el desarrollo de los niños.

Cuadro 3. Distribución por causa que motivaron cesáreas con anestesia peridural en Jaime Mota 2010.

| Causas de cesáreas | Frecuencia | % |
|------------------------------|------------|-----|
| Preclampsia | 9 | 23 |
| Sufrimiento fetal | 8 | 21 |
| Prematuro | 6 | 15 |
| Diabetes | 4 | 10 |
| Desproporción céfalo pélvica | 2 | 6 |
| Gemelar | 1 | 2 |
| Otros | 9 | 23 |
| Total | 39 | 100 |

Fuente: cuestionario aplicado a las madres de los neonatos valorados con test Apgar.

Cuadro 4. Distribución por nacionalidad de las madres cesáreas con anestesia peridural en Jaime Mota 2010.

| Nacionalidad | Frecuencia | % |
|--------------|------------|-----|
| Dominicana | 33 | 85 |
| Haitiana | 6 | 15 |
| Otras | - | - |
| Total | 39 | 100 |

Fuente: cuestionario aplicado a las madres de los neonatos valorados con test Apgar.

Cuadro 2. En este cuadro la distribución de las puntuaciones alcanzadas por los neonatos al examinarlos por medio de la valoración del test de Apgar, muestran que el 77.5% de los neonatos fue valorado con puntaje de 2, siendo el diagnóstico y el pronostico bueno para el desarrollo, en relación a su condición al nacer y necesidad de reanimación.

Cuadro 3. En el cuadro se observa que la preclampsia fue la causa mas relevante alcanzando un 23% que motivó el procedimiento quirúrgico con anestesia peridural. Seguida del sufrimiento fetal en un 21% de los casos; el 15% por

prematuridad, 10% diabética, 6% mostró desproporción céfalo pélvica y el 2% por causa gemelar.

Cuadro 4. En este cuadro observamos la distribución por nacionalidad encontrando 33, correspondiente al 85% de las madres eran dominicana y 6, correspondiente al 15% era haitiana.

DISCUSION

Para el año 2009, la estadísticas publicadas del Hospital Dr. Jaime Mota, revelaron que el 11% de los partos por cesárea correspondían a mujeres haitianas, para el cuatrimestre enero – abril 2010, se incrementa en un 15%, según lo observado en nuestro estudio. Los valores de Apgar en los neonatos, pueden verse afectado a causa de la sedación materna o la analgesia, estas pueden disminuir el tono muscular e intervenir en el esfuerzo respiratorio, es el caso del diazepam o del sulfato de magnesio usado en las madres con pre eclampsia, lo mismo ocurre con el uso de anestésicos generales. Bajo peso, edad gestacional, fumadoras, diabetes, prematuro, sufrimiento fetal. En nuestro estudio el 23% de las causas de indicación de cesárea fue la pre eclampsia; seguido de 21% con sufrimiento fetal y el 15% fue una presentación de parto prematuro. De igual modo el 20% presentó una puntuación del test de Apgar de 1. Varios investigadores demostraron que los puntajes de Apgar de los recién nacidos obtenidos bajo anestesia general eran menores a los obtenidos bajo anestesia peridural posterior a la cesárea (2,4, 8)

CONCLUSIONES

Al revisar diversas fuentes bibliográficas, según UNICEF, (11) la tasa de mortalidad neonatal para 2004 era de 18 por mil nacidos vivos; las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007(3), ubica al país con 32 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos pero en la mortalidad neonatal; la probabilidad de morir durante el primer mes de vida era de 23 por cada 1,000 nacidos vivos. No se encuentra publicaciones oportunas sobre la morbilidad y mortalidad neonatal en las diferentes provincias de la Republica Dominicana, siendo este un inconveniente para comparar en diversos periodos, hospitales y ciudades.

REFERENCIAS

1. Aponte, R. Determinación del efecto depresor en el recién nacido obtenido por cesárea bajo anestesia peridural con thalamonal más lidocaina al 2%. 2008: 24
2. Dick W, Anestesia general versus anestesia epidural en cesáreas. Estudio comparativo.1992;9:15-21
3. ENDESA 2007. Republica Dominicana.
4. Hamza J. Sufrimiento fetal agudo desde el punto de vista del anesthesiólogo.1996; 44:309-326
5. Lucas, M. Diabetes gestacional y sus complicaciones. 2001 Sep; 28(3):513-36.
6. Nelson Tratado de pediatría valoración del recién nacido. 17va edición 2006:528
7. OPS. Plan nacional de reducción de la mortalidad materna - infantil en Republica Dominicana. 2005-2008
8. Petropoulos G, anestesia epidural versus anestesia general en cesáreas electivas, efectos en madre y el recién nacido. 2003; 13:260-266
9. Quintana, F. Compendio de anestesiología para enfermería. Valoración del recién nacido. 2da edición: 379
10. Revista venezolana de ginecología y obstetricia Vol. 68 No. 1. 2008 Efectos de la anestesia general, subaracnoidea y peridural sobre el neonato
11. UNICEF, 2007

CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA CESÁREA QUE TIENEN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Ángela M. Beltré De La Cruz, Bertha V. Bergés Santana, Yomaira Ramírez Félix, Savina Beltré De La Cruz.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea que tienen las embarazadas que acuden al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el período junio-septiembre del 2010, en Santo Domingo, República Dominicana. El universo del estudio estuvo constituido por 6,424 embarazadas que asistieron al centro hospitalario durante el período de estudio y la muestra estuvo constituida por 100 pacientes escogidas a conveniencia. Arrojó los siguientes resultados: el 42 por ciento de las pacientes tienen conocimiento sobre las complicaciones que se presentan en una cesárea, un 88.1 por ciento reconoce a las infecciones como las principales complicaciones que se presentan tras una cesárea, las embarazadas con un nivel educativo superior tienen más conocimiento sobre las complicaciones producto de la cesárea, el 21 por ciento recibió información sobre el tema a través de amigos o familiares, el 74 por ciento no recibió consejería durante el control prenatal ni momentos previos a la cirugía por el personal de salud, el 80 por ciento conoce la región anatómica donde se realiza la cesárea y un 67 por ciento conoce cuidar la herida luego de su de alta.

Palabras claves: Conocimiento, Embarazada, cesáreas, complicaciones.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out, prospective and of cut transversal, with the objective of determining the knowledge upon the clinical complications of the caesarean that they have them embarrassed that they respond to the Hospital Maternidad Nuestra Señora of the Altagracia during the period june-september of the 2010, in Holy Sunday, Dominican Republic. The universe of the study was constituted by 6,424 pregnancies that they attended the hospitable center during the period of study and the sample was constituted by 100 patient chosen to convenience. It threw the following results: the 42 percent of the patient they have knowledge upon the complications that they are presented in a caesarean, a 88.1 percent recognizes to the infections as the main complications that they are presented after a caesarean, them embarrassed with an educational level superior they have more knowledge upon the complications product of the caesarean, the 21 by hundred it received information upon the theme through friends or family, the 74 percent did not receive consejerias during the

control prenatal neither prior moments to the surgery by the personnel of health, the 80 percent knows the region anatomic where is carried out the caesarean and a 67 percent knows to take care of the injury after its of high.

Key words: Knowledge, pregnant, caesareans, complications.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento por cesárea es un problema importante de salud que afecta la vida de muchas mujeres en edad fértil. Desde la década del 70, las tasas de parto por cesárea se han elevado en forma sostenida en el mundo desarrollado. En algunas áreas y entre algunas poblaciones los partos por cesárea representan la cuarta parte o más de todos los nacimientos.**

Hay pruebas de que la información que se brinda a los usuarios de servicios sanitarios puede influir en los resultados de la salud. El suministro de información adicional influye sobre la voluntad de las personas de someterse a pruebas de cribaje hipotéticas y se asocia con una mayor satisfacción, sin inducir ansiedad. La información dada a las mujeres que consideran, o a quienes se les recomienda considerar, la posibilidad de un nacimiento por cesárea, es un componente crítico de su atención médica y es la base del consentimiento informado y la toma fundamentada de decisiones.

Existen dos razones para proporcionar a las mujeres información basada en la evidencia acerca de la cesárea: a) ayudar a las mujeres a que comprendan sus necesidades de atención cuando se someten a una cesárea; y b) ayudar a las mujeres a tomar una decisión con respecto a la cesárea. Habitualmente se proporciona información a las mujeres para que aumenten su conocimiento con respecto a qué esperar y cómo cuidarse después del parto. Sin embargo, suele faltar el conocimiento con respecto al alcance de las morbilidades después del nacimiento por cesárea.***

La disponibilidad de información no es el único problema para las mujeres que consideran la posibilidad del nacimiento por cesárea. El nacimiento por cesárea en sí mismo comprende varias decisiones de atención.

En el contexto de una revisión sobre el suministro de información, es apropiado comparar la información dada a las mujeres acerca de los procedimientos y las decisiones que pueden tomar, con los servicios concretos que se ponen a su

** Garrud P, Wood M, Stainsby L. Impact of risk information in a patient education leaflet. *Patient Education and Counseling* 2001; 43(3):301-4.

*** Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000; 27(4):256-63.

disposición.

La información puede influir en las elecciones sobre la atención sanitaria; sin embargo, las decisiones sobre la salud son complejas y es difícil predecir el impacto de proporcionar información a los usuarios de servicios de salud sobre la tasa de nacimientos por cesárea. Aunque no sería ético manipular las posibilidades de elección sobre la salud a través de la presentación selectiva de pruebas, es necesario monitorizar el impacto de las intervenciones basadas en la información, ya que los cambios en los modelos de asistencia sanitaria son importantes en la planificación sanitaria. Asimismo, la información acerca del nacimiento por cesárea puede afectar las presiones médico-legales, que también se cree contribuyen a incrementar las tasas de nacimientos por cesárea.*

La presente investigación tiene como propósito determinar el conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea que tienen las embarazadas que acuden al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el período junio-septiembre del 2010; en Santo Domingo, República Dominicana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo en determinar el conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea que tienen las embarazadas que acuden al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el período junio-septiembre del 2010.

Demarcación geográfica.

La maternidad se encuentra ubicada en el sector de Gazcue del Distrito Nacional y está limitada:

- Al Norte : Av. México
- Al Sur Av. : Pedro Henríquez Ureña
- Al Este : Félix María del Monte
- Al Oeste : Benito Juárez

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 6,424 embarazadas que asistieron al centro hospitalario durante el período de estudio y la muestra estuvo constituida por 100 pacientes a conveniencia en horario matutino, una vez por semana durante el período de estudio.

Criterios de inclusión

- . Embarazadas asistidas en el centro hospitalario.
- . Embarazadas que desearon entrar en el estudio.

Criterios de exclusión

- . Embarazadas que no cumplan los criterios de inclusión.

Instrumento de recolección de información

Se aplicó un cuestionario (con preguntas abiertas y cerradas), el cual contiene las variables consideradas en el estudio. Dicho cuestionario fue diseñado por las sustentantes del presente estudio, de acuerdo a los objetivos y variables trazadas.

Las respuestas del instrumento son diseñadas en escala dicotómica (Si, No).

El instrumento fue aplicado por las responsa- bles de la

* 3. Shorten A, Chamberlain M, Shorten B, Kariminia A. Making choices for childbirth: development and testing of a decision-aid for women who have experienced previous caesarean. Patient Education and Counseling 2003; in press.

investigación directamente con las embarazadas.

Tabulación

Los datos fueron procesados usando el programa EPI-INFO-6.0, se presentan en cuadros y gráficos conteniendo las frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos.

Análisis

Se planificó y se estableció como técnica estadística los cálculos en porcentajes y la presentación de la información en distribución de frecuencia relativa y en series agrupadas.

Principios éticos

- . Consentimiento informado
- . Omisión de nombre.
- . Confidencialidad de la información.
- . Orientación acerca de los objetivos de este trabajo.

RESULTADOS

Tabla I. Conocimiento que tienen las embarazadas sobre las complicaciones clínicas de la operación cesárea, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.

| Conocimiento sobre las complicaciones | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Sí | 42 | 42.0 |
| No | 58 | 58.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Fuente: Directa

Al analizar esta tabla, se puede observar que 42 (42%) embarazadas tienen conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea, mientras que 58 (58%) embarazadas desconocen las complicaciones derivadas de esta intervención quirúrgica.

Tabla II. Tipos de conocimiento que tienen las embarazadas sobre las complicaciones clínicas de la operación cesárea, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.

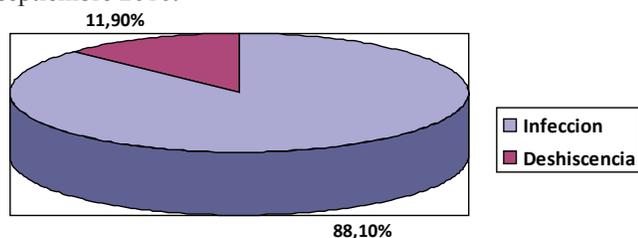
| Tipos de complicaciones clínicas conocidas | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Infección | 37 | 88.1 |
| Dehiscencia de herida | 5 | 11.9 |
| Total | *42 | 100.0 |

Fuente: Directa

* Nota: En esta tabla solo vamos a trabajar en base a 42 elementos, ya que en el cuadro 1, solo 42 entrevistadas conocían de las complicaciones de la operación cesárea.

De acuerdo a esta tabla se observa que 37 (88.1%) embarazadas señalaron que las infecciones representan el mayor tipo de complicaciones derivadas de las cesáreas, mientras que 5 embarazadas (11.9%) señalaron la dehiscencia de la herida.

Gráfico 2. Tipos de conocimiento que tienen las embarazadas sobre las complicaciones clínicas de la operación cesárea, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.



Fuente: Tabla II

Tabla III. Escolaridad de las embarazadas entrevistadas, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Cero | 8 | 8.0 |
| Básica | 40 | 40.0 |
| Media | 37 | 37.0 |
| Superior | 15 | 15.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Fuente: Directa

Como podemos observar, 40 (40%) de las entrevistadas tiene un nivel de escolaridad básico, mientras que 37 (37%) y 15 (15%) de las entrevistadas tiene un nivel de escolaridad medio y superior, respectivamente. 8(8%) de las entrevistadas no tiene ningún grado de escolaridad.

Tabla IV. Medio por el cual las embarazadas recibieron la información sobre las complicaciones clínicas de la cesárea, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.

| Medio por el cual supo de las complicaciones | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Internet | 3 | 7,14 |
| Libros | 2 | 4,76 |
| Periódico | 4 | 9,52 |
| Revista | 1 | 2,38 |
| Personal De Salud | 10 | 23,81 |
| Amigos o familiares | 22 | 52,38 |
| Totales | *42 | 100,00 |

Fuente: Directa

*Nota: En esta tabla solo vamos a trabajar en base a 42 elementos, ya que en el cuadro 1, solo 42 entrevistadas conocían de las complicaciones de la operación cesárea.

Como se puede observar, 22 (52.38%) de las entrevistadas recibieron la información sobre las complicaciones de la operación cesárea a través de amigos o familiares, mientras que 10 (23.81%), 4 (9.52%), 3 (7.14%), 2 (4.76%) y 1 (2.38%) se enteraron a través del personal de salud, Periódicos, internet, libros y revistas, respectivamente.

Tabla V. Consejería recibida por las embarazadas entrevistadas, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.

| Consejería | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Sí | 26 | 26.0 |
| No | 74 | 74.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Fuente: Directa

En esta tabla se puede observar que 74 (74%) de las embarazadas entrevistadas nunca han recibido consejería acerca de su estado de salud, mientras que 26 de las embarazadas (26%) si recibieron.

Tabla VI. Conocimiento que tienen las embarazadas sobre los cuidados que deben tener en cuenta posterior a la cirugía, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, junio-septiembre 2010.

| Aspectos | Repuesta | | | | Totales | |
|---|----------|------|-----|------|---------|-------|
| | Sí | % | No | % | No | % |
| Estructura del cuerpo donde fue realizada la herida para la cesárea | 20 | 20.0 | 80 | 80.0 | 100 | 100,0 |
| Cuidado de la herida | 67 | 67.0 | 33 | 33.0 | 100 | 100,0 |
| Identificar cicatrización de la herida | 65 | 65.0 | 35 | 35.0 | 100 | 100,0 |
| Tiene información sobre el dolor producido por la intervención y cuanto tiempo es normal que dure | 34 | 34.0 | 66 | 66.0 | 100 | 100,0 |
| Cuando tener relaciones Sexuales | 47 | 47.0 | 53 | 53.0 | 100 | 100,0 |
| Conoce sobre la alimentación más conveniente durante su recuperación | 52 | 52.0 | 48 | 48.0 | 100 | 100,0 |
| Sabe el tiempo que debería esperar una nueva gestación | 56 | 56.0 | 44 | 44.0 | 100 | 100,0 |
| Totales | 341 | 48.7 | 359 | 51.3 | 700 | 100,0 |

Fuente: Directa

En esta tabla se puede observar que el 80 por ciento de las entrevistadas desconoce la estructura del cuerpo donde fue realizada la herida para la cesárea, mientras que un 67 por ciento conoce del cuidado de la herida realizada para la cesárea.

DISCUSIÓN

Durante el período junio-septiembre del 2010 fueron entrevistadas un total de 100 embarazadas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia con el objetivo de determinar el conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea. Encontrándose que el 58 por ciento carecen de conocimiento sobre estas complicaciones. En contraposición con autores como Weaber en el 2008, quien señala que el 46,4 por ciento de las pacientes tenían alguna información sobre la cesárea, este hallazgo es muy superior al reportado por este autor.

El 37 por ciento de las pacientes señaló que las infecciones son las principales complicaciones de la operación cesárea. Resultado similar al hallazgo Flores en una investigación llevada a cabo acerca de los factores de riesgo en la operación cesárea en el 2008, pues éste señala que alrededor del 40 por ciento de las pacientes señalaron a las infecciones como las complicaciones más conocidas.

Con relación al nivel de escolaridad, se encontró que el 40 por ciento tenía un nivel básico, observándose poco conocimiento sobre las complicaciones clínicas de la cesárea en este grupo poblacional, contrario al grupo con un nivel superior, el cual presentó un mayor conocimiento sobre las complicaciones de la cesárea, dato que coincide con Horey en un estudio realizado sobre la información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea en el 2008, el cual señala al grupo de estudio superior como el de mayor conocimiento sobre la cesárea.

Se observó que un 26 por ciento de las embarazadas había recibido consejería sobre la cesárea, de las restantes, el 21 por ciento obtuvo información a través de familiares o amigos y un 17 por ciento por medio del personal de salud, lo cual difiere de Nassar en un estudio llevado a cabo en Australia, en el cual se señala que la mayoría de las pacientes obtuvieron información acerca de la cesárea a través del Internet (76.9%).

El 80 por ciento de las embarazadas conoce la estructura anatómica del cuerpo donde se realiza la cesárea, el 6,75 por ciento conoce como cuidar la herida luego de su de alta.

REFERENCIAS

1. Abu-Hejia Z. Correlation of decrease in cesarean section rates an decrease in perinatal mortality at princes basma teaching. *Hospital Saudi Med* 2003; 15: 29-31.
2. Agüero, O. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción de Palacio durante los años 1999-2002. *Rev Obstet Venez*, 2004; 92-97.
3. Alderdice F, Mckenna D, Dornan J. Técnicas y materiales para el cierre cutáneo de la cesárea. *La Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1 ISSN 1745-9990
4. Anaya-Prado R, Madrigal S, Reveles J, Ramírez E. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cir Curuj*, 2008; 76:467-472
5. Aramayo R.M. Operación cesárea. *Rev. Boliv. Ginecol Obstet* 2004; 7 (1); 13-5
6. Araujo F La mortalidad materna: un gran desafío de salud pública. <http://ahora.com.do/Edicion1330/SECCIONES/actualidad1.html>
7. Béla L. Diccionario enciclopédico de la psique. 10ª ed., Buenos Aires, Editorial Claridad, 2002:147-149.
8. Belmonte Serrano J. Gran Enciclopedia Hispánica. El conocimiento. Madrid, Editora Grijalbo; 2004: 402-404.
9. Beischer, N.A. Obstetricia y neonatología. 3ra. ed., México, D.F., Mcgraw-Hill Interamericana, 2004: 518-525.
10. Botero VJ. Obstetricia y ginecología. 4ta. ed., Colombia, Editora Carvajal, S.A., 2004.
11. Bustamante A, Freschi S, Gutiérrez R, Martina A, Vallejos j. Incidencia de cesárea y sus principales indicaciones en el Hospital "Perrando Castelán", de Resistencia, Chaco. *Rev Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 123: 2003: 25-28.
12. Cabrera G, Tascón J, Lucimí D. Creencias en salud: historia, constructor y aportes de modelo. *Rev FNSP*, 2001; 19: 91-101.
13. 13. Creedy DK. La vigilancia post-carga después de una operación cesárea. 264-269.
14. Cunningham, F. Gary Obstetricia de Williams. McGraw-Hill Interamericana editores, S. A. de C. V. 5ta ed. 2005:588-604.
15. Charles C. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social*. 2007:651-661.
16. De Martos, Cristina. Atención al parto [en línea]. Barcelona: Elmundo.es; 2009-[Actualizado jueves 08 enero 2009 00:22; acceso: 29 agosto 2009]. Disponible en: www.elmundo.es/elmundosalud/2009/01/07mujer/123346047.ht
17. Departamento de Estadísticas del Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia. Año 2006, 2007, 2008.
18. Desdelared.com.mx. Afán de lucro y falta de preparación de médicos, [En línea]. Aguascalientes, Ags., México. Desdelared.com.mx; 2009-[Actualizada 12 de enero, 2009; acceso: 29 agosto 2009]. Disponible en: www.desdelared.com.mx/2009/notas/09.en12-cesareah.html.
19. Flores L, Julián G, Trejo J, Vega G. Factores de riesgo en la operación cesárea. *Ginecol obstet Méx*, 2008; 76(7): 392-397.
20. Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Profesión*, 2006; 7(1): 5- 13.
21. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000; 27(4):256-63.
22. Garrud P, Wood M, Stainsby L. Impact of risk information in a patient education leaflet. *Patient Education and Counseling* 2001; 43(3):301-4.
23. 23. Gates S, McKenzie-McHarg K, Hurley P. Effects of surgical techniques of caesarean section on maternal health. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001; 12:105-137.
24. Guillen-Mateo A. Operación cesárea. Entre la utilidad y el exceso. Ira edición, nov. 1994. Editora Buho, Santo Domingo, República Dominicana.
25. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. Técnicas para la cesárea. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008:67-77.
26. Horey W. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://>

- www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
27. Llibre Tello, Dr. José A. Incidencia de cesáreas en República Dominicana. [en línea] Santo Domingo: Dr. José A. Llibre Tello; 2009 [Actualizado: 15 de marzo 2009; Acceso: 29 de agosto 2009] Disponible en: <http://jose.libre.googlepages.com/incidenciascesareaspacientesrepublicadom>.
28. Nassar N, Sullivan EA. Australia's Mothers and Babies 1999. Sydney: AIHW National Perinatal
29. Statistics Unit (Perinatal Statistics Series No. 11), 2001. O'Connor 2002.
- Ordinola H, Rodríguez P, Zambrano I. Causas más frecuente de cesárea en el Centro Materno-Infantil Nuestra Señora de Las Mercedes de las ciudad de Paita-Piura. *Rev Peruana Med.* 2002; 45(3):34-41.
- Oviedo OJG et al. Técnica Simplificada de Operación Cesárea. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2002, 47: 24-28.
- Phipps MG, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL. Risk factors for bladder injury during cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan; 105(1):156-60.
- Prado R, Madrigal S, Reveles J, Morbilidad materna asociada a cesárea. *Acad Méx Cir.* 2008; 467-472.
- Ramírez JC. *Revista médica del Centro Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas.* La cesárea. 2004:35-39.
- Salinas H, Carmona S, Albornoz J, Veloz P, Terra R, Marchant R, Larrea V, Guzmán R, Martínez L. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(1): 8-13.
- Shorten A, Chamberlain M, Shorten B, Kariminia A. Making choices for childbirth: development and testing of a decision-aid for women who have experienced previous caesarean. *Patient Education and Counseling* 2003; in press.
- Susalud.com.do RD posee uno de los más altos índices de cesáreas del mundo [En línea]. Santo Domingo: Su Salud, *Revista Digital*; 2009-[Actualizado 19 de junio 2009; acceso: 29 de agosto 2009]. Disponible: www.susalud.com.do/index.php?id=602
- Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *British Medical Journal* 2002; 324:639.
- Schwartz, R. L. *Obstetricia*. 5ta. ed., Buenos Aires. Librería-Editorial El Ateneo, 2005 600-608
- Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie-McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 102:120-126.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Bioética. Una disciplina para la vida.

Autor: Dr. Franklin J. Gómez Montero

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

DETECCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALTERACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS QUE ASISTEN A LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL "DR. LUIS EDUARDO AYBAR.

Gilbert Corporán García, Cristina de Aza,*Sardy Abreu Pujols,* Sofia Khouri Zouain,** Fernando Fernández Batista.***

RESUMEN

El objetivo general de esta investigación fue determinar los signos y síntomas de alteración de la salud mental en personas que asisten a la emergencia de medicina interna del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, enero-agosto 2010.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional, transversal y de fuente directa. La población-universo estaba conformada por 668 pacientes de los que demandaban atención en la emergencia de medicina interna, de la cual se obtuvo una muestra de 100 pacientes, para un 15 por ciento.

La información fue obtenida mediante entrevista directa a los pacientes. Fue utilizado el cuestionario de Goldberg para la valoración de la salud mental según los signos y síntomas presentados para depresión, ansiedad-insomnio, síntomas somáticos, disfunción social. Del total de 100 pacientes entrevistados se encontró que el 34 por ciento no presentó ningún tipo de alteración. Los signos y síntomas de alteración mental encontrados en orden de frecuencia fueron; los signos y síntomas somáticos con un 33 por ciento, signos y síntomas de ansiedad con un 17 por ciento, signos y síntomas de depresión con un 10 por ciento y signos y síntomas de disfunción social con un 6 por ciento.

Palabra clave: signos, síntomas, alteración, salud mental

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the signs and symptoms of alteration of mental health in people who attend the emergency room of internal medicine at the Dr. Luis Eduardo Aybar Hospital, January-August 2010.

A research of the descriptive, observational, transversal and of direct source type was conducted. The population-universe was conformed by 668 patients of whom demanded attention at the emergency room of internal medicine, from which we obtained a sample of 100 patients, for a 15 percent.

The information was obtained through direct interview to the patients. Goldberg's questionnaire was used for the valuation of the mental health according to the signs y symptoms presented for depression, anxiety-insomnia, somatic symptoms, and social dysfunction. Out of the total of 100 interviewed patients, it was found that 34 percent did not show any type of alteration. The signs and symptoms of mental alteration found in order of frequency were: somatic signs and symptoms with

a 33 percent; signs and symptoms of anxiety with a 17 percent; signs and symptoms of depression with a 10 percent; and signs and symptoms of social dysfunction with a 6 percent.

Key Words: Signs, Symptoms, Impairment, mental health

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.

Se entiende por alteración de la Salud Mental, cuando las personas según la edad cronológica presentan desordenes de las ideas, expresión de los sentimientos, trastornos del razonamiento, del comportamiento y de la facultad de reconocer la realidad, en un momento determinado, sin que interfiera con las actividades diarias del individuo. El término trastorno mental se define como la existencia de un grupo de síntomas o comportamientos clínicamente identificables, asociado en la mayoría de los casos a malestar e interferencia con la vida diaria del individuo.

Las emergencias de los hospitales de Santo Domingo reciben de manera inesperada una cantidad considerable de personas que acuden a tratarse cualquier problema de salud, que en muchas ocasiones no se trata de una dolencia física que compromete su vida, sino que son signos y síntomas de alguna alteración mental que no permite identificar las causas que la conlleva.

El profesional de la salud, quien tiene una formación básicamente organicista, utiliza la tecnología médica y refiere a estos pacientes a otros especialistas de acuerdo con los síntomas somáticos (internista, cardiólogo, neurólogo, etc.). Sin embargo, estos cuadros predominantemente orgánicos, en la mayoría de los casos, presentan los signos y síntomas de alteración mental.

Sobre los signos, síntomas o patologías que muestra la población que acude a los servicios de emergencia de medicina interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar", pueden incidir diferentes variables como la edad, el sexo, educación, nivel socio económico en las personas que exhiben alguna alteración mental.

Los signos y síntomas de las enfermedades mentales fueron descritos desde el siglo XIX por los grandes clínicos de la época.

Los signos son objetivos; los síntomas son subjetivos. Los signos son las observaciones del médico, como se observa la agitación de los pacientes, los síntomas son experiencias subjetivas, como la denuncia de una persona de sentirse

* Médico general

**Asesores

deprimido. En psiquiatría, los signos y síntomas no son tan claramente delimitadas como en otros campos de la medicina, sino que a menudo se superponen. Debido a esto, los trastornos en psiquiatría se han descrito como síndromes: "una constelación de signos y síntomas que forman parte de un estado reconocible".

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal de fuente directa, sobre la detección de signos y síntomas de alteración de la Salud Mental en pacientes que asistieron a la emergencia de Medicina Interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar", Santo Domingo, Enero-Agosto 2010

Demarcación Geográfica: Este estudio se realizó en el área de emergencia de Medicina Interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar", ubicado en el sector María Auxiliadora de la ciudad de Santo Domingo, el cual es un hospital de tercer nivel que cuenta con diferentes servicios de emergencia, de pediatría, ginecología, cirugía y medicina interna. La emergencia de medicina interna cuenta con 12 camas, en esta área laboran alrededor de 13 médicos y 5 enfermeras, divididos en los turnos de la mañana, tarde y noche.

Población y muestra: La población del Estudio estuvo conformado por 668 personas que asistieron a la emergencia de Medicina Interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar", Santo Domingo, Enero-Agosto 2010

La Muestra se obtuvo al azar, siendo elegidos/as 100 personas (15 por ciento) de la población que demandaron atención médica en la emergencia de Medicina Interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar".

Criterios de inclusión: Se seleccionaron a los pacientes de ambos sexos que asistieron a la emergencia de Medicina Interna en busca de atención, con una edad mayor de 17 años de edad, que aceptaron voluntariamente participar en la encuesta.

Criterios de exclusión: los que no quieren ser entrevistados.

Los que su estado de salud no les permitía interactuar coherentemente.

Instrumento de recolección de la información: Se elaboró un formulario de recolección de datos, en el cual se contemplan las principales variables como edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel académico, procedencia, nivel de ingreso, horas que trabaja, le dedica al hogar y a la recreación, motivo de consulta y factores de riesgo.

Se aplicó el cuestionario de Goldberg de 28 preguntas que contiene 4 sub escalas con siete preguntas en cada una de ellas, ver anexo:

Para síntomas psicósomáticos (preguntas 1–7). Ansiedad (preguntas 8–14). Disfunción social en la actividad diaria (preguntas 15–21) y depresión (preguntas 22–28), a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades, puntuando con un punto cualquiera de las dos opciones más afectadas.

Una puntuación superior a 5/6 (siendo el máximo de 7) en cualquiera de las categorías es indicativa de caso probable.

Valoración

Respuesta tipo A = 0 puntos

Respuesta tipo B = 0 puntos

Respuesta tipo C = 1 punto

Respuesta tipo D = 1 punto

Las puntuaciones totales se obtienen sumando todos los puntos de la respuesta marcada en las letras C y D.

Método y Técnica: Luego de validar el formulario de recolección de la información aplicándolo a 10 personas

y verificar en terreno el acceso de los potenciales pacientes involucrados en dicho estudio se procedió a aplicar los formularios que fueron llenados por los investigadores a través de una entrevista directa a los encuestados en la emergencia de Medicina Interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar".

La Muestra se seleccionó al azar no estratificado eligiendo uno de cada cuatro pacientes que llegaban a la emergencia, durante los tres turnos del día y los 15 días en los que duro la selección de estos, llenando de 6 a 7 por día hasta llegar a los 100 determinados para muestra.

Procesamiento y análisis de la información: Una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación manual, diseñando para esto una plantilla acorde a las variables y controladas con el número de orden y las iniciales. Se utilizaron los programas de computadora Microsoft Word, Excel y Power Point, se presentaron los resultados en frecuencias y porcentajes, cuadros y gráficos para su mayor comprensión.

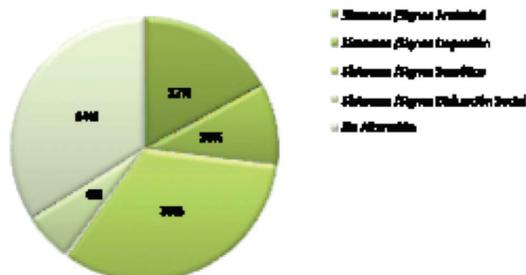
Aspectos éticos: Se solicitó y obtuvo autorización a la Dirección del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar" para realizar dicho estudio.

Se solicitó autorización de los pacientes elegidos al azar que cumplían los criterios de inclusión, previa presentación institucional de los investigadores como alumnos de término de la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y explicación de los objetivos del estudio. La identidad y confidencialidad de las/os sobre los datos de los pacientes del estudio fue respetada utilizando iniciales y los formularios celosamente guardados, los cuales serán destruidos inmediatamente sea aprobada la Tesis por los Señores Miembros del Jurado y las Autoridades Universitaria.

RESULTADOS

Los resultados del Estudio se presentan a continuación en diferentes tablas y gráficos con respectivos análisis que han servido para responder a las interrogantes y objetivos planteados, que dieron origen a esta investigación.

Gráfico 1 . Distribución de frecuencia de signos y síntomas de alteración mental presentados por personas atendidas en la emergencia de medicina interna.



Análisis: El gráfico 1 demuestra que de los 100 pacientes seleccionados en la emergencia de Medicina Interna del Hospital "Dr. Luis Eduardo Aybar", el 34 por ciento no presentó alteración en su Salud Mental al momento de su consulta. Sin embargo los signos y los síntomas de alteración de la Salud Mental más frecuentes correspondieron a los Somáticos con 33 por ciento, seguido por los signos y síntomas de Ansiedad con 17 por ciento, los signos y síntomas de Depresión con un 10 por ciento; signos y síntomas de Disfunción Social con un 6 por ciento.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de signos y síntomas alteración de la salud mental presentados por los pacientes atendidos en la emergencia de medicina interna, según el Sexo.

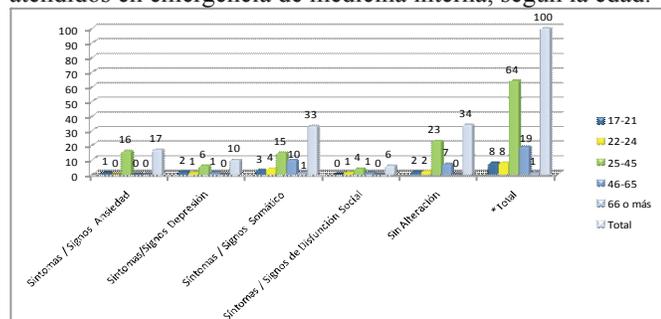
| Alteración de la Salud Mental | Sexo | | | | Total | |
|------------------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Síntomas /Signos Ansiedad | 14 | 22 | 3 | 9 | 17 | 17 |
| Síntomas /Signos Depresión | 6 | 9 | 4 | 11 | 10 | 10 |
| Síntomas /Signos Somático | 25 | 39 | 8 | 22 | 33 | 33 |
| Síntomas /Signos Disfunción Social | 2 | 3 | 4 | 11 | 6 | 6 |
| Sin Alteración | 17 | 27 | 17 | 47 | 34 | 34 |
| Total | 64 | 100 | 36 | 100 | 100 | 100 |

Análisis: la tabla 2 muestran que del total de pacientes encuestados 64 correspondieron al sexo femenino y 36 al masculino, de los cuales 17 resultaron sin Alteración Mental con una cantidad absoluta igualitaria; sin embargo dentro de su género significativamente diferente: 27 por ciento las mujeres y 47 por ciento los hombres.

Las Alteraciones que se presentaron con más frecuencias en orden absoluto fueron:

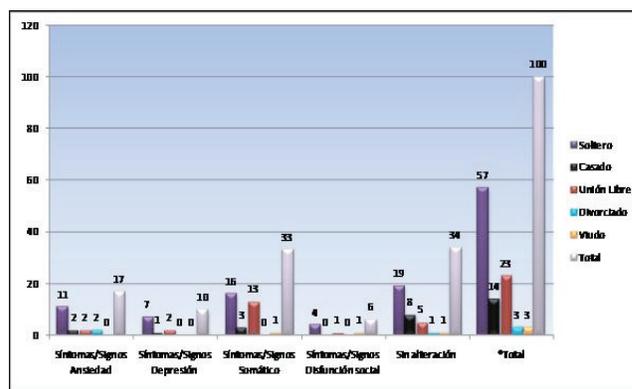
- Los signos y síntomas Somáticos (33 por ciento) de la población estudiada, de los cuales 25 (39 por ciento) son del sexo femenino y 8 (22 por ciento) masculino.
- Los signos y síntomas de Ansiedad se registraron en un 22 por ciento en el sexo femenino y un 9 por ciento en el masculino.
- Los signos y síntomas de Depresión afectaron más al sexo femenino representado por 6 pacientes para un 9 por ciento dentro de su género y en el masculino se encontraron afectados 4 pacientes para un 11 por ciento.
- En los signos y síntomas de Disfunción Social los hombres fueron los más afectados representado por 4 pacientes, un 11 por ciento.
- En los signos y síntomas de Disfunción Social los hombres fueron los más afectados representado por 4 pacientes, un 11 por ciento.

Gráfico 3. Distribución de frecuencia de signos y síntomas de alteración de la salud mental presentados por los pacientes atendidos en emergencia de medicina interna, según la edad.



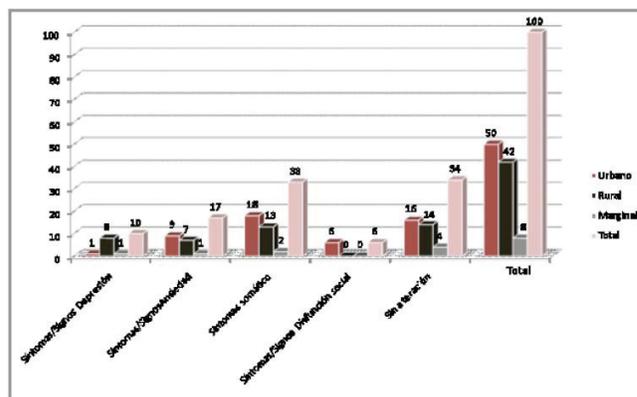
Análisis: El grupo de edad que presentó mayor número de pacientes con Alteraciones de la Salud Mental osciló entre los 25 a 45 años, representado por 64 pacientes; dentro de estos 16 pacientes (25 por ciento) presentaron signos y síntomas de Ansiedad, siendo esta la alteración principal en este grupo. Entre los 17 a 21 años se encontraron 8 pacientes, de los cuales 3 (38 por ciento) presentaron signos y síntomas Somáticos; mientras que en el grupo de edad de 22 a 24 años del total de 8 pacientes 4 (49 por ciento) presentaron signos y síntomas Somáticos.

Gráfico 4. Distribución de frecuencia de signos y síntomas alteración mental presentados en los pacientes atendidos en la emergencia, según el estado civil.



Análisis: El estado civil mayormente representado fue el grupo de solteros conformado por 57 pacientes; de ese total 16 (28 por ciento) presentaron signos y síntomas Somáticos. Asimismo, a lo interno de cada grupo los solteros siguen en desventajas, pues 11 de 17 (19 por ciento) presentaron signos y síntomas de Ansiedad. Respecto a la Depresión 7 de 10 casos (70 por ciento) presentaron signos y síntomas. De los 6 que presentaron signos y síntomas de Disfunción Social 4 (67 por ciento) pertenecen a este grupo. Los divorciados estuvieron afectados por signos y síntomas de ansiedad (67 por ciento).

Gráfico 5. Distribución de frecuencia de signos y síntomas de alteración de la salud mental presentados por los pacientes asistidos en la emergencia, según la procedencia.



Análisis: De un total de 50 pacientes de procedencia urbana, 18 (36 por ciento) presentaron signos y síntomas somáticos.

Asimismo los pacientes de procedencia rural 42 en total, 8 (19 por ciento) presentaron signos y síntomas de Depresión. Se observa que los signos y síntomas de Depresión alcanzan mayor porcentaje en los pacientes procedentes de la zona rural.

DISCUSIÓN

Del 100 por ciento de los pacientes entrevistados en la emergencia de medicina interna del hospital “Dr. Luis Eduardo Aybar”, las alteraciones de la salud mental que se encontraron correspondieron principalmente a los signos y síntomas somáticos que representaron un 33 por ciento del total de los casos, seguido por los signos y síntomas de ansiedad con un 17 por ciento, signos y síntomas depresión con un 10 por ciento, signos y síntomas de disfunción social con un 6 por ciento. Un 34 por ciento no presentó alteración de la salud mental.

Los datos arrojados por el presente estudio concuerdan de igual forma con una investigación realizada en el año 2007 sobre “Prevalencia de signos y síntomas de alteración de la salud mental en la consulta de medicina general de tres hospitales (Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, Hospital Padre Billini y Hospital Francisco Moscoso Puello) de Santo Domingo” en donde se encuentra que los signos y síntomas somáticos son la alteración de la salud mental más frecuente, según la escala de Goldberg, seguida de la ansiedad, depresión y disfunción social.

Tras haber analizado los datos obtenidos a través de la investigación los resultados indican que los pacientes que dedican menos tiempo a la recreación son más propensos a sufrir alteración de la salud mental, de 36 pacientes que permanecen de 21-24 horas en el hogar, 18 pacientes presentaron signos y síntomas somáticos. Los pacientes que no dedican horas al trabajo tienden a padecer con más frecuencia signos y síntomas somáticos.

El grupo de edad que presentó mayor número de pacientes con Alteraciones de la Salud Mental fue el grupo de 25 a 45 años, representado por 64 pacientes; dentro de estos 16 pacientes (25 por ciento) presentaron signos y síntomas de Ansiedad, siendo esta la alteración principal en este grupo de edad. Esto contrasta con un estudio realizado en Cuba en el año 2003 sobre la “Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes” que indica que las edades más afectadas se enmarcaron en el final de la adultez madura a partir de los 45 años, para dar paso a la etapa de adulto mayor a partir de los 66 años.

Con respecto al sexo, esta investigación arrojó que de un total de 64 pacientes de sexo femenino, 25 casos (39 por ciento) presentaron signos y síntomas somáticos, y de un total de 36 pacientes del sexo masculino, 8 casos (22 por ciento) presentaron signos y síntomas somáticos, siendo el grupo femenino el que presentó mayor porcentaje. Por consiguiente, estos datos concuerdan con un estudio realizado en México sobre “Detección de signos y síntomas de alteración de la salud mental” que arrojó que el sexo femenino tuvo una afectación de 96.6 por ciento. Sin embargo los signos y síntomas de

disfunción social afectaron más al sexo masculino.

El grupo de solteros fueron los más afectados, conformado por 57 pacientes, de los cuales 16 (28 por ciento) presentaron signos y síntomas Somáticos. Los divorciados se vieron más afectados por signos y síntomas de ansiedad. Mientras en un estudio realizado en Cuba en el año 2003 sobre la “Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes” los divorciados presentaron mayor alteración en la salud mental que los solteros.

En cuanto a la ocupación los desempleados se vieron más afectados, presentando estos con mayor frecuencia signos y síntomas somáticos 38 por ciento, siguiéndole a estos en frecuencia las amas de casa. También se encontraron más alteraciones en aquellos con un nivel de ingreso económico muy bajo.

Los pacientes de procedencia urbana estuvieron más afectados por signos y síntomas somáticos con un 36 por ciento, y luego por signos y síntomas de ansiedad con un 18 por ciento. Mientras los de procedencia rural estuvieron más afectados por signos y síntomas de depresión (19 por ciento) que los de procedencia urbana.

REFERENCIAS

1. Benjamin J. Sadock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock . synopsis of psychiatry. 10 ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins ; 2007. pag 272-283
2. Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar . Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009. pag 45-52
3. David D. Moore, James W. Jefferson. Manual de Psiquiatría Médica, 2da ed. Madrid: Elsevier Masson; 2005. Pag 1
4. Hernán Velez A, William Rojas M, Borrero R, Restrepo M J. Fundamentos de psiquiatría. 4ta ed. Colombia: Quebecor Word; 2004. pag 85-101, 152-204
5. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jamenson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna. 17 edición. Mcgraw Hill. Mexico, DF. 2007. Pag 89
6. Hales E. Robert, Yudolsky G. Stuart. Tratado de Psiquiatría Clínica. 4ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005. Pag 439-451.
7. Ibor López J. Juan, Cercos Leadl Carmen, Masia Carbonell Carlos. Imágenes de la Psiquiatría Española. 1era ed. Madrid: Glosa; 2005. Pag 133-138
8. Machleidt W. Rose, H. K Lamprecht, F. Bauer, M. López. Psiquiatría Trastornos Psicósomáticos y Psicoterapia. 1ra ed. Madrid: Elsevier Masson; 2004, pag 130-140
9. Ruiloba Vallejo J. **INTRODUCCIÓN** a la Sicopatología y la Psiquiatría. 6ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006: 33-39
10. Stein, Dan J. Manual Clínico de los trastornos de ansiedad. 1ra ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005:130-152
11. Wiener. J.M, Dulkan K. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la adolescencia. 1ra ed. Madrid: Elsevier Masson; 2006: 77-86

ALTERACIONES METABÓLICAS RELACIONADAS A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CENTRO SANITARIO SANTO DOMINGO.

Edward Ant. Alcántara Matos,* Alexi Javiel Olivo Luna,* Yocaira Guzmán García,* Ciordaliza Sosa García,* Sofía Khouri Zouain,** Ivelisse Garrís,**

RESUMEN

La meta de esta investigación fue identificar las alteraciones metabólicas relacionadas a la terapia antirretroviral en pacientes que asistieron al Servicio de Atención Integral del Centro Sanitario de Santo Domingo, enero 2009-julio 2010.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional y de fuente indirecta. El universo lo constituyeron 90 pacientes quienes recibieron terapia Antirretroviral, con una Población constituida por 19 pacientes (21 por ciento) estos presentaron alteraciones metabólicas posterior a la terapia antirretroviral representado, 11 (57.9 por ciento) fueron mujeres y 8 (42.1 por ciento) hombres.

El mayor porcentaje de los pacientes tenían más de 49 años (47.3 por ciento). El total de los casos estudiados experimentaron alteraciones metabólicas dentro de los 6-11 meses post terapia antirretroviral, evidenciándose en la mayoría de los casos una forma temprana de las alteraciones metabólicas (73.7 por ciento).

Los pacientes en terapia antirretroviral que tuvieron inicio de la misma con carga viral > 40 copias por mililitro fueron los que desarrollaron alteraciones metabólicas, representando un 100 por ciento. Las pruebas de laboratorio alteradas que presentaron relación significativa con el uso de la terapia antirretroviral, en el estudio tenemos: VLDL, representado 33.3 por ciento; triglicéridos en un 30.9 por ciento; colesterol, representado en un 26.2 por ciento; glicemia representado en un 9.5 por ciento. Las pruebas de laboratorios alteradas más frecuentemente asociadas al síndrome metabólico en relación al conteo de CD4 < 200 células encontradas en el estudio fueron: triglicérido, representando un 34.4 por ciento; VLDL, en un 31.3 por ciento; colesterol, encontrado en el 21.8 por ciento y la glicemia, constituyendo un 12.5 por ciento. El esquema Zidovudina+Lamivudina+Efavirenz fue en el que más pacientes presentó con alteración metabólica 9 representando el 47.4

Palabras clave: SIDA, perfil lipídico, alteraciones metabólicas, medicamentos antirretrovirales.

ABSTRACT

The goal of this research was to identify metabolic abnormalities related to antiretroviral therapy in patients who attended the Comprehensive Care Health Center of Santo Domingo, January 2009-July 2010.

We conducted a descriptive, retrospective, observational,

and indirect source. The universe was composed of 90 patients who received antiretroviral therapy, with a population consisting of 19 patients (21 por percent) of these had metabolic abnormalities after antiretroviral therapy represented 11 (57.9 percent) were female and 8 (42.1 percent) males.

The highest percentage of patients had more than 49 years (47.3 percent). Total cases studied metabolic changes experienced within 6-11 months post ART, showing in most cases an early form of metabolic disorders (73.7 percent).

Patients starting antiretroviral therapy had the same viral load > 40 copies per milliliter were those who developed metabolic abnormalities, representing a 100 per cent. Altered laboratory tests that showed significant association with the use of antiretroviral therapy in the study are: VLDL represented 33.3 percent, triglycerides by 30.9 percent, cholesterol, represented a 26.2 per cent represented a 9.5 glucose percent. Altered laboratory tests most frequently associated with metabolic syndrome in relation to CD4 count <200 cells found in the study were: triglyceride, representing 34.4 percent; VLDL, a 31.3 per cent, cholesterol, found in 21.8 percent and glucose, constituting 12.5 percent. The scheme Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz was introduced to more patients with metabolic abnormalities representing 47.4 %

Key words: AIDS, lipid profile, metabolic disorders, antiretroviral drugs.

INTRODUCCIÓN

Se denomina Alteraciones Metabólicas a la conjunción de factores de riesgos en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, accidente vasculocerebral o diabetes mellitus, lo que aumenta la probabilidad de padecer el Síndrome Metabólico, manifestado en pruebas de laboratorios por una disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), un incremento en las lipoproteínas de baja densidad (LDL), un incremento en los niveles de triglicéridos (TG) y colesterol asociados una resistencia a la insulina.

Desde 1996 algunos países más desarrollados dispusieron para población en general de un tratamiento antirretroviral de gran actividad frente al VIH, la terapia antirretroviral, la cual ha cambiado la historia natural de la enfermedad, como lo demuestra la importante disminución de eventos oportunistas, y de la mortalidad de los pacientes y un aumento en la esperanza de vida, habiendo sido posible a partir del 2001 en la República Dominicana.

* Médico General

** Asesoras

Los pacientes con infección por VIH, que están en tratamiento antirretroviral pueden presentar alteraciones metabólicas asociadas o no a estas, por lo que reportan algunos estudios los factores como la edad, el sexo, genética, estilo de vida y nivel de CD4 <100 células por mililitro de sangre son elementos que pueden favorecer a la alteración de la homeostasia metabólica de individuo, como lo demuestra un estudio realizado en un grupo de pacientes del programa regional VIH/SIDA de Mérida, Venezuela, entre septiembre y diciembre del 2008, donde fueron revisados 136 expedientes médicos los cuales tenía 6 meses o más de diagnóstico y tratamiento. Este estudio reveló que el 58 por ciento de los pacientes tuvieron colesterol elevado, con el 75 por ciento de elevación de los triglicéridos y esta elevación fue más importante en el grupo que utilizó inhibidores de proteasa (IP).

El tratamiento de las personas con infección por el VIH exige no sólo un conocimiento amplio de los posibles procesos patológicos de la misma, sino también la capacidad para afrontar los problemas de una enfermedad crónica que pone en peligro la vida de quien la padece, aun bajo tratamiento antirretroviral.

En lo referente a la etiología en relación a los medicamentos antirretrovirales la dislipidemia, resistencia a la insulina y diabetes son más frecuentes con los inhibidores de proteasa (IP) clásicos a diferencia de IP que con los potenciados y con los análogos de timidina que con los demás INTR. Los IP, mediante la inhibición de la enzima Glut 4, pueden disminuir la disponibilidad de la glucosa periférica y la secreción pancreática de la insulina, también la evolución natural de la enfermedad puede causar modificaciones en lo referente a la regulación metabólica; la patogénesis tiene carácter multifactorial.

Las personas con alteraciones metabólicas tienen una conjunción de los siguientes factores de riesgo:

- Obesidad central.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes o intolerancia a la glucosa.
- Niveles elevados de triglicéridos y niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL) en sangre.

Las alteraciones metabólicas se pueden identificar de una manera temprana por medio a pruebas de laboratorio como perfil lipídico: triglicérido, colesterol total, LDL y HDL acompañado de pruebas de glicemia.

De manera clínica mediante un examen físico para determinar los cambios en la acumulación de la grasa del cuerpo como son:

Lipodistrofia.

Es un síndrome que engloba varios síntomas, se trata de una serie de efectos adversos relacionados con la forma en que nuestro organismo procesa las grasas y los azúcares, (redistribución anómala de grasas en el cuerpo que puede ser tanto pérdida como acumulación de grasa).

Lipoatrofia.

Definida como la desaparición progresiva de la grasa, se pierde la grasa de determinadas partes del cuerpo, particularmente de la cara, las nalgas y los brazos y las piernas donde las venas pueden ser más visibles; este fenómeno se llama "formación de cordones venosos". Puede ser leve, casi imperceptible, o importante. La Lipoatrofia en la cara es uno de los efectos que, hoy en día, causa más estigma y discriminación.

Lipohipertrofia.

Es la acumulación de grasa, conocida también como hiperadiposidad, ésta se deposita en determinadas partes del cuerpo, especialmente grasa intrabdominal o visceral, los senos, la zona dorsocervical y la parte superior de los hombros (jibá de búfalo) y lipomas en diferentes partes del cuerpo. Si la acumulación de grasa intrabdominal es importante puede llegar a comprimir órganos vecinos. Ningún investigador ha sugerido que la gente con lipodistrofia debería dejar de tomar TARV.

Hipercolesterolemia.

Es un aumento de la cantidad de grasa (como colesterol y triglicéridos) en la sangre. La hiperlipidemia no tiene síntomas. Otros factores pueden aumentar el riesgo de tener hiperlipidemia. Los riesgos controlables son el consumo de alcohol, la actividad física y el régimen de alimentación.

Hiperglucemia

Definida como concentración de glucosa sanguínea por encima de los límites normales establecidos. Las concentraciones de glucosa sanguínea también pueden ser elevadas si las células no pueden responder adecuadamente a la insulina lo que se conoce como resistencia a la insulina. La hiperglucemia es un síntoma de diabetes; sin embargo, una persona puede tener hiperglucemia sin tener diabetes.

Existen pocos datos en nuestro país acerca de las alteraciones metabólicas relacionada a la terapia antirretroviral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional, con el objetivo de determinar las alteraciones metabólicas relacionadas a la terapia antirretroviral en pacientes que acuden al Servicio de Atención Integral del Centro Sanitario Santo Domingo tanda vespertina, Enero2009-Julio1020.

Demarcación geográfica El estudio tuvo como escenario el Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo tanda vespertina ubicado, en el área de salud V limitado: Al norte: avenida Francia. Al sur: avenida México. Al este: avenida Galván. Al oeste: avenida Rosa Duarte.

Universo

El universo a partir del cual se realizó la presente investigación estuvo constituido por 90 pacientes atendidos en el Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo durante el periodo Enero 2009-Julio 2010.

Muestra

fue por un total 19 pacientes (21.1 por ciento del universo) sometidos a tratamiento antirretroviral quienes presentaron alteraciones metabólicas, del sexo femenino 11 casos y 8 hombres atendidos en el Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo durante el periodo Enero 2009-Julio 2010.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a los pacientes que para el momento del estudio cumplieron con los siguientes requisitos:

A. Pacientes de ambos sexos, mayor de 18 años diagnosticados

con SIDA.

- B. Pacientes que estén bajo tratamiento antirretroviral.
- C. Pacientes con record completo y que cumplan el período de estudio.
- D. Pacientes que tengan estudios complementarios de laboratorios química clínica.

Criterios de exclusión

- A. Pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral que iniciaron en un Servicio de Atención Integral diferente.
- B. Pacientes que abandonaron el tratamiento sin evidenciarse las alteraciones metabólicas.
- C. Pacientes que murieron durante el estudio
- D. Pacientes con expedientes incompletos o inexistentes.

Fuentes de obtención de información

La fuente de recolección de datos fue secundaria, contenida en los expedientes clínicos de los pacientes bajo terapia antirretroviral, que reposan en los archivos del Servicio de Atención Integral del Centro Sanitario Santo Domingo durante el periodo Enero 2009-Julio 2010.

Métodos

Se efectuó mediante un cuestionario, el cual fue aplicado a los expedientes clínicos de los pacientes en tratamiento antirretroviral.

Procesamiento y análisis

Una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación manual, diseñando para esto una plantilla acorde con la variables y controladas con un numero de orden y las iniciales. Se utilizaron los programas de computadora Microsoft Word, Excel y Power Point, se presentaron los resultados en frecuencia y porcentaje, cuadros y graficas para su mayor comprensión.

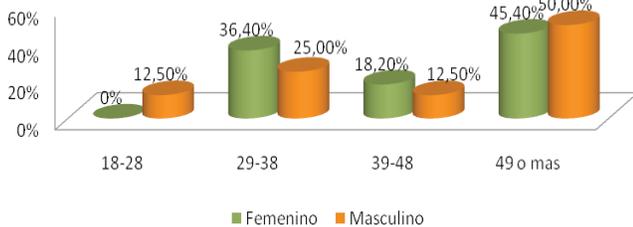
Aspectos éticos

Al realizar esta investigación se preservó la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y los mismos serán anónimos. Además se solicitó y obtuvo autorización a la dirección del servicio de atención integral del centro sanitario santo domingo tanda vespertina.

RESULTADOS

GRAFICA # 1: ALTERACIONES METABOLICA, SEGÚN SEXO MÁS AFECTADO Y DENTRO DE CUALES RANGO DE EDAD SE PRESENTA MÁS FRECUENTEMENTE.

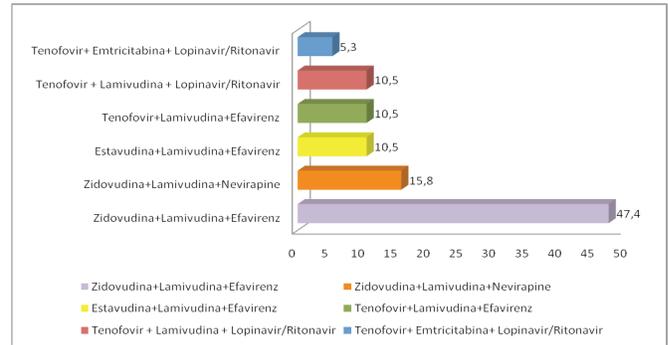
Fuente: expedientes de pacientes- archivo control del Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo 2010.



Del total de 19 pacientes que presentaron alteraciones metabólicas, 11 son femeninas 57.9 por ciento y 8 masculino

42.1 por ciento. El grupo de edad de más de 49 años tiene 9 pacientes de estos 5 femenina 55.6 por ciento y en el interior de este 4 masculino 44.4 por ciento. En cambio el grupo de edad de 18-28 está representado por 1 pacientes en el sexo masculino.

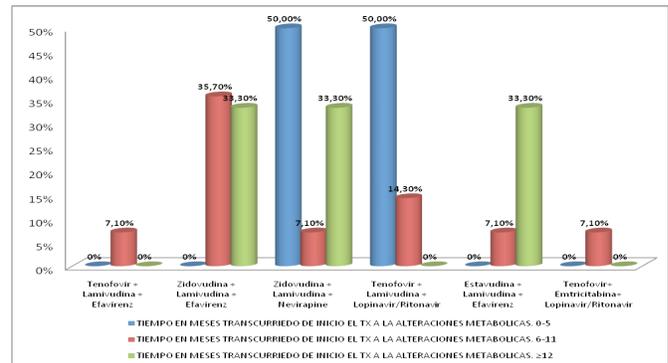
GRAFICA # 2: SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN RELACION A CANTIDAD DE PERSONAS QUE PRESENTARON ALTERACIONES.



Fuente: expedientes de pacientes- archivo control del Servicio de Atención Integral Centro Sanitario santo Domingo 2010.

De un total de 6 esquemas de tratamiento antirretroviral que fueron aplicados a 19 pacientes que cursaron con alteraciones metabólicas, el esquema Zidovudina+Lamivudina+Efavirenz fue en el que más pacientes presentó con alteración metabólica 9 representando el 47.4 por ciento. Los esquemas Zidovudina+Lamivudina+Nevirapine, con 3, representado un 15.8 por ciento. El esquema Tenofovir + Emtricitabina + Lopinavir/Ritonavir pese a haberse aplicado a solo una persona esta reaccionó con alteración metabólica.

GRAFICA # 3: SEGÚN LA RESPUESTA AL 1er ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN RELACION AL TIEMPO DE APARICION

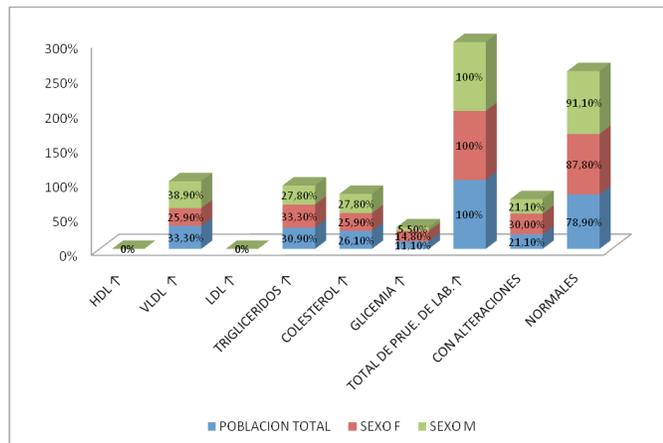


Fuente: expedientes de pacientes- archivo control del Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo 2010.

De los 6 esquemas mas aplicados a los 90 pacientes, 19 presentaron algún signo de alteración metabólica. Bajo el esquema Zidovudina-lamivudina-Efavirenz se encontraban 28 personas de las cuales 9 (47.4 por ciento) presentaron alteraciones y de estos 8 (57.2 por ciento) presentaron cambios

en las pruebas de laboratorio entre los 6-11 meses después de aplicado el TARV. Llama la atención el que las alteraciones metabólicas se empiecen a evidenciar a partir de los 6 meses, aunque pueden aparecer antes.

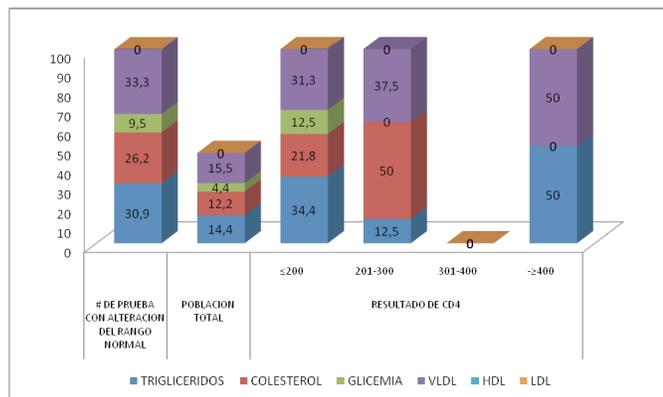
GRAFICA # 4: SEGÚN RESULTADO DE LABORATORIO ALTERADOS, SEGÚN A EDAD Y SEXO.



Fuente: expedientes de pacientes- archivo control del Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo 2010.

De un total de 90 pacientes en tratamiento antirretroviral a los cuales se le realizaron pruebas de laboratorios para determinar: triglicéridos, colesterol, glicemia, VLDL, HDL, LDL; 71 (78.9 por ciento), Presentaron resultados dentro de los rango normales 19 (21.1 por ciento) presentaron alteración en la prueba de laboratorio. De un total de 42 pruebas de laboratorios alterada 25 (27.8 por ciento) fueron mujeres y 17 (18.9 por ciento) hombres.

GRAFICA # 5: ALTERACIONES METABOLICA, SEGÚN EL CONTEO DE CD4.

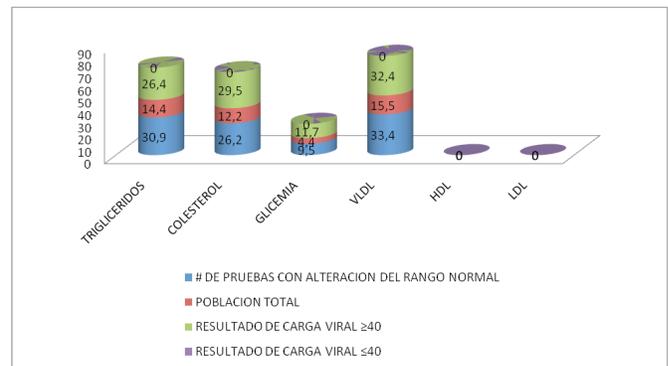


Fuente: expedientes de pacientes- archivo control del Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo 2010.

De un total de 42 pruebas de laboratorio alteradas, encontrada en los pacientes que presentaron alteraciones metabólicas, de estas 32 están relacionadas al conteo de CD4 el cual se encontraba en estos pacientes en ≤ 200 células. La prueba que

se presento más elevada fue VLDL con un 33.3 por ciento. En conclusión a menor cantidad conteo de CD4 mayor probabilidad de alteración metabólicas.

GRAFICA # 6: ALTERACIONES METABOLICA, SEGÚN CARGA VIRAL.



Fuente: expedientes de pacientes- archivo control del Servicio de Atención Integral Centro Sanitario Santo Domingo 2010.

De un total de 42 (100%) pruebas de laboratorio alterada, todos presentaron una carga viral \geq de 40 cop /ml.

DISCUSIÓN.

Al analizar los resultados obtenidos en el estudio y compararlos con las bases teóricas y antecedentes de otras investigaciones, se discute lo siguiente:

En el estudio se encontró que el 73.3 por ciento experimento las alteraciones metabólicas dentro del periodo de los 6-11 meses post- terapia antirretroviral, coincidiendo los resultados con las teorías planteadas y con un estudio realizado en Venezuela en un grupo de pacientes del programa Regional de VIH/SIDA de Mérida, Venezuela en septiembre- diciembre 2008, donde el 60.0 por ciento experimentaron alteraciones metabólicas en los 6 meses posteriores al inicio de la terapia.

Este estudio en Venezuela reportó que no se encontró relación entre los niveles de carga viral > 40 copias por mililitro elevados, en cambio nuestra investigación arrojó que todos los pacientes que cursaron con alteraciones metabólicas presentaron carga viral >40 copias por mililitro. Otros estudios y éste realizado en Venezuela, informan que las alteraciones metabólicas están atribuidas fundamentalmente a los inhibidores de proteasa (IP), diferente a estos, se encontró que todas las alteraciones metabólicas, fueron encontradas en 5 esquemas, están relacionadas al consumo de los Inhibidores Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa (INTR) y a los Inhibidores no Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR) en combinación, los restantes 2 esquemas se presentaron en lo INTR y los IP.

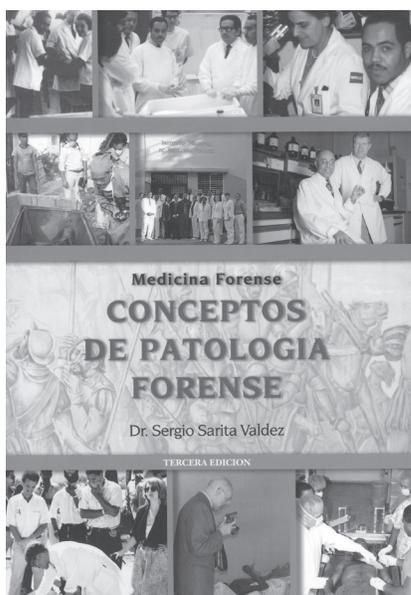
A pesar de que hay estudios que informan que no existe diferencia de género para la aparición de las alteraciones metabólicas, en este estudio investigación los sustentantes encontraron que 23 pacientes del total de los masculinos, en tratamiento antirretroviral, 8 (42.1 por ciento) presentaron alteraciones metabólicas, a diferencia del sexo femenino que de 67 pacientes en tratamiento antirretroviral solo 11 (57.9

por ciento) cursaron con alteraciones del metabolismo, lo cual confirma que estas alteraciones se presentaron con más frecuencia en varones en la población estudiada.

REFERENCIAS

1. AIDS Community Research Initiative of America. New York- Estados Unidos, 2007. Disponible en <http://www.thebody.coment/art43154.html>.
2. Buela-Casal G, Bermúdez S, Paz M, Sánchez G, et al. Situación del VIH/SIDA; Rev. Medica, Chile, Agosto 2001:944-954. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/cielo.php?Script=sci_arttext&pid=s0034-9887201000800015&ing=es&frm=iso.ISSN_0034-9887. Citado el 15 -11-2007.
3. Biblioteca nacional de salud. Las mujeres y el VIH. Hoja número 610E. 15 de septiembre, 2005. Disponible en: www.aidsfonet.org
4. Biblioteca nacional de salud. ¿Qué es el VIH? Hoja número 101E. Disponible en: www.aidsfonet.org.
5. Conferencia: Generalidades del VIH/SIDA. Dra. Clotilde Peña. Febrero, 2006.
6. Como Prevenir la Transmisión Ocupacional del VIH al Personal del Cuidado de la Salud, Atlanta- Estado Unidos, 2006.
7. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resource/factsheets/hcwprev.html>.
8. Conceptos Generales de VIH-SIDA, República Dominicana, Mayo 2007, Disponible en <http://copresidagov.do/VIH-SIDA.html>.
9. Cronología del VIH-SIDA, Valencia-España, Marzo 2006.
10. Disponible en <http://canalesresolidariaorg.es/sida/cronologia.html>.
11. Cronología de la evolución del SIDA, Sevilla-España, 05-06-2006.
12. Disponible en www.thetopofthill.com.html6.
13. Cronología del VIH, España.
14. Disponible en <http://Lycos.es/komunald.html>. Citada 18-11-2007.
15. Cronología de la Evolución del SIDA, 01-12-2007.
16. Disponible www.informativotelecinco.esSIDA-Aniversario/EpidemiaVIH/dn26362.html.
17. Cotran RS, Kumar V, Collins ET, Robbins, Patología Estructural y Funcional, 6ta ed. McGraw-Hill, Madrid – España; 2000: 252-266.
18. Consejo Presidencial del SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Plan estratégico nacional (PEN) para la prevención y el control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. Vol1-vol4.2007.
19. Department Of Medicine Washington university School of Medicine St Louis Missouri. Manual Washington de Terapéutica Médica, 30ma ed. Editorial Walverly Hispánica SA; Buenos Aires-Argentina, 2001: 327-340.
20. Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
21. (DIGECITSS). Unidad de vigilancia epidemiológica. Situación del VIH/SIDA. Doctora Adela Ramírez. Enero, 2005.
22. Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). Vigilancia epidemiológica. Indicadores de VIH claves para planificar intervenciones. 9 de marzo, 2006.
23. ETS Y SIDA [publicación periódica en línea] Perú, 1999, revista folia Vol. 10. Disponible en <http://sida, sisbib.unmsn.edu.pe/b/ets-retro-HTML>.
24. Fiallo-Billini A. Situación del VIH/SIDA en la República Dominicana. COPRESIDA.
25. Gómez E, Moore A, Peña M, Peguero M. Normas Nacionales Para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y otros Eventos, Ministerio de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) Santo Domingo República Dominicana; 1998: 359-363.
26. HIV Vaccine Research. 2005. Disponible en http://www.niaid.nih.gov/publications/pdf/NIAD_HVAD_Spanish_fs.pdf.
27. Incorporación en la prevención del VIH a la atención médica de las personas que tienen el VIH. 2008. Disponible en http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/LapreencionDelVIH_FS_SP.pdf.
28. Izáosla, J.; et al. Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, una revisión basada en el foro 2003. México, D.F. junio, 2003. Disponible en: www.sidalac.org.mx
29. ITS-SIDA-VIH, La Paz-Bolivia, Junio 2004. Fuentes: Asociated: Arianna Lambertini, Marine Peters. Disponible en <http://www.OPS.ORS.SO>.
30. Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Uniting the word against AIDS, Dominican Republic. 2004. disponible en: www.unaids.org
31. Kasper D, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson, JL. Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª ed. McGraw-Hill, México DF, 2009:1194-1265.
32. Kerrigan, D; et al. Combining Community Approaches and Government Policy to Prevent HIV Infection in the Dominican Republic. Washington, D.C. Febrero, 2004.
33. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/horizons/drcmntygvtpcly.pdf
34. Mallolas, Josep; Polo, Rosa; y col. Recomendaciones de GESIDA/ plan nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por Virus de Inmunodeficiencia Humana. Febrero 2009.
35. Molina-Achécar M, Ramírez N, Polanco JJ, Ochoa LH, Lerebours G, García B. Encuesta demográfica y de Salud (Endesa, 2002). Santo Domingo (Rep. Dom): Editorial Gente, 2003: 115.
36. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Colectiva. Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. Programa nacional de atención integral en VIH/SIDA de la República Dominicana. Henri Becque. Enero, 2006.
37. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). Departamento de vigilancia epidemiológica. Situación global y nacional del VIH/SIDA. Febrero, 2005.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Conceptos de patología Forense

Autor: Dr. Sergio Sarita Valdez

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

HALLAZGOS CITOLOGICOS EN PRUEBAS DE PAPANICOLAU EN LA CLINICA RURAL DE LAS CHARCA DE GARABITO.

Eladio Ubiera, Glenys Yesenia Oviedo, Elisabeth Encarnación, Clara Luz Brito Barclay, Clenton Sánchez.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en la clínica rural Las Charcas de Garabito, sección de la provincia de San Juana de la Maguana, con el objetivo de evaluar los resultados obtenidos en las citologías vaginales realizadas en dicho centro de salud, a las pacientes que acudieron durante el período julio - diciembre del año 2009. En dicho estudio participaron 130 pacientes, encontrando que la edad de mayor afectación fue el grupo de las mayores de 50 años, con un 27.6% las pacientes con un número de gestas de entre ocho o más fueron las más afectadas con un 45.3%.

La inflamación leve predominó en el 31.5% de las mujeres, seguida de la inflamación severa con un 29.2% y con 21.5% la inflamación moderada. El 64.6% de los casos no se reportó ningún microorganismo aislados, el 22.3% de las muestras reportaron la presencia de cocobacilos, 11.5% tricomonas vaginales y hongos en el 1.5% de los casos. El 83% de las pacientes no utilizaban ningún método planificación, mientras que el 1.5% había sido sometida a salpingoclasia bilateral (SCB).

Palabra clave: citología, clínica rural, planificación.

INTRODUCCION

La prueba de papanicolau data del 1943, cuando Papanicolau y Traut describieron las células observadas en un frotis vaginal.

La citología cérvico vaginal es un método que ha adquirido una importancia vital en el diagnóstico precoz de cáncer vaginal cervical y procesos patológicos de dicha área, el Papanicolau es el método más frecuentemente utilizado por su precisión, sencillez y bajo costo en detección oportuna del carcinoma de cuello uterino y otras alteraciones como las displasias cervicales, su uso ha reducido en más de un 50% las muertes por este tipo de cáncer a través del diagnóstico de las neoplasias preinvasivas, según hacen notar en sus estudios Nuemen y et al..

La prueba de Papanicolau (PAP) examina las células exfoliadas para detectar lesiones preinvasivas (por ejemplo displasias, carcinoma in situ) así como lesiones invasivas.

La prueba de PAP debe detectar el 80%-85% de los procesos malignos y pre-malignos cervicales. Las pacientes deben abstenerse de efectuar duchas vaginales o utilizar medicación por esta vía durante las 24 horas previas.

Los resultados falsamente negativos pueden deberse a una

muestra inadecuada o a una lesión maligna infectada.

Las afecciones endometriales malignas solo se descubren en un 50% de los casos, se puede diagnosticar virus y otras infecciones, además se puede conocer el grado estrogénico.

Diferentes especies de lactobacilos comprenden la flora microbiana vaginal, predominante en mujeres sanas en edad fértil, jugando un importante rol en la homeostasis de la flora normal mediante la producción de H₂O₂ y la conservación de un PH ácido.

El orificio el canal Cervical inferior contiene una flora microbiana similar a la flora vaginal, pero el canal cervical superior es estéril o contiene escasos microorganismos.

El objetivo de este estudio es describir los hallazgos citológicos en pruebas de Papa Nicolau en la comunidad rural antes mencionada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en la clínica rural Las Charca de Garabito con el objetivo de evaluar los resultados obtenidos de las citologías vaginales, realizadas en dicho centro a los pacientes que acudieron a realizar las pruebas de PAP, durante el período julio diciembre del año 2009.

El universo estuvo conformado por 130 pacientes a las cuales se les tomó muestras con espátulas de ayre y citobrush y se fijó en láminas aplicando la técnica de Papanicolau. Se utilizó el formulario elaborado para tales fines que contenía las variables: edad, número de gestas, diagnósticos, microorganismos y método de planificación.

Los datos fueron analizados, tabulados y expuestos en cuadros y porcentajes.

RESULTADOS

El cuadro I muestra la distribución de los pacientes según edad; observándose que de un total de 130 casos, 27.6% tenía una edad de 50 años ó más, seguidos por el grupo de 40 a 49 años con un 22%, 24 casos correspondientes a la edad de 20 a 29 años con 20%; 18% tenían entre 30 y 39 años y apenas un 11.5% de 10 a 19 años.

Cuadro y distribución de las pacientes según edad clínicas rural las charcas de garabito sección de la provincia de sanjuan de la maguana julio-diciembre 2009.

| EDAD (años) | NUMERO | % |
|--------------|------------|--------------|
| 10-19 | 15 | 11.5 |
| 20-29 | 26 | 20 |
| 30-39 | 24 | 18 |
| 40-49 | 29 | 22 |
| 50 | 36 | 27.6 |
| Total | 130 | 100,0 |

Cuadro 2. distribución de las pacientes según gesta clínicas rural las charcas de garabito seccion de la provincia de sanjuan de la maguana julio-diciembre 2009

| Gesta | Numero | % |
|--------------|------------|--------------|
| 1-4 | 22 | 16.9 |
| 5-7 | 49 | 37.6 |
| 8 | 59 | 45.3 |
| Total | 130 | 100,0 |

Cuadro 3 - distribucion de las pacientes según diagnostico citologico clínicas rural las charcas de garabito seccion de la provincia de sanjuan de la maguana julio-diciembre 2009

| NUMERO | % |
|--------------------------------------|-----------------|
| Inflamación leve | 41 31.5% |
| Inflamación moderada | 28 21.5% |
| Inflamación severa | 38 29.2% |
| Displacia leve | 9 6.9% |
| Metaplasma escamosa | 6 3% |
| Citología dentro de límites normales | 8 4% |
| Total | 130 100% |

Cuadro num.4 - Distribucion de los pacientes y según microorganismos encontrados, clínicas rural las charcas de garabito seccion de la provincia de sanjuan de la maguana julio-diciembre 2009

| MICROORGANISMO | NUMERO | % |
|----------------|------------|-------------|
| T Vaginales | 15 | 11.5 |
| Hongos | 2 | 1.5% |
| Coco bacilos | 29 | 22.3% |
| Ningunos | 84 | 64.6% |
| Total | 130 | 100% |

DISCUSIÓN

Según la investigación es evidente que la edad de mayor incidencia de alteraciones cervicales, es a partir de 50 años, contrarios a estudios realizados por otros autores los cuales reportan que la edad más frecuente es la comprendida entre 21 y 30 años.

Los datos concerniente a las gestas muestra que las pacientes con más de 8 gestas fueron las más afectadas.

La inflamación leve fue el diagnostico predominante con un 31.54% de los casos, lo cual coincide con un estudio realizado por Benítez y et al. que reportan un 56%.

La flora vaginal encontrada fue la bacilos, cocobacilos, tricomonas y hongos que según Valenzuela y et al. son los gérmenes que con mayor frecuencia son encontrados en citologías cervix.

En conclusión el Papanicolau es un método sencillo, preciso y barato que permite detectar la mayoría de las alteraciones cervicales.

REFERENCIA

1. El Doctor Howard W. Jones III, Dra. Anne Coistin Wentz.
2. Tratado de Ginecología de Novak, 11va. Edición, 1991, Pags. 571-581.
3. Rowert Berkow MD Mual Merek, 9na. Edición 1994, Pags. 1413, 1950, 2019, 2022.
4. Alejandro Pichardo, obstetricia y ginecología 1ra. Edición, editora universitaria, Pags. 122-123.
5. Dr. Winstons R. Benítez Soto y et al., hallazgos citologicos de pruebas de Papanicolao, Revista de la ANP, Volumen 7 No. 2.
6. Quemen y Cols, incidencia y neplacia intraepitelial cervical (NIC) mediante técnicas de Papanicolau en usuarios de ginecología y obstetricia del sub-centro de Sabana Grande de Palenque, revista médica del Sur, volumen 6 No. 4.
7. Valenzuela y Cols, resultados citológicos en 148 muestras en pacientes de un poblado de San José de Ocoa, Revista médica Dominicana, Vol. LXI No. 3.
8. Ricardo Leopoldo Schwarcz. Obstetricia, 5ta. Edición, 1998: 281.

AUTOMEDICACIÓN EN SOSPECHA DE INFECCIÓN VAGINAL EN MUJERES QUE LABORAN EN LA PLAZA DE BUHONEROS DE LA JOSÉ MARTÍ.

Dianne María Dorville Tavárez, Hilda Leonor Bonilla García,* Dayrenia Cid Jiménez,* Ricardo Enmanuel Acosta Coste,* Ruth Esther Pérez Jiménez**

RESUMEN

Para establecer la automedicación en sospecha de infecciones vaginales en mujeres que laboran en la plaza de los Buhoneros de la José Martí del Distrito Nacional en julio 2010, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal que estuvo constituido por una población de 89 mujeres, la técnica que se utilizó para la recolección de la información fue el cuestionario. La investigación reportó que 70 mujeres dijeron tener sospecha de infección vaginal de las cuales 49 se automedicaron, el 32.6 por ciento de la población correspondió al rango de edad de 18-25 años, el estado civil más frecuente fueron las casadas con 56.2 por ciento y el nivel educacional más común fue el secundario con 66.3 por ciento. El triple cruce mostró que el nivel secundario con edad entre 18 y 25 años para el 58.6 por ciento fueron solteras, mientras que el signo y síntoma más frecuente fue la leucorrea con un 30.7 por ciento, el grupo de fármacos más usados fueron los antimicóticos con un 59.2 por ciento, la presentación de fármaco de preferencia fueron los óvulos con un 57.1 por ciento, el cruce muestra que de las usuarias que usaron antimicóticos el 69.9 por ciento lo usó en forma de óvulos, en cuanto a la información del fármaco usado un 46.9 por ciento dijeron que fue por cuenta propia. El fácil acceso a los medicamentos fue el principal motivo por el cual acudieron a la automedicación con un 36.8 por ciento, el 67.4 por ciento dijeron haber presentado mejoría luego de la aplicación del medicamento.

Palabras claves: Automedicación, sospecha de infección vaginal.

ABSTRACT

To establish the self-medication in suspected of vaginal infections in woman who work in the hawker's place of the street Jose Martí, National District in July 2010, was made a descriptive, prospective study cross sectional, which consisted of a population of 89 women. the technique that was used for data collection was the questionnaire. The research reported that 70 women said they suspected vaginal infection of which 49 are self-medicating, 32.6 percent of the population corresponded to the age of 18-25 years, the most frequent marital status were married to 56.2 percent, and the high school with a 66.3 percent. The triple crossing showed that the high school, aged between 18 and 25 years for 58.6 percent were single, while the most frequent sign and symptom was vaginal discharge with a 30.7 percent, the group of drugs most used were antifungal with a 59.2 percent, the presentation of the

drug they preferred it was in ovules 57.1 percent, the crossing showed that users who used antifungal 69.9 percent used it in ovules as. As for the drug information use of a 46.9 percent said they had not been recommended by anyone, but they did on their own. Easy access to medicine was the main reason for attending self-medication with 36.8 percent, 67.4 percent said they showed an improvement after the application of the drug.

Keywords: Self-medication, Suspicion of vaginal infection.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se ha visto la salud y la enfermedad como una causalidad múltiple bajo determinantes factores sociales, económicos y políticos donde a la humanidad se le han presentado y se le presentan diferentes problemas de salud y en cada momento el ser humano ha buscado y sigue buscando alternativas para hacer desaparecer o disminuir los síntomas y signos de la enfermedad que padecen. Una gran parte de las enfermedades que aparecen en la vida de las personas son manejadas, al menos inicialmente con algunas de las técnicas o medicamentos que la propia familia conoce o tiene a su alcance para aliviar dicho problema.

El uso inapropiado de medicamentos sin receta o prescritos con anterioridad que por iniciativa y voluntad propia de la persona trata de buscar alivio de una determinada enfermedad o síntoma sin que exista la debida supervisión de un profesional de la salud, ocasionan daños y peligros a la salud que en muchos casos son irreversibles y conducen a la muerte.

Las infecciones vaginales son una afección común y frecuente, condiciones que en ocasiones hace que la mujer no preste la debida atención a este padecimiento y recurra a sus propios medios y conocimientos para tratar de aliviar los síntomas y signos causados por esta, acción que resulta perjudicial, ya que los medicamentos más usados en el tratamiento de las infecciones vaginales son los antimicóticos y los antibióticos y estos deben ser usados con criterios debido a la gran resistencia antimicrobiana que puede conllevar su uso indiscriminado aumentando así el riesgo-beneficio de la práctica de la automedicación en las infecciones vaginales, ya que el no conocer el agente causal hace que el tratamiento no sea eficaz y al momento de asistir al especialista el proceso de recuperación sea prolongado y haya que recurrir a medicamentos de amplio espectro, lo que aumenta el costo del tratamiento. 1

En un estudio titulado: Comportamiento Frente a una Infección Vaginal en Gestantes Hospitalizadas, realizado por Pares Yaisa en el Hospital Provincial General Docente Dr.

* Médico General

Antonio Luaces Iraola en Cuba, durante el primer semestre del año 2007, en 518 gestantes hospitalizadas, de las cuales 160 embarazadas presentaron algún tipo de infección vaginal para un 30.8 por ciento. Las embarazadas adolescentes fue el segundo grupo de edades de mayor frecuencia, la vaginosis bacteriana y levaduras (candidiasis) fueron las infecciones más diagnosticadas, siendo el bajo peso al nacer la complicación más relacionada con la infección. Los fármacos más utilizados sin prescripción médica fueron Metronidazol y Clotrimazol.²

Se realizó una investigación titulada: Frecuencia de Automedicación en las Embarazadas que Asisten a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina, por Sánchez A. en San Cristóbal, República Dominicana, mayo-julio, 2008, fue un estudio prospectivo basado en una encuesta directa a 150 mujeres de las cuales 130 se automedicaban con una frecuencia de 85.0 por ciento, un 42.3 por ciento estaba comprendido en edades de 20 a 24 años, el 54.0 por ciento era procedente de zona urbana.³

La automedicación en República Dominicana es una práctica frecuente a la que algunas personas recurren para resolver problemas de su diario vivir, como serían el alto precio de los medicamentos, falta de tiempo o recursos para asistir a un centro de salud, falta de confianza en los servicios de salud.

Una mujer en cualquier etapa de su vida no está exenta de padecer una infección vaginal, sea casada o soltera, ya que son diversos los factores que predisponen a esta, pero a veces por razones culturales o sociales, por vergüenza o temor de enfrentar la realidad, por temor a ser juzgada, esto las lleva a utilizar la automedicación valiéndose del fácil acceso a los medicamentos para tratar de disminuir sus molestias sin conocer los riesgos de la automedicación.

A partir de esta problemática se realizó una investigación sobre automedicación por problemas de infecciones vaginales, con el propósito de conocer de las mujeres involucradas en dicha investigación, su conducta ante una sospecha de infección vaginal, ésta investigación contó con varias limitaciones, una de ellas fue que muchas de las mujeres se rehusaron a participar en la investigación alegando que no tenían tiempo para llenar la encuesta, haber tenido cosas más importantes que hacer o no haber contado con la autorización de su jefe, estas limitantes redujeron nuestra población de estudio. Los datos arrojados podrían utilizarse para realizar programas futuros de concientización sobre el uso racional de los medicamentos en la población general y de esa manera evitar las consecuencias que acarrea el acto de su uso sin las adecuadas orientaciones y precauciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, que buscó determinar la automedicación en sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la Plaza de Buhoneros de la José Martí del Distrito Nacional, julio 2010.

Demarcación geográfica

El siguiente estudio se realizó en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional limitado como sigue:

- Norte: La calle París.
- Sur: Calle Francisco Henríquez y Carvajal.
- Este: Calle Juana Saltitopa.
- Oeste: Calle José Martí.

Unidad de análisis

Mujeres con sospecha de infección vaginal.

Universo

Estuvo constituido por 103 mujeres adultas que laboran en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí en el mes de julio del 2010.

Población

Estuvo constituida por 89 mujeres que respondieron a la entrevista y cumplían con los criterios de inclusión.

Muestra

Fue el total de la población.

Criterio de inclusión:

Adultas que laboraban en dicha plaza en el periodo de estudio quisieron acceder a participar en la investigación llenando el cuestionario.

Criterio de exclusión

Fueron excluidas las adolescentes y las que no respondían al cuestionario.

Método, técnicas y procedimientos

A partir de la aprobación de la investigación por parte de la Oficina de Tesis, la obtención del permiso por parte de la Asociación de Buhoneros de la Plaza de los Buhoneros de la José Martí y con el consentimiento informado por parte de las mujeres de manera verbal. Se procedió al diseño de un cuestionario tomando en cuenta cada una de las variables del estudio. El cuestionario fue aplicado por el equipo de encuestadores a las buhonerías en su puesto de trabajo.

La información obtenida fue procesada usando Microsoft Office Excel 2007 y SP-SS, lo que nos permitió la realización de tablas con un análisis teórico para una mejor comprensión de los resultados.

Aspectos éticos y bioéticos

Los aspectos éticos fueron respetados, en ningún momento nos interesaron datos de índole personal, las informaciones encontradas no serán divulgadas en otras investigaciones, por lo que la confidencialidad, respeto y justicia a las mujeres se mantuvo en todo momento.

RESULTADOS

Cuadro No. 1. Mujeres que laboran en la Plaza de los Buhoneros “José Martí” del Distrito Nacional, por edad (años), según Nivel Educativo y Estado Civil, Julio 2010.

| EDAD (Años) | Nivel educacional / Estado civil | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | | | | |
|-------------|----------------------------------|--------|-------|------------|--------|-------|---------|--------|-------|---------------|--------|-------|-------------|--------|-------|---------|--------|-------|-------|----|------|------|-------|
| | PRIMARIA | | | SECUNDARIA | | | | | | UNIVERSITARIA | | | ANALFABETAS | | | | | | | | | | |
| | Soltera | Casada | Viuda | Soltera | Casada | Viuda | Soltera | Casada | Viuda | Soltera | Casada | Viuda | Soltera | Casada | Viuda | Soltera | Casada | Viuda | | | | | |
| # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % | | | | |
| 18 – 25 | - | - | 2 | 6.9 | - | - | 17 | 58.6 | 10 | 34.5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 29 | 32.6 | | |
| 26 – 30 | - | - | 4 | 15.4 | - | - | 8 | 30.8 | 7 | 26.9 | - | - | - | - | 5 | 19.2 | - | - | - | - | 26 | 29.2 | |
| 31 – 35 | - | - | 7 | 41.2 | - | - | 6 | 35.3 | 1 | 5.9 | - | - | - | - | 5 | 29.4 | - | - | - | - | 17 | 19.1 | |
| 36 más | 6 | - | - | - | - | - | 5 | 29.4 | 2 | 11.8 | 3 | 11.8 | - | - | 2 | 11.8 | - | - | - | 5 | 29.4 | 17 | 19.1 |
| SUB-TOTAL | - | - | 13 | 14.6 | - | - | 36 | 40.5 | 20 | 22.5 | 3 | 3.4 | - | - | 12 | 13.5 | - | - | - | 5 | 5.6 | 89 | 100.0 |
| TOTAL | 13 = 14.6% | | | 59 = 66.3% | | | | | | 12 = 13.5% | | | 5 = 5.6% | | | | | | | | | | |

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres que laboran en la plaza de los Buhoneros de la José Martí, Distrito nacional, julio 2010.

La edad más frecuente oscila entre los 18 y 25 años con un 32.6 por ciento, el nivel secundario registró el mayor número de casos con un 66.3 por ciento, y las casadas representaron el 56.2 por ciento de la totalidad. El triple cruce muestra que entre las de nivel secundario con edad entre los 18 y 25 años, el 58.6 por ciento fueron solteras.

Cuadro No. 2. Automedicación por sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí, julio del 2010, según signos y síntomas.

| Signos y síntomas | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|------------|
| Prurito | 20 | 22.7 |
| Quemazón | 4 | 4.5 |
| Dispareunia | 3 | 3.4 |
| Disuria | 21 | 23.9 |
| Flujo mal oliente | 9 | 10.2 |
| Leucorrea | 27 | 30.7 |
| Dolor e irritación vaginal | 4 | 4.5 |
| TOTAL | 88 | 100.0 |

Fuente: IDEM.

De un total de 88 repuestas obtenidas para signos y síntomas presentados, el más frecuente fue la leucorrea con un 30.7 por ciento.

Cuadro 3. Automedicación por sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí, según grupo de fármacos usados y la presentación, julio del 2010

| GRUPOS DE FÁRMACOS | PRESENTACIÓN DE LOS FÁRMACOS | | | | | | | | TOTAL | |
|--------------------|------------------------------|------|--------|------|--------|-------|---------|------|-------|-------|
| | Tabletas o cápsulas | | Cremas | | Óvulos | | Jabones | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | | |
| Antibióticos | 1 | 16.7 | - | - | 4 | 66.7 | 1 | 16.7 | 6 | 12.3 |
| Analgésicos | - | - | 2 | 66.7 | - | - | 1 | 33.3 | 3 | 6.1 |
| Anti-inflamatorios | 4 | 40.0 | 2 | 20.0 | 3 | 30.0 | 1 | 10.0 | 10 | 20.4 |
| Antimicóticos | - | - | 5 | 17.2 | 20 | 69.9 | 4 | 13.8 | 29 | 59.2 |
| Antipiréticos | - | - | - | - | 1 | 100.0 | - | - | 1 | 2.0 |
| TOTAL | 5 | 10.2 | 9 | 18.4 | 28 | 57.1 | 7 | 4.3 | 49 | 100.0 |

Fuente: IDEM.

El grupo de fármacos más utilizados fueron los antimicóticos con un 59.2 por ciento; mientras que la presentación más común fue en óvulos con un 57.1 por ciento; el cruce muestra que de las usuarias que usaron antimicóticos el 69.9 por ciento lo uso en forma de óvulos.

Cuadro 4. Automedicación por sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí, julio del 2010, según recomendación de automedicación.

| Recomendación de automedicación | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Familiares | 8 | 16.3 |
| Amigos | 5 | 10.2 |
| Farmacéuticos | 13 | 26.5 |
| Por cuenta propia | 23 | 46.9 |
| TOTAL | 49 | 100.0 |

Fuente: IDEM.

El cuadro evidencia que las buhoneras en estudio se automedican por cuenta propia en un 53.5 por ciento.

Cuadro 5. Automedicación por sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí, julio del 2010, según cuál es el motivo por el que acuden a la automedicación.

| Motivo por el que se automedican | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Falta de Recursos | 5 | 8.7 |
| Falta de tiempo para ir al médico | 16 | 28.1 |
| Fácil acceso a los medicamentos | 21 | 36.8 |
| Falta de confianza en el tratamiento | 4 | 7.0 |
| Su padecimiento no requiere atención médica | 7 | 12.2 |
| Vergüenza a ir al médico | 4 | 7.0 |
| TOTAL | 57 | 100.0 |

Fuente: IDEM.

Los resultados indican que el 36.8 por ciento recurrieron a la automedicación por el fácil acceso que existe a los medicamentos.

Cuadro 6. Automedicación por sospecha de infección vaginal en mujeres que laboran en la Plaza de los Buhoneros de la José Martí, julio del 2010, según la condición después de la automedicación.

| Condición después de la medicación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|------------|
| Sana por completo | 9 | 20.9 |
| Mejóro | 29 | 67.4 |
| No mostró mejoría | 4 | 9.3 |
| Aparecieron más molestias | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

Fuente: IDEM.

El 67.4 por ciento de las buhoneras que se automedicaron, indicaron que presentaron mejoría luego de la aplicación del medicamento.

DISCUSIÓN

Según la OMS la automedicación se ha constituido en las últimas décadas en una actitud muy errónea, cotidiana y habitual en la mayor parte de las personas adultas (Promedio de 60%). Lo que ha hecho que se convierta en uno de los problemas más graves que afectan a la población mundial, ya que más de 7 millones de personas murieron en el año 2007.

Después de analizar los resultados de la investigación donde se encontró que 70 buhoneras dijeron tener sospecha de infección vaginal de las cuales 49 se automedicaron, datos relacionados con lo reportado por Boomongkon en el 2005 donde el 80 por ciento de las mujeres estudiadas se automedicaron por trastornos pélvicos.

Con relación a la edad, el grupo más predominante fueron los de 18-25 años con 32.6 por ciento, estos resultados están relacionados con lo reportado por Nebot R. Llauger. En su investigación determinación de factores asociados a la incidencia de automedicación en la población de Chiclayo, Perú, donde el 35.6 por ciento tenían edad de 18-28 años, también estos resultados se relacionan en este mismo estudio el 32.9 por ciento de los encuestados tuvieron una instrucción de secundaria, datos que difieren con los arrojados por nuestro estudio en el cual el nivel secundario fue de 66.3 por ciento, no encontramos antecedentes donde se relacione el estado civil con la automedicación.

En este estudio un 46.9 por ciento de los casos de automedicación no fueron aconsejados sino que lo hicieron por cuenta propia datos que difieren por los encontrados por Nebot R. Llauger que determinó que en el 50.9 por ciento de los casos de automedicación fueron aconsejados por un farmacéutico o personal de botica, también difiere con los datos arrojados por el estudio realizado por Mercedes Novas, E. para determinar los Criterios utilizados para la automedicación por los pacientes mayores de 18 años de edad que acuden a la emergencia de medicina interna del Hospital Dr. Francisco Mocosu Puello, mayo 2007, donde reportó que el 40.2 por ciento de la población adquirió los fármacos por recomendación del farmacéutico.

Con relación al grupo de fármaco en este estudio se pudo evidenciar que el grupo de fármaco más usado por las entrevistadas fueron los antimicóticos tuvo un 63.6 por ciento, lo que concuerda con los hallazgos realizados por Pares Yaisa en una investigación realizada en el Hospital provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola en Cuba, con el objetivo de determinar el comportamiento frente a una infección vaginal en 518 gestantes hospitalizadas durante el primer semestre del año 2007. En el cual los fármacos más utilizados sin prescripción médica fueron los antimicóticos Metronidazol y Clotrimazol.

El fácil acceso a los medicamentos fue el motivo más frecuente de automedicación con un 36.8 por ciento, datos relacionados a los argumentados por la OMS en su publicación del año 2004 titulada, como investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores, donde cita que la automedicación con medicamentos de venta con receta es un problema especialmente en los países en vía de desarrollo, en los que las farmacias venden los medicamentos sin exigir la receta, al igual que los comercios no autorizados y los pequeños almacenes.

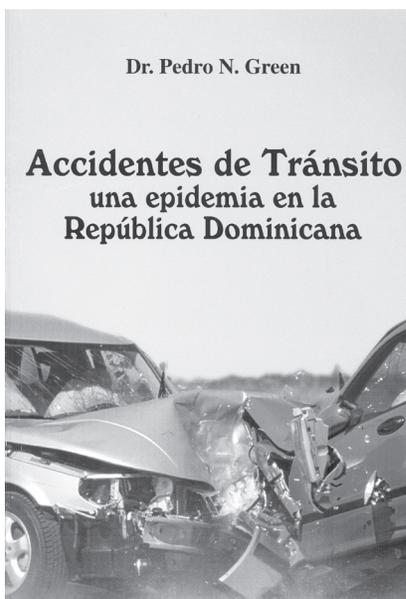
REFERENCIAS

1. Baggio, María Aparecida; Automedicación: Desviando el Descuido de los Profesionales de Enfermería, Rev. Enferm. UERJ; 17(2):224-228, abr-jun.2009.
2. Boonmongkon P. Emerging fears of cervical cancer in the Northeast of Thailand. Anthropology and Medicine, 6(3) 2005:359 www.oms/ops.org.
3. Chevalier E. En tesis: Epidemiología de la Automedicación en Persona que Asiste a la Consulta Externa de Medicina General de los Hospitales Docentes de Santo Domingo, Julio-Agosto 2005.
4. Coupland Larry J, Ginecología. 2da. ed. Editora Panamericana 2002, p.381-389.
5. Garbi M. Ética y Farmacia una Perspectiva Latinoamericana. Editora OMS/OPS, Chile 2009, p. 327.
6. González M-J. Ginecología, 8va ed. Masson, 2004, p. 182-193.
7. Mejía W. Ginecología Básica 2da ed. Editora universitaria-UASD 2009, p 309- 330.
8. Mercedes Novas E; Castillo A, Vásquez I. En tesis: Criterios Utilizados para Automedicación por los Pacientes Mayores de 18 años que Acuden a la Emergencia de Medicina Interna del Hospital Dr. Francisco Mocosó Puello, 1ero de abril al 1ero de mayo. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2007.
9. Nebot R, Llauger G. Factores Asociados a la Incidencia de la Automedicación en la Población Mayor de 18 Años del Distrito de Chiclayo, Perú. Enero-marzo 2005. Rev. Peruana de med. Exp. Y salud pub. 2005; 20(3):37-43.
10. Nefi E. La Automedicación y sus Consecuencias como Problemática a Nivel Mundial. Estadísticas de Morbi-Mortalidad y Factores Asociados. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, dic. 2008. www.portalesmédicos.com.
11. Novak. Tratado de Ginecología. Nueva Editorial Americana, Décimo primera ed.2007 p. 471-479
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). El rol de los farmacéuticos en el auto-cuidado y la automedicación. Ginebra, 1998.
13. <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.3.html#Jwhozip32e>
14. Organización Mundial de la Salud, Nota Descriptiva N.º 338 Sobre uso Racional de Medicamentos. Mayo de 2010. www.oms/ops.org
15. Organización Mundial de la Salud. Progreso realizados en el uso racional de los medicamentos, marzo 2007, p. 3. www.oms/ops.org
16. Organización Mundial de la Salud. Cómo Investigar el uso de Medicamentos por parte de los Consumidores, 2004, p.2-4
17. Organización Mundial de la Salud. Definición y Criterios para Clasificar Medicamentos de Libre Venta. Marzo 2005. www.oms/ops.org.
18. Organización Mundial de la Salud, Medicamentos: Seguridad y Reacciones Adversas, Boletín 3246, 2007 p. 2 www.oms/ops.org.
19. Pares Y, Carbajales A. Comportamiento Frente a una Infección Vaginal en Gestantes Hospitalizadas. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2005; 24(2):33-37.
20. S.A. Sallam, Pharmacoepidemiological Study Ofself-Medication in Adults Attending Pharmacies in Alexandria, Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 15, No. 3, 2009, 683-691.
21. Sánchez A, Pérez M. En Tesis: Frecuencia de Automedicación en las Embarazadas que Acuden a la Consulta de Obstetricia. Hospital Juan Pablo P i n a de San Cristóbal Universidad Autónoma de Santo Domingo, mayo-julio 2008.

CONSULTE

Las informaciones aparecidas en este numero aparecen en la biblioteca virtual en salud y medio ambiente (BVSA) a traves de la siguiente dirección: <http://www.bvsa.org.do>

LIBROS · LIBROS · LIBROS



***Accidentes de tránsito:
una epidemia en
la República Dominicana***

Autor: Dr. Pedro N. Green

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PLACENTAS DE PACIENTES CON DIFERENTES GRADOS DE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA, HOSPITAL DR. MANUEL E. PERDOMO.

Francisco J. Guzmán García,Dra. Concepción Aurora Sierra, *Dra. Raysa Alexandra Ramírez S., *Dra. Chrisma Dessire Mateo, *Dr. Diosmedin Méndez Nova*

RESUMEN

Realizamos un estudio descriptivo de corte transversal para determinar los hallazgos histopatológicos en placentas de pacientes con diferentes grados de intolerancia a la glucosa, hospital Dr. Manuel E. Perdomo (IDSS). De 121pacientes con tolerancia alterada a la glucosa; las edades entre los 21-30 años alcanzaron la frecuencia más alta 72.6 por ciento. Entre los antecedentes familiares de diabetes la abuela materna son las más frecuentes (15.7%). Seguimiento de la madre (14.9%). Los antecedentes personales de diabetes registraron 4 casos (3.3%). La tolerancia alterada a la glucosa potencial fue el antecedente más frecuente 96.7 por ciento; y el diagnóstico actual de tolerancia alterada a la glucosa 93.6 por ciento. 0Entre los hallazgos histopatológicos, el tamaño de la placenta mayor de 20cm, fue la más común, con 57 casos. Entre los hallazgos microscópicos encontramos 39 casos con infartos placentarios; seguido de cambios hialinos y corioamnionitis con 27 casos respectivamente.

Palabras claves: hallazgo histopatológicos, Placenta, intolerancia a la glucosa.

ABSTRACT

We conducted a cross sectional study to determine the histopathological findings in placentas from patients with various degrees of glucose intolerance, Hospital Dr. Manuel E. Perdomo (IDSS). In 121patients with impaired glucose tolerance; the ages 21-30 years reached 72.6 por ciento higher frequency. The family history of diabetes maternal grandmother are the most frequent (15.7%). Followed by the mother (14.9%). Personal history of diabetes 4 cases (3.3%). The impaired glucose tolerance potential was the most frequent antecedent 96.7 por ciento and the current diagnosis of impaired glucose tolerance 93.6 por ciento. 0Entre pathological findings and the size of the placenta over 20cm, was the most common, with 57 cases. Among the 39 cases found microscopic findings with placental infarcts, followed by hyaline changes and chorioamnionitis with 27 cases respectively.

Keywords: pathological findings and placenta, impaired glucose tolerance.

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional es una de la patologías obstétricas más frecuentes en nuestro entorno, la mayoría de estas pacientes

son mujeres con predisposición genética o metabólicas a la diabetes incapaces de compensar adecuadamente los efectos diabético génicos del embarazo. Un grupo menor de pacientes está formado por mujeres con diabetes ya diagnosticada antes del embarazo. (1, 2, 5, 7, 11,12).

La relación entre diabetes y embarazo es mutuamente negativa. La diabetes puede alterar el desarrollo normal del feto. Y el embarazo debido a los propios cambios adaptativo que comporta, puede desequilibrar metabólicamente la diabetes. (2, 3, 5, 6, 11, 12).

La razón más importante por la que el embarazo pone de manifiesto la tendencia a la diabetes de mujeres asintomáticas es el progresivo aumento de la resistencia a la insulina que se produce durante la gestación. Otras razones para la tendencia a la diabetes durante el embarazo con el incremento de la lipólisis y las alteraciones de la gluconeogenesis que se produce en la gestación. (2,3, 5, 9, 11,12).

La placenta presenta muchas alteraciones, tanto microscópicas como macroscópicas, es anormalmente voluminosa, irregular, con infartos en ambas caras. El grosor medio ecográficamente llama la atención por su aumento desmesurado. La histopatología de la placenta diabética revela hipertrofia de las vellosidades, con edema del estroma, proliferación del citotrofoblasto y la reaparición de las células de Hofbauer, además hay acumulación de glucógeno y edema de los endotelios vasculares, con hialinosis arteriosclerosis y depósitos de mucopolisacáridos. (2,4, 5, 10,11).

El objetivo de este estudio es determinar los hallazgos histopatológicos en placentas de pacientes con diferentes grados de intolerancia a la glucosa en el Hospital Dr. Manuel E. Perdomo. Agosto 2000-Agosto 2001.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal para determinar los Hallazgos histopatológicos en placentas de pacientes con diferentes grados de intolerancia a la glucosa en el hospital materno infantil Dr. Manuel E. Perdomo (IDSS). Santo Domingo. R.D. Este es un hospital Docente Asistencial de alta complejidad que además de los servicios básicos, cuenta con un servicio de endocrinología y reproductiva, al cual acuden pacientes aseguradas de empresas privadas.

El universo fue todas las pacientes con algún grado de intolerancia a la glucosa que se desembrazaron en el periodo Agosto 200- Agosto 2001.

El instrumento de recolección de la información, se elaboró un formulario donde se recolectó la información de los hallazgos histopatológicos en placenta, así como información

*Médico General

**Endocrinólogo-Endocrinología, ginecológica y reproductiva

**Endocrinólogo-Endocrinología, ginecológica y reproductiva

directa de las pacientes, en función de edad, antecedentes personales y familiares de diabetes, antecedentes obstétricos y fetales.

Los datos obtenidos se procesaron en forma computarizada mediante paquete estadístico epi-info.

RESULTADOS

Del 121 paciente con tolerancia alterada a la glucosa. Las edades comprendidas entre los 21 y 30 años, alcanzaron la frecuencia más alta en las pacientes en estudio, de 21-25 un 33.78% y de 26 a 30 un 38.8 por ciento. El nivel de escolaridad secundaria registro 63 casos para un 52.1 por ciento en las pacientes estudiadas, muestra que el primario obtuvo 26 casos un 21.5 por ciento, el universitario 19 casos 15.7 por ciento. 61.2 por ciento de las pacientes con diferente grado a la glucosa conviven con su pareja en unión libre. El 68.6 por ciento de las pacientes se desempeña como operaria, mientras que un 9.1 por ciento tiene como ocupación oficios domésticos.

La procedencia urbana fue la más frecuente con 65.3 por ciento con relación al número de getas encontrado 1-2 un 55.4 por ciento en relación a los partos el 53.9 por ciento registro entre 1-2.

Entre los ancestros de las pacientes en estudio, las abuelas maternas son las más frecuentes 19 casos (15.7%). Seguimiento de las madres 18 casos (14.9%).

Los antecedentes personales de diabetes registraron un total de 4 casos (3.3%).

El tipo de antecedentes la tolerancia alterada a la glucosa potencial con 96.7% el diagnóstico actual de TAGP con 93.6% y el tratamiento instaurado (insulina en la diabetes gestacional revelo un 42.3%.

Entre los antecedentes las complicaciones obstétricas y grado de intolerancia a la glucosa, los trastornos hipertensión del embarazo en la TAGP registraron 8 casos para 6.6% la pielonefritis obtuvo el menor número con 5 casos (4.1%).

Entre las complicaciones obstétricas más comúnmente encontradas, tenemos polihidramnios y trabajo de parto pretermino con 7 casos (4.1%) pielonefritis 2 casos (1.6%).

Entre los antecedentes de complicaciones fetales y grado de intolerancia a la glucosa encontramos que macrosomía registro el mayor numero con 54 casos en TAGP (44.6%) y un caso (0.8%) en diabetes gestacional.

Entre las complicaciones fetales encontramos la macrosomía 55 casos (45.4%) óbito 7 casos (5.8%) muerte peri natal 3 casos (2.5%) anomalías congénitas 2 casos (1.6%) retraso del crecimiento intrauterina 1 casos 0.8%.

En cuanto al peso de la placenta encontramos que 58 (47.9%) registraron un peso de entre los 2501 y 3999 gramos, y 55 (45.5%). Pesaron más de 4000 gramos.

Entre los hallazgos histopatológicos, el tamaño de la placenta mayor de 20 cm., fue la más común, cm 57 casos registrados entre las pacientes estudiadas (47.1%). En los hallazgos microscópicos encontrados 39 casos presentaron infartos placentarios (32.2%), de los cuales 36 eran de TAGP; seguido de cambios hialios y corioamnionitis con 27 casos respectivamente (22.3%), de ambos el mayor numero también eran de TAGP.

Cuadro 1. Hallazgos histopatológicos en placentas de pacientes diferentes grados de intolerancia a la glucosa según la edad

| Edad (Años) | No. | % |
|------------------|------|---------------|
| Menor de 20 años | 6 | 4.96 |
| 21-25 | 41 | 33.88 |
| 26-30 | 47 | 38.84 |
| 31-35 | 19 | 15.70 |
| 36-40 | 8 | 6.61 |
| 41 o mas | 0121 | 0.00 |
| Total | | 100.00 |

Fuente: Archivo Hospital Dr. Manuel E. Perdomo

Cuadro 1. Hallazgos histopatológicos en Placentas de Pacientes diferentes con diferentes grados de Intolerancia a la Glucosa por Hallazgos Microscópicos, Según Grado de Intolerancia.

| Hallazgos | TAGP | D. Gest. | DM II | DM I | Total |
|---------------------------------|------|----------|-------|------|-----------|
| Sin alteración | 5 | - | - | - | 5 |
| Necrosis Fibrinoide | 14 | 2 | 2 | 1 | 19 |
| Infarto Placentario | 36 | 1 | 2 | - | 39 |
| Cambios Hialinos | 23 | 2 | 2 | - | 27 |
| Corioamnionitis | 27 | - | - | - | 27 |
| Calcificaciones | 16 | 1 | - | - | 17 |
| Hemorragias | 14 | - | - | - | 14 |
| Edema Velloso | - | - | - | 1 | 1 |
| Placenta Putrefacta | 2 | - | - | - | 2 |
| Engrosamiento de pared vascular | 2 | 1 | 2 | - | 5 |

Fuente: Archivo Hospital Dr. Manuel E. Perdomo

CONCLUSIONES

Las edades comprendidas entre los 21 y 30 años alcanzaron la frecuencia más alta en las pacientes en estudio de 21-25 un 33.8% de 26 a 30 años 38.8%.

El nivel de escolaridad secundaria registro un 52.1 % en las pacientes estudiadas. En relación a la ocupación el 68.6% se desempeñan como operaria. En relación al número de gestas encontradas en 1-2 un 55.4% y en relación al número de partos el 57% registro 1-2. El 55.6% de las pacientes presento antecedentes heredo familiares de diabetes. El tipo de antecedentes revela de tolerancia alterada a la glucosa potencial con 96.7% el diagnostico actual de la TAG el 93.6% y el tratamiento instaurado (insulina) en diabetes gestacional con 42.3%.

Los antecedentes personales de diabetes registraron un total de 4 casos. Los antecedentes de complicaciones obstétricas y grado de intolerancia a la glucosa, el aborto obtuvo en TAGP un total de 42 casos, siendo el de mayor presencia. Entre las complicaciones obstétricas encontramos en sentido general, en la mayoría de los casos esta registra un no por encima de 90%; aunque en todos los casos se presentaron complicaciones, pero estas nunca superaron el 10% de los casos.

Entre los antecedentes de complicaciones obstétricas y grado de intolerancia a la glucosa, el aborto obtuvo en TAGP un total de 42 casos, siendo el de mayor presencia. Entre las complicaciones fetales y grado de intolerancia a la glucosa, encontramos que macrosomía registró el mayor número con 54 casos en TAGP y en Diabetes Gestacional. Entre los hallazgos histopatológicos, el tamaño de la placenta mayor de 20cm, fue la más común, con 57 casos registrados entre las pacientes estudiadas.

Entre los hallazgos microscópicos encontrados un total de 39 casos con infartos placentarios; seguido de cambios hialinos y corioamnionitis con 27 casos respectivamente.

REFERENCIAS

1. American Collage of obstetrician and gynecologist, management of diabetes mellitus during pregnancy. Acog, technological bulletin #93, washinton, D.C., ACOG, 1986.
2. Arias Fernando: "Diabetes y embarazo". Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2da edición, España: mosby/doyma, libros 1994, p. 284.
3. Bellart, J et al.: "Cambios Hemostaticos en la diabetes gestacional". Gen, invest. Gin-obst, vol.25 (8), 1998.
4. Bonet B., Brunzel JD; Gowman, Knopp R. H.: Mmetabolism of verylowdiinsily hipnoterm triglyceride by human placental cells". He roleof lipopoteina lipase metabolism, 41:596;1992
5. Burrow, Gerald; Ferris, Thomas.: "Diabetes Millitus, complicaciones medicas durante el Embarazo". 4ta. Edicion, Argentina, Editorial Panamericana.
6. Cegueira, M. J.; Cabero L.; "Diabetes y Gestación" Cabero L. editor, Riesgos elevados obstétricos, Barcelona, Mason, 1996.
7. CLAP, OPS/OMS.; Normas de obstetricia de la Embarazada Diabética, Uruguay, 1993.
8. Cunningham, Gary. "Diabetes" William Obstetricia, 20ava. Edición, Argentina, Editorial Medica Panamericana, S.A. 1998. P. 1119—1132.
9. González, Elida.; "La implantación y Desarrollo Placentario en la Gestante Diabética". Factores Moduladores, Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, Vol. X, No. 4, Pág. 120-122.
10. Robert J. Khmer.; "Diabetes mellitus" Pathology of the female genital tract, 4ta Edition, 10-17.
11. Schwarcz, Ricardo.; "Diabetes Mellitus y Embarazo" Obstetricia Schwarcz, 5ta. Edición 3ra. Reimpresión, Argentina. El Ateneo, 1997: 309-320.
12. Sierra, evan.; "Diabetes y Embarazo" 2da. Edicion, Colombia, Kimpresltda, 1994.

El buen trato al paciente

No sólo es un deber
sino un acto de amor



CAUSAS Y FRECUENCIA DE HISTERECTOMIA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA EN LA MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

*Yajaira Torres de la Paz, Henry Piti Lora, Francisco Ramirez Cuevas, Deybi Wilkin Ramirez Geraldo, Ana m. paniagua.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las causas y frecuencia de histerectomías. **Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. **Población:** 130 pacientes que se les realizó histerectomía. **Metodología:** para analizar los componentes de las variables, se tomo una muestra representada por 130 pacientes, a las cuales se les realizó histerectomía en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo Enero-Diciembre 2007. Se aplico un cuestionario de forma secundaria o indirecta, en la cual se tomo como instrumento de recolección de los datos encontrados en los expedientes de esta paciente.

Resultados: La frecuencia de histerectomía fue de 4.4 por ciento, de las cuales la histerectomía total con 127 casos para un 97.6 por ciento fue la más frecuente; seguida de la histerectomías parcial con 0.3 casos para un 2.3 por ciento. Dichas histerectomías fueron realizadas debido a que las pacientes presentaban sangrado uterino con 83 casos para un 63.8 por ciento, seguido del dolor pélvico con 65 casos para un 50 por ciento; el grupo de edad de 31-45 años, con un porcentaje de 53.8 por ciento fue tratado con mayor frecuencia con tratamiento de histerectomía; la indicación de histerectomía más frecuente fue la de miomatosis uterina, con un 97.6 por ciento; el tipo de patología más frecuente que presentaron las pacientes fue la benigna en un 100 por ciento de los casos; las pacientes en edad fértil fue más frecuente en edades de 36-40 años con un 35 por ciento; la complicación más frecuente fue la hemorragia con un 5 por ciento.

Conclusiones: Se puede concluir afirmando que en esta población, el tipo de histerectomía más frecuente fue la histerectomía total, la etiología predominante fue el sangrado uterino, en cuanto a la edad la mayor prevalencia fue de 31 a 45 años, la indicación que presento mayormente fue por miomatosis uterino, el tipo de patología más frecuente fue benigna, en la pacientes en edad fértil la edad más relevante fue de 36 a 40 años con un 35 por ciento y la complicación más frecuente fue la hemorragia.

Palabras claves: Útero. Ginecología. Histerectomía.

ABSTRACT

Objective: To determine the causes and frequency of hysterectomys. **Design:** Retrospective, descriptive study,

of cross section. In order to analyze the components of the variables, a sample represented by 130 patients was taken, to whom hysterectomy was realized to them in the Hospital Nuestra Señora de la Altagracia. During the months January-December 2007. A questionnaire of secondary or indirect form was applied, which was taken like harvesting instrument of the data found in age of 53.8 the files of the patients.

Results: The hysterectomy frequency was of 4.4 percent, of which the total hysterectomy with 127 cases for a 97.6 percent was most frequent; followed of the partial hysterectomy with 0.3 case for a 2.3 percent. These hysterectomy were realized because the patients presented/displayed uterine bleeding with 83 case for a 63.8 percent, followed of the pelvic pain with 65 cases for a 50 percent; the group of age of 31-45 years, with a percent age of 53.8 percent was dealt most frequently with hysterectomy treatment; the indication of more frequent hysterectomy was the one of uterine myomatosis, with a 97.6 percent; the type of pathology more frequent than percent/displayed the patients was the benign one in a 100 percent of the cases; the patients in fertile age were more frequent in ages of 36 to 40 years with a percent; the most frequent complication was the hemorrhagic with a 5 percent.

Conclusions: it is possible to be concluded affirming that in this population, the type of more frequent hysterectomy was the total hysterectomy, predominant a etiology was uterine bleeding, as far as the age the greater prevalence went of 31 to 45 year, the indication that appeared mainly was by uterine myomatosis, the type of more frequent pathology was benign, in the patients in fertile age the most excellent age went of 36 to 40 years with a 35 percent and the most frequent complication was the hemorrhagic.

Key words: uterus, gynecology, hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar en embarazo (esterilidad) y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o la vagina. Es una operación que se realiza con mucha frecuencia. Hay muchas razones por las que una mujer puede necesitar una histerectomía. Sin embargo, existen métodos no quirúrgicos para tratar muchas de estas afecciones. Durante la histerectomía, el útero se puede extirpar de forma total o parcial. Las trompas de Falopio y los ovarios también se pueden extraer. Una histerectomía parcial consiste en la extirpación de solo la parte superior del útero, dejando intacto el cuello uterino. Una histerectomía se puede realizar a través

de una incisión abdominal (histerectomía abdominal) o una incisión laparoscópicas (histerectomía laparoscópica a través de pequeñas incisiones en el abdomen). A pesar que la histerectomía es una cirugía relativamente joven no así la histerectomía vaginal, que es una de la cirugía más antigua, citamos Sorano de Efeso en el siglo II D. C., como el primero en realizarla. No ocurrió así en América donde la primera histerectomía abdominal de que se tiene información fue realizada por Walter Bruna de Lowel, el cual se vio forzado a realizarla al protuirse el útero. En las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se comenzó a utilizar con más frecuencia en el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos. Durante este periodo, la ginecología como especialidad recién estaba saliendo de su infancia. El tratamiento quirúrgico de las enfermedades ginecológicas recibió el mayor énfasis por motivos comprensibles. Los ginecólogos no disponían de mucho mas para ayudar a sus paciente. El desarrollo de nuevos procedimientos quirurgicos para ayudar a sus pacientes, Sims, Werthstein Chauta, Kelly, Bonney, Clarke, Mayo, Meigs, y muchos otros hicieron contribuciones notables a las técnicas de cirugía ginecológica. Durante el resto del siglo, a medida que la ginecología evoluciono como una especialidad en medicina, conocimiento de la función y la patología de los órganos reproductores se torno más completo, se desarrollaron técnicas diagnosticas especiales y mas exactas y se descubrieron métodos de tratamiento no quirúrgico eficaces. La mortalidad por histerectomía en la mayoría de los centros médicos es de 1 a 2 por 1.000. No obstante la mortalidad continúa siendo un problema. Se pueden producir complicaciones de algún tipo en hasta el 25% de las pacientes sometidas a una histerectomía vaginal y en el 50% de aquellas sometidas una histerectomía abdominal. Los conocimientos que son necesarios para formular indicaciones apropiadas para la histerectomía incluyen primariamente una comprensión cabal de la fisiología y la patología de los órganos reproductores femeninos, las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas y desarrollo psicosocial sexual normal y anormal. El médico se debe basar en estos conocimientos para decidir a qué paciente debe ofrecerle un tratamiento quirúrgico, con la mente puesta en que solo pacientes ginecológicas ocasionales requieren cirugías para su alivio. La pirámide de la práctica exitosa de la cirugía ginecológica se completa con la preparación apropiada de la paciente para la operación, y los cuidados postoperatorios adecuados. En la práctica de la cirugía ginecológica, la mayoría de los errores son cometidos por aquellos medios que pueden saber cómo que pueden no comprender cuándo y por qué. Ciertamente, muchas mujeres se han beneficiado enormemente con una histerectomía apropiadamente indicada y convenientemente realizada. Sin embargo, se ha expresado una considerada preocupación en cuanto a que esta misma operación se usa considerable preocupación en cuanto a que esta misma operación se usa en forma excesiva y no siempre con las indicaciones apropiadas. El riesgo de mortalidad de la histerectomía en los Estados Unidos ha sido estudiado por diversos autores. John Mercy de St Louis en Estados Unidos confirmaron una importante variación en la evolución de otros procedimientos de histerectomías. En las pacientes con afecciones benignas confinadas al útero y con pesos uterinos inferiores a 280 gr., recomiendan a utilizar en la medida de lo posible, la vía vaginal. Esta redujo considerablemente la duración de la intervención, el costo de la misma y las complicaciones. Indicaciones para la histerectomía sin duda, una histerectomía aproximadamente indicada y apropiadamente

llevada a cabo puede proporcionar un enorme beneficio alas pacientes correctamente informadas con síntomas o una enfermedad ginecológicas significativas. Sin embargo, nunca se debe realizar sin las indicaciones adecuadas. Las indicaciones para los procedimientos quirúrgicos corresponden a las siguientes categorías amplias para salvar la vida , para aliviar el sufrimiento, para corregir una deformidad, enfermedades benignas o síntomas de origen uterino como hemorragia uterina disfuncional, adenomatosis, relajación vaginal, descenso uterino, y prolapso sintomáticos, leiomiomas uterinos, problemas obstétricos, enfermedades no neoplasicas de las trompas de falopio y los ovarios en las cuales el útero no está primariamente involucrado., enfermedad inflamatoria pelviana, endometriosis pelviana, embarazo ectópico, enfermedades neoplasias como laeoplasia intraepitelial cervical, cáncer cervical invasor temprano., otras indicaciones e indicaciones no habituales como de articulación universal de Allen-Masters., esterilizacion quirúrgica, indicaciones inapropiadas de dela histerectomías. Son el manejo de la menopausia, leucorrea y cervicitis crónica, dismenorrea primaria, síndrome premenstrual, incontinencia urinaria leve, hemorragia posmenopáusica, citología vaginal o cervical anormal, displasia cervical. Alternativas de la histerectomía si solo se cuando se disponga de opciones terapéuticas más apropiadas, menos costosas, quizá más eficaces y menos riesgosas. Con dependencia de la presentación clínica de cada paciente, los ginecólogos hoy pueden elegir entre muchas opciones que incluyen los agentes progestágenos, los andrógenos, el dan azul, los agonistas de la Ngr. Y los antiprogestagenos, los antibioticos y el drenaje de un absceso pelviano, el laser, el cauterio y la cotización en caso de displasia cervical, los ejercicios y el tratamiento farmacológico para la incontinencia urinaria y procedimientos quirúrgicos más conservadores como la ablación endometriales, los procedimientos laparoscópicos, la raspado, y la miomectomia. Tipos de histerectomias existen distintos tipos como son la histerectomía supracervical (o subtotal) es cuando se extirpala mayor parte del útero, excepto el cuello uterino (cérvix), histerectomía total es cuando se extirpa todo el útero y los tejidos circundantes, incluido el tercio superior de la vagina; junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos, este procedimiento se practica para el tratamiento del cáncer cervical en un estadio incipiente. Procedimiento quirúrgicos para la histerectomía vaginal, abdominal, laparoscópica. Histerectomía subtotal versus total en condiciones benignas del útero actualmente se considera un procedimiento de los últimos recursos, reservado para aquellos raros casos en los cuales la preocupación por el sangrado o una distorsión anatómica imponen que se limite la extensión a 45 años que solicitan la esterilización quirúrgica o el alivio del malestar pelviano y los síntomas ginecológicos asociados con la menstruación, ha dado como resultado un amplio desacuerdo entre los ginecólogos. La preparación para la histerectomía el ginecólogo debe hablar con su paciente mientras trata de decidir si la histerectomía está indicada. A menudo la necesidad de la histerectomía es obvia, hay un prolapso completo o un útero leiomiomatoso. Una histerectomía total simple siempre debe estar precedida por un estudio del cérvix para descartar un cáncer invasor. La anemia a menudo puede corregir en unas pocas semanas y la histerectomía realizarse sin transfusiones. Incluso las pacientes con menorragia sin anemia por hierro deben recibir sulfato ferroso preoperatorio. Técnicas de histerectomía para enfermedades benignas en supuesto de que estén dadas las indicaciones apropiadas para la cirugía y la

paciente y haya sido preparada en la forma apropiada, desde un punto de vista puramente técnico, los objetivos que se deben lograr con la histerectomía son para remover el útero, evitar el sangrado excesivo o innecesario, evitar la contaminación bacteriana del sitio quirúrgico por medio de técnica aséptica estricta, evitar la lesión innecesaria de los tejidos y las estructuras adyacentes, restablecer la anatomía normal cuanto sea posible, conservar o mejorar la función útil y evitar la disfunción posoperatoria, detectar y posiblemente corregir otras enfermedades y anomalías. Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias inmediatas se incluyen en este apartado todas las complicaciones, no urinarias, que ocurren durante la intervención y en el postoperatorio inmediato. Como infecciones, hemorragia, lesiones intestinales, prolapso de cúpula.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional con fuente de información retrospectiva, que abarcó la revisión de las historias clínicas de las pacientes con el objeto de determinar las causas y la frecuencia de histerectomía en el departamento de ginecología en la maternidad nuestra Señora de la Altagracia, en el periodo enero- diciembre 2007.

La investigación tuvo como escenario geográfico la maternidad nuestra Señora de la Altagracia, la cual se encuentra ubicada en Av. Pedro Henríquez Ureña #47, Santo Domingo, D.N. El ámbito de estudio correspondió al Departamento de ginecología de la maternidad nuestra Señora de la Altagracia.

El universo está compuesto por un total de pacientes de 2,896 en el año 2007, las cuales fueron ingresadas.

La muestra fue de 158 pacientes, de las cuales se tomaron 130 pacientes, ya que estas cumplían con el propósito de dicha investigación, de las cuales 28 no cumplían con el propósito de la misma ya que el expediente estaba incompleto.

Los criterios de inclusión fueron pacientes a las cuales se les realizó histerotomía como tratamiento en la maternidad nuestra Señora de la Altagracia en el periodo enero –diciembre 2007., Tener acceso al expediente, y que el mismo contenga las informaciones relativas a la investigación. Criterios de exclusión expedientes incompletos. Métodos de recolección de información se utilizaron fuentes secundarias revisión de archivos, expedientes clínicos. Instrumentos para la recolección de los datos. se elaboró un formulario tipo cuestionario con 07 preguntas cerradas, el cual contiene las variables del estudio a través del cual se obtuvieron los datos encontrados en el informe clínico de las pacientes histerectomizadas.

La información recolectada se procesó por medio de una base de datos de Microsoft Word y Excel, los resultados que se obtuvieron fueron presentados descriptivamente mediante distribución de frecuencia, utilizando cuadros y gráficos. Se utilizaron los datos de las pacientes, garantizando la confidencialidad y manejo seguro de los mismos, permaneciendo bajo control de los investigadores.

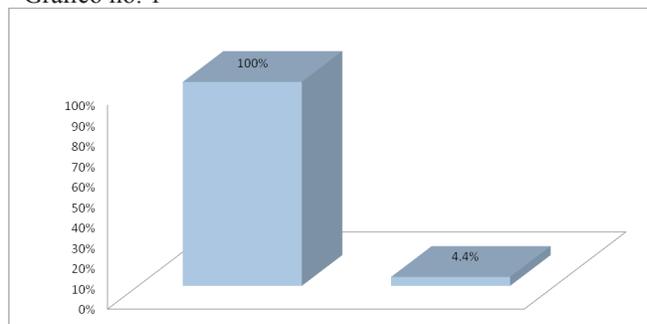
RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de casos de histerectomías en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo enero- diciembre del 2007.

| Casos | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| Total de pacientes | 2,896 | 100 |
| Pacientes histerectomizadas | 130 | 4.4 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

Grafico no. 1



- Total pacientes
- Pacientes histerectomizadas

Fuente: cuadro no. 1

De un total de 2,896 pacientes atendidas en el departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el periodo enero- diciembre del 2007, 130 (4.4%) fueron histerectomizadas.

Cuadro 2. Distribución según el tipo de histerectomía realizada a las pacientes en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero – diciembre, 2007

| Tipo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Total | 127 | 97,6 |
| Parcial | 03 | 2,3 |
| Radical | 0 | 0 |
| Total | 130 | 100 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

Grafico no. 2

- Total
- Parcial
- Radical

Fuente: cuadro no. 2

Con relación al tipo de histerectomía que se realizó en las pacientes bajo estudio, podemos observar que la histerectomía total fue realizada con mayor frecuencia para un total de 127 casos para un 97.6 por ciento y la histerectomía parcial fue realizada en 3 de las pacientes para un 2.3 por ciento.

Cuadro 3 Distribución de casos según etiología en pacientes que se le realizó histerectomía en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero– diciembre, 2007

| Etiología | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Dolor pélvico | 65 | 50 |
| Sangrado uterino | 83 | 63,8 |
| Atonía uterina | 0 | 0 |
| Incontinencia urinaria | 07 | 5,3 |
| Rotura uterinaría | 01 | 0,7 |
| Aumento del perímetro abdominal | 10 | 7,6 |
| Síndrome del feto muerto | 0 | 0 |
| Polaquiuria | 0 | 0 |
| Dispareunia | 3 | 2,3 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

En cuanto a la etiología, podemos observar que 83 de las pacientes (63.8%) presentaron sangrado uterino, 64 pacientes (50%) mostraron dolor pélvico, 10 pacientes (7.6%) presentaron aumento del perímetro abdominal, 3 pacientes (2.3%) presentaron dispareunia y una paciente (0.7%) evidenció rotura uterina.

Cuadro 4. Distribución de casos según la edad de las pacientes que se le realizó histerectomía en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero – diciembre, 2007

| Rango de edades (años) | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| 15 - 30 | 04 | 3.0 |
| 31 - 45 | 70 | 53.8 |
| 46 -60 | 48 | 36.9 |
| 61-75 | 07 | 5.3 |
| 76 | 01 | 0.7 |
| Total | 130 | 100 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

Respecto a la edad que las apacientes, se evidenció que 70 de ellas (53.8%) se encuentra en edades comprendidas entre 15 -30 años, 48 pacientes (36.9%) entre 46 – 60 años, 7 pacientes (5.3%) en edades entre 61 - 75 años, 4 pacientes (3.0%) con edades de 15 -30 años y una paciente (0.7%) en edad de 76 años o más.

Cuadro 5. Distribución de casos según la indicación de las pacientes que se le realizó histerectomía en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-diciembre, 2007.

| Indicación | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Miomatosis uterina | 127 | 97.6 |
| Prolapso uterino | 0 | 0 |
| Endometriosis severa | 03 | 2.3 |
| Atonía uterina | 0 | 0 |
| Útero de couvelaire | 0 | 0 |
| Acretismo placentario | 0 | 0 |
| Hemorragia poscesarea | 0 | 0 |
| Cancer genital | 0 | 0 |
| Total | 130 | 100 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

Con relación a las indicaciones para realizarle histerectomía a las pacientes, podemos evidenciar que 127 pacientes para un 97

Cuadro 6. Distribución de casos según el tipo de patología que presentaron las pacientes que se le realizó histerectomía en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero – diciembre, 2007.

| Tipo de patología | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Benigna | 130 | 100 |
| Maligna | 0 | 0 |
| Total | 130 | 100 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

En cuanto al tipo de patología que mostraron las pacientes, se puede observar que el 100 por ciento de las mismas presentaron patologías benignas. 6 por ciento presentaron miomatosis uterina y 3 pacientes para un 2.3 por ciento presentaron prolapso uterino.

Cuadro 7. Distribución de casos según pacientes en edad fértil que se le realizó histerectomía en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero – diciembre, 2007.

| Edad fértil (años) | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| 15-24 | 0 | 0 |
| 25-30 | 04 | 3.3 |
| 31-35 | 30 | 25 |
| 36-40 | 42 | 35 |
| 41-49 | 0 | 0 |
| Total | 76 | 100 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

Del total de las pacientes, solamente 76 se encontraban en edad fértil, donde 42 para un 35 por ciento se encontraba en 36 – 40 años, 30 pacientes para un 25 por ciento en edades de 31 a 35 años y 4 pacientes para un 3.3 por ciento en edades de 25 a 30 años de edad.

Cuadro 8. Distribución de casos según complicaciones presentadas en las pacientes que se le realizó histerectomía en el Departamento de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero – diciembre, 2007.

| Tipo de complicaciones | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Dolor | 05 | 4.1 |
| Hemorragia | 06 | 5 |
| Infecciones | 0 | 0 |
| Lesión de órganos vecinos | 01 | 0.8 |
| Total | 12 | 100 |

Fuente: Historial clínico de las pacientes.

Con respecto a las complicaciones presentadas en las pacientes histerectomizadas, podemos observar que 6 pacientes (5%) presentaron hemorragia, 5 pacientes presentaron dolor con un 4.1 por ciento y una paciente (0.8%) presentó lesiones vecinas.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Respecto a la frecuencia de histerectomía, se pudo observar que la misma fue de 4.4 por ciento. En este estudio el tipo de histerectomía que se realizó con mayor frecuencia fue la histerectomía total con un 97.6 por ciento. Esto coincide con investigaciones realizadas por López L. (1999), donde la histerectomía abdominal total, es la extirpación completa del útero (cuerpo y cuello) y es la más realizada por problemas benignos como miomas uterinos o infecciones genitales severas. Con relación a la etiología, los datos arrojados mostraron que 83 de las pacientes (63.8%) presentaron sangrado uterino, y 65 pacientes, para un 50 por ciento, presentaron dolor pélvico, coincidiendo estos datos con Robines S. (2000), donde explica que a nivel mundial el 50 por ciento de los casos reportados refieren sangrado abundante y el 30 por ciento dolor pélvico. En este estudio, 70 de las pacientes (53,8%) que se le realizó histerectomía se

encontraban en un rango de edad de 31-45 años, seguidos de 48 pacientes (36.9%), que se encontraban en un rango de edad de 46-60 años lo cual coincide con la literatura de Rivero R., ya que según este la mixomatosis uterina está considerada dentro de las más frecuentes afecciones de la pelvis femenina y su frecuencia es mayor en pacientes dentro de las edades de 30-40 años de edad, en pleno periodo reproductivo de la mujer. En lo referente a las indicaciones para realizarle histerectomías a las pacientes, 127 (97.6%) fueron realizadas por mixomatosis uterina, lo cual coincide con investigaciones publicadas en la revista Venezolana de Ginecología y Obstetricia, donde afirman que la mixomatosis es la causa número uno de realización de histerectomías. En cuanto al tipo de patología por lo que se realiza la histerectomía, el 100 por ciento fue por patologías benignas, lo cual coincide con investigaciones publicadas en la revista de Ginecología y Obstetricia de Chile, donde el 50-70 por ciento de las patologías que llevan a histerectomías son benignas, encabezando esa lista la mixomatosis uterina. Respecto a las pacientes en edad fértil que les fue realizada la histerectomía, el 35 por ciento se encontraba en edades entre 36 y 40 años, lo que coincide con una investigación publicada en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología en el 2007, donde explica que la histerectomía es y seguirá constituyendo una de las principales cirugías en mujeres en edad reproductiva, básicamente entre las edades de 38 y 66 años, con una media de 47 años. Con relación a las complicaciones que presentaron las pacientes, podemos revelar que la hemorragia se encuentra dentro de las primeras complicaciones, con 6 casos para un 5 por ciento, lo que difiere de investigaciones publicadas en la Revista Venezolana de Ginecología y Obstetricia de 2007 donde solo se presentó hemorragia en el 0.2 por ciento de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Bañuelos Álvarez, R. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 8, No. 3. Mixomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. [on-line] www.medigraphic.com.
2. Barcal L. Histerectomía post operación cesárea: experiencias adquiridas en 30 años. *Obste Gineceo*. 1990; 35: 120-31.
3. Cortan, R. S. Robines Patología estructural y funcional. 6ta. Edición. España. McGraw-Hill Interamericana. Año 2000:1108.
4. Cueto J y Weber A. Cirugía Laparoscópica. Primera edición. México, D. F. Nueva Editorial Interamericana; p 1994.
5. Decherney, A. Mertin L. Pernoll. *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos*. 7ma edición. México. Editorial el Manual Moderno. 2000:928.
6. Enciclopedia medica en español. Histerectomía. Actualizado: 11/9/2007
7. Jaime Botero, V. Alfonso Jubiz H., Guillermo Henao. *Obstetricia y Ginecología*, texto integrado. 7ma edición. Quebecor World-Bogota. 2004: 463-466.
8. Flores, D. Histerectomia. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 1998; 58:187-190.
9. Kaser O. Ikle FA, Hirsch HA. *Atlas de cirugía ginecológica*. 5a edición. Madrid; 2000.
10. La Maternidad. Vol. 3 no.1, Santo Domingo, Republica Dominicana, Julio-Diciembre 2007: 26-29.
11. Lopez, L. Histerectomia abdominal por procesos benignos. *Revista Obstetricia y Ginecología*. Venezuela. año 1999. Vol. 21.
12. Pineda, E. B., de Alvarado, E. L., de canales, H. *Metodología de la Investigación*. Manual para el desarrollo de personal de la salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Año 1994: 39-130.
13. Te Linde, R. Mattingly R. *Ginecología operatoria*. Barcelona. Editora El Ateneo 1999: 752-760.
14. Méndez E., Martínez, L. Histerectomía. [on-line] www.ginecoactual.com
15. National Women's Health Information Center; American Collage of Obstetricians and Gynecologists, y American Academy of Family Physicians. 2004.
16. Pardo Schanz, J. *Uroginecología*. Histerectomia [on-line] www.schering.es.
17. Peter chen, M. D., Department of Odstetrics & Gynecology, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network.
18. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2006.
19. Rivero R, Funes L. Histerectomía puerperal. Nuestros resultados. *Rev Cub Obstet Ginecol*. 1997: 49-52.
20. Gayon-Vera E y Simon-Pereira L. Histerectomia vaginal asistida por laparoscopia versus histerectomía abdominal: Experiencia inicial. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67: 164-8.

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



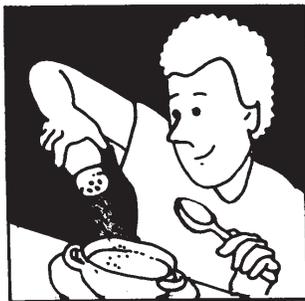
No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



Controle la Sal



Controle su Colesterol

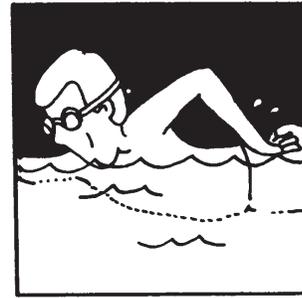


Chequee su Presión Arterial



¡¡NO FUME!!

Dejar de fumar aumenta el colesterol HDL y es un importante paso para mejorar su salud.



Haga Ejercicios

INCIDENCIA DE TRAUMAS DE OJOS EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS EN LA ESCUELA DE SANTA CRUZ, VILLA MELLA.

Candida Rosario Díaz* Fabricio Antonio Moni Perera * Jason Dominguez*
Howard Vásquez Ruíz* Santa Martínez Céspedes*

RESUMEN

La finalidad de esta investigación es contribuir a la medicina deportiva y su relación con los niños de edad escolar. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo sobre los traumatismos en ojos que ocurren en los niños de 5 - 14 años mientras realizaban sus actividades dentro de la escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella, Santo Domingo, Republica Dominicana en el año lectivo 2009 -2010. La población objeto del estudio fueron 226 estudiantes de 5 - 14 años que sufrieron traumatismo dentro de la escuela Santa Cruz. La muestra estuvo seleccionada por 74 niños de 5 - 14 años registrados con diagnóstico de traumatismo de ojos mientras realizaban sus labores escolares diarias. Las variables fueron: edad, lesión presentada, horario en que ocurrió el trauma ocular y actividad que realizaba al momento del traumatismo. El 36% de los niños con traumatismo de ojo tenían edades entre 8 - 10 años ocupando el primer lugar.

Palabras claves: Medicina deportiva, Traumatismo de ojos,

ABSTRACT

It's objective the study to contribute at sporty medicine and childrens school age This study it's descriptive and retrospective from eye damage during 2009 - 2010 year academic in children 5 - 14 age at Santa Cruz basic School, Santo Domingo, Dominican República to execute curricular activities The population 226 students of 5 - 14 years of polled damage at Santa Cruz School.

To sample it's 74 childrens of 5 - 14 age to happen eye damage, when to carry there school diary activity.

The variable: age to shows of eye damages: the first place was children of 8 - 10 age

Keys words: Sporty medicine, Eye damage

INTRODUCCION

Se define un traumatismo como una lesión o un impacto grave sobre el cuerpo. Es provocado por una fuerza física como la que resulta de un acto violento o un accidente. Los traumatismos oculares constituyen una causa muy común de morbilidad en la oftalmología, en la que a menudo se ven implicadas varias estructuras oculares a la vez (2). Un tercio de las heridas oculares en los niños son producidas en prácticas deportivas o recreacionales los niños de 5 a 14 años son los más afectados. Las actividades deportivas y de recreación causan más heridas en los ojos cada años la mayoría de estos

accidentes son prevenibles.

Muchas actividades recreacionales pueden causar heridas en los ojos como los juegos donde los niños corren, saltan, bailan, se empujan. Cerca de un tercio de tasa heridas relacionadas con deportes y recreación ocurren en niños de 5 a 14 años. (7) La severidad de las heridas en los ojos producidas por deporte varía desde pequeños rasguños hasta traumas severos en la córnea que pueden causar visión impar o hasta ceguera. Las heridas se pueden clasificar en:

- Abrasión corneal, un rayón de la superficie externa del ojo, usualmente es dolorosa pero no severo. La causa más común es el rasguño causado por la uña de un compañero.

- Heridas por Golpes ocurren cuando el impacto de un objeto causa una compresión repentina en el ojo. Las heridas suaves por golpes algunas veces solo causan sangrado en los párpados o un ojo negro, una hemorragia en la subjuntiva del ojo se puede desarrollar. Este sangrado proviene de vasos sanguíneos de la conjuntiva que descansan en la superficie superior externa blanca del ojo. Ninguno de estos sangrados le produce un riesgo al ojo.

Los síntomas de heridas severas no siempre son obvios.

-Hematoma es uno de los traumas por golpes siendo común el sangrado en el frente del ojo, entre la córnea clara y el iris coloreado, una rasgadura en lo párpados, los cuales pueden necesitar una sutura especial. Las paredes óseas que rodean el ojo pueden resultar fracturadas por un golpe severo.

- Traumas severos por golpes pueden producir daños importantes en las estructuras interna del ojo como la retina y el nervio óptico resultando en una pérdida permanente de la visión.

-Las heridas penetrantes ocurren cuando objetos extraños penetran en el ojo. Una causa muy común de éstas heridas en los niños son las pequeñas pistolitas de dardos, un pedazo de vidrio de algo roto durante un juego puede penetrar en el ojo, causan severa amenaza de pérdida de visión. Los traumatismos perforantes pueden producir laceraciones y opacidades en la córnea, hipema, lesiones en el iris, roturas de la cápsula del cristalino, catarata, pérdida de la cámara anterior, epitelización de la cámara y penetración de cuerpos extraños. En las contusiones el hipema puede ocultar la existencia de alteraciones estructurales (6) como son la iridodíalisis, la ciclodíalisis, la recesión del ángulo y la subluxación o luxación del cristalino (2.)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de sensibilizar sobre la problemática de no tratar

*Médico General

adecuadamente estas heridas en los ojos, muchas veces porque son consideradas juegos de niños o leve accidentes escolares. Esta investigación se realizó mediante una revisión de los registros clínicos del consultorio de la Escuela Santa Cruz, Villa Mella, Santo Domingo, Republica Dominicana, durante el año escolar 2009-2010.

La población objeto de estudio fueron 74 niños de 5 - 14 años atendidos por trauma de ojos. Las variables fueron: edades, lesión del ojo, horario y actividad realizada al momento del trauma.

RESULTADOS

Los datos son expresados y analizados de acuerdo a las variables en las siguientes tablas:

Cuadro 1. Distribución por grupo de edades de los niños de 5 a 14 años con heridas en los ojos. Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella 2009 – 2010.

| Edades (años) | Frecuencia | % |
|---------------|------------|-----|
| 5 - 7 | 9 | 12 |
| 8 - 10 | 27 | 36 |
| 11 -13 | 23 | 31 |
| 14 | 15 | 21 |
| Total | 74 | 100 |

Fuente: Registros médicos del consultorio médico de la Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella.

En el cuadro no. 1 se observa a 27 niños correspondiente al 36% con edades entre 8 – 10 años ocupando el primer lugar; seguido de 23, correspondiendo al 31% para las edades de 11 – 13 años; 15, correspondiente al 21% tenía 14 años y el 12% con edades entre 5 – 7 años.

Cuadro 2. Distribución por lesión del ojo en los niños de 5 a 14 años con heridas en los ojos. Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella 2009 – 2010.

| Lesión en el ojo | Frecuencia | % |
|--------------------|------------|-----|
| Herida de parpados | 45 | 61 |
| Contusión | 24 | 32 |
| Hematoma | 5 | 7 |
| Total | 74 | 100 |

Fuente: Registros médicos del consultorio médico de la Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella.

El cuadro no.2 muestra a las heridas de parpado ocupando el primer lugar. De las lesiones en el ojo, de los 74 niños que recibieron traumatismo en ojo, 45, correspondiente al 61% fue herida de parpado; 24, correspondiente al 32% eran contusiones y 5, correspondiente al 7% fue diagnosticado como hematoma por el médico del consultorio escolar.

Cuadro 3. Distribución de los horarios en que ocurrió el traumatismo de ojo en los niños de 5 a 14 años. Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella 2009 – 2010.

| Horario | Frecuencia | % |
|-----------------|------------|-----|
| Recreo | 51 | 69 |
| Deporte | 13 | 18 |
| Salida de clase | 8 | 11 |
| Entrada a clase | 2 | 2 |
| Total | 74 | 100 |

Fuente: Registros médicos del consultorio médico de la Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella.

El cuadro no. 3; en cuanto a los horarios en que ocurrieron las lesiones en el ojo: 51, correspondiente al 69% ocurrió durante la hora de recreo; 13, correspondiente al 18% ocurrió en la hora designada a la materia deporte; 8, correspondiente al 11% en la salida de clase y 2, correspondiente al 2% a la entrada para las clases.

Cuadro 4. Distribución de frecuencia en las actividades realizadas cuando ocurrió el traumatismo de ojo en los niños de 5 a 14 años. Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella 2009 – 2010.

| Actividades realizadas | Frecuencia | % |
|------------------------|------------|-----|
| Corriendo | 31 | 42 |
| Empujándose | 20 | 27 |
| Saltando | 17 | 23 |
| Haciendo ejercicio | 6 | 8 |
| Total | 74 | 100 |

Fuente: Registros médicos del consultorio médico de la Escuela inicial y básica Santa Cruz, Villa Mella.

DISCUSIÓN

Respecto al problema de los traumatismos en los ojos, estudio realizado en México, refiere al inicio de la evaluación de pacientes con trauma de ojo, se encontró una deficiencia de un 29%, según refiere Lima Gómez (4) en 2004. En América Latina existen pocos datos epidemiológicos sobre esta problemática. En nuestro estudio es relevante la presentación de heridas en parpados y contusiones ocurridas en los niños cuando realizaban actividades de correr, empujarse y saltar.

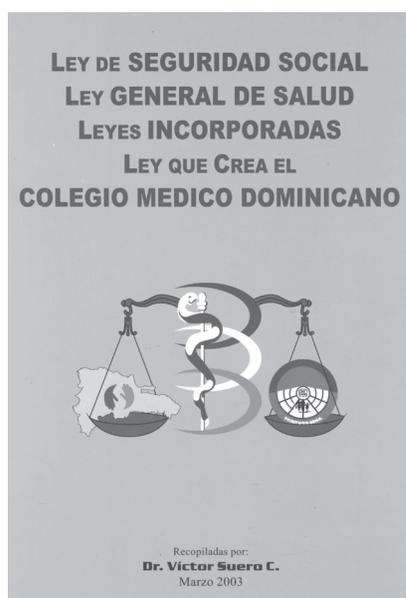
CONCLUSIONES

Los datos más relevantes de nuestro estudio muestran al 36% con edades entre 8 – 10 años ocupando el primer lugar; seguido de 23, correspondiendo al 31% para las edades de 11 – 13 años. El 61% fue diagnosticado herida de parpado; 24, correspondiente al 32% eran contusiones y 5, correspondiente al 7%; el 69% de los casos ocurrió durante la hora de recreo; 13, correspondiente al 18% ocurrió en la hora designada a la materia deporte; la actividad más frecuente fue: 42% ocurrió mientras corría, seguida de 20, correspondiente al 27% empujándose.

REFERENCIAS

1. Contreras, A. Traumatología ocular, tomo IV: 2421-2422
2. Hernán. J. Medicina Infantil. Traumatismo de cráneo en pediatría. 2003. Vol. X. 4:250-253
3. Hersh, D. Trauma del segmento anterior. Principios y prácticas de oftalmología. 2004, 3ª ED. V: 3383-3391.
4. Cuevas Terán, R.M; Artega Manjón, Cabeza. Neuropediatría. Traumatismo craneoencefálico en el niño. 2000. 40:109-114.
5. Lima Gómez, V. pronostico funcional de un trauma de ojo. 2004: 147
6. Ministerio de Salud Publica, serie Guía clínicas MINSAL, Trauma ocular grave. 2007
7. Rodríguez, Y. Traumatología ocular en niños. 2003: 45-46
8. Sabogal, R. trauma Neurológico trauma. Fundamentos para un manejo Integral. Cartagena 2007:36
9. Suárez, A. Rodríguez- Ares T, Santos L. Planificación quirúrgica de la queratoplastia. 1997:72:
10. Vanelli, A. Nuestra conducta frente a las fracturas órbito-cigomáticas. 2003:89

LIBROS · LIBROS · LIBROS



*Ley de seguridad Salud,
Ley General de Salud,
Leyes incorporadas,
ley que crea al colegio*

Médico Dominicano

Autor: Dr. Víctor Suero

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

PSORIASIS EN USUARIOS DE LA CONSULTA DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO Y CIRUGIA DE PIEL DR. HUBERTO BOGAERT DIAZ.

* Carmen María Francisco Pérez, * Rosa Andrea Francisco Muñoz, * Vianey Martínez De La Cruz, * Ramón Peña García, * Fátima Del Carmen Alonzo Cabrera

RESUMEN

Para esta investigación nos trazamos como objetivo determinar la frecuencia de psoriasis en usuarios que asistieron a la consulta del Instituto dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, febrero-mayo 2009. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, con un universo de 2,798 usuarios, que asisten a la consulta de los cuales fueron diagnosticados con psoriasis 31 siendo esta la población de estudio. La técnica utilizada fue un cuestionario que se llenó a través de la revisión de los expedientes clínicos. La frecuencia de psoriasis fue de 1.1 por ciento, la edad más frecuente fue mayor o más 60 años con un 38.7 por ciento, el sexo femenino fue predominante con un 54.8 por ciento, el nivel medio fue el de mayor frecuencia con un 35.5 por ciento, el 83.9 por ciento de los usuarios eran solteros, el 80.6 por ciento de los usuarios procedían de la zona urbana, el 29.0 por ciento de los usuarios eran estudiante, 48.4 por ciento de los usuarios presentó placa eritematosa, en relación a los tipos de psoriasis, la psoriasisiforme modificada fue la de mayor frecuencia con un 67.7 por ciento.

Palabras clave: Psoriasis, dermatitis psoriasisiforme, placa eritematosa.

ABSTRACT

For this investigation we drew up like objective to determine the frequency of psoriasis in users who attended the consultation of the dermatological Institute and Surgery of Skin Dr. Huberto Bogaert Díaz, February-May 2009. A descriptive, retrospective and cross-sectional study was made, with a universe of 2,798 users, of who 31 users were diagnosed with psoriasis. The used technique was through the revision of the clinical files. The psoriasis frequency was of 1,1 percents, the most frequent age was greater or more 60 years with a 38,7 percent, feminine sex was predominant with a 54,8 percent, the mean level was the one of greater frequency with a 35,5 percent, the 83,9 percent of the users they were unmarried, the 80,6 percent of the users came from the urban zone, the 29,0 percent of the users were student, 48,4 percents of the users presented/displayed erythematous plate, in relation to the types of psoriasis, the modified psoriasisiforme was the one of greater frequency with a 67,7 percent, in the clinical diagnosis the 61,3 percent of the users presented/displayed psoriasis, as far as the leading factors the drugs were the one of greater percentage with 29,0 percents.

Key words: Psoriasis, psoriasisiforme dermatitis, erythematous plate.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por la aparición de zonas de inflamación rojizas que se cubren de una especie de escamas plateadas, brillantes. Aparece especialmente en los codos, con lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas en rodillas, cuero cabelludo y parte inferior de la espalda. Surge en brotes, con épocas de agudización que alternan con otras de menor actividad.

Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele hacerlo entre los 15 y los 35 años, con un pico máximo de incidencia en la segunda década. La sufren por igual ambos sexos, aunque es más precoz en mujeres y en personas con antecedentes familiares.

La psoriasis puede iniciar a cualquier edad, con predominio en la etapa adulta. Aunque estudios realizados reporta una incidencia de niños y adolescentes con un 3,8 por ciento, donde el 10 por ciento de los niños afectados inicia la enfermedad antes de los 10 años y el 2 por ciento antes de los 2; otros estudios indican que la edad más temprana de inicio fue a los 2 meses.

La psoriasis es una enfermedad papuloescamosa que evoluciona por brotes, se caracteriza por la rápida queratinización e hiperplasia epidérmica. Se asocia a factores genéticos y aunado a situaciones multifactoriales refleja diferentes fenotipos en su expresión. Con predominio en la etapa adulta, con una relación similar en cuanto al sexo, frecuentemente se presenta el fenómeno de Koebner (isomórfico).

Con el objetivo de determinar la frecuencia de psoriasis en República Dominicana con atención aquellos que sufren trastornos complejos en su salud, como es la psoriasis. Ya que ésta patología adquiere una dimensión social de manera que involucra a la familia, la comunidad y el equipo de salud tratante, ya que éste último, no sólo se va a detener a emplear un tratamiento clínico, sino también el aspecto emocional, es por esto que consideramos importante realizar esta investigación, sobre la frecuencia de psoriasis en usuarios de la consulta Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en el cual se revisaron las historias clínicas de los usuarios. Con el objetivo de determinar la frecuencia de psoriasis en los usuarios que asistieron a la consulta del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz Febrero-Mayo 2009. El universo estuvo constituido por 2,798 usuarios que se le realizó biopsia con el objetivo de hacer diagnóstico histopatológico y de estos 31 usuarios fueron diagnosticados con psoriasis según el departamento de histopatología.

* Médicos generales

Todos los expedientes clínicos de los usuarios que tienen diagnóstico concluyente por histopatología, en este tiempo de estudio, cuyos expedientes clínicos estuvieron disponibles y completos. Para la tabulación y el análisis se usaron los programas de computadora: Microsoft Word: Epi-InfoTM, Community Health Assessment Tuctorial Document versión 2,0 Published october 2010.

RESULTADOS

Cuadro 1. Psoriasis en usuarios sometidos a estudios histopatológicos de la consulta del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, FEBRERO-MAYO 2009.

| Usuarios | Frecuencia | % |
|------------------------------|------------|------|
| Sin diagnóstico de psoriasis | 2,798 | 98.9 |
| Con diagnóstico de psoriasis | 31 | 1.1 |
| Total | 2,798 | |

Fuente: expedientes clínicos de los pacientes con psoriasis del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert, febrero-mayo 2009.

El 1.1 por ciento de los usuarios fueron diagnosticados con psoriasis.

Cuadro 2. Psoriasis en usuarios de la consulta según edad del Instituto

Dermatológico y cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, FEBRERO-MAYO 2009.

| Edad (en años) | Frecuencia | % |
|----------------|------------|-------|
| < 15 | 3 | 9.7 |
| 16-20 | 2 | 6.5 |
| 21-25 | 3 | 9.7 |
| 25-30 | 3 | 9.7 |
| 31-35 | 1 | 3.2 |
| 36-40 | 7 | 22.6 |
| 60 | 12 | 38.7 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: expedientes clínicos de los pacientes con psoriasis del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert, febrero-mayo 2009.

La edad más frecuente fue la mayor o más 60 años con un 38.7 por ciento, seguida por la edad entre 36-40 años con un 22.6 por ciento.

Cuadro 3. Psoriasis en usuarios de la consulta según ubicación topográfica del Instituto Dermatológico y cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, FEBRERO-MAYO 2009.

| Clasificaciones clínica | Frecuencia | % |
|--------------------------|------------|-------|
| Dermatitis escamosa | 7 | 22.6 |
| Escamosa codos | 2 | 6.4 |
| Escamosa piernas | 3 | 9.6 |
| Escamosa región inguinal | 4 | 12.9 |
| Placa eritematosa | 15 | 48.4 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes con psoriasis del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert, febrero-mayo 2009.

48.4 por ciento de los usuarios presentó placa eritematosa, seguido por dermatitis escamosa con un 22.6 por ciento.

Psoriasis en usuarios de la consulta según clasificaciones clínicas de psoriasis del Instituto Dermatológico y cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, FEBRERO-MAYO 2009.

| Tipos psoriasis | Frecuencia | % |
|--------------------------|------------|-------|
| Dermatitis psoriasiforme | 1 | 16.7 |
| Histopatológica | 4 | 67.7 |
| Psoriasis rubra | 1 | 16.7 |
| Total | 6 | 100.0 |

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes con psoriasis del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert, febrero-mayo 2009.

En relación a los tipos de psoriasis, la psoriasiforme modificada fue la de mayor frecuencia con un 67.7 por ciento

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación revelan datos de interés acerca de la psoriasis en usuarios de la consulta del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, en el período de Febrero-Mayo 2009. Donde fueron consultados 2,798 pacientes, de los cuales 31 presentaron psoriasis, constituyendo esto una incidencia de un 1.1 por ciento, cifra que nos hace pensar en las múltiples complicaciones que pueden presentar estas pacientes si no son tratadas de forma adecuada, siendo similar a un estudio realizado por Ferrandiz con una prevalencia de 1.4 por ciento. La distribución universal; afecta 1-2 por ciento de la población general, con tasas de prevalencia que se aproximan al 0,1-6 por ciento, especialmente en los países escandinavos. Sin embargo, se encuentran diferencias en la frecuencia en el mundo entero. La mayoría de los estudios refieren datos hospitalarios y no de población general y que afecta del 2 al 4 por ciento de la población blanca, pero menos a los negros; se puede presentar a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 10 y 40 años. La edad más frecuente en nuestra investigación fueron los mayor o más de 60 años con un 38.7 por ciento, seguida por la edad entre 36-40 años con un 22.6 por ciento, Por su parte, en el estudio de Reeves y cols., realizado en la Región Metropolitana de Chile, en población infantil se encontró una prevalencia aproximada de 0,51 por ciento, correspondiendo un 57 por ciento de ésta al sexo femenino en relación al sexo el femenino fue el más afectado con un 54.8 por ciento, el nivel de instrucción relevante fue el medio con un 35.5 por ciento, seguida por el básico con 29.0 por ciento, el 83.9 por ciento de los usuarios eran solteros, seguidos por unión libre con 9.7 por ciento, el 80.6 por ciento de los usuarios procedían de zona urbana y rural con 19.4 por ciento. El 29.0 por ciento de los usuarios eran estudiante, seguidos por la ama de casa con 16.1 por ciento. En el Ecuador se realizó un estudio analítico retrospectivo durante 13 para establecer factores hereditarios de la Psoriasis, su relación con la descendencia, antecedentes familiares en la que uno de la pareja o ambos padecían la enfermedad y determinar una mayor predisposición a tener hijos con la patología si sus progenitores tuvieron la enfermedad en edades temprana Además se realizaron determinaciones de Antígenos Mayor de Histocompatibilidad (HLA) En el Ecuador se realizó un estudio analítico retrospectivo durante 13 años para establecer factores hereditarios de la Psoriasis, su relación con la descendencia, antecedentes familiares en

la que uno de la pareja o ambos padecían la enfermedad y determinar una mayor predisposición a tener hijos con la patología si sus progenitores tuvieron la enfermedad en edades tempranas. Además se realizaron determinaciones de Antígenos Mayor de Histocompatibilidad (HLA). El 48.4 por ciento de los usuarios presentó placa eritematosa, seguido por dermatitis escamosa con un 22.6 por ciento. En relación a los tipos de psoriasis, la psoriasiforme modificada fue la de mayor con un 67.7 por ciento, seguida por psoriasis rubra y dermatitis psoriasiforme con un 16.7 por ciento. En el diagnóstico clínico el 61.3 por ciento de los usuarios presentaron psoriasis y dermatitis seborreica con un 38.7 por ciento. Los factores desencadenantes los fármacos fueron los de mayor porcentaje con 29.0 por ciento.

REFERENCIAS

1. Alarcón H., Cortéz B., Navarrete G. psoriasis anular. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2000; 9(1): 11-14.
2. Arnold H. L. Andrews. *Tratado de dermatología*. 4.ed. Barcelona: Científicas y técnicas, 1993: 207 – 222.
3. Bennett J., Plum F., Gill G., et al. Cecil. *Tratado de Medicina Interna*. 20.ed. México: Mc Graw Hill- Interamericana, 1996; vol. III: 2548 – 2550.
4. Brauchli Y., Jick S., Curtin F., Meier Ch. Lithium, Antipsychotics, and Risk of psoriasis. *Jour Clon Psych*. 2009; 29 (2): 134-140.
5. Chablain U. A. HLA and complement C4 studies in psoriasis vulgarie. *Dermatologic clinicals* 1992; 15(2): 4 – 9.
6. Di Giovanna J., Gross E. Etretinate: Effect of Milk Intake Absorption. *The Journal of investigative dermatology*, 1986: 1 – 5.
7. Eberz B., Berghold A., Regauer S. High Prevalence of Concomitant Anogenital Lichen Sclerosus and Extragenital psoriasis in Adult Women. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 111(5): 1143-1147.
8. Fauci A., Braunwald E., Isselbacher K.J., et al. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 14.ed. Madrid: Mc Graw-Hill- Interamericana, 1998; vol. 1: 342 - 343, 354.
9. Fishleder B.L., Gaitan V., González C., et al. *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas*. 27.ed. Colombia: PLM, 1999: 90.
10. Fitzpatrick T. B. *Color atlas and synopsis of clinical Dermatology*. 3. ed. Mc Graw Hill, 1997: 122.
11. Fitzpatrick T. B., Eisen A., Wolff K., et al. *Dermatology in general medicine*. Mc Graw Hill- Interamericana, 1996; vol. 1: 489 – 511.
12. Granstein R.D. New treat for psoriasis. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(4): 284 – 287.
13. Griffiths T., Voorhees J. Immunopatogenia e inmunoterapia de la psoriasis. *Dermatology clinicals* 1995; 13(4): 805 – 812.
14. Guzzo C. Recent advances in the treatment of psoriasis. *Dermatologic clinics* 1997; 15(1): 59 – 60.

CONOCIMIENTO SOBRE CANCER DE MAMA EN HOMBRE AQUIRIDO EN LA POBLACION MASCULINA QUE ASISTE A UN HOSPITAL.

Carmen Dolores Aracena Acosta* Jhonny León Herrera* Ondina Pérez Amparo* Miguelina Montero Lugo* Mario Alberto del Rosario Núñez*

RESUMEN

Con el objetivo de aportar a la prevención del cáncer de seno, se realizó una investigación con un estudio de corte transversal, descriptivo y longitudinal sobre el conocimiento del cáncer de seno en hombres y la práctica de la población masculina, que asistió al hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, República Dominicana, en el mes de octubre 2010. El propósito fue determinar si la población masculina que asiste al Hospital Juan Pablo Pina tiene conocimiento de la posibilidad de padecer de cáncer de seno, aún siendo hombre. El universo de estudio estuvo constituido por un total de 2698 hombres que se encontraban en el área de consultas en el horario matutino, para el periodo de estudio, la muestra quedó conformada por 791 visitantes y 18 estudiantes de medicina, un total de 809 hombres, distribuida en salas de espera de los servicios prestados. Entre los hallazgos más relevantes de esta investigación está el desconocimiento en 98% de que esta patología puede afectar a los hombres.

Palabras claves: Cáncer de seno, conocimiento, práctica

ABSTRACT

We performed a descriptive, longitudinal and cross sectional an Knowledge on practice of breast cancer men produced with objective of to contribute, breast cancer to prevent; speaking to men

The study universe consisted of total 2698 men visit Juan Pablo Pina Hospital, San Cristobal, Dominican República, october 2010. for purpose of determinig if men population Knowledge it's positibility to suffer from; sample of the population was chosen at morning service 791 and 18 medicine student for total 809, men, of waiting service distribution; was outstanding find 98% don't Knowledge, men have breast cancer.

Keys works: breast cancer, Knowledge, Practice

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un crecimiento anormal de las células del tejido mamario, formando células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama. (3) El cáncer de mama puede presentarse en los hombres, a cualquier edad, pero generalmente se detecta en hombres de entre 60 y 70 años de edad. (11) El cáncer del seno (mama) masculino conforma menos de 1% de todos los casos de cáncer de mama.

En el varón, los tumores mamarios suelen ser por lo general cancerosos, y suelen tener la característica de ser invasivos. (4, 5) Es posible encontrar los siguientes tipos de cáncer del seno (mama) masculino:

- Carcinoma canalicular infiltrante: Cáncer que se ha esparcido más allá de las células que recubren los conductos mamarios. Este es el tipo que padece la mayoría de los hombres con cáncer de mama.
- Carcinoma canalicular in situ: Células anormales que se encuentran en el recubrimiento de un conducto; también llamado carcinoma intracanalicular.
- Cáncer inflamatorio de mama: Un tipo de cáncer en el cual la mama tiene aspecto enrojecido e inflamado y caliente al tacto.
- Enfermedad de Paget del pezón: La extensión a la superficie de un tumor subyacente de los conductos bajo el pezón.

Entre los factores de riesgo a padecer cáncer de seno en los hombres se encuentra:

- Factores endocrinológicos: los tratamientos con hormonas (estrógenos) originan un aumento del riesgo de padecer esta enfermedad.
- Otras enfermedades: enfermedades como el Síndrome de Klinefelter, la ginecomastia, enfermedades hepáticas, o el alcoholismo,
- Factores ambientales: historia laboral con radiaciones, altos hornos, talleres de prensado, o campos electromagnéticos.

Generalmente, el varón consulta al médico más tardíamente que la mujer, ya que muy pocos sospechan que pueda tratarse de un cáncer de mama, por lo raro de esta enfermedad en el sexo masculino. Situación a la que contribuye la falta de información, promoción y publicidad dirigida a la población masculina, cuando se diagnostica, el tumor suele estar más avanzado que en las mujeres, ya que el varón tiene menos cantidad de grasa y tejido conjuntivo, por lo que el tumor tarda menos tiempo en diseminarse hacia ganglios y torrente sanguíneo.

En estudio, publicado en la edición de octubre de American Journal of Nursing, (1) los investigadores encuestaron a 28 hombres que estaban en alto riesgo de cáncer de seno, ya que tenían al menos un pariente de sangre por parte materna con esta enfermedad. El 79 por ciento de los hombres no sabían que los hombres pueden desarrollar cáncer de seno y el 43 por ciento dijo que la enfermedad podría llevarles a cuestionar su masculinidad.

* Médico General

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y de corte transversal sobre el conocimiento y practica que tiene la población masculina del cáncer de seno en hombre. La población objeto del estudio fue un total de 809 hombres representados por 791 hombres y 18 estudiantes de medicina, varones, que estaban en el área de los consultorios del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Republica Dominicana, en el mes de octubre 2010, a los que previo consentimiento se le procedió a realizar una encuesta con las variables edad, servicio, conocimiento y practica adquirido y nivel de escolaridad. Las informaciones se analizaron con proporciones simples en un intervalo de confianza con un valor de P menor de 0.05, considerada estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Luego de recolectada la información se procedió a su análisis e interpretación

Cuadro 1. Distribución por conocimiento sobre cáncer de seno en hombre adquirido por la población masculina que acudió al Hospital Juan Pablo Pina. Octubre 2010.

| Edad | No conoce | (%) | Si conoce | (%) |
|----------|-----------|-----|-----------|-----|
| 19 - 29 | 69 | 7 | 18 | 100 |
| 30 - 39 | 269 | 33 | - | - |
| 40 - 49 | 108 | 16 | - | - |
| 50 - 59 | 211 | 26 | - | - |
| 60 y mas | 134 | 16 | - | - |
| Total | 791 | 98 | 18 | 2 |

Fuente: encuestas aplicada a hombres en consultorios del Hospital.

El 100% de los hombres que refirieron tener conocimiento sobre cáncer de mama en hombre estaba en rango de edades de 19 - 29 años.

Cuadro 2. Distribución por servicio de consulta donde se encontraba el hombre encuestado sobre conocimiento y práctica del cáncer de seno en hombre adquirido por la población masculina que acudió al Hospital Juan Pablo Pina. Octubre 2010.

| Servicios de Consulta | Número | (%) |
|------------------------|--------|-----|
| Medicina general | 246 | 30 |
| Medicina interna | 214 | 26 |
| Urología | 198 | 24 |
| Gastroenterología | 58 | 7 |
| Cardiología | 49 | 6 |
| Oncología | 21 | 3 |
| Estudiante de medicina | 18 | 3 |
| VIH | 5 | 1 |
| Total | 809 | 100 |

Fuente: encuestas aplicada a hombres en consultorios del Hospital.

Es relevante que 21 pacientes, correspondiente a 3% que asisten a consulta de oncología refieren no conocer sobre cáncer de mama en hombre.

Cuadro 3. Distribución por práctica del hombre encuestado sobre conocimiento y práctica del cáncer de seno en hombre adquirido por la población masculina que acudió al Hospital Juan Pablo Pina. Octubre 2010.

| Practica | Si | (%) | No | (%) |
|---|-----|-----|-----|-----|
| Ha oído hablar sobre cáncer de seno en hombre | 18 | 100 | - | - |
| Habla de cáncer de seno en hombre | 18 | 3 | 791 | 97 |
| Se palpa la mama en busca de cáncer | - | - | 809 | 100 |
| Observa su mama en busca de patología | - | - | 809 | 100 |
| Total | 809 | 100 | | |

Fuente: encuestas aplicada a hombres en consultorios del Hospital.

Ninguno de los hombres encuestados tuvo práctica hacia la búsqueda de enfermedad mamaria.

Cuadro 4. Distribución por nivel de escolaridad del hombre encuestado sobre conocimiento y práctica del cáncer de seno en hombre adquirido por la población masculina que acudió al Hospital Juan Pablo Pina. Octubre 2010.

| Nivel de escolaridad | Número | (%) |
|--------------------------|--------|-----|
| Primaria incompleta | 94 | 12 |
| Primaria completa | 118 | 14 |
| Secundaria incompleta | 307 | 38 |
| Secundaria completa | 229 | 28 |
| Técnico vocacional | 43 | 5 |
| Universitaria incompleta | 18 | 3 |
| Universitaria completa | - | - |
| Total | 809 | 100 |

Fuente: encuestas aplicada a hombres en consultorios del Hospital.

DISCUSIÓN

Respecto a la problemática de los años perdidos por causa de cáncer se amplía la brecha cuando el hombre padece de cáncer de mama ya que pocos estudios realizados sobre este tema demuestran que en escasas ocasiones se piensa en este diagnostico, por lo cual la promoción y la prevención está dirigida fuertemente al cáncer de mama femenino, sin embargo es demostrable que tiene mal pronóstico cuando

ocurre en hombres. Casi el 80 por ciento de los hombres en mayor riesgo de cáncer de seno no son conscientes de que los hombres también pueden tener esta enfermedad, según un estudio de American Journal of Nursing, (1) y ninguno de los hombres encuestados señalaron que sus médicos habían hablado con ellos sobre el cáncer de seno. Nuestro estudio revela al 97% de los encuestados con desconocimiento de este tipo de cáncer, solo los estudiantes de medicina encuestados en el Hospital tenían conocimiento y ninguno tuvo práctica en busca de patología mamaria.

REFERENCIAS

1. les, J. Quimioprevención del cáncer de mama.2004: 64
2. American Journal of Nursing. 2006
3. Felipe. R. Oncología clínica. Cáncer de seno. 2005:268
4. González, J. indicaciones de mastectomía. 2003:534
5. Martín, J. Incidencia de cáncer de seno invasivo. 2004:88
6. Revista Cubana Oncología 17; 13(2):104-10. Cáncer de mama factores de riesgo.
7. Rodríguez, M. Prevención de cáncer de mama. 2005:46-47
8. Rodríguez, S. Educación para la salud. Cáncer de mama. 2004: 21-22
9. Sanz. M. Cáncer de mama. Apuntes de oncología. 2003:74
10. Tabaré, M. cáncer de mama y factores de riesgo. 2001: 101-103
11. Valerio. R. Las grasas y riesgo de cáncer de seno. 2006:59

FRECUCENCIA DE GONORREA EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO Y CIRUGÍA DE LA PIEL DR. HUBERTO BOGAERT DÍAZ.

Sévil Ilonka Mota Modeste*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal de tipo descriptivo, con el propósito de investigar la frecuencia de pacientes adolescentes con gonorrea que acudieron a la consulta en el departamento de infecciones de transmisión sexual en el Instituto Dermatológico y Cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert Díaz; en el periodo 2000-2009.

De un total de 4,403 adolescentes consultados durante los diez años, 236 (5.35%) fueron diagnosticados con gonorrea; las edades más afectadas fueron entre 15 y 19 años durante los años 2007 al 2009, siendo el 2008 el más notorio con 147 casos en edad de 19 años; se obtuvo que el sexo más afectado fue el masculino con 204 casos en total, para un 86.44 por ciento; se encontraron 201 casos de solteros para un 85.17 por ciento, seguido por 29 casos de uniones libres para un 12.29 por ciento; dentro del grupo de enfermedades de transmisión sexual anteriores se obtuvo un total de 14 casos para gonorrea equivalentes a un 5.93 por ciento, seguido de 209 casos que no refieren ninguna enfermedad anterior para un 88.55 por ciento; la preferencia sexual más frecuente fue heterosexual con un total de 218 casos correspondientes a 92.3 por ciento; dentro del grupo de jóvenes que no afirman el uso del condón con parejas casuales se encontraron 96 casos para un total de 40.68 por ciento, seguidos de 56 casos que a veces lo usaron para un 23.73 por ciento y 44 casos que refieren nunca haberlo usado para un 18.64 por ciento. Los mayores números de enfermos por año corresponden al: 2005 con 39 casos del total de 419 consultados lo que equivale a 9.30 por ciento, 2004 con 39 casos del total de 443 consultados que equivalen a un 8.80 por ciento y el 2000 con 39 casos de 508 casos consultados equivalentes a 7.68 por ciento.

Palabras claves: Adolescencia, frecuencia, Gonorrea, Consulta.

ABSTRACT

A retrospective study of cross-sectional, descriptive, type in order to investigate the frequency of patients with gonorrhea adolescents who attended the query in the STI in the dermatology Institute and Dr. Huberto Bogaert Díaz; skin surgery department in the period 2000-2009. From a total of 4,403 adolescents consulted during the ten years, a total of 236 (5.35%) were diagnosed with gonorrhea; most affected age were between 15 and 19 years during the years 2007 to 2009, being the most notorious 147 cases corresponding to the age of 19 at 2008; obtained that sex most affected was the male with 204 cases in total for a 86.44percent; found 201

cases whose marital status was unmarried for a 85.17 percent, followed by 29 cases free joints for a 12.29 percent; previous sexually transmitted diseases Group obtained a total of 14 for gonorrhea cases equivalent to a 5.93 percent, followed by 209 cases which does not concern any previous illness for a 88.55 percent; the commonest sexual preference was heterosexual with a total of 218 cases for 92.3 percent; the Group of young people who do not say if they used condoms with casual couples found 96 cases for a total of 40.68 percent cases, followed by 56 cases sometimes use it to a 23.73 percent and 44 cases which concern have never used a 18.64 percent. Larger numbers of patients per year area: 2005 with 39 cases consulted 419 total equivalent to 9.30 percent, 2004 with 39 cases of total respondents 443 amounting to a 6.80 percent to 2000 with 39 cases of 508 consulted cases equivalent to 7.68 percent.

Key words: Adolescence, Frequency, Gonorrhea, Consult.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por un continuo crecimiento, pues es la transición entre la infancia o edad escolar y la edad adulta. Esta transición de cuerpo y mente proviene no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social y, por lo tanto, sus límites no se asocian a las características puramente físicas.¹

Siendo así, la adolescencia un periodo de cambios hormonales en el cual la búsqueda de nuevas experiencias sexuales, han conllevado a que haya un aumento de infecciones venéreas en este grupo de edad, por ello la preocupación en este estudio.

La gonorrea es el prototipo de las enfermedades venéreas clásicas; asimismo es una de las infecciones que ha sido estudiada con mayor atención en los últimos 30 años en relación con sus aspectos clínicos, epidemiológicos, de diagnóstico, de terapéutica y desde diversos ángulos de la relación hospedero-parásito.² Es importante resaltar que los humanos son el hospedero natural del agente etiológico, el cual provoca usualmente infecciones no complicadas de los epitelios mucosos.³

Aparte de la transmisión perinatal, el mecanismo fundamental de transmisión de la infección por *N. gonorrhoeae* es sexual.⁴

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) persisten entre las poblaciones humanas en grupos reservorios caracterizados por tener altas tasas en el número de parejas sexuales. Cuando

*Médico General

se analiza la distribución del número de parejas sexuales diferentes que un grupo representativo de la población dice haber tenido durante el último año, se ha encontrado que proporciones cada vez más pequeñas del grupo entrevistado tienen altas tasas de diferentes parejas sexuales.⁵ Aunque estos individuos representan una pequeña proporción del total de la población son importantes para perpetuar las ITS en poblaciones humanas, ya que tienen altas frecuencias de esas enfermedades, actúan como reservorio y son fuente de infección para otros. Por ejemplo, Brooks y colaboradores documentaron un grupo reservorio de aproximadamente 1, 250 sujetos en relación con una población en riesgo de 300,000 en Manitoba, Canadá, con lo cual bastó para mantener un total de 2,500 casos de gonorrea notificados anualmente.⁶

En Estados Unidos de América (EUA), por ejemplo, la gonorrea ha sido de las enfermedades contagiosas declarada con más frecuencia desde 1965, y en 1979 hubo dos veces más informes de ésta que de otras enfermedades.⁷ En ese país, la incidencia de infecciones causadas por *N. gonorrhoeae* es de aproximadamente 375 casos por cada 100,000 habitantes.⁸ Por otro lado, en México su incidencia se ha mostrado claramente descendente durante los últimos 50 años, ya que pasó de 213 casos por cada 100, 000 habitantes en 1941 a 20 casos sobre el mismo denominador en 1989.⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal que se realizó con el fin de determinar la frecuencia de gonorrea en adolescentes consultados en el Instituto Dermatológico y Cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana durante el periodo 2000-2009.

El universo estuvo constituido por 4,403 pacientes adolescentes que asistieron a la consulta del instituto de transmisión sexual, para una muestra de 236 adolescentes infectados por gonorrea que asistieron a dicha consulta, en el periodo de tiempo antes mencionado. Luego de la revisión de los expedientes médicos y las fichas de estadísticas, se realizó un cuestionario de preguntas y respuestas abiertas y cerradas en el cual se incluían las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, preferencia sexual, número de parejas casuales en los últimos 2 meses, uso del condón en las relaciones sexuales, enfermedad de transmisión sexual anterior y procedencia.

Después de recogida la información, se procedió a la organización y codificación de los formularios, los cuales se tabularon manualmente y se realizaron frecuencias simples.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 4,403 pacientes adolescentes atendidos en la consulta del departamento de infecciones de transmisión sexual del Instituto Dermatológico y Cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert Díaz del 2000 al 2009, 236 (5,35%) fueron adolescentes con gonorrea (Cuadro 1).

Las edades más afectadas fueron entre 15 y 19 años durante los años 2007 al 2009, siendo el 2008 el más notorio con 147 casos correspondientes a los 19 años.

Son especialmente vulnerables las personas jóvenes entre los 15 y los 30 años, dado a que forman el grupo potencialmente con más riesgo de contraerla, por ser sexualmente más activos y con mayor tendencia a cambiar de pareja. Estadísticamente el 80 a 90 por ciento de los casos de gonorrea se detecta dentro de ese grupo. ⁹

En la distribución de sexo, el femenino obtuvo un total de 32

casos para un 13.56 por ciento, el masculino 204 casos para un 86.44 por ciento.

En un estudio realizado en Chile entre los años 2000-2005 se produce un descenso en el número de casos en ambos sexos manteniéndose la mayor proporción en hombres (77.2%), explicado en parte porque esta patología es habitualmente asintomática en las mujeres.¹⁰

Cuadro 1. Frecuencia de gonorrea en adolescentes en el periodo 2000-2009.

| Años | Casos de gonorrea en adolescentes | Total de adolescentes consultados por años |
|-------|-----------------------------------|--|
| 2000 | 39 | 508 |
| 2001 | 18 | 412 |
| 2002 | 23 | 455 |
| 2003 | 17 | 413 |
| 2004 | 39 | 443 |
| 2005 | 39 | 419 |
| 2006 | 14 | 413 |
| 2007 | 12 | 442 |
| 2008 | 16 | 461 |
| 2009 | 19 | 437 |
| Total | 236 | 4 403 |

Fuente: Departamento de Infecciones de Transmisión Sexual en el Instituto Dermatológico y Cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert Díaz.

De los 236 casos afectados, resultaron solteros 201 casos correspondiente a un 85.17 por ciento, seguido por los de unión libre con 29 casos para un 12.29 por ciento y los casados con 6 casos para un 2.54 por ciento.

Los índices más altos de gonorrea se encuentran en jóvenes entre 15 y 30 años, solteros, y grupos de escolaridad y condición socio-económica baja. La frecuencia de infección gonorreica puede ser 50 veces mayor en personas jóvenes, solteras, habitantes de zonas urbanas, que en las casadas, de clase media a media alta. ¹¹

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual anteriores reportadas la gonorrea obtuvo 14 casos de los 236 enfermos para un 5.93 por ciento.

El profesor Sparling sostiene que «no hay pruebas convincentes de que una infección de trasmisión sexual aumente el riesgo de adquirir otra». Otros estudiosos como el equipo de Dallabeta y colaboradores (El Control de las ITS, Editado por USAID), sostienen que las ITS que erosionan las mucosas genitales aumentan el riesgo de contraer el mortal virus del HIV-SIDA. En mi modesta experiencia de atención de ITS por 18 años, considero que sí hay un riesgo que detrás de una ITS pueda «escondarse» otra. ¹²

El número de parejas en los últimos dos meses de los 236 enfermos nos dio un promedio de 16 parejas en los diez años para un 6.78 por ciento.

Los adolescentes y jóvenes son más proclives a descuidarse durante la actividad sexual y a tener varias parejas, por lo que viven altos riesgos de contagio. ¹³

El uso del condón en parejas casuales durante las relaciones sexuales del total de los 236 adolescentes consultados con gonorrea fue el siguiente: No afirmados con un total de 96 casos para un 40.68 por ciento, A veces con 56 casos para un

23.73 por ciento, Nunca con 44 casos para un 18.64 por ciento y los que Siempre usan condón 21 casos para un total de 8.90 por ciento.

La mayor cantidad de adolescentes enfermos consultados en el instituto, procedieron del Distrito Nacional siendo estos 136 casos equivalentes a 57.62 por ciento; los procedentes de Santo Domingo Este con 61 casos para 25.84 por ciento.

Los mayores números de enfermos por año del total de 4,403 adolescentes consultados corresponden al año 2005 con 39 casos del total de 419 consultados lo que equivale a 9.30 por ciento, en el año 2004 con 39 casos del total de 443 consultados que equivalen a un 8.80 por ciento y en el año 2000 con 39 casos de 508 casos consultados equivalentes a 7.68 por ciento.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda a la DIGECITS y a las instituciones pertinentes hacer campañas de difusión nacional para promover el uso adecuado de condones y hacer entregas de manera gratuita en centros de salud competentes, implementar charlas y conferencias donde los jóvenes exterioricen sus inquietudes y aclaren ciertos tabúes.

La orientación y educación en el hogar es vital para el desarrollo de nuestros jóvenes dominicanos en formación.

REFERENCIA

1. <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>
2. http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39n6/gonorra_396-10.pdf
3. Arko RJ. Animal models for pathogenic Neisseria species. Clin Microbiol Rev 1989; 2suppl: 56S-59S.
4. Hook III EW, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. En: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates Jr. W, Lemon SM et al., ed. Sexually transmitted diseases. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1990: 149-165.
5. Uribe-Salas F. Prevalencia y determinantes de enfermedades de transmisión sexual en mujeres trabajadoras en el sexo comercial en la ciudad de México (tesis de Maestría en Ciencias Socio-médicas con énfasis en Epidemiología). México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.
6. Centers for Disease Control. Number of sex partners and potential risk of sexual exposure to human immunodeficiency virus. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1988; 37:565-568.
7. Brooks GF, Darrow WW, Day JA. Repeated gonorrhoea: An analysis of importance and risk factors. J Infect Dis 1978; 137:161-169.
8. Morse SA. Epidemiología de la gonorrea en Estados Unidos de Norteamérica. Diagn Ter Infect 1990; 10:167-168.
9. <http://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20081115084326AAPJzgc>
10. <http://epi.minsal.cl/evigant/numero40/evigia/html/notific/gonorra/gonorra.htm>
11. <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2002/junio/14-junio-2002/sexualidad/sexualidad6.html>
12. <http://epi.minsal.cl/evigant/numero40/evigia/html/notific/gonorra/gonorra.htm>
13. <http://riie.com.ar/?a=24860>

INCIDENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL
MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.**Mabel inoa saviñon, Pedro José García López, Rorayma Jiménez candelaria***RESUMEN**

Con el objetivo de determinar la incidencia de infección puerperal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia marzo - julio 2010, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. De un total de 6273 puérperas 43 pacientes cursaron con infección puerperal, encontrando que la incidencia de infección puerperal fue de 0.68 por cada cien procedimientos. La información se obtuvo a través de un formulario llenado a partir de la historia clínica de las pacientes ingresadas con este diagnóstico. El 100 por ciento de las pacientes con infección puerperal fueron sometidas a desahucio vía cesárea. Los principales factores de riesgo asociados a infección puerperal fueron la infección del tracto genital en un 37 por ciento y la anemia en un 30 por ciento, y que los agentes causales que se aislaron con mayor frecuencia fueron *stafilococos aureus*, *stafilococo spp* y la *cándida albicans*. Con relación a los signos y síntomas los más frecuentes fueron secreción purulenta por la herida y fiebre con 42 y 32 por ciento respectivamente. Se observó que 36 de las 43 pacientes presentaron absceso de pared más endometritis. El rango de edad más afectado osciló entre 20-24 años con un 35 por ciento. La desproporción céfalo-pélvica se presentó en el 33 por ciento siendo la indicación de cesárea más frecuente. El esquema para la antibioterapia utilizada fue penicilina cristalina, gentamicina más metronidazol en un 77 por ciento. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de incentivar la realización de partos vía vaginal y la reducción en la medida de lo posible de los partos por vía cesárea.

Palabras claves: incidencia, infección puerperal, vía de desahucio.

ABSTRACT

In order to determine the incidence of puerperal infection in the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia March to July 2010, we performed a retrospective descriptive study of cross section. 43 of 6273 patients developed puerperal infection, finding that the incidence of puerperal infection was 0.68 per one hundred procedures. The information was obtained through a completed form from the medical records of patients admitted with this diagnosis. 100 percent of patients with puerperal infection were subjected to disengage via cesarean section. The main risk factors associated with puerperal infection were genital tract infection by 37 percent and anemia by 30 percent, and the causative agents were isolated most frequently were *Staphylococcus aureus*,

Staphylococcus spp and *Candida albicans*. With regard to the signs and symptoms the most frequent were wound purulent discharge and fever with 42 and 32 percent respectively. It was noted that 36 of the 43 patients had endometritis with wall abscess. The most affected age range was 20-24 years from 35 percent. The cephalo-pelvic disproportion was made in the 33 percent being the most frequent indication for cesarean section. The scheme for the antibiotics used was crystalline penicillin, metronidazole and gentamicin by 77 percent. The results reinforce the need to encourage the conduct of vaginal births and reduced the extent possible through caesarian births.

Keywords: incidence, puerperal infection, route of embarrassment.

INTRODUCCIÓN

Infección puerperal es un término general utilizado para describir cualquier tipo de infección bacteriana del tracto genital después del parto. La referencia más temprana a la infección puerperal se encuentra en la obra de Hipócrates y del quinto siglo antes de cristo, *De mulierum morbis*. Él atribuyó la condición a la retención del contenido intestinal.

Junto con preeclampsia y hemorragia obstétrica, infección puerperal formó la tríada letal de las causas de las muertes maternas durante muchas décadas del siglo 20.

En un estudio realizado por Guimarães y colaboradores en una maternidad pública en Goiania, estado de Goiás, Brasil, se midió la incidencia de infección en el puerperio la cual fue de 2,92 por ciento. De los 147 casos de infección puerperal analizada, 50,3 por ciento fueron cesáreas e infecciones en el área operatoria, con una tasa de incidencia de 1,47 por ciento; 77 por ciento fueron considerados como infección en el área operatoria superficial; 19 por ciento profundas y 4 por ciento de órgano/cavidad.

En un estudio realizado por Corral en el Hospital Ginecobiológico Docente Tamara Bunke Bider de Santiago de Cuba, se caracterizó las puérperas infectadas según la edad, encontrando que 61/77 puérperas estaban comprendidas entre los 20 y 35 años y un 79.2 por ciento del total de la población, el 11/77 es decir el 14.3 por ciento de las pacientes infectadas eran adolescentes. Existió predominio de pacientes infectadas con parto por operación cesárea con 48/77 pacientes para el 62,3 por ciento. Se observó que en un 46,7 por ciento de los casos se presentó endometritis y de los 60 casos en los que existió aislamiento microbiano en el 44,1 por ciento se aisló como agente causal la *Escherichia coli*, seguido de la *Pseudomona Aeruginosa* 3 casos y un 5 por ciento y en tercer

lugar, el Estafilococo Piógeno en 2 casos para el 3,4 por ciento.

En cuanto a la influencia de algunos factores del parto y el periparto que influyen en la endometritis puerperal, Balestena y colaboradores llevaron a cabo un estudio en el hospital docente ginecoobstétrico «Justo Legón Padilla», el cual reportó un predominio del grupo de 25 a 29 años con respecto a la edad, las adolescentes representaron un 17,32 por ciento. La cesárea predominó en el grupo estudio (50,84 por ciento), al compararlo con el grupo control (33,91 por ciento). Se apreció que 24 pacientes con rotura prematura de membrana tuvieron endometritis, y de estas, 16 tuvieron 20 ó más horas con bolsa rota. En cuanto a las horas de trabajo de parto se hace notar que en el grupo de pacientes con endometritis, la mayoría estuvo 10 o más horas (38,79 por ciento).

Jovanovic y colaboradores en un estudio realizado en la Clínica Central de Serbia identificaron 10 tipos de microorganismos, de los cuales *Escherichia coli* (en un 43,8 por ciento de los casos) y *Enterococcus spp* (en el 27,9 por ciento de los casos) fueron los más frecuentes. Los resultados del estudio muestran que el 10,9 por ciento de las mujeres embarazadas tuvieron resultados positivos de la citología cervicovaginal y que la prevención de la infección debe ir dirigida a *Escherichia coli* y *Enterococcus spp* por ser las más frecuentes.

Vanina y colaboradores realizaron un estudio en la maternidad del Hospital Julio C. Perrando, titulado incidencia y principales indicaciones de cesárea. Se registraron 803 cesáreas, de un total de 5633 nacimientos, con una incidencia del 14%. Las principales indicaciones fueron: Sufrimiento Fetal Agudo 29 por ciento (n=232), Presentación podálica 24 por ciento (n=190), cesárea iterativa 23 por ciento (n=182), falta de progresión 8 por ciento (n=63), desproporción fetopélvica 4 por ciento (n=33), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 4 por ciento (n=33), situación transversa 3 por ciento (n=26), eclampsia 1 por ciento (n=11), otras 4 por ciento (n=33).

La infección puerperal constituye para los países subdesarrollados uno de los principales problema de salud, ya que las infecciones puerperales son causas de morbilidad materna las cuales son evitables mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, no siendo así para los países desarrollados.

República Dominicana, por ser un país subdesarrollado, dichas infecciones se presentan frecuentemente. Esta situación de salud llama la atención de los investigadores porque aún hoy en día, existiendo la terapéutica adecuada y las normas que guían la atención a la mujer durante el puerperio, las muertes maternas debidas a infección puerperal persisten en países subdesarrollados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal cuya finalidad consistió en determinar la incidencia de infección puerperal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Demarcación geográfica

El Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia está ubicado en el sector de Gazcue, D.N. Limitado al norte por la Av. México, al sur por la calle Pedro Henríquez Ureña, al este la calle Félix María del Monte y al oeste por la calle Benito Juárez.

Tiempo de realización

Esta investigación se llevó a cabo durante marzo - julio del año 2010.

Universo

Un total de 6,273 partos realizados.

Población

Todas las púérperas.

Muestra

La constituyó 43 pacientes con infección puerperal ingresadas en la sala de infectología del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Criterio de inclusión

Pacientes con infección puerperal cuyo parto fue realizado en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y que estuvieron ingresadas en la sala de infectología del mismo.

Criterio de exclusión

- Pacientes ingresadas en la sala de infectología con un diagnóstico diferente al de infección puerperal.
- Pacientes inmunodeprimidas.
- Pacientes inmunosuprimidas.

Fuente de Datos (unidad de análisis)

Se utilizó como fuente datos, la historia clínica de cada paciente.

Método, técnica y procedimiento

El método que se utilizó fue la encuesta, empleándose un formulario.

Después de tener la aprobación de la investigación por La Oficina de Tesis de Grado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y el permiso del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia se procedió a visitar la sala de infectología del hospital, donde se identificó a las pacientes ingresadas por infección puerperal. Luego se procedió a revisar la historia clínica de las mismas, en el archivo del hospital, con el fin de identificar y responder a cada uno de los objetivos propuestos.

Procesamiento y análisis de la información

Los datos que se obtuvieron a través de los formularios fueron procesados y analizados mediante recursos informáticos, como son el programa Word y Excel, con la síntesis de datos representados de manera más clara mediante cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Cuadro 1. Incidencia de infección puerperal, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Vías del Parto | Partos realizados | Pacientes infectadas | Incidencia |
|----------------|-------------------|----------------------|-------------|
| Vía vaginal | 3745 | 0 | 0 |
| Vía cesarean | 2528 | 43 | 1.7 |
| Total | 6273 | 43 | 0.68 |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 2. Distribución de los factores de riesgos en pacientes con infección puerperal. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Factor de riesgo | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|-------------|
| Infección del tracto genital | 16 | 37% |
| Anemia | 13 | 30% |
| Rotura prematura de membranas ovulares | 9 | 21% |
| Trabajo de parto prolongado | 4 | 9% |
| Hemorragia | 1 | 2% |
| Total | 43 | 100% |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 3. Agentes causales aislados en las pacientes con infección puerperal. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Agente Causal | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| Stafilococo aureus | 5 | 12 |
| Enterobacter | 4 | 9 |
| Enterobacter + Stafilococo aureus | 2 | 5 |
| Estafilococo coagulasa positivo | 1 | 2 |
| Escherichia coli | 1 | 2 |
| Estafilococo spp | 5 | 12 |
| Estreptococo grupo B | 2 | 5 |
| Enterobacter spp | 1 | 2 |
| Cándida albicans | 5 | 12 |
| Klebsiella + Stafilococ spp | 1 | 2 |
| Cultivo negativo | 7 | 16 |
| Cultivo no reportado | 9 | 21% |
| Total | 43 | 100% |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 4. Distribución de los signos y síntomas por los que acude la paciente. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Signos y síntomas | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| Fiebre | 30 | 32% |
| Secreción purulenta por la herida | 39 | 42% |
| Escalofríos | 6 | 6% |
| Pérdida del apetito | 2 | 2% |
| Flujo vaginal | 2 | 2% |
| Dolor abdominal | 14 | 15% |
| Total | 93 | 100% |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 5. Frecuencia de casos según la localización de la infección. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Localización | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|-------------|
| Absceso de pared + Endometritis | 36 | 84% |
| Infección de la herida quirúrgica | 1 | 2% |
| Absceso de cúpula + Absceso de pared | 1 | 2% |
| Deshicencia de la pared de fascias | 1 | 2% |
| Absceso de pared + Deshincencia de la pared de fascias | 1 | 2% |
| Hematómetra | 1 | 2% |
| Absceso pélvico | 1 | 2% |
| Seroma | 1 | 2% |
| Total | 43 | 100% |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 6. Distribución de la infección puerperal según rango de edad. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Rango de edad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|-------------|
| <15 | 1 | 2% |
| 15-19 | 12 | 28% |
| 20-24 | 15 | 35% |
| 25-29 | 5 | 12% |
| 30-34 | 6 | 14% |
| *>35 | 4 | 9% |
| *Total | 43 | 100% |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 7. Distribución de los casos de Infección puerperal según la vía de parto. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Vía de parto | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Vía vaginal | 0 | 0 |
| Vía cesárea | 43 | 100 |
| Total | 43 | 100 |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 8. Distribución de los casos de infección puerperal según indicación de cesárea. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Indicaciones de cesárea | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Desproporción céfalo-pélvica | 14 | 33 |
| Cesárea anterior | 11 | 26 |
| Rotura prematura de membrana | 9 | 21 |
| Trabajo de parto prolongado | 4 | 9 |
| Trastornos hipertensivos del embarazo | 3 | 7 |
| Sufrimiento fetal agudo | 2 | 5 |
| Total | 43 | 100 |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

Cuadro 9. Esquema de antibióticos administrados en las pacientes con infección puerperal. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010.

| Esquema | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|-------------|
| Penicilina cristalina + metronidazol + gentamicina | 33 | 77% |
| Gentamicina + penicilina cristalina | 3 | 7% |
| Gentamicina + metronidazol | 1 | 2% |
| Penicilina cristalina + metronidazol | 1 | 2% |
| Gentamicina + imipenen | 1 | 2% |
| Imipenen + amikacina | 1 | 2% |
| Fosfomicina + imipenen | 1 | 2% |
| Fosfomicina + imipenen + amikacina | 1 | 2% |
| Imipenen | 1 | 2% |
| Total | 43 | 100% |

Fuente: Archivo Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo - julio 2010

DISCUSIÓN

Gómez Pio y Gaitan Hernando consideran que la infección puerperal es una de las principales causas de morbimortalidad materna en los países en desarrollo. El reconocimiento de factores predisponentes a infección permitirá intervenirlos para prevenir su aparición o si no son prevenibles, utilizar otras medidas que disminuyan su impacto.

Según Carretero en países desarrollados como Estados Unidos, la infección puerperal se cree puede ocurrir entre 1 y 8 por ciento de todas las entregas, es decir, cerca de 3 infecciones puerperales por cada 100.000 entregas. La incidencia de infección puerperal, durante el periodo de estudio, fue de 0.68 por cada cien procedimientos, en comparación con un estudio realizado en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia por las doctoras Castillo, Batista y Reynoso sobre Incidencia de infección puerperal, el cual reporta una incidencia de 0.48 por ciento, observándose un ligero aumento en la misma.

Berensony y colaboradores, plantean que la colonización del tracto vaginal inferior por algunos gérmenes patógenos, como el estreptococo del grupo B, la *Clamidia trachomatis*, el *Mycoplasma hominis* y la *Gardnerella vaginalis*, se asocia a

un incremento del riesgo de infección posparto. Jacobsson y sus colegas reportan un triple riesgo de infección puerperal en un grupo de mujeres suecas en los que la vaginosis bacteriana fue identificada al comienzo del embarazo. De acuerdo a los resultados de esta investigación encontramos que de los factores de riesgo asociados a infección puerperal, la infección del tracto genital fue el más frecuente con un 37 por ciento, lo que concuerda con los estudios de las doctoras Castillo, Batista y Reynoso las cuales muestran que las infecciones cervico vaginales se presentaron en 24 casos para un 75 por ciento.

El rol de la anemia anteparto en el desarrollo de la infección puerperal podría explicarse por la alteración del sistema inmunológico de la puerpera, lo cual a su vez condiciona una mayor susceptibilidad del huésped a infección. La anemia en esta investigación ocupó el segundo lugar con un 30 por ciento, mientras que en el estudio de las doctoras Álvarez y Fortunato se encuentra que de los factores predisponentes la anemia es la más frecuente con un 76.47 por ciento de los casos al igual que en el estudio de las doctoras Castillo, Batista y Reynoso en la cual esta se presenta en el 78.1 por ciento de los casos. Lo que evidencia la influencia de la anemia en la aparición de la infección puerperal.

El estudio de las doctoras Álvarez y Fortunato señala que la rotura prematura de membranas se presenta en un 19.33 por ciento en comparación con las doctoras Castillo, Batista y Reynoso las cuales refieren que esta se presenta en un 65.6 por ciento en su investigación, sin embargo en esta investigación la rotura prematura de membrana se presentó en un 21 por ciento, datos que manifiestan una importante reducción de este factor de riesgo en los últimos años.

En esta investigación se aisló el *stafilococo áureus*, *cándida albicans* y el *stafilococo spp* en un 12 por ciento cada uno. En el estudio realizado por las doctoras Castillo, Batista y Reynoso en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el periodo noviembre 2007 a febrero 2008 los resultados microbiológicos muestran que el agente causal presente con mayor frecuencia fue es el *stafilococos aureus* en el 31.3 por ciento de los casos, el estudio de las doctoras Álvarez y Fortunato realizado en el mismo centro de salud revela que en su investigación este se presenta en un 21 por ciento, lo que muestra que a pesar de mostrar variaciones en su frecuencia continúa siendo el principal agente causal.

Según los autores Comino Delgado y López en la infección puerperal suele existir una clínica general donde hay fiebre, escalofríos, taquicardia y una clínica particular según la forma anatomoclínica caracterizada por molestias locales y signos inflamatorios en la cicatriz en ocasiones con formación de abscesos donde hay secreción purulenta por la herida. Respecto a los signos y síntomas más frecuentes por los que acude la paciente en este estudio se observó que el 42 por ciento de ellas asistió por secreción purulenta de la herida, fiebre en un segundo lugar con 32 por ciento y dolor abdominal con un 15 por ciento, lo que concuerda con los autores Comino Delgado y López. Sin embargo en una investigación realizada por Leyda Vizcaya y colaboradores en el Hospital Central Doctor Plácido Daniel Rodríguez Rivero el motivo de consulta en el 100 por ciento de las pacientes es dolor y cambios de coloración en el área de la herida operatoria.

La endometritis puerperal es la infección más frecuente en obstetricia (Gutiérrez C), siendo el problema mayor en países en vía de desarrollo con poblaciones de escasos recursos económicos y limitaciones nutricionales que pueden crear

cierto grado de inmunodeficiencia (Faro S). En relación a la topografía de la infección puerperal se observó que de las 43 pacientes en estudio 36 presentaron absceso de pared en combinación con endometritis lo que representó un 84 por ciento. Los resultados de las doctoras Castillo, Batista y Reynoso refieren que la infección del sitio quirúrgico, la endometritis más infección del sitio quirúrgico y la endometritis por si sola se presentan en 37.50, 28.13 y 15.63 por ciento respectivamente. Sin embargo los resultados del estudio realizado por las doctoras Mejía y Santos sobre el comportamiento de los factores de riesgo de infección puerperal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia difiere de los mencionados en que la endometritis es la causa de ingreso en el 55.71 por ciento de las pacientes.

De acuerdo con los autores Mazzocco, Pérez y colegas uno de los factores que se debe tener presente es la edad materna, pues la adolescencia es una etapa de la vida reproductiva de la mujer muy vulnerable para que se produzca esta afección debido al hecho de que los órganos genitales están pocos desarrollados y, por tanto, tienen más posibilidad de que se produzcan traumas obstétricos con la consiguiente infección. Varios son los investigadores que relacionan la adolescencia con la infección puerperal.

Con relación a la edad de las pacientes estudiadas se observó que el rango de edad predominante osciló entre 20-24 años con 15 casos que corresponde a un 35 por ciento, seguido de las pacientes con edades comprendidas entre los 15-19 años con 12 casos para un 28 por ciento. Lo que se corresponde con la investigación realizada por las doctoras Álvarez y Fortunato en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia donde las edades más afectadas están comprendidas entre 20-24 años seguido de las pacientes entre 15-19 años con un 34.45 y 31.93 por ciento respectivamente, sin embargo los resultados de las doctoras Castillo, Batista y Reynoso reportan que el 43.8 por ciento de todas las pacientes afectadas corresponden a las edades entre 20 y 29 años.

La ruta de entrega es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de infección uterina (Burrows y col, 2004; Koroukian, 2004). Moniff plantea que la incidencia de infección puerperal en la cesárea oscila entre 3 y 20 veces más que en el parto vaginal. La vía de parto que se llevó a cabo en las 43 pacientes en el estudio realizado fue la vía cesárea para un 100 por ciento de los casos, lo que se corresponde con el estudio de las doctoras Castillo, Batista y Reynoso en el cual la mayor parte de los casos de infección puerperal se presentan luego de un parto por vía cesárea con 30 casos, pero difiere en que se presentan 2 casos de infección por vía vaginal.

Según la Organización Mundial de la Salud en años reciente se ha generado gran preocupación porque la operación cesárea se realiza frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, por el beneficio económico que dan al hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. En la indicación de cesárea la desproporción céfalo-pélvica se presentó con una frecuencia de 14 casos para un 33 por ciento, seguido de cesárea anterior con 11 casos y rotura prematura de membrana con 9 casos, para un 26 y 21 por ciento respectivamente, siendo las indicaciones de cesárea más frecuentes. Datos que coinciden con los resultados del estudio realizado en el servicio de obstetricia del Hospital General de Oxapampa en el cual la desproporción cefalopélvica se presenta en un 21,1 por ciento y cesárea previa en 11,9 por ciento, las cuales se constituyen en las indicaciones más frecuentes. Este estudio

difiere con la investigación de las doctoras Álvarez y Fortunato en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, las cuales en su estudio refieren que la principal indicación de cesárea es la cesárea anterior en un 29.07 por ciento, seguida de la desproporción céfalo-pélvica con 24.41 por ciento.

Se utilizan diversas elecciones de terapia antibiótica inicial, siendo casi todas exitosas. Es tradicional brindar cobertura antibiótica adicional si no ha habido respuesta a las 48 o 72 horas. De las 43 pacientes estudiadas, en el 77 por ciento de ellas se utilizó un esquema de penicilina cristalina, gentamicina más metronidazol, lo que concuerda con el estudio realizado por las doctoras Castillo, Batista y Reynoso en el cual la penicilina g cristalina, metronidazol y gentamicina son los más administrados. Otro estudio realizado por las doctoras Mejía y Santos sobre comportamiento de factores de riesgo de infección puerperal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia arroja los mismos resultados. Estos estudios concuerdan con los regímenes antibióticos recomendados por la Organización Mundial de la Salud que sugiere una combinación de ampicilina, gentamicina y metronidazol en países en vía de desarrollo.

REFERENCIAS

1. Cunningham F. Gary, Leveno J. Kenneth, Bloom L. Steven, Hauth C. John, Rouse Dwight J, Spong Y. Catherine. The Puerperium. EN: Williams Obstetrics. P 577
2. Euripedes Guimaraes R Elisângela, Couto Machado C Tania, De Oliveira Adriana C. Infección puerperal desde el punto de vista de la atención humanizada al parto en una maternidad publica en Goiania, estado de Goias, Brazil. Rev Latino-am Enfermagem [Internet].2007; jul-ago [consulta el 4 de abril de 2010]15(4):4.Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlaelv15n4/es_15n4a03.pdf consulta el 4 de abril de 2010.
3. Corral Manuel C. Antecedentes Perinatales de Mujeres con Infección. Rev electrónica de portales médicos [Internet]. 2006; Jul 30: 3 [consulta el 6 de Mayo de 2010]. Disponible en: http://www.portales_médicos.com/publicaciones/articulos/266/3/Antecedentes-Perinatales-de-Mujeres-con-Infeccion
4. Balestena Sánchez J, Ortiz Aguiar L, Arman Alessandrini G. Influencia de algunos factores del parto y del periparto que influyen en la endometritis puerperal. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005; 31(1)]. Disponible en: URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/ginsu105.htm Consultada el 7 DE ABRIL DEL 2010.
5. Jovanovic N, Terzic M, Dotlic J, Aleksic S. Prevención de la endometritis postparto: antibiótico de elección. (Revisión PubMed traducida). EN: La PubMed. Bethesda National library of medicine 1966. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19950757> (Traduced the National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike. Bethesda MD, 20894 USA).
6. Lepore Gisela Vanina, Sampor Claudia Vanesa, Storni María Paola, Pardo Pablo Leandro. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2005 Oct. [Consulta el 28 de agosto de 2010]; (150):9-12.Disponible en:URL:http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.htm
7. Alvarez A Delba, Fortunato Maria. Factores asociados al puerperio patológico en las pacientes atendidas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia,

- enero – diciembre [Tesis doctoral]. Santo Domingo, D. N. 2003.
8. Mejía Adalgisa, Santos Vianel. Comportamiento de los factores de riesgo de infección puerperal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, desde el 1ro de diciembre el 2001 al 30 de Abril del 2002 [Tesis doctoral]. Santo Domingo D. N.2003.
 9. Rivas Vizcaya L. Y, Mendoza M, Herrera A, Navarro M, Rivero M, Peña J. Incidencia de absceso de pared en pacientes postcesárea. Hospital Central “Dr. Plácido Daniel Rodríguez Rivero”. San Felipe. Caracas, Venezuela: 2005. Disponible en: URL <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeVeintidos/Congreso/ArchivosHTML/Codigo127.htm>

USO DE LA TROMBOLISIS EN EL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.
HOSPITAL SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER

Indhira del orbe García, Denys malenny Báez puesan, Martina mota Brito, Ruth agüero de robles, msp

RESUMEN

Con el objetivo de describir el uso de la trombolisis en pacientes con infarto agudo al miocardio, atendidos en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier, Santo Domingo, Distrito Nacional, en el período comprendido desde mayo 2009 hasta mayo 2010; se llevó a cabo un diseño de estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se trabajó con una población de 73 pacientes, donde la muestra la constituyeron 23 pacientes con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST. La recolección de la información se realizó a través de un formulario teniendo como fuente de información de los expedientes clínicos de los pacientes. Los resultados demuestran que fue menor el número de pacientes trombolizados frente a los no trombolizados para un 43.50 por ciento. Fueron atendidos con diagnóstico de infarto agudo al miocardio un número mayor de hombres por encima de 70 años de edad para un 34.80 por ciento, frente a un 13 por ciento de mujeres entre 55 y 59 años de edad. El dolor torácico fue la manifestación clínica más frecuente representando un 44.10 por ciento. La variedad topográfica más frecuente fue el infarto de cara anterior para un 35 por ciento. El 50 por ciento de la trombolisis se realizó entre las 2 a 6 primeras horas de inicio de los síntomas. La principal causa de exclusión para la trombolisis lo constituyó el tiempo de 12 horas para un 61.50 por ciento de los casos. El uso de trombolítico con estreptoquinasa fue aplicado en un porcentaje importante, representando un 100 por ciento de los casos.

Palabras claves: Infarto agudo al miocardio, Uso de trombolisis.

ABSTRACT

In order to describe the use of thrombolysis in patients with acute myocardial infarction treated at the Hospital Salvador Welcome Gautier, Santo Domingo, Distrito N ational, in the period May 2009 to May 2010, was carried out design descriptive study, retrospective and cross-sectional, we worked with a population of 73 patients, where the sample comprised 23 patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation. The data collection was done through a form as an information source having the medical records of patients, changes, electrocardiograms. The results show that was less than the number of patients compared to non trombolizados for 43.50 percent. Were treated with a diagnosis of acute myocardial infarction a greater number of men over age 70 for 34.80 percent, compared with 13 percent of women between

55 and 59 years of age. Chest pain was the most common clinical manifestation representing 44.10 percent. The varied topography was the most frequent anterior infarction to 35 percent. 50 percent of thrombolysis was performed between 2 and 6 hours of symptom onset. The main cause of exclusion for the thrombolysis time was 12 hours for a 61.50 per cent of cases. The use of thrombolytic therapy with streptokinase was applied in a significant percentage, representing 100 percent of cases.

Key words: acute myocardial infarction, use of thrombolysis

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares han constituido en los últimos tiempos unas de las principales causas de muerte en la población adulta, en donde engloban a un grupo de eventos coronarios, entre ellas el infarto agudo al miocardio. Esta entidad clínica es la presentación más frecuente de cardiopatía isquémica, siendo una de las entidades que se diagnostican con mayor frecuencia.

Desde 1930 la mortalidad causada por infarto agudo al miocardio ha aumentado significativamente, se considera que el motivo de este aumento es el descenso de la mortalidad por otros procesos, que ha ocasionado que un mayor número de personas llegue a la edad en el que la oclusión coronaria es más frecuente. **

Ante la presencia del infarto agudo del miocardio se han tomado diferentes alternativas terapéuticas como es la trombolisis, cuyo objetivo primario es lograr y conservar el libre tránsito de sangre en la arteria que irriga la zona infartada. Un objetivo secundario es disminuir la tendencia a la trombosis y con ello la posibilidad de que se formen trombos murales. Pero no todos los pacientes son beneficiados con esta medida terapéutica, ya que existen unas series de criterios que hay que tener en cuenta al momento de trombolisar a un paciente con infarto agudo de miocardio.

El uso de agentes trombolíticos se ha constituido una medida terapéutica muy utilizada en el tratamiento de la afección coronaria estudiada. Por esta razón, el propósito de este estudio radica en conocer cuáles criterios hay que tener en cuenta al momento de trombolisar a un paciente que presente signos y síntomas de infarto agudo al miocardio, cuál es el tiempo óptimo para realizarlo y en cuáles condiciones no se puede llevar a cabo dicho tratamiento. Este trabajo de investigación abre nuevas posibilidades de que el paciente reingrese a su vida cotidiana con las menores complicaciones

y mejores resultados.

La importancia que adquiere este estudio radica en que a través de este se podrán hacer nuevas investigaciones acerca de los trombolíticos y su uso, permitiendo así al personal de salud obtener nuevas informaciones y capacitarse mejor acerca de su manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo y de corte transversal del uso de la trombolisis en pacientes con infarto agudo al miocardio en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009 – Mayo 2010.

Población:

73 pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio que llegaron al Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

Muestra:

23 pacientes que presentaron infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, que corresponde al 31,5 por ciento de la población de estudio.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes que presenten dolor típico de infarto agudo al miocardio de más de 20 minutos de evolución.
2. Pacientes mayores de 30 años de edad.
3. Pacientes con criterios electrocardiográfico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.
4. Pacientes con tiempo menor de 24 horas de evolución del inicio de los síntomas.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que no presenten signos y síntomas de infarto agudo al miocardio.
2. Tiempo mayor de 24 horas de evolución del inicio de los síntomas.
3. Pacientes que no presenten criterio electrocardiográfico.

Fuentes de información

La información se obtuvo de los expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio.

Método y procedimiento

El método para la recolección de la información lo constituyó un formulario con preguntas cerradas y de selección, el mismo tenía un contenido de 8 preguntas, las primeras estaban dirigidas a la caracterización de los pacientes y la segunda sección a las caracterización del uso de la trombolisis, entre las cuales se encuentran los criterios clínicos, electrocardiográficos, el tiempo entre el inicio de los síntomas y el uso de la trombolisis, variedad topográfica del infarto y las causas de exclusión del tratamiento trombolítico.

RESULTADO

Cuadro 1. Uso de la trombolisis en el infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009 – Mayo 2010.

| Pacientes infartados | Cantidad | Porcentaje |
|----------------------------|----------|------------|
| Pacientes Trombolisados | 10 | 43.50% |
| Pacientes no Trombolisados | 13 | 56.50% |
| Total | 23 | 100.00% |

Fuente: expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- mayo 2010.

Cuadro 2. Edad y sexo de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- Mayo 2010.

| Edad (años) | Sexo | | | |
|--------------|-----------|------------|----------|------------|
| | Masculino | | Femenino | |
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| 30-34 | 1 | 4.34 | -- | -- |
| 35-39 | 2 | 8.60 | -- | -- |
| 40-44 | -- | -- | -- | -- |
| 45-49 | 2 | 8.60 | -- | -- |
| 50-54 | -- | -- | 1 | 4.34 |
| 55-59 | -- | -- | 3 | 13 |
| 60-64 | 2 | 8.60 | 1 | 4.34 |
| 65-69 | 2 | 8.60 | -- | -- |
| >70 | 8 | 34.80 | 1 | 4.34 |
| Total | 17 | 74.0 | 6 | 26.0 |

Fuente: Expediente clínico de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- mayo 2010.

Cuadro 3. Criterios clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009 – Mayo 2010.

| Criterios clínicos | Número | Porcentaje |
|--------------------|--------|------------|
| Dolor torácico | 19 | 44.10 |
| Diaforesis | 6 | 13.95 |
| Vómitos | 3 | 6.97 |
| Náuseas | 3 | 6.97 |
| Epigastralgia | 6 | 13.95 |
| Mareos | 3 | 6.97 |
| Disnea | 3 | 6.97 |
| Total | 43 | 100,0 |

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- mayo 2010.

Cuadro 4. Localización más frecuente del infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009 – Mayo 2010.

| Localización del infarto agudo al miocardio | Número | Porcentaje |
|---|--------|------------|
| Cara anterior | 8 | 35% |
| Cara inferior | 7 | 31% |
| Cara anterior extensa | 3 | 13% |
| Cara lateral | 4 | 17% |
| Cara septal | 1 | 4% |
| Total | 23 | 100% |

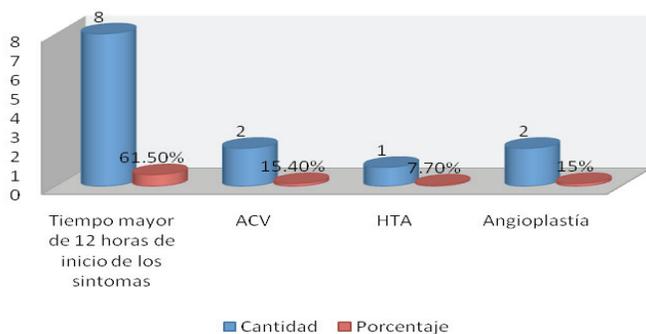
Fuente: expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- mayo 2010.

Cuadro 5. Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el comienzo de la trombolisis. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009 – Mayo 2010.

| Tiempo entre el inicio de los síntomas y la trombolisis | Número | Porcentaje |
|---|--------|------------|
| <2 horas | 2 | 20.00 |
| 2-6 horas | 5 | 50.00 |
| 7-12 horas | 3 | 30.00 |
| Total | 10 | 100 |

Fuente: expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- mayo 2010.

Cuadro 6. Principales causas de exclusión del tratamiento en los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio no trombolisados. Mayo 2009 – Mayo 2010.



Fuente: cuadro no

Cuadro 7. Trombolítico más utilizado en los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009 – Mayo 2010.

| Trombolítico más usado | Cantidad | Porcentaje |
|------------------------|----------|------------|
| Estreptoquinasa | 10 | 100 |
| Total | 10 | 100 |

Fuente: expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Mayo 2009- mayo 2010.

DISCUSIÓN

Hay una serie de opciones terapéuticas que reducen la mortalidad en el infarto agudo al miocardio. Estas opciones comprenden el restablecimiento temprano del riego sanguíneo, como sucede cuando se administra el tratamiento trombolítico. La decisión de administrar trombolíticos debe basarse en criterios inmediatos como la anamnesis, el examen físico y el electrocardiograma. Cuando los tres son concordantes, se debe iniciar de inmediato la trombolisis, a menos que exista alguna contraindicación.

Al examinar los expedientes clínicos de los pacientes con infarto agudo al miocardio y aplicación de las terapias trombolíticas, se obtuvo un predominio de los pacientes no trombolisados para un 56.50 por ciento contra un 43.50 por ciento de los pacientes trombolisados. Al comparar

estos hallazgos con otros estudios, como el realizado por un grupo de residentes en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Superior de Medicina Militar en Cuba en el año 2008, determinaron que el 73.6 por ciento de los pacientes con infarto agudo al miocardio no se le aplicó tratamiento trombolítico. Sin embargo, en otras investigaciones realizadas en Cuba por el doctor José Martínez en el año 2007, existe una discrepancia con esta investigación, ya que en el 66,6 por ciento de los casos los pacientes fueron trombolisados.

En el presente estudio fueron atendidos con diagnóstico de infarto agudo al miocardio un número mayor de hombres por encima de 70 años de edad para un 34.80 por ciento, frente a un 13 por ciento de mujeres entre 55 y 59 años de edad. Este trabajo de investigación difiere con el realizado por un grupo de residentes de urgencias médicas y de medicina general con una población de 70 pacientes basado en el infarto agudo al miocardio y trombolisis en la unidad de trauma shock, en la clínica popular Simón Bolívar de enero a diciembre del 2007, determinando que existió un predominio del sexo masculino con un 61.5 por ciento y el grupo de edades más afectado fue el de 65-74 años en ambos sexos. Estudios de observación efectuados durante los últimos años confirman el exceso de riesgo coronario de varones, en comparación con las mujeres premenopáusicas. Sin embargo, tras la menopausia, el riesgo coronario femenino se acelera. Al menos una parte de la aparente protección contra la cardiopatía isquémica de que goza la mujer premenopáusica se debe a que sus concentraciones de colesterol de lipoproteína de alta densidad son relativamente más elevadas que la de los varones. Tras la menopausia, estas concentraciones de lipoproteína de alta densidad disminuyen, al tiempo que aumentan el riesgo coronario. En cuanto a la edad, el aumento de sufrir un infarto agudo al miocardio es mayor mientras más edad tenga el paciente; esto se debe a la progresiva acumulación de aterosclerosis coronaria y a la asociación con los numerosos factores de riesgo vinculados con el envejecimiento, el tabaquismo, la HTA y dislipidemias.

Entre los criterios clínicos presentados por los pacientes con infarto agudo al miocardio, el dolor torácico constituyó el principal síntoma, el cual corresponde a un 44.10 por ciento de los casos. Coincidiendo éste con el estudio realizado por el doctor Carlos Delfín y colaboradores en el Hospital Universitario Calixto García, La Habana, en el período julio-diciembre 2005, con una población de 101 pacientes de los cuales 87 presentó dolor retroesternal como manifestación clínica preponderante para un 86.1 por ciento de los casos.

La localización más frecuente del infarto fue la cara anterior para un 35 por ciento, seguido de la cara inferior para un 31 por ciento de los casos. Los resultados de este estudio van acorde con los publicados en Cuba en el año 2005, quienes realizaron un estudio sobre el tratamiento invasivo del infarto agudo del miocardio en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en una población de 203 pacientes, quienes encontraron que la cara anterior fue la localización más frecuente del infarto. Sin embargo, difieren los resultados de otro estudio realizado por un grupo de especialistas en Venezuela en el período comprendido entre octubre 2006 hasta agosto de 2007, en donde la muestra estuvo integrada por las historias clínicas de 44 pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, y quienes encontraron que el infarto de miocardio más frecuente en el estudio fue el de cara inferior con 13 pacientes lo que representó un 29,6 por ciento del total. En segundo lugar le correspondió a la cara septal con 10 pacientes para un 22,7 por ciento.

El número de pacientes tratados entre el tiempo desde el inicio de los síntomas y la trombolisis fue mayor entre las 2 y 6 primeras horas el cual corresponde al 50 por ciento. En España se realizó un estudio basado en el tratamiento extrahospitalario del infarto agudo al miocardio en una población de 981 pacientes en el año 2005, en donde concluyeron que el 18 por ciento de la trombolisis se realizó en la primera hora de evolución, y el 68 por ciento en las primeras 2 horas. Un metaanálisis reciente realizado en Chile demostró que el mejor efecto se consigue cuando la trombolisis se inicia antes de 2 horas de comenzados los síntomas, por lo cual sigue siendo importante que el paciente o sus familiares llamen precozmente al servicio de ambulancias.

La principal causa de exclusión para el uso de la trombolisis lo constituyó el tiempo mayor de 12 horas para un 61.50 por ciento seguido de la realización del procedimiento quirúrgico de angioplastia. Este estudio va acorde va acorde con el realizado por los residentes de cardiología de segundo y tercer año en una población de 45 pacientes ingresados con diagnóstico clínico y electrocardiográfico de infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" desde enero de 2003 hasta diciembre del 2007, encontrando que la causa más frecuente que impidió la trombolisis fue el infarto de más de 12 horas de evolución con 13 pacientes para un 28,88 por ciento. En Chile, de acuerdo al estudio GEMI, hasta el 40 por ciento de los pacientes no recibe terapia trombolítica. La principal causa es el ingreso tardío mayor de 12 horas de los pacientes, pero en otros casos se debe a contraindicaciones del uso de trombolíticos.

Para la aplicación de la trombolisis el fármaco más utilizado fue la estreptocinasa para un 100 por ciento. Este estudio coincide con el realizado por el Grupo de Estudio Multicéntrico del Infarto (GEMI) en el año 2008, en donde los trombolíticos utilizados en orden de frecuencia fueron la estreptocinasa en 91,4 por ciento, activador tisular del plasminógeno en 2,3 por ciento y tenecteplasa en 6,3 por ciento.

REFERENCIAS

1. Adrian Charask. Tratamiento coadyuvante de la trombolisis en el infarto agudo de miocardio con supradesnivel del ST. Revista Argentina de Cardiología (revista en internet) *junio 2006. (acceso 7 de abril de 2010); 74 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185037482006000400010&script=sci_arttext
2. Bastante Valiente T, Ruiz Mateo B, Iborras Cuevas C, Suárez Barrientos A, González Ferrer J, Bordes Galván S, Martínez Santo P, Molina Villar M, Balbacid Domingo E, Jurado Román A, Fernández Jiménez M, Agustín Loeches J, Vilbas Bacones E, Núñez Gil I, Pozo E, Borrego Bernabé L, Cobos Gil M, García Rubira J, Fernández Ortiz A, Macaya Miguel C. Cardiología y cirugía cardiovascular. 3ra edición. España: Grafinter, S.L.; 2006.
3. Braunwald, Kasper, Hauser, Logo Jameson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna, Vol. I y II. 17ma edición. Mexico: McGrawHill; 2008.
4. Caccavo A, Alvarez A, Bello F, Ferrari A, Carrique A, Lasdica S, Urizar R. Análisis comparativo entre estreptoquinasa y trombolíticos fibrinoespecíficos en el infarto agudo de miocardio. Revista Federal de Argentina Cardiologica (revista electrónica)*2009. (acceso 5 de julio de 2010). 38 (7).
5. Carballo J. Infarto agudo al miocardio. Comportamiento en sala de terapia intensiva. (Monografías internet)*2010 (acceso 5 de julio 2010). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2196/1/Infarto-agudo-del-miocardio-Comportamiento-en-la-sala-de-terapia-intensiva.html>
6. Casana G, Yushymitt B. Infarto agudo del miocardio, su diferencia entre sexos en la tercera edad. Revista Cubana de Enfermería (revista electrónica)*2008. (acceso 10 de julio 2010). 24 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192008000300002&script=sci_ABSTRACT
7. Castillo López B, Campusano Váldez A, Hernández Pedroso W, Trueba Rodríguez D, Salazar González T, Cueto Melo A. Diagnóstico de infarto agudo al miocardio: valor y limitaciones de la clínica y los complementarios. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias (revista electrónica)*2008. (acceso 20 de julio 2010). 7(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_3_08/mie05308.htm
8. Cooper D, Frainik A, Lubne S. Hilary E. Reno, Scott T. Micek. Manual Washignton de Terapeutica Médica. 32va edición. Estados Unidos: EDIDE, SL; 2007. Pag.432- 438
9. Delfin Ballester C, Rodríguez Martorell F, Domínguez Torres A, Rodríguez Alvarez A, De León Llaguno N. Infarto agudo del miocardio en la unidad de cuidados intensivos de emergencias. Hospital universitario Calixto garcia. La habana. Revista cubana de medicina intensiva y emergencias (revista electrónica) * 2006. (acceso el 10 de agosto 2010). 5(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol5_4_06/mie08406.htm
10. Diccionario médico Ocean Mosbi. 2da edición. España: Océano Ámbar; 2005.
11. Domínguez R. Infarto agudo al miocardio y trombolisis en la unidad trauma shock. Publicado el 14 de septiembre del 2009. (acceso 5 de julio del 2010). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1674/7/Infarto-agudo-del-miocardio-y-trombolisis-en-la-unidad-de-trauma-shock>
12. Escobar E, Véjar M, Del Pino R. Lesiones subepicárdicas en Chile. Infarto agudo del miocardio con supradesnivel del segmento ST. Revista Chilena de Cardiología (revista electrónica)*abril 2009. (acceso 5 de julio del 2010). 28 (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602009000100007&lng=pt&nrm=iso
13. Gajardo Narvarrete L, Olmos Coelho A. Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST trombolisado. Revista Chilena de Cardiología (revista electrónica)*2006 (acceso 30 de abril del 2010). 25(1). Disponible en: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:DPYcT32xe5wJ:www.sscardio.org/wp-content/uploads/2007/revisiones/GajardoSCA.pdf+critérios+de+reperfusion+post+trombolisis>
14. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 10ma edición. Madrid: McGrawHill; 2006.
15. Guarda E, Prieto J, Sanhueza P, Dauvergne C, Asenjo R, Corbolán R. Guías 2009 de la Sociedad Chilena de Cardiología para el tratamiento del infarto agudo del miocardio con supradesnivel del ST. Revista Chilena de Cardiología (revista electrónica)*2009. (acceso 10 de julio 2010). 28:223-254. Disponible en:
16. <http://www.scielo.cl/result.html?cx=002778039995109>

- 192455%3Amjmf2dvt3c&cof=FORID%3A11&q=tiempo+entre+el+inicio+de+los+sintomas+y+la+trombolisis#1470
17. Guedes R, Sánchez F, Cabezas I, Testar J, Arocha Y, Núñez J. Letalidad del infarto agudo al miocardio. *Revista Médica Electrónica (revista en internet)*2009* septiembre-octubre. (acceso 7 de abril del 2010); 31(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000500002&script=sci_arttext
 18. Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
 19. Kauffman Ronald. Infarto agudo del miocardio: el factor tiempo. *Revista médica Chile (revista electrónica)*2008*. (acceso 10 de julio 2010). 136: 1095-1097. Disponible en: <http://www.scielo.cl/result.html?cx=002778039995109192455%3Amjmf2dvt3c&cof=FORID%3A11&q=tiempo+entre+el+inicio+de+los+sintomas+y+la+trombolisis#1470>
 20. Libby P, Bonow R, Mann D, Zipes D. Braunwald Tratado de Cardiología, Volumen II. 8va Edición. España: Elsevier; 2009. Pg. 1233-1292.
 21. Liones Opie, Bernard Gersh. Fármacos para el corazón. Madrid: Elsevier; 2005. 6ta edición.
 22. López Navarro F, Bosch Genover X, Azpitarte Almagro J, Bayés de Luna A, Betriu Gilbert A, Brugada Terradellas J, Candell Riera J, Castell Conesa J, Cortina Llosa A, Fernández C, Delcán J, Ferreira Montero J, Fuster de Carulla V, García Civera R, Guindo Soldevila J, López García V, López Merino V, López Sendón J, Marín Huerta E, Miró Meda J, Paré Bardera J, Sanz Romero G, Soler J, Serra Peñaranda A, Tornos Mas M, Viñolas Prat X. López Ramírez M, Quirantes Moreno A, López Ramírez D. Caracterización del infarto agudo al miocardio. *Revista cubana de medicina general integral (revista electrónica)*2009* octubre-diciembre. (acceso 5 de julio del 2010); 25(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000400015&script=sci_arttext
 23. Manual de directrices e informes científicos de la American Heart Association. Valentín Fuster. España: J & C ediciones médicas, sl; 2009.
 24. Matarama Peñate M, Llanio Navarro R, Muñiz Iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
 25. Mellado Vergel F, Rosell Ortiz F, Ruiz Bailén M. Tratamiento extrahospitalario del infarto agudo al miocardio. *Revista Española de cardiología (revista electrónica)*2005* (acceso 28 de abril del 2010); 58 (11). Disponible en: http://www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=45&ident=13080957
 26. Ministerio de salud. Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
 27. Nazzal C, Campos P, Corbalán R, Lanús F, Jorge B, Sanhuesa P, Cavada G, Prieto J. Impacto del plan AUGÉ en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supradesnivel ST. *Revista médica de Chile (revista electrónica)*2008* (acceso de 25 de abril). 136:1231-1239. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:c7YWmxRAiUJ:www.scielo.cl/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0034-98872008001000001%26lng%3De%26nm%3Diso%26tlng%3De+criterios+de+reperfusion+post+trombolisis&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=do&lr=lang_es
 28. Peñate M. Medicina Interna. Diagnostico y Tratamiento. Editorial Ciencias Médicas; 2005.
 29. Prieto J, Sanhuesa C, Martínez N, Nazzal C, Corbalán R, Cavada G, Fernando L, Bartolucci J, Campos P. Mortalidad intrahospitalaria en hombres y mujeres según terapias de reperfusión en infarto agudo del miocardio con supradesnivel del ST. *Revista médica de Chile (revista electrónica)*2008*. (acceso 10 de julio 2010). 136(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200001&script=sci_arttext
 30. Runge M, Magnus Ohman E. Netter Cardiología. Infarto agudo al miocardio. España: Elsevier; 2006.
 31. Ramírez Dirocie W. Cardiología en atención primaria. Infarto agudo del miocardio. En: Almonte, editor. *Cardiología en atención primaria*. Primera edición. Santo Domingo: Centenario; 2005.p.145-152.
 32. Sociedad Europea de Cardiología. Manejo del infarto agudo al miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Revista Española de Cardiología (revista electrónica)*2009* (acceso el 30 de abril 2010); 62(3). Disponible

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Tesis.

Guía para su elaboración y redacción

Autor: Dr. Rubén Darío Pimentel

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

PRECIO: RD\$ 300,00.

OBESIDAD EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL LUIS EDUARDO AYBAR.

Onelva Y. Torres R; Yoanna del C. Torres R; Pedro J. Jiménez R; Hosanna Alcántara Turania Herrera B.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, cuyo objetivo consistió en determinar la frecuencia de obesidad en adolescentes que asistieron a consulta de endocrinología del Hospital Luis Eduardo Aybar en el periodo marzo 2009-marzo 2010. Con una población de 264 pacientes para una muestra de 15 adolescentes que presentaron obesidad. Se utilizó el cuestionario como instrumento de recolección de informaciones. Para el cálculo del índice de masa corporal (IMC) se realizó lo siguiente; de acuerdo con la OMS; se realizara el cálculo de peso/talla². Luego utilizamos la tabla de percentil para determinar si es obeso, ya que en niños y adolescentes se trabaja con percentiles. Para una frecuencia de 5.7 por ciento de obesidad en adolescentes. Los hallazgos más relevantes fueron los siguientes: 20 por ciento de los pacientes tenían edad de 11 años, el 26.6 por ciento de los pacientes asistieron a la consulta en el mes de febrero, el 60 por ciento eran de sexo femenino, el 20 por ciento correspondió a la edad de 11 años cursando el nivel escolar primario, la diabetes con un 53.3 por ciento fue la principal comorbilidad, un 66.7 por ciento de la obesidad se presentó por una mala conducta alimentaria, seguido por un 26.7 por ciento correspondiente a un factor hereditario. Conclusión: en la etapa temprana y tardía de la adolescencia se presentó el mayor número índice de masa corporal por encima de 95 percentil.

Palabra clave: Obesidad, Adolescentes, Consulta, Endocrinología.

ABSTRACT

We conducted a descriptive study of cross section, whose aim was to identify the frequency of obesity in adolescent endocrinology clinic attended the Luis Eduardo Aybar Hospital during the period March 2009-March 2010. Con a population of 264 patients for sample of 15 adolescents who were obese. Questionnaire was used as an instrument of data collection. For a 5.7 percent rate of obesity in adolescents. The most relevant findings were as follows:

20 percent of patients were older than 11 years, 26.6 percent of patients attended the consultation in February, 60 percent were female, 20 percent corresponded to the age of 11 years enrolled in the elementary school level, diabetes with a 53.3 percent was the main comorbidity, a 66.7 percent of obesity was presented by Food misconduct, followed by 26.7 percent for a hereditary factor. Conclusion: in the early and late adolescence had the highest proportion of body mass index above 95 percentile.

Keyword: Obesity, Teens, Consulting, Endocrinology.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un estado de exceso de masa de tejido adiposo. Aunque considerada como equivalente al aumento de peso corporal, no siempre es necesariamente así, ya que muchas personas sin exceso de grasa pero con una gran cantidad de masa muscular podrían tener sobrepeso según las normas arbitrarias establecidas. El peso corporal sigue una distribución continua en las poblaciones, por lo que la distinción médicamente relevante entre personas delgadas y obesas es algo arbitraria. Por ello, la mejor forma de definir la obesidad es a través de su relación con la morbilidad o la mortalidad. Aunque no es una medida directa de adiposidad, el método más utilizado para calibrar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), que es igual al peso/talla² (expresado en Kg. /m²).

El índice de masa corporal (IMC) nos indica el riesgo de padecer enfermedades relacionadas al sobrepeso y obesidad, la posibilidad de que siga siendo obeso de adulto y más aún importante, la urgencia de atención médica. La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados, aunque no se limita a estos.¹

Estudios recientes realizados en distintos países demuestran que el 5-10% de los niños de edad escolar son obesos, y en los adolescentes la proporción aumenta hasta situarse en cifras de 10-20%. Además la frecuencia tiende a aumentar en los países desarrollados, constituyendo la obesidad un problema sanitario de primer orden, al ser un factor de riesgo para diversas patologías

Estudio realizado por Irina Kovalskys, Luisa Bay, Cecile Rausch Herscovici, Enrique Berner; sobre frecuencia de obesidad en una población de 10-19 años en la consulta pediátrica en el 2005, obteniéndose como resultados el cinco punto cuatro por ciento (5.4%) presento obesidad, el siete punto nueve por ciento se presentó en varones (7.9%) y tres punto cuatro por ciento (3.4%) en hembras; se presentó mayor número de casos en la población de 10-12 años con un treinta cuatro punto tres por ciento (34.3%).⁴

En el 2008, Rodrigo Yépez, Fernando carrasco y otros colaboradores llevaron a cabo un estudio sobre prevalencia de obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos donde se obtuvieron los siguientes resultados; el siete punto cinco por ciento 7.5% de los adolescentes presentaron obesidad, fue más común en mujeres que en hombres, con un veinte y uno punto uno por ciento (21.1%) en mujeres y un veinte punto

ocho por ciento (20.8%) en hombres.⁵

De acuerdo el autor Cado Rodríguez, Susana Ivonne, tradicionalmente se había pensado que la obesidad dependía principalmente de un factor genético, sin embargo en los últimos estudios señalan que existen otros factores predisponentes para que aparezca la obesidad. Algunas de las actividades diarias como ir al colegio en autobús, o el hecho de la participación de actividades extraescolares sedentarias (manualidades, idiomas) o el exceso de horas de televisión o videojuegos hacen que el adolescente se introduzca en un estilo de vida sedentario .⁶

Considerando todos los aspectos antes mencionados y con las evidencias obtenidas sobre obesidad en adolescentes ocurre frecuentemente por falta de atención de los padres con respecto a la alimentación que los hijos reciben, el uso frecuente de comida chatarra, falta de ejercicio físico, problemas genéticos, el sedentarismo, entre otros.

Nos motivamos a realizar esta investigación con el propósito de ofrecer informaciones concreta y detallada a la comunidad científica, para ofrecer atención de salud con eficiencia, eficacia y a la vez desarrollar otra investigación que contribuyan a ofrecer la atención en salud con calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de Identificar la frecuencia de obesidad de los adolescentes atendidos en consulta del Hospital Luís Eduardo Aybar marzo 2009 – marzo 2010. La población estuvo constituida por 264 expedientes de adolescentes que asistieron a consulta de endocrinología del Hospital Luís Eduardo Aybar con diversas patologías.

Criterios inclusión

Todos los expedientes de adolescentes que tuvieron un índice de masa corporal (IMC) mayor de 95 percentil.

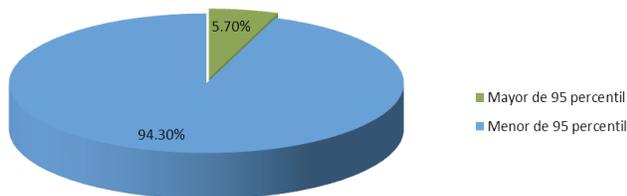
Criterios de exclusión

Todos los expedientes de adolescentes que presentaron un índice de masa corporal (IMC) menor de 95 percentil.

Todo paciente que no corresponda a la etapa de adolescentes.

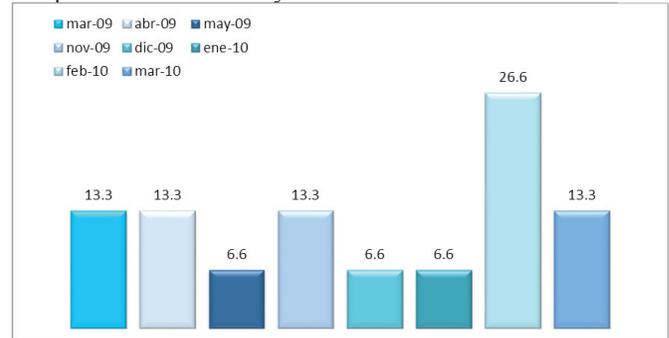
RESULTADOS

Grafico No1. Frecuencia de obesidad de adolescentes atendidos en la consulta de endocrinología del Hospital Luís Eduardo Aybar. Marzo 2009 –Marzo 2010.



Fuente: expediente clínico de adolescentes de la consulta de endocrinología Hospital Luís Eduardo Aybar marzo 2009- marzo 2010.

Grafico No2. Frecuencia de obesidad en adolescentes atendidos en la consulta de endocrinología por mes en el Hospital Luís Eduardo Aybar. Marzo 2009- Marzo 2010.



Fuente: expediente clínico de adolescentes de la consulta de endocrinología hospital Luís Eduardo Aybar marzo 2009- marzo 2010.

Cuadro No 3. Frecuencia de obesidad en adolescentes atendidos en la consulta de endocrinología por edad en el Hospital Luís Eduardo Aybar. Marzo 2009 –Marzo 2010.

| Edad (años) | Frecuencia | | porcentaje |
|-------------|-----------------------|--|------------|
| | Mayor de 95 percentil | | |
| 10-13 | 6 | | 40 |
| 14-17 | 5 | | 33.3 |
| 18-19 | 4 | | 26.6 |
| Total | 15 | | 100.0 |

Fuente: expediente clínico de adolescentes de la consulta de endocrinología hospital Luís Eduardo Aybar marzo 2009- marzo

Cuadro 5. Frecuencia de obesidad en adolescentes atendidos en la consulta de endocrinología por nivel escolar del hospital Luís Eduardo Aybar. Marzo 2009 – Marzo 2010.

| Edad (años) | Primaria | Secundaria | Universitario | Total | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|---------------|-------|------------|
| 11 | 3 | -- | -- | 3 | 20 |
| 12 | 2 | -- | -- | 2 | 13.3 |
| 13 | 1 | -- | -- | 1 | 6.6 |
| 14 | -- | 1 | -- | 1 | 6.6 |
| 15 | -- | 2 | -- | 2 | 13.3 |
| 16 | -- | 1 | -- | 1 | 6.6 |
| 17 | -- | 1 | -- | 1 | 6.6 |
| 18 | -- | -- | 2 | 2 | 13.3 |
| 19 | -- | -- | 2 | 2 | 13.3 |
| Total | 6 | 5 | 4 | 15 | 100.0 |

Fuente: expediente clínico de adolescentes de la consulta de endocrinología hospital Luís Eduardo Aybar marzo 2009- marzo 2010

DISCUSIÓN

Durante el periodo de investigación fueron vistos 264 pacientes en la consulta de endocrinología, de las cuales cinco puntos siete por ciento (5.7) presento obesidad. Si se compara este porcentaje con autores como Irina Kovalskys y colaboradores⁴, los cuales realizaron un estudio sobre frecuencia de obesidad en una población de 10-19 años en la consulta pediátrica en el 2005 y con Rodrigo Yépez, Fernando carrasco y otros colaboradores⁵, llevaron a cabo un estudio sobre prevalencia de obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos en el 2008: este estudio coincide con el primero, pues señala una frecuencia de 5.4 por ciento de obesidad en adolescentes, pero difiere del segundo, ya que estos autores señala una frecuencia de 7.5 por ciento de obesidad en adolescentes.

En el presente estudio el mayor número de los pacientes tenía edad de 11 años. Al comparar estos hallazgos con Rodrigo Yépez y otros colaboradores⁵, llevaron a cabo un estudio sobre prevalencia de obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos en el 2008, quienes refieren que esto se debe porque las células que almacenan grasa (adipocito) se multiplican en esta etapa de la vida por lo cual aumenta la posibilidad del niño ser obeso cuando adulto. En el presente estudio hubo predominio por el sexo femenino sobre el masculino, similar a lo expresado por el autor Orrego M. Arturo en el 2001³, quien señala que la masa de tejido adiposo es similar en hombres y mujeres pero en la pubertad las mujeres adquieren un volumen porcentual de tejido adiposo mayor que el de los hombres.

El nivel escolar que con mayor frecuencia se encontraron los casos fue el nivel primario encontrándose esto en una edad de 11 años.

Las principales complicaciones de la obesidad que se pueden presentar son hiperlipidemia e hiperinsulinemia, que parecen guardar relación con el grado de obesidad, en el estudio se encontró un cincuenta y tres punto tres por ciento (53.3%) de casos de diabetes. Esto puede ser atribuido al estado nutricional alterado ya que pueden desaparecer con la pérdida de peso.

La conducta alimentaria fue el factor de riesgo que se presentó en mayor porcentaje, en correspondencia con estudios llevados a cabo por M. Pombo⁹, en el cual señala que la adiposidad excesiva se asocia a determinados patrones de conductas, como el incremento del tiempo dedicado a la televisión y al mayor consumo de alimentos ricos en calorías, propiciado por las propagandas televisivas.

REFERENCIAS

1. Iselbecher. Principio de medicina interna de Harrison. 15 av. Ed; México D.F; McGraw-Hill interamericana, 2002.
2. Preparaz. F. Oyarzaball. M; Chueca. M, Iñigo. J. Evolución de la prevalencia de las obesidad en la población infanto-juvenil de Navarra. Acta pediatri. España 2004;56:296-300.
3. Orrego M. Arturo; Endocrinología 5a Ed; Medellín Colombia, 2006.20: 358-367.
4. Rina Kovalskys. Frecuencia de obesidad en una población de 10-19 años en la consulta pediátrica. Rev. Chil. Pediatr. (Fecha acceso jun. 2005) v.76 n.3. URL disponible en: <http://WWW.Portalesmédicos.com>.
5. Rodrigo Yépez, Manuel E. Baldeón; prevalencia de obesidad en adolescentes ecuatorianos; archivo latinoamericano de nutrición, (fecha de acceso 27/06/2008) Vol. 58 No 2. URL disponible en: <http://www.monogafias.com>.
6. Susana Ivonne cado Rodríguez; endocrinología y nutrición;(fecha acceso 02/10/2008).URL disponible en: <http://www.google.com>
7. José Enríquez Moral García; Francisco Redondo Espejo; obesidad en la adolescencia; Buenos aires N0 122; (fecha de acceso julio 2008). URL disponible en <http://www.efedeportes.com/revistadigital>.
8. Nelson. Tratado de pediatría. 17ª Ed; McGraw-Hill interamericana de España, tomo 1, Cáp. 41:173-177.
9. M. Pombo. Tratado de endocrinología pediátrica.3a .ed. McGraw-Hill Interamericana; 2006 cap. 74:1247-1257.
10. J.Meneghello, E. Fanta.N, E. Paris. M, T.F.Pugas pediatría de Meneghello, 5av .Ed. Editora Medica Panamericana, Buenos Aires. tomo1, Cáp. 31.341-348.
11. Robinns, Ctran, Kumar; collins. Manual de Patológica Estructural y Funcional.6a. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2004.263-266.
12. Secretaria de salud. Dirección General de información en salud. Adolescentes mortality. Bol. Hosp. Infant. Mex.2005, Vol. 62, No3.225-238.
13. M. Rodríguez Rigual. Mesa redonda: adolescencia-necesidad de unidades de adolescencia. An Pediatr 2006; 58: 104-106.
14. Madrid. Juan. Sobre peso y Obesidad. Editora Espasa, España, 2004, Cáp. 1: 24-25.
15. Bastos. A. A, González. Bato, Molineros González, Salguero del Valle. Obesidad, Nutrición y actividad física. Revista internacional de medicina y ciencia de la actividad física y del deporte, 2005.no 18.
16. Consenso SEEDO 2007(secretaria de la sociedad española para el estudio de la obesidad), para la evaluación del sobrepeso, la obesidad y el establecimiento d criterios de intervención terapéutica. MED. Clin. Barcelona .2007, 115:587-597.no15.
17. Rodríguez. Hierro. F. Obesidad en: Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la adolescencia. Ed. Edimsa, Cáp. Madrid: 55:897-908.
18. Bueno M, Bueno O, Sarria A. Obesidad Infantil. Nutrición en Pediatría. Bueno M, Sarria A, Pérez- Gonzáles JM (eds). Egon, Madrid.2004:297-306.
19. Dietz .WH Jr, Gortmak SI. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television Viewing in children and adolescents. Pediatrics, 2006; 75:805-812.
20. Bourchard C, Perussel. Heredity and body fat. Ann Rev Nutr, 2006;8:259-261.
21. Bueno. M. Obesidad, Tratado de Pediatría. Ed Cruz M. Ergon, Barcelona; 2008:635-642.
22. Andrade. Yon Albisu. Clínica de la obesidad.2007; 7:81-89.
23. Michael T. McDermott. Secretos de la endocrinología. 2a ed. McGraw-Hill Interamericana.2006. 8:55-67.
24. Hernández M. Castellet J. Narvaiza JL, y Cols. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de investigaciones sobre crecimiento y desarrollo. Fundación F.Obeozo. Madrid: Garsi Editorial; 2005.
25. Sociedad Española para el Estudio de la obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin. Barcelona 2000; 115: 587-597.
26. González Barranco. Jorge. Obesidad infantil. McGraw-Hill Interamericana 2000.Cáp.17:166-175.
27. L.F: Whaley, D.L Wong. Tratado de enfermería pediátrica.2a Ed. McGraw-Hill interamericana.33:409-412.

28. Calzada. León; R, Ruiz. Altamirano B. N. Tratamiento del niño obeso. *Acta pediatri*: Méx. 2007;19:260-265.
29. Verdú. Mataix. José. Nutrición y alimentación humana. Ed Océano Ergon. 45:1082-1107.
30. enciclopedia Larousse de la enfermería. Vol. 7. Ed. Larousse planeta S.A.; Barcelona; 2004: 16628.
31. Nelson; Moxness; Jensen; Gastineau. *Dietética y Nutricio. Manual de la Clínica mayo*. 7ma Edición. Harcourt Brace; 193-201.
32. *Tratado de Endocrinología básica y clínica II*. Tregurres J. Ed síntesis 2004.
33. Piran N. prevención de los trastornos alimenticios. 1988, 6:365-371.
34. Campbell K, Waters E, Nelly S, Summerbell. Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil. *La Cochrane Lybrary plus en español*. Oxford Update Software 2002.
35. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Parte dos: La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Capítulo 7, 83-94. URL Disponible en <http://www.msc.es>



El tabaco es perjudicial para la salud.

ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTUDIANTES FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA SEDE CENTRAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO.

Rosmary Fariña Melo,* Yanet Castillo,* Ligia Santos*, Karen Eusebio*,
Maria de León Collante.*

RESUMEN

Durante el verano 2010, se llevo a cabo un estudio cuyo propósito fue determinar la Frecuencia de Actividad Física en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología en la Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Para este fin se llevo a cabo un estudio descriptivo, prospectivo y corte transversal en una población representada por 1,448 estudiantes de 16 a 50 años, matriculados y asistentes al curso de verano 2010, de los cuales se selecciono una muestra por conveniencia de 294 estudiantes, se le aplico un cuestionario diseñado por las investigadoras para tales fines con preguntas relacionadas al sexo, la edad, procedencia, si realiza o no alguna actividad física, padecimiento de enfermedades relacionadas a falta de actividad física, motivos para no realizar algún ejercicio físico y tiempo que permanece en reposo. Conclusiones: La población de estudio estuvo formada en una evidente mayoría por mujeres cuyas edades oscilaron entre 16 y 25 años imperando como estado civil el soltero/a y de procedencia predominantemente urbana. En cuanto a la actividad física se obtuvo como resultado que estos durante la semana realizan ejercicios de baja a moderada intensidad, evaluándose como mínimos los padecimientos asociados a la falta de actividad física encontrados. Así mismo se determino que la población que padece algún trastorno asociado a la falta de ejercicio no realiza ninguna actividad física por indicación médica, siendo la principal excusa el no tener tiempo para realizar ejercicio, considerando que solo poseen de 1 a 5 horas de reposo durante las horas de vigilia. Por lo que se recomienda a la población estudiada Tomar conciencia de la importancia de practicar algún tipo de actividad física y organizar de la mejor manera posible el tiempo libre para incorporar a la rutina diaria alguna práctica física, utilizando estrategias para hacer más fácil la práctica de ejercicio, como invitar amigos o escuchar música mientras se realiza la actividad física.

Palabras claves: Actividad Física, Población Universitaria, Cátedra de Fisiología.

ABSTRACT

During summer 2010, conducted a study whose purpose was to determine the frequency of physical activity in students of the Faculty of Health Sciences, School of Physiology, Department of Physiology at the headquarters of the Autonomous University of Santo Domingo. To this end we conducted a descriptive, prospective and cross-section

in a population represented by 1,448 students from 16 to 50 years, enrolled and attending the summer course 2010, which was selected a convenience sample of 294 students, A questionnaire was designed by the researchers for this purpose with questions related to sex, age, origin, whether realized or not physical activity, suffering from diseases associated with lack of physical activity, reasons for not doing any exercise and time remains at rest. Conclusions: The study population was composed in a clear majority of women whose ages ranged between 16 and 25 years as reigning status on unmarried and provenance predominantly urban. As for physical activity was obtained as a result of these during the week made low to moderate exercise intensity, assessed as minimal suffering associated with physical inactivity found. Also it was determined that people who suffer from a disorder associated with lack of exercise does not perform any physical activity for medical reasons, the main excuse for not having time to exercise, considering that only have from 1 to 5 hours of sleep for waking hours. As the study population should become aware of the importance of practicing some kind of physical activity and organize the best possible time to incorporate into a daily routine physical practice, using strategies to make it easier to practice exercise, such as inviting friends or listen to music while you work out.

Keywords: Physical Activity, Population University, Department of Physiology.

INTRODUCCIÓN

La actividad física es un medio importante para mejorar la salud física y mental. Reduce los riesgos de muchas enfermedades no transmisibles y beneficia a la sociedad por el aumento de la interacción social y la participación de la comunidad. La actividad física no es sólo un problema de salud pública, sino que también promueve el bienestar de las comunidades y la protección del medio ambiente, y comprende una inversión en las generaciones futuras.

Las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares (CVD), la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son la causa del 60% de las 58 millones de muertes anuales, lo cual significa que 35 millones de personas fallecieron debido a estas enfermedades en 2005. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. Una alimentación no equilibrada y la inactividad física son factores de riesgo en la etiología de estas enfermedades. Importantes estudios científicos

*Médico General

demuestran que una alimentación sana y una actividad física suficiente desempeña un papel relevante en la prevención de enfermedades crónicas.

Según la Organización Mundial de la Salud, existe una relación entre la actividad física y la esperanza de vida, de forma que las poblaciones más activas físicamente suelen vivir más que las inactivas. Por otra parte, es una realidad que las personas que realizan ejercicio físico de forma regular tienen la sensación de encontrarse mejor que antes de realizarlo, desde el punto de vista tanto físico como mental, es decir tienen mejor calidad de vida. Por lo que resulta entonces evidente que la práctica de ejercicio físico es positivo para la salud.

A pesar de esta realidad un importante porcentaje de la población carece de alguna actividad física incorporada a sus hábitos de vida, y esto se puede observar incluso en aquellos grupos que tienen conocimiento tanto de la importancia de practicar alguna actividad física, así como de los cambios positivos y los beneficios que esta tiene en el organismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con la finalidad de identificar la frecuencia de actividad física en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología en la Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo durante el Verano del año 2010.

El estudio se realizó en la sede central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), durante el curso de verano 2010 impartido por dicha universidad en los meses junio-agosto.

Con la finalidad de cumplir con los propósitos del estudio se definió como población de interés los estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología de la sede central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), durante el verano 2010; la cual estuvo representada por un total de 1448 estudiantes de los cuales se seleccionó una muestra por conveniencia de 294 estudiantes, seleccionados de forma aleatoria.

Se incluyeron en el estudio:

1. Los estudiantes inscritos en el curso verano 2010 en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología de la Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.
2. Estudiantes de las asignaturas de Fisiología I y II independientemente su edad y sexo.
3. Estudiantes que acepten participar en el estudio

RESULTADOS

Durante el periodo de desarrollo del curso de verano 2010 impartido por la Universidad Autónoma de Santo Domingo, en su Sede Central, fueron aplicados de manera aleatoria la cantidad de 294 cuestionarios en la población perteneciente a la Escuela de Fisiología de la Cátedra de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo, esto para determinar el grado de actividad física en la población seleccionada, de los cuales se pueden reseñar los siguientes resultados:

Cuadro 1. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Población Encuestada Según El Sexo.

| Sexo | Cantidad | Porcentaje % |
|-----------|----------|--------------|
| Femenino | 209 | 71 |
| Masculino | 85 | 28.9 |
| Total | 294 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

Se presenta la distribución de la población encuestada según el sexo. Como se muestra en dicho cuadro La población de estudio estuvo compuesta predominantemente por féminas, correspondiendo estas a 209 femeninas encuestadas que corresponde al 71 por ciento de la población.

Cuadro 2. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Distribución por Grupo de Edades.

| Grupo de Edades | Cantidad | Porcentaje % |
|-----------------|----------|--------------|
| 16-20 años | 85 | 28.9 |
| 21-25 años | 161 | 54.7 |
| 26-30 años | 40 | 13.6 |
| 31-35 años | 6 | 2.04 |
| 36-40 años | 1 | 0.34 |
| 41-45 años | 1 | 0.34 |
| Total | 294 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

Con relación a la edad de la población entrevistada, como se muestra en el cuadro 2, la mayor parte de esta estuvo compuesta por personas de 21 a 25 años de edad correspondiendo a un 54.7 por ciento. Seguida esta por el grupo correspondiente de 16 a 20 años de edad con un 28.9 por ciento.

Cuadro 3. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Población Según Su Procedencia.

| Procedencia | Total | Porcentaje % |
|-------------|-------|--------------|
| Rural | 78 | 26.5 |
| Urbana | 216 | 73.4 |
| Total | 294 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

En el cuadro 3 se puede encontrar que el mayor número de personas entrevistadas en el estudio procedieron de la zona urbana, con un total de 216 personas para un 73.4 por ciento,

perteneciendo los 78 restantes a diversas zonas rurales con un 26.5 por ciento.

Cuadro 4. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Población Que Realiza Ejercicio Físico Durante la Semana.

| Procedencia | Total | Porcentaje % |
|-------------|-------|--------------|
| Rural | 78 | 26.5 |
| Urbana | 216 | 73.4 |
| Total | 294 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

En el cuadro numero 4 se correlaciona la cantidad de personas que realiza algún ejercicio físico durante la semana, obteniendo los datos de que 168 personas realizan actividad física durante la semana para un 57.1 por ciento.

Cuadro 5. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Población Que padece Alguna Enfermedad Asociada a la Falta de Actividad Física.

| Enfermedad | Cantidad | Porcentaje % |
|---------------------|----------|--------------|
| Obesidad | 22 | 17.5 |
| HTA | 5 | 3.96 |
| Hipercolesterolemia | 4 | 3.17 |
| Otras | 8 | 6.3 |
| Ninguna | 87 | 69.04 |
| Total | 126 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

En relación al cuadro numero 5, en el cual se investiga la frecuencia de enfermedades asociadas a la falta de actividad física en la población de estudio, se encontró que la mayor parte de la población entrevistada, 87 personas, se encuentra sana para un 69.04 por ciento, en lo que a estas enfermedades se refiere. Presentándose casos de obesidad en 22 personas de las entrevistadas para un 17.5 por ciento, así como HTA en 5 casos para un 3.96 por ciento y Hipercolesterolemia en 4 personas para un 3.17 por ciento.

Cuadro 6. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Población Que padece Alguna Enfermedad Asociada a Falta de Actividad Física y que Realiza ejercicio por Recomendación Médica.

| Población | Cantidad | Porcentaje % |
|----------------------|----------|--------------|
| Realiza Ejercicio | 11 | 28.2 |
| No Realiza Ejercicio | 28 | 71.8 |
| Total | 39 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

En el cuadro 6 al indagar sobre la población que padece alguna enfermedad asociada a la falta de actividad física y que realiza ejercicio por recomendación médica se encuentra que el 71.8 por ciento de esta, que corresponde a 28 encuestados, no realiza ningún tipo de actividad.

Cuadro 7. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Posibles Motivos de la Población Estudiada que no Realiza Ejercicio Físico para no Hacerlo.

| Motivo Para No Ejercitarse | Cantidad |
|------------------------------|----------|
| No Tiene Tiempo | 91 |
| No le Gusta ejercitarse | 11 |
| Por Falta de Compañía | 26 |
| Por Falta de Dinero | 16 |
| Alguna Afección se lo Impide | 3 |
| No Sabe | 10 |
| Otra | 8 |
| No Aplica | 168 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

Al indagar sobre los posibles motivos de la población objeto de estudio para no realizar alguna actividad física en el cuadro 7, se puede observar que el motivo más común es la falta de tiempo, siendo esto reflejado por 91 encuestados.

Cuadro 8. Actividad Física en Estudiantes Facultad Ciencias de La Salud, Escuela de Ciencias Fisiológicas, Cátedra de Fisiología Sede Central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano 2010. Tiempo Estimado de Reposo Durante las Horas de Vigilia en la Población Estudiada.

| Tiempo de Reposo | Total | Porcentaje % |
|------------------|-------|--------------|
| De 1 a 5 horas | 192 | 65.3 |
| De 6 a 10 horas | 87 | 29.6 |
| 11 horas o mas | 15 | 5.10 |
| Total | 294 | 100 |

Fuente: Cuestionario Actividad Física Fariña, Castillo, Eusebio y Santos, verano 2010.

Según los datos proporcionados por el cuadro 8 sobre el tiempo estimado de reposo durante las horas de vigilia de la población estudiada se pudo observar que 192 de las personas encuestadas considera que permanece de 1 a 5 horas en reposo, lo cual corresponde a un 65.3 por ciento.

DISCUSIÓN

En cuanto al sexo la población entrevistada correspondió al sexo femenino en un 71 por ciento, para un total de 209 por encuestados, igualándose este resultado al obtenido por estudios internacionales sobre actividad física, donde se pudo observar que el sexo femenino tuvo un ligero incremento sobre el masculino con un 51.2 por ciento para un total de 203 mujeres encuestadas en dicho estudio.

Así mismo se pudo observar que el rango de edad de mayor frecuencia fueron los grupos de edades de 16 a 25 años con un 83.6 por ciento que corresponde a 246 encuestados, edades que coinciden con el comienzo de la adultez, y que involucra varios de los años con mayor actividad física de esta etapa, ya que en general a medida que las personas avanzan en edad tienen tendencia a disminuir la actividad física.

El estado civil más frecuente en la población estudiada fue el soltera/o para un 86.1 por ciento, correspondiendo a un total de 253 encuestados, de procedencia urbana en un 73.4 por ciento para una total de 216 encuestados, Con relación a la ocupación 35.03 por ciento de los encuestados se dedican solo a estudiar, para un total de 103 personas, continuando en frecuencia los empleos privados 24.5 por ciento (45 personas) y públicos 18.4 por ciento (32 encuestados).

En cuanto a la realización de alguna actividad física por parte de estos, pudimos encontrar que un mayor porcentaje de lo esperado en mujeres (57.1 por ciento para un total de 168 encuestadas), según estudios realizados internacionalmente, practica alguna actividad física durante la semana, actividad que según este mismo estudio presenta una reducción durante los fines de semana.

La actividad física practicada durante la semana, según la clasificación aplicada en la investigación (acápite 1.2 marco teórico) es principalmente de moderada intensidad con un 55.4 por ciento lo cual corresponde a 93 encuestados, encontrándose la población de estudio en su mayoría, 87 encuestados, libre de enfermedades asociadas a la falta de actividad física (acápite 5 marco teórico).

La población que padece algún tipo de las enfermedades referidas anteriormente en su mayor porcentaje no practica ejercicio por recomendación médica, 71.8 por ciento correspondiendo esto a 28 encuestado, pudiéndose considerar la existencia de una disposición cultural de poca estimulación a realizar actividad física (Dugas et al., 2008).

Dentro de los principales motivos, tanto de la población que padece alguna de estas afecciones como de la población general que no se ejercita, está el alegato de no tener tiempo para ello, un total de 91 encuestados, considerando en alto porcentaje que su tiempo de reposo durante las horas de vigilia oscila de 1 a 5 horas, un 65.3 por ciento de la población de estudio, correspondiendo a 192 personas.

REFERENCIAS

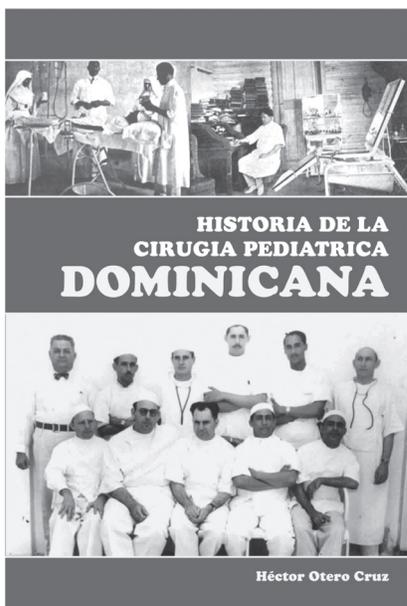
1. Andrea Dunaif, Harrison Principios de Medicina Interna: La salud de la mujer. 16ª ed. México: Mac Graw-Hill Interamericana; 2006. p. 32-36.
2. Arthur C. Guyton, Jhon E. Hall. Tratado de Fisiología -124-

- Medica: Fisiología de los deportes. 11va ed. ELSEVIER SCIENCE; 2006. P. 1167-1179.
3. Ballesteros Arribas, Juan Manuel; Dal-Re Saavedra, Marián; Perez-Farinos, Napoleón and Villar Villalba, Carmen. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2007. (Acceso 1 de abril). Vol.81 (5), pp. 443-449. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272007000500002&script=sci_arttext&tlng=en.
 4. Bastos, A. A.; González Boto, R.; Molinero González, O. y Salguero del Valle, A. Obesidad, nutrición y Actividad Física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Junio 2005 (Acceso 02 de marzo 2010) vol. 5 (18) pp. 140-153 <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>
 5. Castro-Carvajal Julia A., Patiño-Villada Fredy A, Cardona-Rendón Beatriz M., Ochoa-Patiño Verónica. Aspectos Asociados a la Actividad Física en el Tiempo Libre en la Población Adulta de un Municipio Antioqueño. Rev. salud pública [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2010 Ene. 17] ; 10(5): 679-690. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500001&lng=en). doi: 10.1590/S0124-00642008000500001.
 6. Copenhague, oficina regional de la OMS para Europa. Roma. Sra. Francesca Racioppi Científico, 17 de noviembre de 2006. (acceso 5 de abril 2010). Disponible en <http://www.actividadfisica.net/actividad-fisica-actividad-fisica-finlandia.html>
 7. Devís-Devís, J., Valenciano Valcárcel, J., Villamón, M. y Pérez-Samaniego, V. Disciplinas y temas de estudio en las ciencias de la actividad física y el deporte. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Enero 2010. (Acceso 12 de enero 2010) vol. 10 (37) pp. 150-166. [Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista37/artdisciplinas147.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista37/artdisciplinas147.htm)
 8. Dómenech Sepúlveda, L. Historia y Pensamiento de la Educación Física y el Deporte. 2007. (Acceso 08 de Ene. 2010) (pp. 44-305). Rio Piedras, Puerto Rico: Publicaciones Gaviota.
 9. García Pérez Rosa M., García Roche René G., Pérez Jiménez Dianelys, Bonet Gorbea Mariano. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud: Cuba, 2001. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2010 Feb. 28]; 45(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000100003&lng=es.
 10. Jeffrey S. Flier, Eleftheria Maratos Flier. Harrison Principios de Medicina Interna: Obesidad. 16ª ed. Mexico: Mac Graw-Hill Interamericana; 2006. p. 473-481.
 11. Jürgens, I. Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Junio 2006. (Acceso 08 de marzo 2010). Vol. 6 (22) pp. 62-74 <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.htm>
 12. Krämer Verónica, Acevedo Mónica, Orellana Lorena, Chamorro Gastón, Corbalán Ramón, Bustamante Mª José et al. Actividad física y potencia aeróbica: ¿Cómo influyen sobre los factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes? Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Feb. 28]; 137(6): 737-745. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0034-

13. LUCUMI, Diego et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. *Rev. Salud Pública* [online]. 2008. (Acceso 1 abril 2010). Vol.10 (2), pp. 343-351. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S012400642008000200015&script=sci_arttext
14. Moreno González, A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Diciembre 2005. (Acceso 02 de marzo 2010) vol. 5 (19) pp.222-237 <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>
15. Moreno Murcia, J.A., Pavón Loes, A.I., Gutiérrez Sanmartín, M. y Sicilia Camacho, A. Motivaciones de los universitarios hacia la práctica físico-deportiva. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Septiembre 2005. (Acceso 10 de marzo 2010) Vol. 5 (19) pp. 154-165. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista19/artmotivaciones7.htm>
16. Oswaldo Ceballos Gurrola, Javier Álvarez Bermúdez y Rosa Elena Medina Rodríguez. Estudio Comparativo Entre Los Jóvenes De Monterrey, México Y Zaragoza, España. *Revista MHSalud*. Diciembre 31, 2009. (Acceso 30 de abril 2010). Vol. 6 (2). Disponible en <http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/MEX-AF-GENEROEsp-2009.pdf>
17. Sánchez Delgado, Juan C. Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. *PubliCE Standard*. Septiembre 2006. (Acceso 08 de Dic. 2009) Pid: 704. Disponible en: www.actividadfisica.net/actividad-fisica-definicion-clasificacion-actividad-fisica.html.
18. Wuest, D. A., & Bucher, C. A. *Foundations of Physical Education and Sports*. 1999. (Acceso 08 de Ene. 2010) 13 ed., pp. 146-191). Boston: WCB/McGraw-Hill.
19. Zaragoza Casterad, J.; Serrano Ostariz, E. y Generelo Lanasa, E. Dimensiones de la condición física saludable: evolución según edad y género. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Marzo 2005. (Acceso 30 de abril 2010) vol. 5 (17) pp. 50-67. disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista17/artdimensiones2.htm>.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Historia de la cirugía pediátrica dominicana

Autor: Dr. Héctor Otero Cruz

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

MANIFESTACIONES NEUROSIQUIÁTRICAS PRODUCIDAS POR ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

Paula Lantigua,* Elliot Ceballos, Randy Balderas, Ivelisse Garris, **Rafael Garcia***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar las manifestaciones neuropsiquiátricas producidas por antirretrovirales en pacientes con infección por VIH en el Centro Sanitario de Santo Domingo, Distrito Nacional; diciembre 2007-marzo 2008.

La población de estudio, estuvo constituida por muestra de 100 pacientes, se utilizó como técnica la entrevista directa y la bibliográfica. El sexo que más asistió fue el femenino con un 59 por ciento, la edades de 30 a 39 años en un 31 por ciento. El 63 por ciento, tienen de 6 meses a 2 años tomando antirretrovirales, siendo los más frecuentes AZT + 3TC+NVP en un 32 por ciento y AZT+3TC+EFV en un 26 por ciento.

Las principales manifestaciones neuropsiquiátrica que producen los antirretrovirales fueron ansiedad e insomnio, se recomendó, que las autoridades implementen políticas de atención integrar con profesionales del área de psicología y psiquiatría que dominen el tema. Capacitar al personal de atención médica, enfermeras, psicólogos, psiquiatras sobre los antirretrovirales y sus efectos.

Palabras claves: VIH, Antirretrovirales, Neuropsiquiatría.

ABSTRACT

A descriptive study was conducted prospective cross-sectional, with the aim of identifying neuropsychiatric events produced by antiretroviral drugs in patients with HIV infection in the Health Center of Santo Domingo, National District; December 2007-March 2008.

The population study sample consisted of 100 patients, was used as the technical interview and acknowledged. The sex was most attended female with a 59 per cent, ages 30 to 39 years in a 31 per cent. The 63 per cent, have 6 months to 2 years taking antiretrovirals, being the most frequent AZT 3TC + + NVP by 32 percent and AZT +3 TC + EFV by 26 percent.

The main manifestations neuropsychiatric producing antiretrovirals were anxiety and insomnia; it was recommended that the authorities implement policies to integrate care professionals psychology and psychiatry who dominate the subject. To train health care personnel, nurses, psychologists, psychiatrists on antiretroviral drugs and their effects.

INTRODUCCIÓN

Los primeros estudios de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) se detectaron en República Dominicana en 1983. El programa de vigilancia centinela de la División de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, estima que en éstos momentos hay un aumento sostenido de la infecciones según su último estudio del 2006 haciende a 0.77 por cada dominicano. Estas cifras indican que uno 101,000 personas están infectadas por VIH.(1) Las cifras antes señaladas indican que cada día más personas están recibiendo antirretrovirales para el control de la infección, en estos momentos la DIGECITSS ofrece servicio a unas 7,000 personas que viven con el VIH.

La complejidad de la infección por el VIH, su tiempo de evolución y las diferentes situaciones clínicas y anímicos que tienen que afrontar los pacientes, así como las implicaciones sociales hacen que la intervención psiquiátrica que las personas que con VIH-SIDA ha recibido una atención creciente en los últimos años, ya que el aumento de la esperanza de vida ha permitido y dispone de periodos de observación más prolongado y secundariamente se han descrito numerosos trastornos mentales que inciden negativamente; en la perspectiva de vida o en su calidad ocasionados tanto por enfermedades orgánicas como por efectos adversos de los antirretrovirales utilizados.

Se ha señalado que las lesiones neuropsiquiátricas se producen por la acción directa del propio virus o bien por las infecciones oportunistas o las neoplasias acompañantes. El mecanismo de producción de éstos trastornos es el deterioro que produce el VIH de forma grave, progresiva e irreversible del sistema inmunológico que parece tener un paralelismo con la participación nerviosa y en que actúan como células diana los linfocitos T. facilitadores y el monocito macrófago

Se propone investigar las manifestaciones neuropsiquiátricas producidas por antirretrovirales en pacientes con infección por VIH en el Centro Sanitario de Santo Domingo, Distrito Nacional diciembre 2007 – marzo 2008 mediante la recolección de datos prospectivos intrahospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, que procura determinar las manifestaciones neuropsiquiátricas producidas por antirretrovirales en pacientes con infección por VIH en el Centro Sanitario de Santo Domingo, Distrito Nacional; Diciembre 2007-Marzo 2008. El universo de estudio, estuvo constituido por todos los pacientes con VIH que recibieron asistencia en el horario

*Médico General

** Médico Infectóloga, Centro Sanitario de Santo Domingo

*** Médico Psiquiatra, Instituto Sexualidad Humana (UASD)

vespertino, lo cual ascienden a un total de 1,727 pacientes. La población de estudio estuvo constituida por 433 pacientes, la muestra fue de 100 pacientes de manera intencional lo que significa un 23 por ciento de la población en tratamiento. Fueron respetados los nombres, dirección de los pacientes y Respecto de confidencialidad de todos los participantes de la investigación donde éstos resultados sólo fueron y serán utilizados en esta investigación

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio realizado en el Centro Sanitario De Santo Domingo a pacientes con VIH, se encontró que el sexo femenino asistió con mayor frecuencia con el 59 por ciento, coincidiendo con lo señalado por Shawn R. Jefferson afirma que el VIH/SIDA es la causa principal de mortalidad de mujeres; ONUSIDA público que alrededor de 61.000 mujeres están viviendo con VIH o SIDA en el país,(19) Éstos resultados podría vincularse a las condiciones socio-económicas y culturales del sexo femenino y a las dificultades en la negociación del uso del preservativo, a la iniciación sexual precoz, que las hacen más vulnerables frente a dicha epidemia.

La edad más frecuente de la población fue de 30 a 39 años para un 31 por ciento, de religión católica en un 54 por ciento, educación primaria en un 44 por ciento. Éstos datos son similares con relación a la edad de la estadística de la SESPAS donde el 65.3 por ciento de los casos afectan a personas de 25 a 44 años de edad (20)

Los pacientes afirmaron que sus familias tenían conocimiento en un 74 por ciento de que eran sero-positivo. Las personas que viven con el VIH/SIDA en un entorno favorable y tolerante tendrán un apoyo psicológico, material y moral, así como acceso a los mejores tratamientos posibles. (23) Esto se contradice con un informe de ONUSIDA donde afirma que los profesionales de salud pública rutinariamente divulgan los resultados de las pruebas de VIH a la familia sin su conocimiento o autorización. Como resultado, muchos de los pacientes viviendo con VIH sufren violencia y abusos tanto en la comunidad como en los servicios de salud. (24)

El tiempo promedio que la mayoría de los pacientes con VIH tiene tomando anti-retrovirales era de 6 meses a 2 años para un 63 por ciento. Se contradice con lo señalado por Lancet el cual cita que la eficacia a largo plazo de terapia antirretroviral es potente en prevención de SIDA y muerte.

El tipo de tratamiento antirretroviral fue AZT+3TC+NVP para un 32 por ciento y AZT+3TC+EFV en un 26 por ciento. Coincidiendo con Rundell JR el análisis por intención de tratar de los pacientes aleatorizados para cambiar originalmente de su inhibidor de la proteasa a nevirapina, efavirenz o abacavir demostró que el 93,5 por ciento de los casos que cambiaron a nevirapina (Viramune), el 92,9 por ciento de los casos que cambiaron a efavirenz y el 80,5 por ciento de los que cambiaron a abacavir lograron el éxito virológico después de tres años. (26)

Sólo el 7 por ciento presentaron antecedentes personales de enfermedades mentales. Para Chaka W, la enfermedad psiquiátrica generalmente está relacionada con un peor funcionamiento y una peor calidad de vida, así como con un aumento de la utilización de los servicios hospitalarios relacionados con el VIH. Un estudio realizado por investigadores en California encontró que, en varones infectados por el VIH, la depresión estaba asociada a tiempos más cortos de supervivencia.

Entre los signos y síntomas de manifestaciones neuropsiquiátrica que se presentaron con mayor frecuencia fueron: un 74 por ciento depresión, 63 por ciento, insomnios, 63 por ciento ansiedad. En un porcentaje de un 61 por ciento se presentó dolor de cabeza, dolor muscular y neuropatía periférica, así como ansiedad e insomnio juntos. En datos recientes este estudio coincidió con datos del HIV/AIDS Mental Health Services Demonstration Program (Programa de Demostración de Servicios de Salud Mental en VIH/SIDA) de ámbito nacional y multicéntrico en EE.UU. reveló unas elevadas tasas de depresión (60%), trastorno distímico (25%) y trastornos de ansiedad (25%) en las personas que acudían a servicios públicos de salud mental relacionados con el VIH. (27)

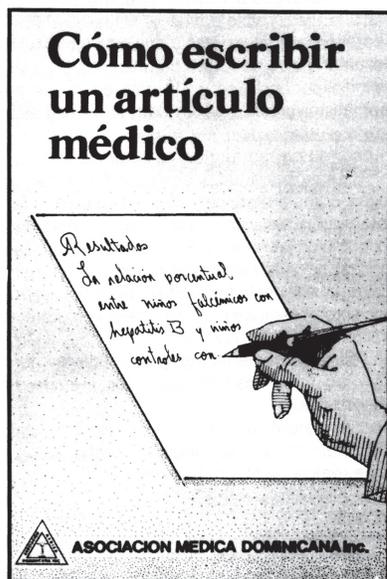
Se verificó que el 92 por ciento de los pacientes con manifestaciones neuropsiquiátricas no habían recibido apoyo psicológico o psiquiátrico. Según la literatura la prevalencia a lo largo de la vida en sujetos viviendo con el VIH de presentar algún trastorno mental, se encuentra entre un 30 y un 73 por ciento. Esto exige que en todo paciente infectado por VIH se realice una evaluación psicopatológica que valore su estado emocional y cognitivo.

REFERENCIAS

1. Suares Martin, et al. Calidad de vida aspectos psicológicos social <http://scielo.ISCM> acceso en 08,2005
2. <http://tusalud.com.24> diciembre lunes 2008
3. <http://www.onuSIDA.org.co/>
4. Dr. Francos Dios. Módulo 2. Manejo de la Patología Psiquiátrica en pacientes con SIDA.
5. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Rodríguez Acosta J. Estudios neuroepidemiológicos en Beira, Mozambique. Rev Neurol 2000; 30(12):1135-40.
6. [Http://www.tusalud.com.mx/120005.htm](http://www.tusalud.com.mx/120005.htm)
7. Revista de Psiquiatría de Uruguay/Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y el SIDA. Pag. 42 Vol. 66. 1 de junio 2002
8. Rodríguez Acosta J. Estudios neuroepidemiológicos en Beira, Mozambique. Rev Neurol 2000; 30(12):1135-40.
9. <http://www.psiquiatria.com/articulos/neuropsiquiatria/tratamiento/1773/>
10. Finzi D, Gallant J, Chadwick K, Margolick J, Siliciano RF: Latent viral reservoirs in patients on highly active antiretroviral therapy: implications for virus eradication. **ABSTRACT** [11150]. 12 Conferencia Mundial del SIDA, Ginebra, Suiza, 1998
11. Diáz Torres, Héctor Manuel y Lubian Caballero, Ana Luisa. Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. Rev cubana med, jul.-set. 1998, vol.37, no.3, p.157-165. ISSN 0034-7523.
12. Maldonado JL, Fernandez F, Levy JK: Acquired Immunodeficiency Syndrome, in Psychiatric Management of Neurological Disease. Edited by Lauterbach E. American Psychiatric Press Inc. Washington, DC, 2000. Chapter 9, pp. 271-295.
13. Manual Merck 10^a ed. Edición del Centenario 1999. ediciones Harcourt.S.A
14. Chaka W, Gangaidzo I. Diagnosis of neurologic infections in AIDS patients: possibilities for Zimbabwe. Cent Afr J Med 2000; 46(5):139-40.
15. <http://es.wikipedia.org/wiki/Antirretroviral>
16. World Health Organization Initiative on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Principles of

- antiretroviral therapy. y 17, 2002 / 51(RR07);-1 May 17, 2002 / 51(RR07);
17. Darwin G. Ramírez-Abreu, Dr. Med Fármacos Antiretrovirales. Instituto Dominicano de Estudios Virologicos (IDEV). Santo Domingo, R.D. Septiembre 2006
 18. http://www.fhi.org/sp/Topics/Topics_Antiretroviral_Therapy.htm. Miércoles 13/02/2008. 12:36pm
 19. Rundell JR, Kyle KM, Brown GR, Thomason JL: Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program. *Psychosomatics* 33:24-27,1992.
 20. http://salud.abc.es/infecciones-alergias/febrero07/SIDA_proteasa.htm. Miercoles 13/2/2008. 12:30pm
 21. Aspectos neuropsiquiátricos de la infección por el VIH. *Bol of Sanit Panam* 1988; 105(5-6):737-50. 1
 22. Página 36 Volumen 66 N° 1 Junio 2002 Revista de Psiquiatría del Uruguay Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA
 23. Chaka W, Gangaidzo I. Diagnosis of neurologic infections in AIDS patients: possibilities for Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 2000; 46(5):139-40.
 24. <http://www.redcross.int/en/aids/aids%20intros.asp>
 25. García Soto J, Busto Hidalgo J Progresión a SIDA y factores pronósticos en seropositivos al VIH. Provincia Matanzas. 1986 2003. *Rev méd electrón [Seriada en línea]* 2007.
 26. Rundell JR, Kyle KM, Brown GR, Thomason JL: Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program. *Psychosomatics* 33:24-27,1992.
 27. http://external.doyma.es/prisiones/to_pdf.asp?Id=3. Miércoles 13/2/2008. 12:24pm.
 28. <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal12351.htm>

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Cómo escribir un artículo médico

Autor: doctores Héctor Oter, Víctor Díaz Alba, Rubén Darío Pimentel

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano. C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz, zona universitaria. Distrito Nacional, República Dominicana.

COSTO: RD\$ 100,00.

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN MUJERES DE 30-45 AÑOS ASISTIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL MATERNO DE SANTO DOMINGO.

Randall Acosta,* Dulvin Sánchez-Cid,* Juan Raúl Báez-Henríquez,* Jael Yarina Cuevas-Feliz,* Nicaurys Dilenis Reynoso-García,* Fernando Fernández.**

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar los posibles factores de riesgo de la hipertensión arterial inducida por el embarazo en mujeres de 30-45 años de edad que asistieron a la consulta externa en el Hospital Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia" en Santo Domingo, República Dominicana en el período Agosto-Diciembre 2009. Se realizó una investigación descriptiva y de recolección retrospectiva de la información, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2009. La población está comprendida por 214 embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron con un instrumento diseñado para tal fin. Realizamos una encuesta para determinar cuáles eran los factores de riesgo predominantes en las mujeres embarazadas de 30 a 45 años. Los resultados indican que la población más expuesta a padecer la enfermedad fueron las embarazadas de 30 a 34 años para un 60 por ciento, sobre el estado civil el 72 por ciento están en unión estable, el 46.3 por ciento alcanzo el nivel básico de educación, observamos que el 45.8 por ciento eran amas de casa, el 52.3 por ciento son católicas, el 57 por ciento de ellas dijeron recibir menos de 5000 pesos dominicanos al mes, el 58 por ciento pertenecen a la zona rural, en cuanto a la edad gestacional un 70.6 por ciento contestó que está en el 2do trimestre, un 43 por ciento eran multiparas, un 43.9 por ciento tomaban café, el 47.8 por ciento estaba en sobrepeso antes del embarazo, un 47.7 por ciento padeció de preeclampsia en el embarazo anterior, y finalmente un 67.3 por ciento dicen tener familiares directos que han padecido de hipertensión arterial crónica.

Palabras claves: Hipertensión arterial, embarazo, factores de riesgo.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the possible risk factors of pregnancy induced arterial hypertension in women of 30 to 45 years old that attended the external consult at Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia in Santo Domingo Dominican Republic between August and December of 2009. A descriptive and retro-prospective information recollection investigation was carried out from August to December 2009. The study population consisted of 214 pregnant women that complied with the inclusion criteria. Data was recollected with an instrument specifically designed for this study. We ran a survey to determine the predominant risk factors in 30 to 45 years old pregnant women. The results indicate that the

most exposed population to suffer this illness were pregnant women from 30 to 34 years old for a 60 per cent, about marital status 72 per cent lived under stable union, 46.3 only achieved Basic school levels, we observed that 45.8 per cent were homemakers, 52.3 per cent were Catholics, 57 per cent only received 5000 Dominican pesos per month, 58 per cent came from rural areas of the country, regarding the gestational age a 70.6 per cent answered that they were on their 2nd trimester, a 43.9 per cent were multiparae, a 43.9 per cent drank coffee, a 47.8 percent were overweight before pregnancy, a 47.7 per cent suffered from preeclampsia on the previous pregnancy and finally a 67.3 percent said to have directed family that had suffered from chronic arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, pregnancy, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión en el embarazo constituye un importante problema de salud en todo el mundo, siendo una de las primeras causas de morbilidad materna-perinatal¹. Es una de las patologías más frecuentes, especialmente en los países más pobres, donde constituye la primera causa de muerte materna en la segunda mitad del embarazo debido a sus múltiples complicaciones². Aproximadamente entre el 7 por ciento y 10 por ciento de los embarazos se complican con hipertensión arterial³. La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) representa el 70 por ciento de ellos; es la primera causa de mortalidad materna en 23 países analizados por la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y se encuentra entre las primeras cinco causas de morbilidad materna en todos los países de la región latinoamericana, estimando que cada año fallecen 50,000 mujeres⁴. En México su prevalencia varía entre el 7 por ciento y 10 por ciento de la población gestante, existe mayor incidencia antes de los 20 años y después de los 35 años, aproximadamente el 75 por ciento de los casos corresponden a primigestas⁵. Como esta patología continúa siendo controversial², donde se han valorado diversos factores vasculoendoteliales, inmunológicos y genético e hereditarios, para explicar la fisiopatología de la enfermedad hipertensiva gravídica y la solución definitiva de este problema, parece distante; de ahí que la atención prenatal a las embarazadas constituye la base principal para detectar la hipertensión arterial incipiente y de ese modo evitar su progresión hacia formas clínicas graves de la enfermedad. Numerosos trabajos científicos hablan de factores epidemiológicos que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo

* Médico general

** Gineco-Obstetra.

nivel escolar, nuliparidad, obesidad, multiparidad e historia familiar de preeclampsia o eclampsia. Se han identificado factores tales como la mola hidatiforme, el hydrops fetal, hidramnios, multigestas fecundadas por un nuevo matrimonio y el tabaquismo. Otros han observado la asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre ellas la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, antecedente familiar de hipertensión arterial, cardiopatías y epilepsia.³ Como la enfermedad hipertensiva del embarazo aún no tiene solución definitiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el propósito de identificar los factores de riesgo en las embarazadas de 30 a 45 años de edad, realizamos una investigación descriptiva y de recolección de la información retro-prospectiva de datos, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2009. El estudio tuvo como escenario geográfico el Hospital Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia", ubicado en la calle Pedro Henríquez Ureña, santo Domingo, Distrito Nacional. La población está comprendida por las embarazadas que asistieron a la consulta de gineco-obstetricia en el Hospital Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia". Se tomaron una muestra de 214 embarazadas de las que acuden al Hospital Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia" una hora previa a la consulta de gineco-obstetricia. Se incluirán todas las mujeres que reúnan las condiciones que señalaremos a continuación:

Estar embarazada

En edades de 30 a 45 años

Que asistan a la consulta en el Hospital Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia"

Que padezcan de hipertensión arterial gestacional

Estar dispuesta a responder todas las preguntas

Las embarazadas que no cumplan con los criterios de inclusión.

Hemos decidido no incluir las adolescentes a pesar de que significan un gran número de casos, por que al momento de esta investigación se realizaban varios estudios sobre hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes. Entre los principales aspectos éticos se considera resaltar el respeto al derecho de autor, que incluye las REFERENCIAS bibliografías de las cuales se extrajeron citas, la confidencialidad de la información recolectada, el anonimato de los nombres de las pacientes, así también como la citación de las fuentes de las cuales se extrajeron varias cifras estadísticas.

Para la recolección de datos utilizamos un formulario de preguntas sobre los datos personales, obstétricos y antecedentes familiares. Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procedimientos, para lo cual utilizamos programas de computadora, Microsoft Office Excel 2007, Microsoft Office Word 2007.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de las embarazadas según grupos de edad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia agosto-Diciembre 2009.

| Edad | Cantidad | Porcentaje |
|-------|----------|------------|
| 30-34 | 128 | 60 |
| 35-39 | 50 | 23 |
| 40-45 | 36 | 17 |
| Total | 214 | 100 |

Fuente: *Ibid.*

Cuadro 2. Distribución de las embarazadas según el estado civil, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Agosto-Diciembre 2009.

| | | |
|---------------|-----|-----|
| Unión estable | 154 | 72 |
| Soltera | 60 | 28 |
| Total | 214 | 100 |

Fuente: *Ibid.*

Cuadro 3. Distribución de las embarazadas según la escolaridad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Agosto-Diciembre 2009.

| Educación Básica | Cantidad | Porcentaje |
|------------------|----------|------------|
| Nivel básico | 93 | 46.3 |
| Nivel medio | 54 | 22.5 |
| Analfabeto | 37 | 19.4 |
| Universitaria | 30 | 11.8 |
| Total | 214 | 100,0 |

Fuente: *Ibid.*

Distribución de las embarazadas según la escolaridad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Agosto-Diciembre 2009.

Cuadro 4. Distribución de las embarazadas según la ocupación, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Agosto-Diciembre 2009.

| Ocupación | Cantidad | Porcentaje |
|------------------|----------|------------|
| Ama de casa | 98 | 45.8 |
| Estudiante | 44 | 20.5 |
| Comerciante | 38 | 17.8 |
| Empleada pública | 24 | 11.2 |
| Empleada Privada | 10 | 4.7 |
| Total | 214 | 100,0 |

Fuente: *Ibid.*

Distribución de las embarazadas según la ocupación, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Agosto-Diciembre 2009.

Cuadro 5. Distribución de las embarazadas según la religión, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Agosto-Diciembre 2009.

| Religión | Cantidad | Porcentaje |
|-------------------|----------|------------|
| Católica | 112 | 52.3 |
| Evangélica | 57 | 26.7 |
| Testigo de Jehová | 22 | 10.2 |
| Pentecostal | 15 | 7 |
| Adventista | 8 | 3.8 |
| Total | 214 | 100 |

Fuente: *Ibid.*

DISCUSIÓN

Al recopilar los datos obtenidos se ha podido demostrar en este estudio una gran variabilidad en cuanto al apareamiento de los factores de riesgo como lo cita en su artículo el Dr. Robillard. El 60 por ciento de las embarazadas encuestadas tenían entre 30 y 34 años de edad; datos que no concuerdan con lo reportado en estudios previos donde la hipertensión arterial inducida en el embarazo predomina en las edades reproductivas extremas de la vida, dicese antes de los 20 años y después de los 35 años. En cuanto al estado civil el 72 por ciento estaban en unión estable y el 28 por ciento eran solteras demostrando que la enfermedad predomina en pacientes con unión estable lo que concuerda con lo demostrado por Eskenazi en el que se encontró una asociación entre la hipertensión inducida por el embarazo y el estado civil, sin embargo Lehmen en su estudio, controlando la variable paridad, no observó diferencias en la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo entre primigrávidas solteras y unión estable. Según la escolaridad la mayoría de las embarazadas o sea el 46.3 por ciento; solo obtuvieron grados de educación Básico, y un 22.5 por ciento tenía un nivel académico medio lo cual concuerda y difiere con algunos autores que reportan la baja escolaridad como un comportamiento protector. En nuestro estudio el 46 por ciento resultaron ser "amas de casa" por lo que se considera al trabajo fuera del hogar como un factor de riesgo para preeclampsia. En nuestro estudio más del 50 por ciento de las embarazadas pertenecían a la religión católica, factor que aun no se puede considerar como factor de riesgo por su poco estudio. Varios estudios señalan la pobreza o bajo nivel económico como factor de riesgo importante en el desarrollo de la hipertensión inducida por el embarazo, el cual fue demostrado en este estudio donde el 57 por ciento de las embarazadas recibían menos de cinco mil pesos mensualmente. La mayoría de las encuestadas o sea 124 de las pacientes pertenecen a la zona rural para un 58 por ciento, 90 pacientes provenían de la zona urbana para un 42.06 por ciento. Sin embargo estos datos no permiten establecer una procedencia mayoritaria ya que las pacientes fueron seleccionadas al azar de acuerdo a su procedencia. En cuanto a la edad gestacional y la aparición de la enfermedad en nuestro estudio el 70 por ciento de las encuestadas se encontraban en su segundo trimestre de embarazo consistente con los resultados de otros estudios en los que se señala que la hipertensión arterial inducida por el embarazo se presenta después de las 20 semanas de gestación y solo excepcionalmente ocurre antes de ese tiempo, sin embargo algunas literaturas señalan que ocurre con más frecuencia al final del embarazo dicese mayor a las 36 semanas. Como han señalado algunos autores, la gestante nulipara tiene una alta probabilidad de desarrollar hipertensión inducida por el embarazo sin embargo en este estudio el 43 por ciento de las encuestadas eran multíparas lo que está de acuerdo con algunos estudios que indican que con el cambio de pareja sexual y/o un estado de inmunosupresión en el embarazo anterior el efecto protector del embarazo anterior se pierde, Sin embargo estas últimas condiciones no fueron evaluadas en las encuestadas por esta razón no pueden ser tomadas en consideración para afirmar que la multiparidad juega un papel importante como factor de riesgo. Aparentemente el consumo de alcohol y tabaco puede disminuir el riesgo de preeclampsia en la gestación, Marcoux encontró un menor riesgo de preeclampsia cuando el número de cigarrillos consumidos diariamente era mayor esto es por el efecto reductivo de la

nicotina sobre el tromboxano. Sin embargo, sabemos que los graves efectos que ejercen ambas sustancias en la salud de la madre y el desarrollo del feto impiden a todas luces su posible uso en la prevención de la hipertensión arterial inducida por el embarazo. En esta investigación el consumo de alcohol y tabaco no tuvieron gran relevancia. El 44 por ciento de las encuestadas tomaban café durante el embarazo. Estudios a corto plazo han demostrado que la cafeína puede elevar los niveles de epinefrina, norepinefrina y cortisol en plasma; hormonas que pueden elevar la presión arterial, sin embargo en un estudio hecho en Estados Unidos en 155, 594 enfermeras en un lapso de 12 años no demostró relación lineal entre el consumo de café y el desarrollo de hipertensión arterial. Según el nivel nutricional el 48 por ciento de las encuestadas estaba en sobrepeso, esto coincide con los hallazgos de Hogbert y de Sibai et al quienes demostraron que la obesidad es un factor de riesgo para la hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia. Stone et al. Encontraron que los únicos factores de riesgo relacionados con la aparición de preeclampsia grave fueron obesidad importante en todas las pacientes y el antecedente de preeclampsia en multíparas. En cuanto a los antecedentes obstétricos personales de hipertensión arterial y/o preeclampsia el 48 por ciento dijo haber padecido preeclampsia en embarazos anteriores y el 42 por ciento dijo haber padecido de hipertensión arterial antes del embarazo actual. Estos resultados concuerdan con varios investigaciones las cuales indican que la presencia de preeclampsia en un embarazo es un factor de riesgo para repetir el cuadro en la siguiente gestación, por lo general este segundo episodio es menos severo. También las investigaciones de Dekker la posibilidad de presentar preeclampsia agregada es particularmente mayor en mujeres con hipertensión grave de larga duración y aquellas con enfermedades cardiovasculares o nefropatías previas.

Según los antecedentes obstetricos familiares de hipertensión arterial y/o preeclampsia el 67 por ciento expreso haber tenido un familiar directo que padece de hipertensión arterial. Estos resultados corroboran lo publicado por diferentes autores

REFERENCIAS

1. Álvarez-Ponce V, Lugo-Sánchez A, Rodríguez-Pérez A. Tratamiento de la hipertensión inducida por el embarazo. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25 3:159-64.
2. Chesley LC. Historia y epidemiología de la preeclampsia-eclampsia. *Clínicas obstétricas y ginecológicas* 1984; 4: 1026-48.
3. Roiz HJ, Jiménez LJ. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el centro médico nacional de Torreón. *Ginec Obstet Mex* 2001; 69: 341-45.
4. Robert CC, Ferry-K M. Preconceptional health care: a practical guide. 2ed. St Louis: Mosby; 1995. 56-62, 85-6.
5. Oyarzun E, Muñoz H. Síndrome Hipertensivo del embarazo. Disponible en: <http://www.cedip.cl/Guias/SHE.htm> Acceso: 24 de junio de 2004
6. Rodríguez Hidalgo N, Cutié León E, Cordero Isaac R, Cabezas Cruz E, Águila Setién S, Álvarez Lajonchere C, et al. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología*. 3 ed. La Habana: ECIMED; 2000. 237-52.
7. Encuesta Demográfica y de Salud Republica Dominicana ENDESA 2007, Informe Preliminar. CESDEM Noviembre 2007. *Measure DHS, USA*. 6: 28-29.
8. Schwarcs R, Duvergers C, Díaz G, Fescina R. *Obstetricia*. 4ta. Edición. Argentina, El Ateneo, 1986:221.

Rev. Méd. Dom. 2011; 72(1):

9. Revista Ahora.com.do 3 de Noviembre 2003, ed. Num. 1,330, <http://www.ahora.com.do/Edicion1330/SECCIONES/actualidad1.html>
10. Torales CM, Zelaya MB, Schiaffino PM, Lanzós SC y col. Estados hipertensivos del embarazo en el hospital "Dr. Ramon Madariago". Rev de posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2003; 126:20-28.
11. Botero, J. Obstetricia y Ginecología. 4ta. Ed, Colombia, Editora Carvajal, S.A., 1998,123-134.
12. Pérez - Sánchez, A. Obstetricia. 3ra. ed., Santiago de Chile, Publicaciones Tecnicas Mediterraneo, 1999; 301-327.



ARS - CMD
Colegio Médico Dominicano

**Tu salud y la de los tuyos, está segura, en manos
de quienes siempre han trabajado por ti
Los Médicos**

FRECUENCIA DE INFECCIONES VAGINALES DIAGNOSTICADAS EN LAS PACIENTES ASISTIDAS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA DE HIGUEY.

Sabrina Esther Figueroe Heredia,* Damaris Montaña Méndez, * Leydy Julissa Sánchez Alcántara,* Marielys del Carmen Martínez Sánchez,* Keysody Elizabeth Sepúlveda Castro,* Miqueas Martínez.**

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo con el objetivo de identificar la Frecuencia de Infecciones Vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en consulta externa en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia de Higüey enero-mayo 2009, República Dominicana.

De las 543 pacientes que fueron asistidas en la consulta externa y que le fue realizado el Papanicolaou, 203 resultaron con infección vaginal para un 37.2%. La edad más afectada es entre 25-29 años con un 47.2%, la pacientes en primaria un 58.6%, ama de casa un 61%. Encontramos que el agente más común es la Tricomona Vaginalis con un 75%. El síntomas más común entre la población estudiada Prurito Vaginal con un 94.5%.

ABSTRACT

We performed a retrospective analysis in order to identify the most common vaginal infections in the gynecology outpatient Provincial Hospital our lady of the Altagracia, Higüey, January-May 2009 Dominican Republic.

Of the 543 patients who were assisted at the outpatient clinic and was performed Pap smears, 203 were with vaginal infection by 37.2%. most affected age is between 25-29 years with 47.2% of patients in primary 58.6%. Housewife 61%, we found that the agent is the most common vaginal trichomoniasis with 75%. The most common symptoms of vaginal itching studied population 94.5%.

INTRODUCCIÓN

La vaginitis es la enfermedad ginecológica más común encontrada en la atención médica primaria. Su diagnóstico en ocasiones resulta difícil, porque puede tener manifestaciones simples o combinaciones de síntomas de diferentes etiologías, siendo frecuente un comportamiento asintomático.

La vaginitis o vulvovaginitis es una inflamación de la vagina que provoca secreciones con olor característico, eritema, dolor, ardor, escozor, irritación y escasa pérdida de sangre. La evaluación de la vaginitis requiere un interrogatorio, examen físico del paciente y análisis de la secreción vaginal. La prevalencia no es bien conocida debido al diagnóstico y tratamiento que el propio paciente realiza sin una consulta médica y el comportamiento asintomático evidenciado.

En nuestro país cerca del 40% de las mujeres han sufrido en su vida al mínimo un episodio de vaginitis.

Dicha inflamación es causada principalmente por la alteración

* Médica asistente

** Ginecólogo-Obstetra, Epidemiólogo

del equilibrio de la flora vaginal habitual que está presente en la vagina y cuya función es la de regular el PH vaginal y con ello la presencia de bacterias y otros microorganismos en el epitelio vaginal. La etiología más frecuente de este tipo de inflamación es la infecciosa y los síntomas más frecuentes el aumento de la secreción o flujo vaginal (leucorrea) y el prurito genital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo con el objetivo de identificar Frecuencia de Infecciones Vaginales en Pacientes Asistidas en la Consulta Externa de Ginecología en el Hospital Provincial Nuestra Señora de la Altagracia, Higüey, Enero-Mayo 2009 República Dominicana.

Para la recolección de la información se realizó un cuestionario, el cual se aplico a los expedientes clínicos de las pacientes diagnosticadas con alguna infección vaginal, luego de obtenida la información se procedió a ordenarla y tabularla para su presentación en tablas y gráficos para facilitar su análisis.

RESULTADOS

Cuadro I. Frecuencia de Infecciones Vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en Consulta Externa en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, Higüey, enero-mayo 2009, República Dominicana. Según la edad

| Edad (años) | Frecuencia | % |
|-------------|------------|-------|
| 20-24 | 18 | 8.8 |
| 25-29 | 96 | 47.2 |
| 30-34 | 45 | 22.1 |
| 35-39 | 32 | 15.7 |
| 40-44 | 12 | 5.9 |
| Total | 203 | 100,0 |

Según la edad

Se observa que la edad más afectada son las edades comprendidas entre 25-29 años, con 96 casos para un 47.2%, Seguidos de 30-34 años 45 casos para un 22.15, 32 casos para la edad de 35-39 años para un 15.7%, 20-24 años con 18 casos para un 8.8% y de 40-44 con 12 casos para un 5.9%.

Cuadro II. Frecuencia de Infecciones Vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en Consulta Externa en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, Higüey, enero-mayo 2009, República Dominicana. Según la escolaridad.

| | | |
|---------------|-----|------|
| | | |
| Primaria | 119 | 58.6 |
| Secundaria | 58 | 28.5 |
| universitaria | 26 | 12.8 |
| total | 23 | 100 |

Según escolaridad

Tenemos que la escolaridad en la que se observó más frecuencia es en la primaria con 119 casos para un 58.6%, seguida de la secundaria con 58 casos para un 28.5% y universitaria 26 casos para un 12.8%.

Cuadro III. Frecuencia de Infecciones Vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en Consulta Externa en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, Higüey, enero-mayo 2009, República Dominicana. Según la ocupación.

| Ocupación | Frecuencia | % |
|--------------|------------|-------|
| Ama de casa | 124 | 61,0 |
| Estudiante | 56 | 33,4 |
| Trabajadoras | 68 | 27,5 |
| total | 203 | 100,0 |

Según la ocupación

En las amas de casa hubieron 124 de frecuencia para un 61%, las estudiantes 56 de frecuencia para un 33.4% y trabajadoras 68 de frecuencia para un 27.5%

Cuadro IV. Frecuencia de Infecciones Vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en Consulta Externa en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, Higüey, enero-mayo 2009, República Dominicana. Según el agente causal

| Agente | Frecuencia | % |
|----------------------|------------|-------|
| Gardonella | 25 | 12.3 |
| Cándida | 19 | 9.3 |
| Tricomonas Vaginales | 92 | 45.3 |
| Vaginitis Bacteriana | 53 | 26.1 |
| Vaginitis Mixta | 14 | 6.85 |
| | 203 | 100.0 |

Según el agente causal

Encontramos que el agente más común es la Tricomona Vaginales con 92 de frecuencia para un 75%, Vaginitis Bacteriana 53 de frecuencia para un 26.1%, Gordnorella Vaginalis con 25 de frecuencia para un 12.3%, Candida Albicans con 19 de frecuencia para un 9.3% y Vaginitis Mixta con 14 de frecuencia para un 6.85.

Cuadro V. Frecuencia de Infecciones Vaginales diagnosticadas en las pacientes asistidas en Consulta Externa en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, Higüey, enero-mayo 2009, República Dominicana. Según la sintomatología.

| Síntomas | Frecuencia | % |
|--------------------------|------------|------|
| Prurito Vaginal | 192 | 94.5 |
| Ardor vulvar y al orinar | 153 | 75.3 |
| Sensación de quemazón | 114 | 56.1 |
| Leucorrea | 186 | 91.6 |
| Sin sintomatologías | 25 | 12.3 |

Según la sintomatología

El síntomas más común entre la población estudiada Prurito vaginal con 192 de frecuencia para un 94.5%, Ardor vulvar y al orinar 153 de frecuencia para un 75.3%, Leucorrea con 186 de frecuencia para un 91.6%, Sensación de quemazón 114 de frecuencia para un 56.1%, Sin sintomatología 25 de frecuencia para un 12.3%.

CONCLUSION

1. Se observa que la edad más afectada son las edades comprendidas entre 25-29 años, con 96 de frecuencia para un 47.2%.
2. Tenemos que en primaria 119 de frecuencia para un 58.6%.
3. Las amas de casa 124 de frecuencia para un 61%.
4. Encontramos que el agente más común es la Tricomona Vaginales con 92 de frecuencia para un 75%.
5. El síntomas más común entre la población estudiada fue Prurito vaginal con 192 de frecuencia para un 94.5%.

DISCUSIÓN

La infección de la vagina por tricomonas, moniliasis los organismos piocócicos, es encontrada frecuentemente y representa un problema difícil, tanto para el especialista como para el médico general. Este problema se presenta en el período preadolescente y en los años de la vida reproductiva. Ninguna edad está exenta.

En nuestro estudio se observó que, las edades más afectadas son las comprendidas entre 25-29 años, con un 47.2%. Esto puede estar dado ya que influyen factores socio-culturales, siendo la libertad sexual una de las premisas fundamentales que caracterizan a estos jóvenes de la actualidad. También en este grupo de edades predominan las mujeres con una vida sexual más activa y que han tenido partos y embarazos recientes. Nuestro resultado coincide con los autores Mendoza González y Sánchez Vega, los cuales encontraron mayor prevalencia en el grupo de edades de 25 a 34 años.

En el nivel escolar con más predominio fue la primaria con un 58.6%, lo que coinciden con algunos autores en este tipo de patologías, que dicen el nivel educacional influye en el nivel de conocimiento sobre la higiene que es fundamental en estos casos.

Encontramos que el agente más común es la tricomona vaginales con un 75%. Lo que coincide con el Dr. HENRY J. ZETTELMAN, del Departamento de Ginecología y Obstetricia North Western University, Chicago, Ill. E.U.A., ha encontrado que la tricomona vaginales es responsable del 50 al 70% de las infecciones vaginales, según estudio que ha realizado.

El síntomas más común entre la población estudiada Prurito vaginal con 192 de frecuencia para un 94.5%.

REFERENCIAS

1. Benson Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia de Novack 12 Ed. Editora Macgraw Hill. 1997.
2. Manual de Ginecología y Obstetricia Dr. Pichardo Cap. 170, 1981-83.
3. Hahn Cristiana M. y Cois Citología de Cérvix Uterino, RalMed. Pucrs 1997.
4. Washington University. Manual Washington de Terapéutica Médica. Tratamiento de las enfermedades infecciosas. 10.^a edición. Barcelona: Masson, 1999. ISBN: 84-458-0727-7.
5. http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol37_1_03/far06103.pdf
6. Volumen * Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México. 1952; VII:449-454. en 75, Núm. 2, febrero, 2007

COMPLICACIONES POS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON PESO EXCESIVO DEL CENTRO DOMINICO – CUBANO. SANTO DOMINGO.

Dra. Keuris S. Gomez Gómez; Dra. Johanna T. Peña Montero; Dra. Arnalina Cruz Oviedo; Dra. Kilvis María Acosta; Dra. Kely Karina Turbí*; Ruth Agüero de Robles, MSP**; Dr. Ivan Strachan****

RESUMEN

Esta investigación tiene como título, Complicaciones Post-Cirugía Bariátrica. Centro Médico Dominico-Cubano Enero 2007- Julio 2009. Con la finalidad de identificar dichas complicaciones.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, de fuente secundario, en el cual por medio de la revisión de expedientes clínicos, bibliografía y ficha de recolección de datos, se identificaron las complicaciones más frecuentes presentadas por pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

La población de estudio correspondió a 55 expedientes clínicos de usuarios a quien se le había practicado cirugía bariátrica y que presentaban la coexistencia de alguna complicación posquirúrgica. Los datos fueron recolectados mediante un formulario y posteriormente tabulados en una base de datos del programa Excel.

La complicación postquirúrgica más frecuente fue deshesencia de la línea de grapado representado por dos pacientes equivalente a 3,6 por ciento.

El intervalo de edad más frecuentemente afectado por complicaciones post-quirúrgicas fue el comprendido entre 24- 34 años. La técnica quirúrgica que más se asocio a complicaciones fue la banda gástrica representada por un 60 por ciento del total evaluado. En tanto que el 100 por ciento de los pacientes presento complicaciones después de los 160 días de tiempo postquirúrgico.

Palabras claves: Pos cirugía, bariátrica, complicaciones

ABSTRACT

The research is named Complications after Bariatic Surgery at Centro Médico Dominico - Cubano, from January 2007 to July 2009, with the purpose of determining those complications.

It was performed an observational, descriptive and transversal study from secondary sources, in the same they were reviewed the clinical files, bibliography and data gathering; they were identified the most frequent complications in patients who received bariatic surgery.

The population was formed by 55 clinical files of the users that had bariatic surgery and that also have some type of complications after surgery. The data were gathered by a form and later processed in a data base using a Electronic Sheet program.

The most frequent complications after surgery was the

deshesency of the line, with 3, 6 per cent.

The interval of age that had complications after surgery was between 24 – 34 years old. The most used surgery technique associated with complications was gastric band with 60 per cent. 100 per cent of patients that showed complications after surgery had a post-surgery rest period of 160 days.

Keyword: Post-Surgery, Bariatric, Complications.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica o cirugía de la obesidad es la modalidad terapéutica utilizada para el tratamiento de la obesidad de difícil manejo. La palabra deriva del griego baros (peso) y iatrein (tratamiento).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mil 200 millones de personas tienen problemas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo. Los estudios epidemiológicos muestran que el 55 por ciento de la población adulta presenta sobrepeso y el 22 por ciento, es obesa.²

El país no está exento de esta problemática de salud, según un artículo publicado por el doctor Félix Escaño el 45% de la población dominicana está en sobrepeso y el 17 por ciento de este total tiene niveles de obesidad.

A medida que aumentan los índices de obesidad, aumenta también la popularidad de la cirugía bariátrica. Aunque se trata de un procedimiento quirúrgico mayor, los beneficios para los que están gravemente obesos generalmente superan por mucho los riesgos.

La cirugía bariátrica actualmente se presenta como el tratamiento de elección para el sobrepeso de difícil manejo proporcionando una disminución de peso mantenida por más tiempo, lo cual en la mayoría de los casos no puede ser logrado mediante métodos convencionales.

El Centro Médico Dominico - Cubano de Santo Domingo es una de las instituciones de nuestro país donde desde hace varios años se está realizando este tipo de procedimiento quirúrgico con la finalidad de colaborar con lo que se ha convertido en un problema de salud.

Motivados por la salud de ésta población en la cual se observa el aumento de en el sobrepeso y la obesidad, y con ello la frecuencia de pacientes que se realizan cirugía bariátrica. Presentamos éste estudio donde se identifican las complicaciones pos-cirugía bariátrica en pacientes del Centro Médico Dominico Cubano.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y

* Médico General

** Máster en Metodología

***Especialista en Cirugía

transversal, de fuente secundario, retrospectiva con el objetivo de identificar las complicaciones post-cirugía bariátrica en pacientes del Centro Médico Dominicano-Cubano en el periodo Enero 2007- Julio2009.

Este estudio tiene como escenario el área de cirugía del centro médico dominico-cubano ubicado en la calle Dr. Piñero esq. Jonás Salk. Zona universitaria en la ciudad de Santo Domingo, R. D. De acuerdo al sistema regional es un centro privado local con características y de monobloque horizontal.

El centro fue fundado en el mes de Octubre del año 2002, ha tenido desde sus cimientos el objetivo de colaborar al desarrollo de la salud en el país con una moderna visión de la medicina, basado fundamentalmente en el concepto humano de la atención médica. Para ello contamos con tecnología de primera línea y enfoque personalizado que produzcan como resultado el diagnóstico y la solución inmediata del problema de salud que enfrentan nuestros pacientes y lograr su recuperación en el menor tiempo posible. Su staff médico está representado por excelentes especialistas dominicanos y cubanos, formalmente acreditados, que juntos trabajan unidos por su salud, aplicando su vasta experiencia personal con las líneas de trabajo internacionalmente aprobadas. Siendo este centro uno de los pocos lugares en nuestro país donde se practica la cirugía bariátrica. En la zona universitaria, Norte: Avenida Independencia, sur: Jonás salk, este: Avenida Máximo Gómez, oeste: Avenida Correa y Cidron.

Estuvo constituido por 55 expedientes de usuarios asistidos en este intervalo de tiempo correspondiente al estudio.

Para la recolección de datos de la información se elaboro un formulario 8 preguntas redactadas en el programa Word y tabuladas en el programa hoja de cálculo Excel.

Se procedió a visitar el consultorio de cirugía del centro médico dominico-cubano donde a través del cirujano bariátrico nos facilito los expedientes de los pacientes registrados en la base de datos de su computadora, revisando así las estadísticas del año 2007-2009. Se obtuvo el número de pacientes sometidos a cirugía durante los años en cuestión. Se procedió a recolectar las informaciones las cuales fueron numéricas y textuales, el origen de la fuente fue secundaria, con datos cuantitativos al usar las estadísticas de la clínica y cualitativa la proveniente de los records. Una vez completa la cantidad de records, fueron separados de acuerdo a los criterios de inclusión. El tiempo

que de tomo la recolección de los datos fue de dos semanas debido a que en la mayoría de las ocasiones no eran posibles las reuniones con el cirujano. Ya clasificados se procedió a tabular la información en una computadora laptop Hp. Usando el programa de Excel. El tiempo que se tomo la tabulación fue de dos días incluyendo la elaboración de los gráficos, los cuales fueron copiados a Microsoft Word para ser incorporados al cuerpo de la investigación.

Usuarios que se realizaron cirugía bariátrica, incluyendo aquellos con diagnóstico de complicaciones post-cirugía y que acudieron la consulta o fueron ingresados al Centro Médico Dominicano Cubano en el periodo Enero 2007-Julio 2009.

Todos los usuarios que aun presentando factores asociados a las complicaciones no estaban en el tiempo de investigación y también los que se ingresaron o se consultaron y que no se realizaron operaciones de cirugía bariátrica.

Las informaciones recopiladas se reunieron a través de un proceso de tabulación, presentado por medio de cuadros y gráficos. Luego se presenta una **DISCUSIÓN** donde se destacan los principales hallazgos sobre los factores más predominantes que conllevaron a los pacientes a presentar complicaciones post-cirugía bariátrica comparándolo con estudios realizados anteriormente.

Los datos fueron trabajados en los programas de Microsoft Word y Excel 2007.

Se preservan en un plano estrictamente confidencial las características individuales, y cumplimos con los acuerdos nacionales e internacionales sobre la ética y bioética en la investigación científica.

RESULTADOS

Cuadro I. Complicaciones Post - Cirugía bariátrica en Pacientes Obesos del Centro Médico Dominicano-Cubano.

| Complicaciones | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|-------------|
| Vómitos | 1 | 1.8 |
| SIN COMPLICACIONES | 55 | 98.2 |
| Total | 56 | 100 |

Fuente: Expediente Médico Centro Médico Dominicano - Cubano

Cuadro II. Complicaciones Post - Cirugía bariátrica en Pacientes Obesos del Centro Médico Dominicano-Cubano según Edad

| Complicaciones Post/Bariátrica | EDAD | | | | | | | | | | | | Total | % |
|--------------------------------|------|------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|------|------|-------|-------|
| | < 18 | % | 18 - 25 | % | 26 - 34 | % | 35 - 45 | % | 46 - 64 | % | > 64 | % | | |
| Vómito | | | | | 1 | 1.79 | | | | | | | 1 | 1.79 |
| SIN COMPLICACIONES | 2 | 3.57 | 11 | 19.64 | 21 | 37.50 | 13 | 23.21 | 7 | 12.50 | 1 | 1.79 | 55 | 98.21 |
| Total | 2 | 3.57 | 11 | 19.64 | 22 | 39.29 | 13 | 23.21 | 7 | 12.50 | 1 | 1.79 | 56 | 100 |

Fuente: Expediente Médico Centro Médico Dominicano - Cubano

Cuadro III. Complicaciones Post - Cirugía bariátrica en Pacientes Obesos del Centro Médico Dominicano-Cubano Tipo de Técnica Quirúrgica.

| Complicaciones Post/Bariátrica | Tipo de técnica quirúrgica | | | | Total | % |
|--------------------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|-------|
| | Sleeve | % | Banda | % | | |
| Vómito | 1 | 1.79 | 0 | 0 | 1 | 1.79 |
| SIN COMPLICACIONES | 48 | 85.71 | 7 | 12.5 | 55 | 98.21 |
| Total | 49 | 87.5 | 7 | 12.5 | 56 | 100 |

Fuente: Expediente Médico Centro Médico Dominicano - Cubano

Cuadro IV. Complicaciones Post - Cirugía bariátrica en Pacientes Obesos del Centro Médico Dominicano-Cubano según Índice de Masa Corporal

| Complicaciones Post/Bariátrica | Índice de Masa Corporal | | | | | | | | | | Total | % |
|--------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|--------|-------|---------|-------|------|------|-------|--------|
| | < 36 | % | 37-40 | % | 41 -45 | % | 46 - 50 | % | > 50 | % | | |
| Vómito | | | | | 1 | 1.79 | | | | | 1 | 1.79 |
| SIN COMPLICACIONES | 13 | 23.21 | 13 | 23.21 | 14 | 25.00 | 11 | 19.64 | 4 | 7.14 | 55 | 98.21 |
| Total | 13 | 23.21 | 13 | 23.21 | 15 | 26.79 | 11 | 19.64 | 4 | 7.14 | 56 | 100.00 |

Fuente: Expediente Médico Centro Médico Dominicano - Cubano

Cuadro V. Complicaciones Post - Cirugía bariátrica en Pacientes Obesos del Centro Médico Dominicano-Cubano según Tiempo Post-Quirúrgico

| Complicaciones Post/Bariátrica | Tiempo de Estadía Hospitalaria | | | | | | Total | % |
|--------------------------------|--------------------------------|---|---------|---|---------------|------|-------|--------|
| | 120 horas | % | 30 días | % | > de 160 días | % | | |
| Vómitos | 1 | 2 | | | | | 1 | 1.7857 |
| SIN COMPLICACIONES | | | 2 | | 53 | 94.6 | 55 | 98.214 |
| Total | | | | | 53 | 94.6 | 56 | 100 |

Fuente: Expediente Médico Centro Médico Dominicano - Cubano

DISCUSIÓN

La cirugía para la pérdida de peso puede reducir efectivamente el riesgo de mortalidad relacionado con las comorbilidades de la obesidad. Pero los riesgos de la cirugía bariátrica existen, con complicaciones anastomóticas. Con respecto a este estudio se encontró que de los 55 pacientes evaluados en el 3,6 por ciento presentó dehiscencia de la línea de sutura como complicación post quirúrgica más frecuente mediante la técnica de sleeve, lo cual se contraponen al estudio realizado por los Doctores Eubanks S, Edwards CA, Fearing NM, Ramaswamy A, de la Torre RA, Thaler KJ, Miedema BW, Scott J en "Complicaciones De La Cirugía Bariátrica" donde se puso en manifiesto que las complicaciones que ocurrieron entre el 1% al 5% de los pacientes fueron filtraciones de la línea de sutura mecánica sometidos a gastrectomía en manga. .

En este estudio el intervalo de edad más frecuentemente afectado por algún tipo de complicación fue el comprendido entre 24- 34 años. Lo cual difiere con el estudio publicado en septiembre del 2005, por el Doctor Shawn D. Peter y colaboradores sobre "Cirugía de la obesidad en ancianos" en donde luego de evaluar 110 pacientes sometidos a una derivación gástrica en Y de Roux se concluye que no existen diferencias en el número de complicaciones postquirúrgicas entre los distintos rangos de edades.

De los cinco pacientes que presentaron complicación postquirúrgica, tres pacientes equivalentes al 60 por ciento había sido sometido a banda gástrica, lo que va en contraposición con los resultados obtenidos por el Doctor Miguel A. Miranda en su estudio "banda gástrica por vía laparoscópica en el hospital general de Cd. Victoria, Tamaulipas. Experiencia de ocho años" realizado en enero 2000- diciembre 2008, donde se concluye que menos del 6 por ciento de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica por la técnica de banda gástrica presentó complicación.

Siendo el IMC una medida antropométrica relacionada a la mayor aparición de complicaciones post-cirugía bariátrica, en este estudio se encontró que el 60 por ciento de pacientes con

algún tipo de complicación correspondió a pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor de 50. Lo cual se contraponen al estudio realizado por el Dr. M. Berry, M. Guelfand et al, en Lap-Bad, Santa Bárbara Ca 2005, donde se pone en manifiesto que solo el 38,6 por ciento de pacientes con índice de masa corporal mayor de 50 presentó algún tipo de complicación.

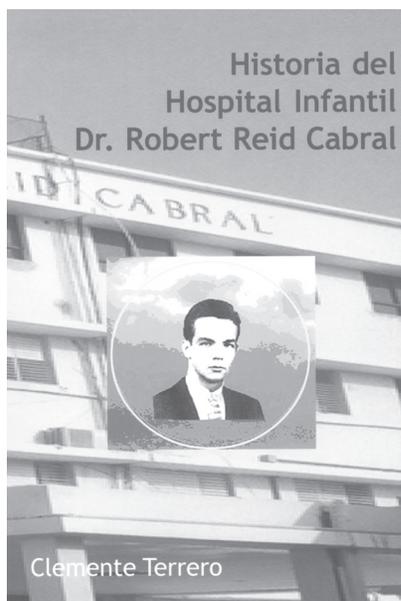
El presente estudio expresa que del total de pacientes sometidos a cirugía bariátrica el 100 por ciento presentó complicaciones luego de 160 días de tiempo postquirúrgico. Esto se corresponde con el estudio realizado por la Federal Agency for health Care Rearch and quality (AHRQ) July 24/2006, donde se puso en manifiesto que los índices de complicaciones en pacientes sometidos a cirugía contra la obesidad fueron de 39,6 por ciento al final del período de estudio de 180 días.

REFERENCIAS

1. Uquillas Cortes M. "Cirugía Bariátrica Laparoscópica; Técnicas y Complicaciones." Bogotá, D .S. Colombia Da Vinci Editores & Cia S. en C. Revisado 15/07/09 (www.cirugiadeobesidad.com.ec/equipo médico_mcortez).
2. Organización Mundial De La Salud; Obesidad y Sobrepeso, Informe Científico OMS, Nota Descriptiva N.311 Septiembre 2006. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>) Revisado.16/07/09
3. L. Á. Fernández Meré* y M.ª Álvarez Blanco** Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Nutrición Hospitalaria 2004, pag34-44. (<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n1/original5.pdf>) Revisado.18/07/09.
4. Moreno Esteban, A. Zugasti Murillo, Unidad de Obesidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, "Cirugía bariátrica: situación actual". REV MED UNIV NAVARRA/VOL 48, N° 2, 2004, 66-71 (bmoreno@arrakis.es) revisado.01/08/09
5. Lorenzo Solar Mónica, Unidad de Desórdenes Alimentarios. Hospital de Conxo. CHUS. Santiago de Compostela, "Evaluación Del Paciente Obeso Previo a

- Cirugía Bariátrica". 2006,1-5. (www.sonudiga.org/.../valoracionpaciente) Revisado.01/08/09
6. F. Rotellar, C. Pastor, J. Baixauli, A. Gil, V. Valentí, I. Poveda, P. Martí-Cruchaga, Cirugía bariátrica laparoscópica: bypass gástrico proximal" Departamento de Cirugía General. Clínica Universitaria. Pamplona vol.28 suplemento 3, 2005. (www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/sup3/suple5a.html)Revisado. 04/08/09.
 7. PIÑEIRO ELENA, La alimentación después de la cirugía bariátrica, Aprender comer de nuevo. Revista consumer eroski 4 marzo del 2004. www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2008) Revisado 06/08/09.
 8. Cengarle R. Caarlos, Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, publicaciones de la web 2007, pag 1, 3,4, 6. http://www.lapaginadel_médico.com.ar/Tratamientoquirurgicodelaobesidadmorbida.pdf.
 9. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina/Departamento de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003. Santiago, Marzo de 2004.
 10. Koppman A. Psiquiatría de enlace y Cirugía. Rev Chil Cir 2004; 56: 517-522.
 11. Awad W, Loehnert R, Jirón V. Obesidad Mórbida. Tratamiento quirúrgico: gastroplastías. Rev Chil Cir 1994; 45: 407-412.
 12. González R, Rossi G, González F. Obesidad mórbida: experiencia con el by-pass yeyunoileal en seis pacientes. Rev Med Chile 1996; 114: 29-35.
 13. Pérez G. Bypass gástrico laparoscópico: desarrollo de la técnica y resultados precoces en 151 pacientes consecutivos. Rev. Chilena de Cirugía 2005; 57: 131-137.
 14. JIMENEZ MONTERO, José Guillermo. Obesidad: problema de salud pública. Acta méd. costarric, oct. 2004, vol.46 supl.1, p.05-06. ISSN 0001-6002. Revisión 05/08/09(<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php>)
 15. Wong M; Murillo G. Fundamentos fisiopatológicos de la obesidad y su relación con el ejercicio. Act Med Costarric 2004; 46.
 16. M. A. Rubio, C. Moreno, Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral, ISSN 0212-1611, Vol. 22, N°. Extra 2, 2007, pags. 124-134
 17. Dr.Braghetto ,Italo; Ibarra, Omar; Rojas, Gorge; Korn, Owen; Dr.Valladare, Hector; Rev. Chilena de Cirugía. Reoperaciones por fracaso tardío de la cirugía bariátrica. Reporte de 5 casos clínicos Vol 58 - N° 6, Diciembre 2006; págs. 456-463
 18. Vio del Rio F, Albala C. Epidemiología de la obesidad en Chile. Rev Chil de Nutrición 2000; 27: 97-104.
 19. Brolin RE. Complications of surgery for severe obesity. Problems in general surgery. 2000; 17: 55-61
 20. MASON E E., ITO C.: Gastric bypass in obesity. Surg, Clin.N Am 1967; 47:1345-1351.
 21. "Impact of Advanced Age on Weight Loss and Health Benefits after Laparoscopic Gastric Bypass". Shawn D. St Peter, MD; Randall O. Craft, MD; Judy L. Tiede, RN y cols. 2005;140:165-168.Revisado 10/09/09 www.medicinageriatrica.com.
 22. De león Miranda M. Hospital General Cd. Victoria, Banda gástrica por vía laparoscópica en el hospital General de D.Victoria, Tamaulipas.Experiencia de 8 anos. Enero 2000 Diciembre del 2008.
 23. Aumentan niveles de complicaciones post-operatorias en casos de cirugía bariátrica. Press Release, July 24, 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. revisado09/09/09. <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2006/spbariapr.htm>

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Historia del Hospital Infantil

Dr. Robert Reid Cabral

Autor: Dr. Clemente Terrero

Venta: Economato del Colegio Médico Dominicano.
C/ Paseo de los Médicos esq. Modesto Díaz,
zona universitaria. Distrito Nacional,
República Dominicana.

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE MADRES CON HIJOS DE BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

Digna Jorge Vargas, Ruth Esther Soriano, Sonia E. Tejeda Matos, Elizabeth Vargas Vásquez, Rosanna Duran Agramente Magna Luisa Valenzuela de los Santos, Yudelka Lerebours

RESUMEN

Los objetivos para este estudio fueron: determinar el perfil sociodemográfico de madres con hijos de bajo peso al nacer. Evaluar su estado nutricional, antecedentes patológicos, obstétricos y hábitos tóxicos.

Se realizó este estudio de tipo descriptivo, tomándose como población madres con hijos de bajo peso al nacer en el Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia, la muestra estuvo representada por 102 casos, diseñándose un instrumento con diez interrogantes; se encontró que las madres entre las edades de 21-30 años representan el 48.04 por ciento de las asistidas, las de 15-20 años el 34.31 por ciento y las de 31-40 años representan el 17.65 por ciento del total. En cuanto a su procedencia el 67.65 por ciento de las madres con hijos de bajo peso al nacer son procedentes de lugares urbanos y un 32.35 por ciento procedentes de lugares rurales; en cuanto a su escolaridad el 45.10 por ciento de las madres alcanzó solo el nivel básico y 10.78 por ciento son universitarias. De estas la mayor parte 68.65 por ciento vive en unión libre y 10.78 por ciento están casadas y solteras en el 20.59 por ciento. En cuanto a la ocupación 31.38 por ciento son estudiantes, 29.31 por ciento son amas de casa y 12.75 por ciento son empleadas privadas. Un 49.02 por ciento tiene un ingreso mensual de menos de 10,000 pesos y 37.26 por ciento menos de 5,000. Entre sus antecedentes patológicos el más relevante fue la anemia con un 50.98 por ciento seguido de hipertensión gestacional con un 14.71 por ciento cada uno. Entre sus antecedentes obstétricos el 51.96 por ciento eran multigestas, 22.52 por ciento del total había tenido bajo peso previo y la mayoría 37.26 por ciento solamente había tenido de 1-4 visitas prenatales, seguida del 35.29 por ciento que había asistido de 4-6 veces, el 24.51 por ciento asistió de 6-8 veces y el 2.94 por ciento de 8-9 veces. El 54.9 por ciento negó tener hábitos tóxicos, el 32.35 por ciento consume alcohol de forma habitual, 7.85 por ciento tabacos y 4.9 por ciento café. Por último valoramos el estado nutricional con el índice de masa corporal y 69.61 por ciento de las madres están en rango de normo peso, 11.77 por ciento están bajo peso y en sobrepeso 10.78 por ciento. Concluyéndose que la mayor incidencia de bajo peso se encuentra en mujeres que oscilan entre las edades de 21 a 30 años, procedentes de zonas urbanas, con estado civil de unión libre y que han tenido al menos 2 hijos, de clase social baja, donde la ocupación no es determinante. Siendo los factores de riesgos más evidenciados: Anemia, inadecuado chequeo prenatal, consumo de alcohol y tabaco añadidos a

la multiparidad y bajo peso previo. Las recomendaciones cubren desde el reconocimiento de la problemática perinatal la creación de programas de mejor atención prenatal e identificación precoz de factores de riesgo.

ABSTRACT

The objectives of this study were: to determine the sociodemographic profile of mothers with children of low birthweight, assess their nutritional status, history of illness, obstetric situation and toxic habits.

We performed a descriptive study at the Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia in Santo Domingo, Dominican Republic, taking as a sample 102 cases. To gather the information was developed an instrument, which collected all the relevant variables in the study. As a result of this study, it was found that:

Of the 102 women interviewed, 48.04 per cent were between 21-30 years old.

A 67.65 per cent came from urban areas of the country.

With regards to their education 45.10 per cent of them completed a basic education level.

68.65 per cent lived in free union.

As far as their occupation 31.38 per cent were students.

A 49.02 per cent had a monthly income of less than 10,000 pesos per month.

Of their history of illness anemia was the most relevant issue with 50.98 per cent.

About their obstetrical situation 51.96 per cent were multigravida, 22.52 per cent. Of the total had history of previous low birthweights and 37.28 per cent had 1 to 4 prenatal care visits.

54.09 per cent denied having any toxic habits.

Maternal nutritional status was adequate with 69.61 per cent, deficient 11.07 per cent and overweight 10.78 per cent.

Conclusion

The incidence of low birthweights was higher among women of ages between 21-30 years of age, coming from urban areas of the country with a marital status of free union that have had at least two children; of low socioeconomic status, were the occupation was not decisive.

The most relevant risk factors were: anemia, inadequate prenatal care, alcohol consumption, tabaquism added to the multiparity and previous low birthweights.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Este estudio es descriptivo prospectivo de corte transversal,

el fin de este estudio fue determinar las características sociodemográficas de las madres con hijos de bajo peso al nacer durante el período comprendido entre los meses de Mayo del 2009 a Julio del 2009 que fueron asistidas en Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia.

Escenario de la Investigación

El presente estudio se realizó en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia ubicado en la Av. Pedro Henríquez Ureña no. 49 en el sector de Gascue en la ciudad Santo Domingo Guzmán cuya demarcación geográfica está delimitada al Norte por la Av. México, al Sur por la Av. Pedro Henríquez Ureña, al Este por la C/ Félix M. del Monte y al Oeste por la C/ Benito Jiménez.

Este es un hospital docente universitario en el que diariamente se practica un promedio de 80 partos y 25 cesáreas, que cuenta con un amplio personal entre médicos ginecólogos obstetras, anestesiólogos, otras especialidades medicas, enfermeras y personal auxiliar.

Universo y población

En este estudio el universo estuvo compuesto por las mujeres que fueron asistidas en los meses de Mayo a Julio del 2009 siendo un total de 3,707 pacientes, de las cuales se seleccionó las madres de hijos con bajo peso al nacer asistidas en dicho período, siendo un total de 512 pacientes las que conformaron la población de este estudio.

Muestra

En este estudio la muestra estuvo conformada por un total de 102 pacientes que respondieron al instrumento de recolección de la información, y que fueron asistidas en el hospital referido en el apartado anterior. Dicha muestra representa el 20% de la población siendo seleccionada a conveniencia de los investigadores.

Instrumento

Para la obtención de los datos se diseñó una guía de recolección de datos conformada por un total de diez preguntas abiertas y cerradas, representado la naturaleza de las variables empleadas (ver anexo).

Procedimiento

Luego de tener el tema autorizado, por el departamento de tesis de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, se procedió a la verificación de la existencia o no de investigaciones iguales o similares, en las diferentes universidades del país.

Paso seguido, se dio inicio a la revisión de literatura referente al tema, así como a la construcción del instrumento para la recolección de los datos, previa solicitud de permiso a las autoridades del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, para la recolección de la información.

Asistiendo a las salas de postparto del hospital, donde se obtuvieron los datos sin ningún inconveniente, pues a las usuarias del Hospital previa identificación de los sustentantes del estudio se les informó de la importancia y aportes que dicho estudio aportaría; y también se les informó sobre el mantenimiento de confidencialidad.

Ética

Participaron en el estudio aquellas usuarias que aceptaron, respetando la confidencialidad de los datos aportados.

RESULTADOS GENERADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Recogido los datos con la guía diseñada para tales fines se procedió a darle a los mismos un tiramiento con la estadística descriptiva y organizar los resultados en tabla y gráficos.

Tabla 1. Número de casos según las edades de las madres con hijos de bajo peso al nacer asistidas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia durante el periodo Mayo-Julio 2009

| Edades | Frecuencias | Porcentajes |
|--------------|-------------|-------------|
| 15-20 | 35 | 34.31% |
| 21-30 | 49 | 48.04% |
| 31-40 | 18 | 17.65% |
| Total | 102 | 100% |

Fuente: Directa

La tabla.1 muestra que las edades de las madres con hijos de bajo peso al nacer en el mayor porcentaje corresponde, entre las edades de 21 a 30 años con un 48.04 por ciento seguido de 34.31 por ciento para las edades entre 15 y 20 años de edad, siendo el menor porcentaje para las edades de 31 a 15 años, o sea, un 17.65 por ciento.

Tabla 2. Número de casos según el estado civil de las madres con hijos de bajo peso al nacer en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia en el periodo de Mayo-Julio 2009

| Estado civil | Frecuencias | Porcentajes |
|--------------|-------------|-------------|
| Soltera | 21 | 20.59% |
| Casada | 11 | 10.78% |
| Unión libre | 70 | 68.63% |
| Total | 102 | 100% |

Fuente: Directa

En cuanto al estado civil de las madres con hijos de bajo peso al nacer entre los meses de Mayo del 2009 a Julio del 2009 y que fueron asistidas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia el 68.63 por ciento de estas se encontraron en unión libre, seguido de las solteras un 20.59 por ciento las casadas con un 10.78 por ciento y seguido de las viudas y divorciadas con ausencia de casos, por lo tanto correspondiéndole, el cero por ciento, como muestran la tabla y gráfico No. 4.

Tabla 3. Número de casos según el antecedente patológico de las madres con hijos de bajo peso al nacer en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia en el periodo de Mayo-Julio 2009

| Antecedentes patológicos | Frecuencias | Porcentajes |
|--------------------------|-------------|-------------|
| Diabetes | 4 | 3.92% |
| Cardiopatías | 4 | 3.92% |
| Preeclampsia | 4 | 3.92% |
| HTA gestacional | 15 | 14.71% |
| Anemia | 52 | 50.98% |
| Falceemia | 4 | 3.92% |
| Negados | 14 | 13.73% |
| Infección vaginal | 2 | 1.96% |
| Asma | 1 | 0.98% |
| Alergias | 1 | 0.98% |
| VIH | 1 | 0.98% |
| Total | 102 | 100% |

Fuente: Directa

En lo referente a los antecedentes patológicos de las madres con hijos de bajo peso al nacer el antecedente en el que se presento mayor número de casos fue la anemia para un 50.98 por ciento y el menor número de casos correspondieron a virus de inmunodeficiencia humana, asma y alergias para un 0.98 por ciento.

Tabla 4. Número de casos según los antecedentes obstétricos prenatal de las madres con hijos de bajo peso al nacer en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia en el periodo de Mayo-Julio 2009

| Antecedentes obstetricos | Frecuencias | Porcentajes |
|---------------------------|-------------|-------------|
| Primigestas | 34 | 33.33% |
| Multigestas | 53 | 51.96% |
| Gran multigestas | 15 | 14.71% |
| Bajo peso al nacer previo | 24 | 22.52% |
| Total | 102 | 100% |

Fuente: Directa

La tabla 10 nos muestra los antecedentes obstétricos que presentaron las madres con hijos de bajo peso al nacer en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia. Se deja ver que el 51.96 por ciento habían tenido varias gestas frente al 33.33 por ciento para el cual era su primera gesta, seguido del 14.71 por ciento que habían tenido un extremo numero de gestas. De todas las madres estudiadas solo el 22.52 por ciento había tenido un producto previo con bajo peso al nacer.

Tabla 5. Número de casos según la asistencia al control prenatal de las madres con hijos de bajo peso al nacer en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia en el periodo de Mayo-Julio 2009

| Control prenatal | Frecuencias | Porcentajes |
|------------------|-------------|-------------|
| 1- 4 visitas | 38 | 37.26% |
| 4- 6 visitas | 36 | 35.29% |
| 6- 8 visitas | 25 | 24.51% |
| 8- 9 visitas | 3 | 2.94% |
| Total | 102 | 100% |

Fuente: Directa

En lo referente al control prenatal se deja ver que las madres de este estudio asistieron pocas veces al chequeo prenatal durante su embarazo, ya que, sólo el 37.26 por ciento tuvo de 1- 4 visitas, el 35.29 por ciento tuvo entre 4- 6 visitas seguido de 24.51 por ciento que tuvo entre 6- 8 visitas y el menor porcentaje estuvo representado por las madres que asistieron de 8- 9 veces a su control prenatal con un 2.94 por ciento.

Tabla 6. Evaluación del estado nutricional según el índice de masa corporal de las madres con hijos de bajo peso al nacer en Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia en el periodo de Mayo a Julio del 2009.

| Índice de masa corporal | Frecuencias | Leyenda | Porcentajes |
|-------------------------|-------------|------------------|-------------|
| Menos de 18.5 | 12 | Bajo peso | 11.77% |
| 18.5-25.0 | 71 | Peso normal | 69.61% |
| 25-30 | 11 | Sobrepeso | 10.78% |
| 30-40 | 7 | Obesidad | 6.86% |
| Mas de 40 | 1 | Obesidad mórbida | 0.98% |
| Total | 102 | 102 | 100% |

Fuente: Directa

Acorde con los resultados de la tabla 11 se evidencia que la mayoría de las madres de este estudio están dentro de un rango de peso normal para su talla y peso con un 69.61 por ciento de casos. En comparación con el 11.77 por ciento que presento bajo peso. Solo el 10.78 por ciento presento sobrepeso y el 6.86 por ciento presento obesidad. El menor porcentaje lo representa 1 solo caso de obesidad mórbida para un 0.98 por ciento.

DISCUSIÓN

El primer objetivo de este estudio se oriento a determinar la incidencia según: edad, procedencia, escolaridad, estado civil, ocupación e ingreso.

Acerca de la edad se encontró que las edades de las madres con hijos de bajo peso al nacer, en su mayoría fluctúan entre 21-30 años con un 48.04 por ciento seguido de un 34.31 por ciento para las edades entre 15-20 años y solo 17.65 por ciento para el grupo de 31-40 años lo que hace que este estudio tome un giro diferente a otros estudios realizados en otros países como Cuba y Argentina donde en grupos de edad materna entre 30-34 años predominó el bajo peso pero si coincide con la mayoría de autores que señalan que tanto las edades precoces como las tardías representan un factor de riesgo ya que producen afectaciones en el peso del neonato por lo que puede verse lo polémico de este aspecto solamente.

En lo referente a la procedencia y el bajo peso al nacer existe literatura que los vinculen y nuestro estudio coincide con esta ya que el 67.65 por ciento de las madres procedían de zonas urbanas frente al 32.35 por ciento que eran de zona rural. Cuando se clasifica el lugar de residencia como rural o urbano se ha demostrado que los habitantes de zonas urbanas tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, mientras en las áreas rurales es superior el riesgo de muerte perinatal.

La asistencia de una madre a la escuela refleja generalmente la posición social real de la familia. En este estudio el 45.10 por ciento de las madres alcanzo el nivel básico y solo el 10.78 por ciento llego al nivel superior aunque en otros estudios se ha demostrado que un registro del interés intelectual de la madre por la salud y la economía domestica era un índice predictivo de la morbilidad y mortalidad perinatal más poderoso, que la asistencia de la madre a una escuela.

El estado civil de la madre sigue siendo aun un índice predictivo de la morbilidad y mortalidad neonatal. La ilegitimidad aumenta el riesgo debido en parte a la economía. Lo que en nuestro estudio aporta una visión diferente a considerar ya que el 68.63 por ciento de las madres vivían en unión libre por lo que se estima mantenían una relación estable, seguido de 20.59 por ciento solteras aunque solo 10.78 por ciento eran casadas.

En cuanto a la ocupación no hubo cifras extremas ya que el 31.38 por ciento eran estudiantes y el 29.41 por ciento eran amas de casa por otra parte solo el 1.96% eran empleadas publicas.

Hay una correlación positiva entre un nacimiento prematuro y bajo peso al nacer con el estrato socioeconómico bajo. En este hay una incidencia bastante alta de malnutrición materna, anemia, enfermedad materna, cuidado prenatal inadecuado, drogadicción, complicaciones obstétricas y una historia de enfermedades reproductivas, como son infertilidad relativa, abortos a repetición, óbitos fetales, prematuridad y bajo peso al nacer de otros infantes lo que se correlaciona a los resultados en cuanto al ingreso económico mensual teniendo en cuenta que el 49.02 por ciento no manejaba más de 10.000 pesos

mensuales y el 37.26 por ciento menos de 5.000. Estudios anteriores han mostrado una asociación del bajo peso al nacer con la pobreza, considerada a partir del ingreso familiar Per capita.

Para la valoración del estado nutricional utilizamos como indicador el índice de masa corporal lo que arrojó los siguientes resultados. El 69.61 por ciento de las madres era normo peso, 11.77 por ciento bajo peso seguido del 10.78 por ciento en sobrepeso y el 6.86 por ciento eran obesas solo tuvimos un caso de obesidad mórbida para un 0.98 por ciento. En cuanto a estos datos podemos señalar la similitud con otro estudio realizado en Cuba acerca de factores maternos que influyen en el bajo peso al nacer, en el que 66,09 por ciento de las madres era normo peso, y solo 19 por ciento tenía bajo peso. No obstante a pesar de los resultados encontrados, no concluimos que las mujeres tenían un buen estado nutricional ya que como se verá más adelante la mayoría de ellas padecían anemia por lo que a juzgar parecían tener una alimentación regular pero no de buena calidad.

Un estudio realizado en un hospital público en la provincia de San Cristóbal de nuestro país y en el cual se aplicó una encuesta alimentaria al final del embarazo se encontró un déficit calórico en el 88% de las mujeres; e ingesta baja de proteínas en el 34%; calcio en el 100%; hierro en el 68%; vitamina A en el 95%; vitamina C en el 17%, presentando el 59% de las mismas anemia segundo su hematocrito. El estudio señala la precariedad alimentaria y nutricional de las embarazadas de niveles económicos bajos observándose una alta prevalencia de mujeres con bajo peso (28%), poca ganancia de peso durante el embarazo (55%) y anemia (59%) conjuntamente con los déficits de nutrientes antes señalados.

En un trabajo realizado en Chile en que se analizó la composición corporal de neonatos con alteraciones del crecimiento se llegó a la idea de que el déficit nutritivo en el embarazo tiende a desviar el aporte energético disponible hacia órganos fundamentales a expensas del crecimiento general del feto. El bajo porcentaje de masa grasa de estos niños se debería al déficit nutritivo que impediría la acumulación de un exceso energético.

Entre los hábitos tóxicos el 54.6 por ciento negaron tenerlos y los de mayor incidencia para este grupo estuvieron, el alcohol con un 32.35 por ciento, el tabaco con un 7.85 por ciento y el café con un 4.90 por ciento. Estos concuerdan en cuanto al tabaquismo pues en nuestro país en un estudio realizado se encontró que el 52.9 por ciento de madres eran fumadoras y en estas la incidencia de bajo peso al nacer encontrada fue de 35.2 por ciento.

En un estudio realizado en Matanzas, Cuba se observó la distribución de las embarazadas según el hábito de fumar y el peso al nacer, se observa la alta frecuencia de fumadoras en el grupo bajo peso (22%), frente al 5% en el grupo normo peso.

En cuanto al hábito del alcohol los resultados encontrados se relacionan con la literatura que pondera el alcohol como causante restricción de crecimiento intrauterino, aunque menos conocido, no por ello deja de ser un importante factor de riesgo de bajo peso al nacer.

El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto, 35 produciendo en el 85% de los casos deficiencias del crecimiento pre y posnatal, que no solo explican el recién nacido con peso inferior a la edad gestacional, si también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia. Es probable que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol se

expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el desarrollo normal del citoesqueleto celular. Por otro lado un estudio realizado en España entre madres que consumían no más de 90 g de alcohol entre la 12 y 18 semana de gestación solo mostró una ligera variación del peso que no fue estadísticamente significativa.

El antecedente patológico de mayor relevancia encontrado fue anemia con un 51.01 por ciento. En un estudio realizado en nuestro país en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia de Santo Domingo acerca de Factores incidentes en el nacimiento de niños de bajo peso a término y sus características en grupo social de bajo ingreso se observó, que entre los dos grupos estudiados el grupo que tuvo niños con bajo peso recibió menos suplementos de hierro con una diferencia de 8.3%.

Otros estudios han demostrado la alta frecuencia de defectos alimentarios en la mujer dominicana embarazada de bajos recursos económicos tiene íntima asociación con la anemia de la embarazada, con el bajo peso y la prematuridad.

El bajo peso al nacer previo constituye un factor de riesgo conocido de prematuridad y de retraso de crecimiento intrauterino y este unido a la multiparidad no fue ajeno a nuestros resultados ya que el 51.96 por ciento de las mujeres eran multigestas y 22.52 por ciento había tenido previamente un producto con bajo peso.

En el trienio 2001-2003 se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el policlínico "José Jacinto Milanés" de Matanzas, Cuba y relacionando los antecedentes obstétricos con el bajo peso al nacer, se observa que el haber tenido previamente un hijo de bajo peso fue más frecuente entre mujeres con recién nacidos de bajo peso actual, lo que concuerda con otros trabajos.

Consideramos el control prenatal como un antecedente importante en la historia obstétrica por lo que indagamos acerca de este y lo encontrado fue que el 37.26 por ciento de las mujeres tuvo solo de 1 a 4 visitas prenatales lo que se considera inadecuado ya que la OMS estipula 4 visitas y el protocolo nacional 6 visitas mínimo. El 2.94 por ciento asistió de 8 a 9 visitas. Cabe mencionar que la mayoría de las madres al ser interrogadas afirmó haber asistido después del cuarto mes del embarazo a su primera visita prenatal.

En nuestro país un estudio realizado en el Hospital Luis Eduardo Aybar evidencia una vez más la importancia que tienen los chequeos prenatales, ya que el 65% de las mujeres estudiadas que presentaron bajo peso al nacer no tuvieron chequeos prenatales adecuados.

Consideramos este factor como un importante determinante del bajo peso al nacer, especialmente en la población de nuestro estudio ya que muchas de las variables encontradas relacionadas principalmente con los hábitos tóxicos, el bajo peso previo, la anemia son resultado de una mala calidad del control prenatal.

REFERENCIAS

1. Boerma J. T., Weinstein K. I., Rutstein S. O., Sommerfelt A. E... Datos sobre el peso al nacer en países en desarrollo: ¿son útiles las encuestas? Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 1998 Feb [cited 2009 July 10]; 3(2): 88-95. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000200004&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49891998000200004

2. Bortman Marcelo. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev. Panamá Salud Pública [serial on the Internet]. 1998 May [cited 2009 July 07]; 3(5): 314-321. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000500005&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49891998000500005.
3. Coles, C.D. & Platzman, K.A. Behavioral development in children prenatally exposed to drugs and alcohol. International Journal of the Addictions, 1993; 28(1): 1393-1433.
4. Comité de Genética. El alcohol en la gestación. Arch Arg Pediatr 1996; 94:107-8.
5. David JR, Collins JW. Differing birth weight among infants of U. S.-born blacks, African-born black, and U. S.-born whites. N Engl J Med 1997; 337:1209-14.
6. David R. Hernández, Solange Montero, Samuel Nunes, Jacqueline Álvarez, Nelly Batista. Frecuencia de Bajo Peso al Nacer en Hijos de Madres Embarazadas Fumadoras. Rev. Med Dom. 2004; 54(3): 29-30.
7. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia. Virginia: UNICEF; 2009
8. Hernández- Pena P, Kageyama ML, Coria I, Hernández B, Harlow S. Condiciones de trabajo, fatiga laboral y bajo peso al nacer en vendedoras ambulantes. Salud Pública México; 1999 41(2):101-109.
9. Herran R. Pilier B, Héctor B García, Betania Montes de Oca, Rufina A. Cruzado C., Alfonso de la Rosa, Rubén D. Pouriet. Incidencia de Bajo Peso al Nacer en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia de Higuey. Rev. Med Dom 1997; 58(3): 36-38.
10. Hugo R. Mendoza, Ángela Rivero, Alberto de los Santos, Magda Tejeda. Factores Incidentes en el Bajo Peso a Término y sus Características Clínicas en un Grupo Social de Bajo Ingreso. Arch. Dom. Ped. 1999; 16 (3): 177-182.
11. Hugo R. Mendoza. Alimentación y Nutrición de la Embarazada en la Republica Dominicana. Santo Domingo Republica Dominicana: CENISMI; 1993. Serie de Publicaciones Técnicas: IV
12. Hugo R. Mendoza. Apuntes Sobre el Retardo de Crecimiento Intrauterino (Malnutrición Fetal). Santo Domingo Republica Dominicana: CENISMI; 1993. Serie de Publicaciones Técnicas: V
13. J. Meneghello R., E. Fanta N., E. Paris., Pediatría Vol. I, 6ta ed. México: Editorial Medica Panamericana, 501-505; 1999.
14. J. Meneghello R., E. Fanta N., E. Paris M., T.F Puga Pediatría. 5ta Ed Barcelona: editorial medica panamericana. 501-505,1999
15. John Gay Rodríguez, Magaly Padrón Herrera, Manuel Amador. Prevención y control de la anemia y la deficiencia de hierro en Cuba. Rev. Cubana Alimentación y Nutricion. 1995; 9 (1): 10-12.
16. Juan C. Vázquez N, Juan Vázquez C., Julio Nanfamtche. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. 2003 29 (1): 3-5
17. Leal Soliguera María del Carmen. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. Rev.Cub. Salud Pública [Serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2009 July 07]; 34(1): Available from:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s086434662008000100016&lng=en.doi...10.1590/s0864-34662008000100016.
18. López José Israel, Lugones Botell Miguel, Valdespino Pineda Luis M., Virella Blanco Javier. Some maternal factors connected with low birthweight. Rev. Cubana Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2004 Apr [cited 2009 July 07]; 30(1): Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2004000100001&lng=en&nrm=iso
19. Luke B, Mabelle N, Keiyh L, Munos F Minogue J, Papiernik et al. The association between occupational factors and preterm birth: A United States nurse's study. Am J Epidemiology 1995; 119(3):309-322.
20. M.L. Eiman Grossi1, M.L. Fajardo Rivas1, A. Hoyos López1, P.L. Iváñez Gimeno1, L.A. Larrosa Montañés1, M.V. ESTUDIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO. ÁREA DE SALUD V DE LA COMUNIDAD DE MADRID Programa de Epidemiología Aplicada de Campo 1997-199
21. Mardones S. Francisco, Bastías S. Gabriel, Farías J. Marcelo, Dinamarca V. Raúl, Olavarría M. Fernando, Rada G. Gabriel et al. Composición corporal de neonatos con alteraciones en el crecimiento fetal. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 1999 Jul [citado 2009 Ago 16]; 70(4):300-305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000400006&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41061999000400006.
22. Mary J. Díaz Romero, Miguelina Mejía, Fátima Pérez, Ángel Feliz, Lourdes Barina, Yolanda Guzmán. Incidencia y Causa de Recién Nacidos de bajo peso a término, en el Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Junio 1992. Acta Medica Dominicana. 1999; Vol. 14 (4): 125-127.
23. Organización Mundial de la Salud. The management of nutrition in major emergencies. Geneva: OMS; 2002.
24. Paula Rantakallio. Indices Predictivos de Morbilidad y Mortalidad Neonatal. En: Audrey K Brown, coordinador. Perinatología Clínica. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1999. P 445-456.
25. Rafael J. Mas Sampedro, Ramón Núñez Bajo peso al nacer. Santo Domingo Republica Dominicana: Informe investigativo del Instituto Tecnológico de Santo Domingo; 1997: F-2594
26. Richard A. Polin, Mark F Ditmar. Pediatric Secrets 3ra Ed, Philadelphia: HANLEY& BELFUS, INC; 2001
27. Rivera Mejía Luis Bajo peso al nacer y mortalidad infantil. Acta. Méd Dom 1990; 10(3): 122-124
28. Rodríguez – escudero FJ. The economic implications in pregnancy outcome. Int J Gynecol-Obstet 1997; 231-237
29. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernández Cabrera Jesús, Reyes Pérez Adriana. Low birth weight: Some factors associated with the mother. Rev. Cubana Obste Ginecol [serial on the Internet]. 2005 Apr [cited 2009 July 07]; 31(1): Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=en&nrm=iso.
30. Schieve LA, Handler A. Preterm Delivery and Perinatal Death Among Black and White Infants in a Chicago-Area Perinatal Registry. Obste Gynecol. 1998; 88:356-63
31. Schwarcz Leopoldo, Fescina Horacio, Duverges Carlos. Obstetricia. 6ta Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
32. Silvio Aladjum, Audrey K. Brown Perinatología Clínica. Mallorca-Barcelona: Editora Salvat, S.A., 449-450; 1979.
33. Teresa González, Luz H. Sanin, Mauricio Hernández-Avila, Juan Rivera, Howard Hu. Longitud y Peso al Nacer: el papel de la Nutrición Materna. Salud Pública México. 1998; 40 (2):119-126.



¿Qué es la **influenza** o **gripe A H1N1?**

**Es una enfermedad
respiratoria aguda
altamente contagiosa,
causada por un virus.**

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:



Lavado de manos

Use pañuelo y el antebrazo al estornudar o toser



FRECUENCIA DEL USO DE ALCOHOL Y TABACO EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA.

Joe W. Medina S.,* Saúl Ramírez Uribe,* Francis Nery Carmona Pozo,* Soriza Ortiz Fernández,* Aristela Arias Rosario.*, Fernando Álvarez **

ABSTRACT

Numerous studies have shown that both alcohol and its association with other drugs during pregnancy cause many problems for the mother and child, not only during embryonic and fetal period, but also for the rest of their lives with alterations in processes conductuales.⁶ learning

The toxic consequences of this consumption have been observed in the placenta, embryo and fetus. Among the most common emphasis is placed on low birth weight (less than 2,500 g), resulting from the influence of these substances in a preterm pregnancy (before week 37) or intrauterine growth restriction.

A wide range of disorders linked to the consumption of different drugs, among them include withdrawal (opiates, barbiturates, benzodiazepines), neurological disorders (cocaine, alcohol, benzodiazepines), teratogenic (cocaine, alcohol, certain benzodiazepines), among others.

The damage caused by alcohol on neurons occurs throughout pregnancy, not only during the first quarter, the leading cause of preventable mental retardation 100%, the snuff in turn has been linked to increased incidence of sudden infant death.⁷

Based on these observations we ask the following question

What is the frequency of use of alcohol and snuff among pregnant women attending the OB Juan Pablo Pina Hospital in the city of San Cristobal during the period May to July 2008?

INTRODUCCION

El embarazo constituye uno de los mayores esfuerzos fisiológicos que sufre el organismo de la mujer y conlleva los cambios más importantes de los procesos biológicos normales de las mujeres en el curso de la vida.¹

El uso y abuso de drogas como el alcohol y el tabaco, es común en la sociedad contemporánea y, desgraciadamente, esto ocurre cada vez con mayor frecuencia durante el embarazo. Lamentablemente, en estos últimos casos, la práctica afecta no sólo a la mujer que decide arriesgarse sino también al bebé que ésta lleva en su vientre el cual, puede ver afectado su desarrollo o, incluso, experimentar hábitos y/o adicciones al nacer, por haber estado expuesto a ellos antes del nacimiento.

Estas sustancias circulan de la madre al feto por la misma vía que proporciona sustancias para el crecimiento. El intercambio se produce en la placenta. La sangre materna y la fetal no se mezclan, pero cualquier molécula que circule en la sangre materna pasará inmediatamente al feto.

Se sabe que el tabaquismo es la adicción más frecuente de

las mujeres embarazadas en países desarrollados. A pesar de la publicidad sobre los riesgos sanitarios no se ha observado un descenso significativo en el consumo del mismo. El mayor efecto sobre el feto es la reducción de peso; también se presenta con mayor frecuencia el desprendimiento prematuro de la placenta, o la ruptura prematura de membranas.²

Por otro lado el consumo de alcohol actualmente se reconoce como la primera causa de malformaciones en el feto. Puede producir, aborto espontáneo, síndrome alcohólico fetal o graves efectos sobre el recién nacido. El riesgo de aborto espontáneo aumenta en un 50 por ciento si la ingesta de alcohol es importante.

Estamos concientes que el alcohol atraviesa la placenta libremente, entonces a mayor cantidad de alcohol ingerido mayor efecto sobre el feto. En cuanto al tabaco, una mujer tabaquista que fume más de 10-20 cigarrillos por día, tiene riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer (menor a 2,5 Kg), con las consecuencias que esto acarrea, menor capacidad motora e intelectual y mayor probabilidad de enfermar.³

Dejar de fumar definitivamente puede ser difícil para las embarazadas en virtud de que el acceso a los productos de sustitución de la nicotina está más restringido. Aunque las embarazadas pueden estar interesadas en dejar de fumar, abandonar el tabaquismo permanentemente es difícil. Del mismo modo el alcohol.

Como estudiante de medicina nos propusimos realizar la siguiente investigación debido a que no existe un programa de orientación en el cual se oriente a las embarazadas sobre el consumo de sustancias que no deben consumir antes, durante y después del embarazo. En la presente investigación queremos determinar el nivel de consumo de alcohol y uso de tabaco, así como el grado de conocimiento que estas sustancias tienen sobre los efectos nocivos en las embarazadas en estudio, partiendo de que estas sustancias son consideradas como drogas sociales y que se consumen de forma rutinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, prospectivo, de recolección de datos estadísticos, cuyo propósito consistió en determinar la frecuencia del uso de tabaco y alcohol en las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina de la ciudad de San Cristóbal durante el período Mayo-Julio del 2008.

* Médico general

** Gineco-Obstetra

Ubicación geográfica

- Al Norte : Calle Santomé
- Al Sur : Calle Juan Tomás Díaz
- Al Este : Calle Padre Billini.
- Al Oeste : Calle Manuel María Seija

Población de estudio y muestra

Estuvo constituida por 196 embarazadas escogidas a conveniencia de las que asistieron a la consulta del citado centro hospitalario durante el período que duró el estudio. Se seleccionaron 64 embarazadas que fumaban o ingerían alcohol, las cuales asistieron a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina de la ciudad de San Cristóbal durante el período de investigación.

Se escogió una muestra de 196 embarazadas que se calculó con la fórmula:

$$N = \frac{(1.96)^2 d^2}{(\text{Gamma})^2}$$

en donde

N = es el tamaño de la muestra.

d2 = Desviación estándar de la variable población.

(Gamma)2 = Es el límite de error aceptado entre el promedio de la muestra y el promedio real de la población general.

Error estándar es de (1.96) es el factor que nos asegura que estamos dentro de los límites al error en el 95% de los casos.

Para poder seleccionar a las embarazadas que participaron en el estudio se utilizó el muestreo aleatorio simple, definiendo el tamaño de la muestra sobre la base del total de embarazadas que acuden al mes a la consulta prenatal.

Criterios de inclusión:

- Embarazadas asistidas en la consulta del centro hospitalario.
- Embarazadas que desee entrar en el estudio.
- Embarazada que consuma alcohol o tabaco durante el embarazo
- Criterios de exclusión.
- Embarazadas que no cumplan con estos requisitos.

Técnicas y procedimientos para la obtención de los datos

Se aplicó un cuestionario (con preguntas abiertas y cerradas), el cual contiene las variables consideradas en el estudio a través de un formulario de recolección de datos, de los cuales se obtuvieron con encuesta.

Los datos fueron procesados usando el programa EPI-INFO-6.0, se presentan en cuadros y gráficos conteniendo las frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos.

Plan de análisis:

Se planificó mediante porcentajes y en distribución de frecuencia relativa y en series agrupadas.

Aspectos éticos

El desarrollo de este estudio y manejo de los datos responderán a los siguientes aspectos éticos

- Confidencialidad de la información.
- Orientación acerca de los objetivos de este trabajo.

RESULTADOS

TABLA 1. FRECUENCIA DEL USO DE ALCOHOL Y TABACO EN LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008

| Total de embarazada encuestadas durante el período | No. de casos. | % |
|--|---------------|-------|
| Fumadora y tomadora | 64 | 32.6 |
| No tomadora ni fumadora | 132 | 67.4 |
| TOTAL | 196 | 100.0 |

En la presente tabla podemos apreciar que de que total de 196 embarazadas encuestadas durante el período Mayo-Julio del 2008, 132 para un 67.4 por ciento ni fumaban ni consumían alcohol y 64 equivalentes al 32.6 por ciento fumaban o ingerían alcohol.

DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS FUMADORES Y TOMADORAS SEGÚN EDAD HOSPITAL JUAN PABLO PINA.

| Edad (años) | No. de casos | % |
|-------------|--------------|-------|
| < 20 | 15 | 23.4 |
| 20 – 24 | 27 | 42.3 |
| 25 – 29 | 13 | 20.3 |
| 30 – 34 | 7 | 10.9 |
| 35 y más | 2 | 3.1 |
| TOTAL | 64 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

En la presente nos dice que 27 pacientes, equivalentes al 42.3 por estaban comprendidas entre los 20-24 años y 15 representando el 23.4 por ciento eran menores de 20 años.

DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS FUMADORES Y TOMADORAS SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008

| Procedencia | No. de casos | % |
|-------------|--------------|-------|
| Zona urbana | 28 | 43.8 |
| Zona rural | 36 | 56.2 |
| TOTAL | 64 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

Se observa que 36 pacientes, equivalentes al 56.2 por ciento procedían de la zona rural, mientras que 28 igual al 43.8 por ciento eran de la zona urbana.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS FUMADORES Y TOMADORAS SEGÚN ESCOLARIDAD HOSPITAL JUAN PABLO PINA. MAYO-JULIO 2008

| Escolaridad | No. de casos | % |
|-------------|--------------|-------|
| Ninguna | 3 | 4.7 |
| Básica | 22 | 34.4 |
| Media | 35 | 54.7 |
| Superior | 4 | 6.2 |
| TOTAL | 64 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

Se observa que 35 embarazadas representando el 54.7 por ciento tenían un nivel medio de escolaridad y 22 igual al 34.4 por ciento tenían un nivel básico.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS FUMADORES Y TOMADORAS SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL JUAN PABLO PINA. MAYO-JULIO 2008

| Estado civil | No. de casos | % |
|--------------|--------------|-------|
| Soltera | 10 | 15.7 |
| Casada | 6 | 9.3 |
| Unión libre | 48 | 75.0 |
| TOTAL | 64 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

De acuerdo al estado civil, se observó que 48 embarazadas para un 75 por ciento vivían en unión libre y 10 equivalente al 15.7 por ciento se encontraban solteras.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS FUMADORES Y TOMADORAS SEGÚN RELIGIÓN HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008

| Religión | No. de casos | % |
|-------------------|--------------|-------|
| Católica | 39 | 60.9 |
| Evangélica | 4 | 6.2 |
| Pentecostal | 3 | 4.7 |
| Testigo de Jehová | 1 | 1.6 |
| Sin religión | 17 | 26.6 |
| TOTAL | 64 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

Con relación al credo religioso, se halló que 39 embarazadas correspondientes al 60.9 profesaban el credo católico y 17 igual al 26.6 por ciento no se hallaban profesando ningún credo religioso

TABLA 7. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS EMBARAZADAS TOMADORAS Y FUMADORES HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008

| Gesta | No. | % |
|---------|-----|-------|
| 1 | 17 | 26.6 |
| 2 | 17 | 26.6 |
| 3 | 20 | 31.7 |
| 4 | 7 | 10.9 |
| 5 y más | 3 | 4.7 |
| Total | 64 | 100.0 |
| Partos | No. | % |
| 0 | 25 | 39.1 |
| 1 | 10 | 15.6 |
| 2 | 20 | 31.2 |
| 3 y más | 9 | 14.1 |
| Total | 53 | 100.0 |
| Aborto | No. | % |
| 0 | 49 | 76.6 |
| 1-2 | 12 | 18.8 |
| 3 y más | 3 | 4.7 |
| Total | 64 | 100.0 |
| Cesárea | No. | % |
| 0 | 57 | 89.1 |
| 1-2 | 7 | 10.9 |
| Total | 53 | 100.0 |

En relación a los antecedentes obstétricos en el presente cuadro se observa, que un 73.4 por ciento había tenido 2 o más embarazos, un 39.1 por ciento eran primíparas, el 23.5 por ciento había tenido aborto y un 10.9 por ciento había tenido cesárea.

TABLA 8. PERSONAS USA TABACO O TOMA ALCOHOL EN LA FAMILIA DE LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008

| PERSONA QUE USA TABACO O TOMA ALCOHOL EN LA FAMILIA | NO. DE CASOS | % (N= 64) |
|---|--------------|-----------|
| Papá | 35 | 54.7 |
| Hermano | 29 | 45.3 |
| Mamá | 22 | 12.5 |
| Otros | 8 | 12.5 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

En relación al uso de alcohol o tabaco en la familia de las embarazadas, se pudo constatar que el un 54.7 por ciento de los padres fumaban o tomaban, en un 45.3 por ciento eran los hermanos y en un 12.5 por ciento eran las madres quienes fumaban o tomaban alcohol.

TABLA 9. CONSUMO DE ALCOHOL O TABACO POR EL CONYUGE DE LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008.

| USA DE ALCOHOL O TABACO POR EL SU CÓNYUGE DE LA EMBARAZADA | NO. DE CASOS | % (N= 64) |
|--|--------------|-----------|
| Sí | 51 | 79.7 |
| No | 13 | 20.3 |
| TOTAL | 64 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

En cuanto al uso de alcohol o tabaco por parte de los cónyuges de las embarazadas, se pudo ver que 51 equivalentes al 79.7 por ciento toman alcohol o usan tabaco.

TABLA 10 TIEMPO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y SUS RELACION CON LOS TRIMESTRE DE EMBARAZO HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008.

| Tiempo de consumo | Total | Trimestre de embarazo | | | | | |
|---------------------|-------|-----------------------|------|---------|-------|---------|------|
| | | Primero | | Segundo | | Tercero | |
| | | No. | % | No. | % | No. | % |
| Todos los días | 2 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| Una vez a la semana | 9 | 1 | 11.1 | 5 | 55.6 | 3 | 33.3 |
| Fines de semana | 42 | 7 | 16.7 | 18 | 42.9 | 17 | 40.4 |
| Ocasionalmente | 11 | 2 | 18.2 | 5 | 45.4 | 4 | 36.4 |
| TOTAL | 64 | 10 | 15.6 | 30 | 46.9 | 24 | 37.5 |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

En la presente tabla se puede observar que 42 embarazadas toman los fines de semana, de las cuales un 42.9 por ciento se encuentran en el segundo trimestre de embarazo y un 40.4 por ciento en el tercer trimestre.

TABLA 11. TIPOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CONSUMIDAS Y SUS RELACION CON LOS TRIMESTRE DE EMBARAZO HOSPITAL JUAN PABLO PINA MAYO-JULIO 2008

| Tipos de bebidas consumidas | Total | Trimestre de embarazo | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----------------------|------|---------|-------|---------|-------|
| | | Primero | | Segundo | | Tercero | |
| | | No. | % | No. | % | No. | % |
| Cerveza | 58 | 10 | 17.2 | 27 | 46.5 | 21 | 36.3 |
| Ron | 3 | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| Vino | 2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 |
| Whisky | 1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 |
| TOTAL | 64 | 10 | - | 30 | - | 24 | - |

Fuente: Encuesta aplicada a embarazada

De acuerdo a los tipos de bebidas alcohólicas consumidas por las embarazadas y los trimestres de embarazo, se encontró que 58 embarazadas consumen cerveza, de éstas, el 46.5 por ciento se encuentran en el segundo trimestre de embarazo y un 36.3 por ciento en el tercer trimestre. Las 3 que consumen ron, se detectaron en el segundo trimestre.

DISCUSIÓN

El tabaco influye en todo el organismo y puede inducir al desarrollo de enfermedades degenerativas sin contar con el deterioro del aparato respiratorio y tejido arterio-venoso. Ataca los tejidos del organismo al disminuir el aporte de oxígeno; el monóxido de carbono, la nicotina y más de cuatro mil sustancias tóxicas que contiene lo hacen muy dañino para las personas.¹ Durante el embarazo adquiere mayor importancia por las posibles implicaciones o riesgos fetales, porque todas las sustancias del tabaco atraviesan la placenta.² Diferentes estudios realizados en madres fumadoras confirman la mayor incidencia de niños de bajo peso al nacer que los hijos de madres no fumadoras. Hay otros efectos indeseables, con complicaciones que se relacionan con el tabaco, sin que se pueda afirmar que es la única y exclusiva causa.³

Durante el período Mayo-Julio del 2008, fueron entrevistadas un total de 196 embarazadas en el Hospital Juan Pablo Pina de la ciudad de San Cristóbal con la finalidad de determinar la frecuencia de automedicación durante su embarazo. Observándose que el 32.6 por ciento consumía alcohol o usaba tabaco sólo o combinado. Si comparamos este hallazgo con autores como Macarthur² en el 2002 (27.2%); con Cedeño-Donet⁴ en el 2006 (21.1%) y con Magri⁵ en el 2007 (41.7%), nuestro hallazgo es muy superior a los dos primeros autores, pero inferior al tercero.

Al analizar los grupos de edades y la automedicación se pudo constatar que los de mayores consumo se encontraron en los grupos de 20-24 años (42.3%) y las menores de 20 años (23.4%), lo que estuvo relacionados en ambos grupos con el bajo nivel de escolaridad, así como con la ruralidad

En esta investigación se ha encontró que el promedio de mujeres tomadoras o fumadoras durante el primer trimestre del embarazo fue 15.6 por ciento, en el segundo trimestre fue 46.9 por ciento y en el tercero fue de 37.5 por ciento.

En todos los grupos predominó el consumo de 3 a 4 cigarrillos diarios. Observándose que las embarazadas mayores de 25 años eran las que menos cigarrillos y alcohol ingerían. Esto se puede explicar a una mayor conciencia de la población de embarazadas en esos grupos de edades, en efecto, se considera que en estos casi tres lustros a nivel mundial se ha dado un consenso de los efectos nocivos del tabaco que ha sido difundido por todos los medios de comunicación de masas. Como es señalado por autores como Mena¹⁶ en su estudio sobre el tabaquismo y sus consecuencias y con Nicholls¹⁷, en una investigación sobre la adicción al tabaco.

Autores consultados como Cabrera-Reyes¹³, en el 2002 y Chollat-Traquet¹⁴ en el 1998 señalan una relación muy significativa entre el hábito de fumar o tomar alcohol en los familiares de las personas que consumen sustancias tóxicas, como en nuestro caso el alcohol y el tabaco. Coincidiendo este estudio con dichos autores, pues el hábito de fumar o beber alcohol fue muy arraigado en los familiares más cercanos de estas embarazadas, con fueron los padres y los hermanos.

Durante el embarazo la ingesta de alcohol puede provocar defectos de nacimientos físicos y mentales. En Estados Unidos

cada año nacen más de 50,000 niños con cierto grado de daño cerebral por causa del alcohol.²¹ Muchas mujeres saben que el consumo de alcohol en grandes cantidades puede originar defectos de nacimiento, pero no saben que beber alcohol moderadamente o inclusive ligeramente también puede causar daños al feto. Es así, que no se ha comprobado que sea posible consumir alcohol durante el embarazo sin peligro.²² Al ingerir una gestante alcohol, éste atraviesa la placenta rápidamente y llega al feto. Los órganos del feto aún están inmaduros y tardan mucho más tiempo en metabolizar el alcohol que el cuerpo de un adulto.

De tal manera que el nivel de alcohol en sangre fetal puede ser aún más elevado que el de la madre y puede permanecer elevado durante más tiempo, es así como a veces esto provoca daños permanentes en el neonato como el síndrome de alcoholismo fetal.²³ En el presente estudio la frecuencia de consumo de alcohol fue de 30.1 por ciento, siempre ha predominado el consumo de cerveza. Estos resultados nos deben poner en alerta y acción en programas preventivos dirigidos a toda gestante, pensamos que debe incluirse a la población general.

REFERENCIAS

1. González Menéndez R. Como librarse de los hábitos tóxicos: Guía para conocer los hábitos provocados por el café, tabaco, y alcohol. *Rev. Cub Med Gen Integ*, 1995; 1 (3): 253-84.
2. Macarthur C. Effect of smoking on infant size at birth: a Randomized trial. *Br J. Obstet Gynaecology* 2002; 94(4): 295-300.
3. Nordentoft M, Lou HC, Hansend D, Nim J, Pyros O, Rubin P. Retraso del Crecimiento Intrauterino y parto prematuro. Influencia del hábito de fumar materno. *A.M.J. Public Health* 2002; 86(3): 347-54.
4. Cedeño-Donet M, Rodríguez-Betancourt M, Peraza-Morelles, Peraza-Morelles R. Hábitos tóxicos y embarazo: resultados perinatales. *Arch Méd Camagüey*, 2006; 10 (5): 1-10.
5. Magri J, Rozó H, Rodríguez E, consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas en el Hospital Pereira Rossell de Montevideo. *Arch Pediatr Montevideo*, 2007; 3 (8): 12-16.
6. Barros CF, Victoria CG, Vaughan P, Estanislau H.J. Bajo Peso al Nacer. Factores de riesgo. *Rev. Saude Public* 2001; 19:58-68
7. Botero, J. Obstetricia y ginecología, 4a. ed., Madrid, Ediciones Carvajal, 1996: 170-180.
8. Cunningham, FG. Williams: Obstetricia. 2a ed., Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2002: 733-752.
9. Schwartz, RL. Obstetricia. 5ta. ed., Buenos Aires. Librería-Editorial El Ateneo, 1995: 147-160.
10. Heinonen OP, Slone D, Shapiro S. S. Birth defects and drugs pregnancy. *Engl J Med*. 2001; 303(1202).
11. Belizan JM, Carrali G. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Boletín novedades del CLAP* 2003; 37(2):5-9.
12. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington D.C.: Oficina sanitaria panamericana / oficina regional de la organización mundial de la salud, 2000 Reporte No: 577. 15-45.
13. Cabrera-Reyes, F; Salomon-Rex, C; López-Bravo. I. El hábito de fumar en estudiantes de educación media, en Santiago, Chile. *Bol Ofic Sanit Panam* 1982; 93 (6); 533-540.
14. Chollat-Traquet, C. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. Ginebra Organización mundial de la salud, 1998. 165-191.
15. Harrison, F. Principios de medicina interna. 4ª. ed., Madrid, Ultra S.A. de CV, 1998: 2865-2869.
16. Mena, R; Canario, M; Tena, J. El tabaquismo y sus consecuencias. *Rev Seg Méd Maest. Santo Domingo (Rep. Dom.): De colores, SA., 1999, Reporte No: ISSN-1024-7440. 30-32.*
17. Nicholls, E. La adicción al tabaco. Sinopsis informativa 2/92. Washington D C. Programa promoción de la salud oficina regional de la Organización mundial de la salud, 1992: 1-8.
18. National Institute on Drug Abuse (NIDA). NIDA Infofacts: Cigarettes and other nicotine products. 2005: 1-5.
19. **introducción** al alcoholismo. Disponible en:
20. **introducción** al alcoholismo-Monografias_com.htm
21. Gender G. Alcohol and culture: an international study. Multicentric project country profiles in the context of regional level exposures and outcomes. Berlin: PAHO/OPS, 2007.
22. Jeffrey C, King. MD, Fabro Sergio MD. Consumo de alcohol y tabaco: efectos sobre el embarazo. *JAMA*. 1998; 235: 1458.
23. Sokol R.J. Miller S.I. Reed G. Alcohol abuse during Pregnancy: And Epidemiological model alcoholism. *Am J Epidemiol*. 2000; 4:135.
24. Flynn A. Zinc status of Pregnancy alcoholic women: A determination of fetal outcome. *Lancet* 2001; 1:572.
25. Pirie PL, Lando H, Curry SJ, McBride CM, Grothaus LC. Tobacco, alcohol y cafeína en el embarazo. *Am J Prev Méd*. 2000; 18:54-61.
26. Stotts AL, Shipley SL, Schmitz JM, Sayre SL, Grabowski J. Uso de Tobacco, alcohol y café usado durante la gestación. *J Obstet Gynecol*, 2003; 23:247-25

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA GINECOLÓGICA, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DE LA MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Amílcar A. Gomera Dipres, Elier Antonio Luciano Pina, Laura Elisa Guevara Castillo, Angel Rafael Lantigua, Vicente Gomez Azuri, Dr. Francisco Fernández

RESUMEN

El diccionario de la real academia española define el concepto de calidad como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". Esto es un estudio observacional exploratorio de colección prospectiva de datos de forma directa, donde mediante un cuestionario como instrumento de colección y aplicación directa a 148 usuarias de las consultas de Ginecología de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia para la evaluación de la calidad desde la perspectiva de esta, durante el periodo julio 2009. En nuestro estudio encontramos como factores positivos que 74.9 por ciento opino que el personal médico le atendió de menos 15 a 30 minutos donde la califico como excelente y buena; para un diferimiento excelente este debe ser otorgado el mismo día que solicite el servicio, el tiempo de espera expresado por las usuarias en cuanto a este encontramos que un 85.8 por ciento su cita fue aplazada por más de 10 días. Siguiendo con la calidad de los recursos humanos siendo evaluada desde la perspectiva de la información que se suministra a las usuarias encontramos que, un 84.4 por ciento de estas consideran que la calidad de la información fue amplia, clara y suficiente para su proceso morbido en cuestión. El tiempo aproximado de una consulta ginecológica evaluado desde la perspectiva de las usuarias reporto que el 74.2 por ciento de las encuestadas fue menor de 15 minutos donde basándonos por el trabajo realizado en México por el Dr. Aguirre Gas en su libro "calidad de la Atención Medica Bases para su Evaluación Y Mejoramiento Continuo", apoyándose en el sistema (E.S.I.N.I) excelente, suficiente, insuficiente, no realizado e inadecuado califican el resultado de nuestra investigación como excelente y suficiente. Tenemos que para la percepción del entorno interno por parte de las usuarias dirigido a la condición física del área de la consulta externa reporta valores de: 56.1 por ciento donde la califican como regular y en cuanto al grado de conformidad del área de espera las usuarias encuestada la evaluaron con el determinativo de cómoda en un 68.9 por ciento. Referente a la condición física de los consultorios los datos reportaron que del 100 por ciento de la usuarias encuestadas, ninguna, ósea el 0 por ciento consideraron que los consultorios están en malas condiciones. En cuanto a la condición higiénico-sanitaria referido al estado en que se encuentra los baños, encontramos que solo un 10 por ciento lo considera muy sucios y no funcionales. En cuanto al olor de la sala de espera y los consultorios los datos reflejaron lo siguiente: que el 71 por ciento de la encuestada los califican como muy agradables

y agradables. Recomendamos que debiera hacerse un estudio partiendo de este, ya que el nuestro es de carácter exploratorio y puede servir de base para investigaciones futuras en cuanto a la evaluación de la calidad de la consulta externa de ginecología en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. También recomendamos que todos los centros hospitalarios ejecuten programas de vigilancia y evaluación de la calidad teniendo en cuenta la perspectiva del usuario.

Palabras clave: Calidad de atención, usuarias

ABSTRACT

The dictionary of the Spanish Royal Academy defines quality as "the property or set of inherent properties of a thing that can appreciate it as well, for better or worse than others of its species." This is an exploratory observational study of prospective data collection directly, where a questionnaire as a tool for collection and direct application to 148 users queries Maternity Gynecology Our Lady of Altagracia for assessing quality from the view of this, during the period July 2009. In our study as positive factors that 74.9 percent believe that medical personnel attended to him for about 15 to 30 minutes where I qualify as excellent, good, excellent for a deferral should be granted the same day requesting the service, time wait expressed by users about this we found that 85.8 percent of his appointment was delayed for more than 10 days. Continuing with the quality of human resources being evaluated from the perspective of the information provided to the users found that a 84.4 per cent of these believe that the quality of the information was comprehensive, clear and sufficient for the disease process in question . Approximate time of a gynecologist evaluated from the perspective of users reported that 74.2 percent of the respondents was less than 15 minutes where based on the work done in Mexico by Dr. Aguirre Gas in his book "Quality of Care Medical Bases for evaluation and continuous improvement ", building on the system (ESINI) excellent, sufficient, insufficient and inadequate unrealized qualify the result of our research as excellent and sufficient. We have the perception that the internal environment by users directed to the physical condition of the outpatient area of the reported values: 56.1 percent where qualify as fair and in the degree of conformity of the waiting area surveyed users the determinative evaluated with a comfortable 68.9 percent. Regarding the physical condition of the clinics reported data of 100 percent of the users interviewed, none, 0 percent bone felt that the clinics are in poor condition. With regard to sanitary conditions referred to the state it is the bathrooms, we

found that only 10 percent considered dirty and not functional. As for the smell of the waiting room and clinic data showed the following: that 71 percent of the surveyed qualify them as very nice and pleasant. We recommend that a study should be based on this, because ours is exploratory in nature and can serve as a basis for future research regarding the evaluation of the quality of outpatient gynecology at the Maternity of Our Lady of Altigracia. We also recommend that all hospitals implement programs for monitoring and quality assessment taking into account the user's perspective.

Keywords: Quality of care, users

INTRODUCCIÓN

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados de la definición del servicio atendiendo tanto al cliente interno como externo y de la adecuada interacción entre ambos.

Para definir el concepto calidad debemos tomar en cuenta que es un término polisémico que supone acepciones diferentes tanto en el tiempo como en función de quien lo utiliza y además en modo alguno es absoluto, ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo por tanto es algo relativo. Sin embargo el diccionario de la real academia española lo define como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que los restantes de una misma especie.

No obstante buscando una manera más clara del término y relacionándolo con la salud pública, deducimos que calidad se refiere a diferentes aspecto de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, es el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del cliente en nuestro caso usuarias.

En la actualidad no sean realizado estudios que evalúen la calidad de la consulta externa de la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia mediante la percepción del usuario unidos a las características de la infraestructura y sus recursos humanos de aquí parte nuestro interés en la realización e esta investigación y de ese modo dejar plasmado lo que es una evaluación de la consulta externa ginecológica percepción de las usuarias en esta maternidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio observacional exploratorio de colección prospectiva de datos de forma directa, mediante un cuestionario como instrumento de colección y aplicación directa a las usuarias de las consultas de Ginecología de la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia. Durante el periodo julio 2009.

El estudio tuvo como escenario el servicio de la consulta externa de ginecología del hospital maternidad Nuestra Señora De La Altigracia; principal centro especializado del Nivel Nacional, ubicado en el Distrito Nacional localizada en la calle Pedro Enríques Ureña, esquina, sector Gazcue, con una infraestructura de 3 niveles, construida en el año 1955 y remodelada en el año 1999, recibiendo además algunas otras remodelaciones, de acuerdo a la ampliación de los servicios que ofrece y a los recursos que ha ido requiriendo por lo

avances tecnológicos actuales, manteniéndose su estructura básica sin cambios importantes.

La población de estudio fueron las usuarias de los servicios que acudieron a la consulta externa de Ginecología de la Maternidad, por cualquier evento o necesidad de demanda de dicha consulta. Dadas las características de este trabajo de ser Exploratorio, se seleccionaron 148 de dichas usuarias que acudieron en el periodo julio 2009 a demandar dicho servicio.

Se diseñó un cuestionario que fue aplicado a las usuarias e informaciones complementarias de las usuarias.

Se estableció un Plan de Análisis, que nos permitió organizar, y tabular los datos registrados, para la tabulación de los datos utilizamos los programas Microsoft Word, Excel presentándose los resultados en tablas y gráficos para una mejor interpretación.

Los datos obtenidos en la investigación se han manejado con estricta confidencialidad, y justicia; respetando las normas internacionales de Vancouver. Igualmente se procedió con las usuarias que fueron objeto de la investigación.

RESULTADOS

Tiempo de Espera de las Usuarias en Consulta de Ginecología MNSA. Julio 2009

Cuadro No. 1

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------------|----------|------------|
| Menos de 15 minutos | 55 | 37.1 |
| 15 a 30 minutos | 56 | 37.8 |
| 31 ó más minutos | 37 | 25 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

En relación al tiempo de espera de las usuarias en consultas, vemos que 37.8% (56 usuarias) esperan de 15 a 30 minutos para ser atendidas, en contraste con el 25% (37 usuarias) que afirma esperar 30 o más minutos por consulta, el 37.1 (55 usuarias) espera menos de 15 minutos para recibir atención. Nótese que el que 78.9% (111 usuarias) de las usuarias tiene un tiempo de espera en la consulta de menos de 15 minutos a 30 minutos.

Tiempo de Espera de las Usuarias para el Diferimiento MNSA. Julio 2009

Cuadro No.2

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------------|----------|------------|
| El mismo día | 4 | 2.7 |
| Menos de 10 días | 10 | 6.7 |
| Mas de 10 días | 127 | 85.8 |
| No se otorgó la cita | 7 | 4.7 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

Referida al diferimiento, identificamos que el tiempo de espera, por las usuarias para su cita subsiguiente, en la cual el 85.8% (127 usuarias) fue referida en un plazo de más de 10

días y sólo un 2.7% (4 usuarias) son atendidas el mismo día, el 6.7% (10 usuarias) en menos de 10 días y el 4.7% (7 usuarias) no le otorgaron cita, ninguna de las usuarias encuestadas reportaron quejas y daño a la salud por el tiempo de espera. No se logró identificar las razones por las cuales al 7% de las usuarias no se le otorgó cita, y dado lo no significativo del dato, es de suponer que el o los procesos mórbidos por los cuales consultó no requirió de otro cita. No disponemos de información para suponer lo contrario. En relación a una reacción en torno a daño a la salud o quejas y el tiempo de espera no se identificó ningún caso.

Calidad de la Información Ofrecida por el Médico Según las Usuaris
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.3

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------|----------|------------|
| Amplia y clara | 69 | 46.6 |
| Suficiente | 56 | 37.8 |
| Superficial | 9 | 6 |
| Confusa | 14 | 9.4 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

La calidad de la información ofrecida por el médico según las usuarias, donde nos habla que el 46.6% (69 usuarias) opinaron que la información fue amplia y clara, el 9.4% (14 usuarias) respondieron que esta era confusa, el 37.8% (56 usuarias) opinaron que era suficiente y un 6% (9 usuarias) que la información era superficial, ninguna de las encuestadas opino que la información era nula.

Calidad de la Información Administrada por la Enfermera Según las Usuaris
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.4

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------|----------|------------|
| Amplia y clara | 65 | 43.9 |
| Suficiente | 58 | 39.1 |
| Superficial | 15 | 10.1 |
| Nula | 2 | 1.3 |
| Confusa | 10 | 6.7 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

La calidad de la información administrada por la enfermera según las usuarias, donde un 43.9% (65 usuarias) refirieron que la información es amplia y clara, mientras que solo un 1.3% (2 usuarias) esta era nula, un 39.1% (58 usuarias) les pareció que la información dada por las enfermera era suficiente, un 10.1% (15 usuarias) la información era superficial, y un 6.7% (10 usuarias) era confusa.

Tiempo Aproximado de Consulta por Usuaris
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.5

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------------|----------|------------|
| 15 a 30 minutos | 27 | 18.2 |
| 10 a 15 minutos | 58 | 39.1 |
| Menos de 10 minutos | 52 | 35.1 |
| Menos de 5 minutos | 8 | 5.4 |
| No realizado | 3 | 2 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

El tiempo aproximado de consulta por usuaria, en la cual el 39.1% (58 usuarias) refirió que el tiempo de consulta fue de 10 a 15 minutos, y que un 2% (3 usuarias) no realizaron dicha consulta, 35.1% (52 usuarias) opinaron que fue de menos de 10 minutos, 18.2% (27 usuarias) refirieron que este fue de 15 a 30 minutos y solo un 5.4% (8 usuarias) respondieron menos de 5 minutos.

Condición Física del Área de Espera de la Consulta Externa
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.6

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|----------|------------|
| Excelente | 23 | 15.5 |
| Muy Buena | 39 | 26.4 |
| Regular | 83 | 56.1 |
| Mala | 3 | 2 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa

El siguiente reporta un 56.1% (83 usuarias), las cuales consideran que la condición física del área de espera de la consulta externa es regular, un 26.4% (39 usuarias) la evalúan como muy buena, un 15.5% (23 usuarias) consideran como excelente y solo un 2% (3 usuarias) la describen como una área de espera de condición física mala.

Perspectiva del Entorno Interno del Área de Espera Según las Usuaris
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.7

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------|----------|------------|
| Muy ruidoso | 32 | 21.6 |
| Ruidoso | 62 | 41.8 |
| Adecuado | 39 | 26.5 |
| Silencioso | 12 | 8.1 |
| Muy silencioso | 5 | 3.3 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

La perspectiva del entorno interno del área de espera según las usuarias en la cual un 41% (62 usuarias) refirieron que el área de espera era muy ruidosa, mientras que solo un 3.3% (5 usuarias) refirieron que esta era muy silenciosa, un 21.6% (32 usuarias) encontraron que era muy ruidosa, un 26.5% (39 usuarias) el área de espera era la adecuada y por último un 8.1% (12 usuarias) refirieron que esta era silenciosa.

Grado de Conformidad del Área de Espera Según las Usuarias
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.8

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Muy cómoda | 28 | 18.9 |
| Cómoda | 102 | 68.9 |
| Indiferente | 12 | 8.1 |
| Incomoda | 6 | 4 |
| Inadecuada | 0 | 0 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

El grado de conformidad del área de espera según las usuarias, en la cual encontramos que un 68.9% (102 usuarias) refirieron que esta era cómoda, y que 4% (6 usuarias) refirieron que el área de espera les parece incomoda, 18% (28 usuarias) refirieron que el área de espera es muy cómoda, un 8.1% (12 usuarias) refirieron que esta les era indiferente, ninguna de las encuestada les pareció inadecuada.

Condición Física del Consultorio
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.9

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Excelente | 44 | 29.7 |
| Muy Buena | 57 | 38.5 |
| Regular | 47 | 31.8 |
| Mala | 0 | 0 |
| Muy mala | 0 | 0 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa

La condición física de los consultorios de la consulta externa en la cual observamos un 38.5% (57 usuarias) muy buena, mientras que un 31.8% (47 usuarias) refirieron que estos son regulares, un 29.7% (44 usuarias) consideraron que son excelentes. Ninguna de las encuestadas considera que los consultorios se encuentran en malas condiciones.

Condición Física de los Baños
MNSA. Julio 2009
Cuadro No. 10

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Limpios y funcionaban | 43 | 29 |
| Funcionaban | 74 | 50 |
| No funcionaban | 15 | 10.1 |
| Muy sucios, no se pueden usar | 16 | 10.8 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa

La condición física de los baños en área de consulta externa en la cual observamos un 50% (74 usuarias) funcionales, mientras que un 29% (43 usuarias) refirieron que estos son limpios y funcionales, un 10.8% (16 usuarias) consideraron como muy sucios y que no se pueden utilizar y un 10.1% (15 usuarias) refieren que son no funcionales.

Condición de los Olores del Área de Espera
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.11

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------|------------|-------------|
| Muy agradable | 30 | 20.3 |
| Agradable | 75 | 50.7 |
| Indiferente | 38 | 25.7 |
| Desagradable | 2 | 1.4 |
| Muy Desagradable | 3 | 2 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa

La condición de los olores del área de espera en la consulta externa en la cual observamos que un 50.7% (75 usuarias) que refirieron que los mismos son agradables, mientras que un 25.7% (38 usuarias) refirieron que la condición del olor es indiferente, un 20.3% (30 usuarias) consideraron como muy agradable, un 2% (3 usuarias) refirieron como muy desagradable y solo un 1.4% (2 usuarias) como desagradable.

Condición de los Olores del Consultorio Médico
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.12

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------|------------|-------------|
| Muy agradable | 30 | 20.3 |
| Agradable | 88 | 59.5 |
| Indiferente | 25 | 16.9 |
| Desagradable | 3 | 2 |
| Muy Desagradable | 2 | 1.4 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa

La condición de los olores del consultorio médico en la consulta externa en la cual observamos un 59.5% (88 usuarias) que refirieron que los mismos son agradables, mientras que un 20.3% (30 usuarias) refirieron que la condición del olor es muy agradable, un 16.9% (25 usuarias) consideraron como indiferente, un 2% (3 usuarias) refirieron como desagradable y solo un 1.4% (2 usuarias) como desagradable.

Relación Médico-Usuaris en la Consulta Externa
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.13

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Muy amable | 48 | 32.4 |
| Amable | 63 | 42.5 |
| Serio | 33 | 22.2 |
| Indiferente | 3 | 2 |
| A disgusto | 1 | 0.6 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

La relación enfermeras-usuaris en la consulta externa en la cual observamos un 42.5% (63 usuarias) que refirieron que las enfermeras son amables, mientras que un 3.3% (5 usuarias) refirieron que estas la trataron a disgusto, un 27% (40 usuarias) refirieron que estas son muy amables, un 20.2% (30 usuarias) refirieron que estas son serias, un 6.7% (10 usuarias) refirieron que son indiferentes.

Tiempo de Espera para el Examen Físico Clínico Según las Usuaris
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.14

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|-------------|
| De inmediato | 80 | 54 |
| 1 a 15 minutos | 53 | 35.8 |
| mas de 15 minutos | 10 | 6.7 |
| Esperó y no logró ser atendida | 5 | 3.3 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa

En esta tabla identificamos el tiempo de espera de la usuaria para el examen físico ya en consulta, donde un 54% (80 usuarias) refieren ser examinadas de inmediato un 3.3% (5 usuarias) espero y no logro ser atendida, el 35.8% (53 usuarias) refiere que fue atendida de 1 a 15 minutos, el 6.7% (10 usuarias) reporto que espero más de 15 minutos.

Percepción de las Usuaris del Examen Físico Clínico
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.15

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------|------------|-------------|
| *Muy completa | 36 | 24.3 |
| Completa | 82 | 55.4 |
| Superficial | 25 | 16.8 |
| No me examinó | 5 | 3.3 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

Nivel de percepción de la usuarias frente al examen físico realizado, hemos podido identificar que, el 55.4% (82 usuarias) refieren que fue completo, un 3.3% (5 usuarias) refiere que no la examinaron, el 24.3% (36 usuarias) refiere que el examen físico fue muy completo y un 16.8% (25 usuarias) refiere que este fue superficial, ninguna usuaria reportó que el examen le haya provocado molestia.

Seguimiento de un Mismo Médico por Usuaris
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.16

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------|------------|-------------|
| Todas las veces | 78 | 52.7 |
| La mayoría de las veces | 19 | 12.8 |
| Algunas veces | 26 | 17.5 |
| No lo conoció | 27 | 18.2 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

El seguimiento de un mismo médico por usuaria, un elemento importante en torno a satisfacción de las usuarias, en la cual el 52.7% (78 usuarias) refirieron que el médico las atendían siempre, el 12.8% (19 usuarias) lo hacia la mayoría de las veces, el 18.2% (27 usuarias) era diferente y por ultimo un 17.5% (26 usuarias) refirieron que solo algunas veces el médico era el mismo.

Resultados de la Consulta Médica
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.17

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|-------------|
| Diagnósticos y recetas | 53 | 35.8 |
| Estudios | 13 | 8.7 |
| Recetas | 46 | 31 |
| No recibió ninguna | 33 | 22.2 |
| El médico le habló mal | 3 | 2 |
| TOTAL | 148 | 100% |

Fuente: Directa.

Los resultados de la consulta médica, en la cual encontramos que un 35.8% (53 usuarias) recibieron diagnósticos y recetas al final de su consulta mientras que un 2% (3 usuarias), también encontramos que un 31% (46 usuarias) solo recibieron recetas, un 22.2% (33 usuarias) no recibió nada y un 8.7% (13 usuarias) recibieron más estudios.

Relación Enfermeras-Usuarías en la Consulta Externa
MNSA. Julio 2009
Cuadro No.18

| VARIABLES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------|----------|------------|
| Muy amable | 40 | 27 |
| Amable | 63 | 42.5 |
| Seria | 30 | 20.2 |
| Indiferente | 10 | 6.7 |
| A disgusto | 5 | 3.3 |

Fuente: Directa.

La relación enfermeras-usuarías en la consulta externa en la cual observamos un 42.5% (63 usuarias) que refirieron que las enfermeras son amables, mientras que un 3.3% (5 usuarias) refirieron que estas la trataron a disgusto, un 27% (40 usuarias) refirieron que estas son muy amables, un 20.2% (30 usuarias) refirieron que estas son seria, un 6.7% (10 usuarias) refirieron que son indiferente.

DISCUSIÓN

En la presente investigación realizada a usuarias de la maternidad nuestra señora de la Altagracia en el periodo de julio 2009, sobre la calidad de la consulta externa ginecológica desde la perspectiva de las usuarias, hemos podido constatar que en cuanto a los resultados obtenidos de 148 usuarias encuestadas tenemos que, el 74.9 por ciento (111 usuarias) de las usuarias encuestadas sobre cuál fue el tiempo en que el personal médico le atendió, donde los cuestionamientos iban desde menos de 15 minutos hasta más 30 minutos, tomando como regular un tiempo entre los 15 y 30 minutos, donde un 37.1 por ciento (55 usuarias) de las usuarias encuestadas dijo ser atendidas en menos de 15 minutos como tiempo de espera excelente, y 37.8 por ciento (56 usuarias) como suficiente para un rango de espera de 15 a 30 minutos; solo un 25 por ciento (37 usuarias) de las que fueron encuestadas expresaron ser atendidas en 30 minutos o más.

La satisfacción del usuario viene dada a través de logros o cumplimientos de las expectativas con la que acude a solicitar y recibir atención, se consideran que estas son elementos de referencia para brindar una atención médica con calidad. El tiempo es una de estas, ya que es uno de los parámetros más criticados desde la percepción de las usuarias, donde de manera subjetiva miden y aportan juicios de valor acerca de la calidad de la consulta externa.

Comparando según los criterios de calidad expresados por el Doctor Héctor Gerardo Aguirre Gas, en su libro La Calidad de la Atención Médica Bases Para Su Evaluación y Mejoramiento Continuo, en un trabajo realizado en México, expresa criterios para la evaluación del tiempo de espera por una consulta externa, asignando valores tanto cualitativos como cuantitativos, tenemos que excelente y suficiente, cuando la atención es otorgada en un tiempo ya sea de inmediato o hasta los 15 minutos de espera, de insuficiente e inadecuado para un tiempo de 15 a 30 o más de 30 minutos de espera para ser evaluados

Para el tiempo de espera expresado por las usuarias en cuanto el diferimiento encontramos que un 85.8 por ciento (127 usuarias), se cito en plazo de más de 10 días para su próxima

consulta, solo un 2.7 por ciento (4 usuarias) para el mismo día, 6.7 por ciento (10 usuarias) para menos de 10 días y solo un 4.7 por ciento (7 usuarias) no se le otorgo cita, donde no se logro identificar las razones por las cuales no se les otorgo una próxima cita, y dado lo no significativo del dato, es de suponer que el o los procesos mórbidos por los cuales consultó no requirió de otro cita. No disponemos de información para suponer lo contrario. En relación a una reacción en torno a daño a la salud o quejas y el tiempo de espera no se identificó ningún caso.

El diferimiento se refiere a los días que debe esperar el usuario para recibir atención por cita programada en consulta externa, en relación con la fecha óptima en que debería otorgarse, el cual es de vital importancia para el seguimiento preventivo y de tratamiento de procesos mórbidos, donde las usuarias son las beneficiadas con este.

Los criterios de calidad expresados por el Doctor Héctor Gerardo Aguirre Gas en su libro La Calidad de la Atención Médica Bases Para Su Evaluación y Mejoramiento Continuo, donde una de las herramientas para establecer de forma precisa y términos absolutos, los límites entre los diferentes grados de calidad, utilizando el sistema Excelente, Suficiente, Insuficiente, No realizado e Inadecuado (E.S.I.N.I.) que fue diseñado originalmente para evaluar el proceso de atención médica, es aplicable también a la evaluación, resultados, satisfacción del usuario, de la educación y de la investigación.

El diferimiento se considera excelente cuando se otorga para el mismo día en que se requiere, Suficiente cuando el tiempo que debe transcurrir entre el otorgamiento de la cita y la en la que se requería, no implica riesgo para la salud del usuario pero ocasiona satisfacción, en general se acepta un diferimiento no mayor de 10 días; Insuficiente, cuando la demora en la atención por retraso en la cita otorgada implica riesgo para la salud del usuario, se considera cuando rebasa los 10 días e Inadecuada, cuando la demora en la atención por diferimiento en el otorgamiento de una cita ocasiona daño para la salud del usuario o la presentación de una queja.

Referido a la calidad de la información del médico y enfermeras ofrecida a las usuarias encontramos que, del médico hacia la usuaria tenemos que un 84.4 por ciento (125 usuarias) consideran que la calidad de la información fue amplia, clara y suficiente, mientras que un 10 por ciento (23 usuarias) la evaluaron como superficial y confusa, ninguna de las encuestadas opino que es nula.

Mientras que la información suministrada por las enfermeras según las usuarias tenemos que un 83 por ciento (123 usuarias) consideran que la calidad de la información fue amplia, clara y suficiente, un 18.1 por ciento (27 usuarias) la evaluaron como superficial confusa y nula. La información ofrecida por lo recursos humanos (médicos, enfermeras) hacia las usuarias, estas pueden evaluar el logro de sus expectativas tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

El tiempo aproximado de consulta evaluado desde la perspectiva de las usuarias, encontramos que, 39.1 por ciento (58 usuarias) refirió que el tiempo de consulta fue de 10 a 15 minutos, 35.1 por ciento (52 usuarias) opinaron que fue de menos de 10 minutos, 18.2 por ciento (27 usuarias) refirieron que este fue de 15 a 30 minutos, solo un 5.4 por ciento (8 usuarias) respondieron menos de 5 minutos y un 2 por ciento (3 usuarias) no realizaron dicha consulta.

En el libro Calidad de la Atención Médica, Bases para su Evaluación Y Mejoramiento Continuo, del Dr. Aguirre gas, en un estudio realizado en México, estipulo el tiempo que

una consulta debe de tener, asignándole valores y cualidades a estos. El Dr. Aguirre gas definió que médico debe atender 4 por hora aproximadamente, donde se considera excelente una consulta de 15 a 30 minutos, de 10 a 15 minutos suficiente, menos de 10 minutos insuficiente, menos de 5 minutos inadecuado y no realizado.

Para la percepción del entorno interno por parte de las usuarias encontramos que dirigido a la condición física del área de la consulta externa reporto valores de: 56.1 por ciento (83 usuarias), las cuales consideran que la condición física del área de espera de la consulta externa es regular, un 26.4 por ciento (39 usuarias) la evalúan como muy buena, un 15.5 por ciento (23 usuarias) consideran como excelente y solo un 2 por ciento (3 usuarias) la describen como una área de espera de condición física mala.

En cuanto al grado de conformidad del área de espera las usuarias encuestada la evaluaron como: un 68.9 por ciento (102 usuarias) refirieron que esta era cómoda, 18 por ciento (28 usuarias) refirieron que el área de espera es muy cómoda, un 8.1 por ciento (12 usuarias) refirieron que esta les era indiferente, un 4 por ciento (6 usuarias) refirieron que el área de espera les parece incomoda, ninguna de las encuestada les pareció inadecuada.

Referente a la condición física de los consultorios los usuarios evaluaron que: 38.5 por ciento (57 usuarias) muy buena, mientras que un 31.8 por ciento (47 usuarias) refirieron que estos son regular, un 29.7 (44 usuarias) consideraron como excelentes. Ninguna de las encuestadas considera que los consultorios se encuentran en malas condiciones.

Los juicios cualitativos Excelente, Suficiente, Insuficiente, No realizado e Inadecuado (E.S.I.N.I) de la condición, percepción y grado de conformidad del entorno interno de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia fueron basados en el trabajo realizado por el Dr. Aguirre Gas, en su libro “Calidad de la Atención Médica”.

La condición higiénico-sanitaria de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia según la percepción de las usuarias referente a los baños, tenemos: 50 por ciento (74 usuarias) son funcionales, mientras que un 29 por ciento (43 usuarias) refirieron que estos son limpios y funcionales, un 10.8 por ciento (16 usuarias) consideraron como muy sucios y que no se pueden utilizar y un 10.1 por ciento (15 usuarias) refieren que no son funcionales.

La condición de los olores del área de espera y consultorios evaluados desde la perspectiva de las usuarias reporto: 71 por ciento (105 usuarias) como muy agradable y agradable, 3.4 (5 usuarias) por ciento refieren que son desagradables y muy desagradables y un 25.7 por ciento (38 usuarias) son indiferentes.

REFERENCIAS

1. Suñol, R. y Frenk, J. Órgano de la Sociedad española de calidad asistencial Revista de calidad asistencial, Edición 2001, vol. 16. Pagina: s8.
2. Romero, A.; Pineda, Á. M.; Santos, J. R.; Roque, V., entre otros. Satisfacción del Usuario de los Servicios de Consulta Externa Del Hospital I Espinar. Abril 2002, Perú. En:http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2002_n20/satis_usuar.htm2 fecha de búsqueda: 02-07-09’.
3. Dra. Baez, B. G., Dr. Aguirre Gas. H. Calidad de la atención médica, bases para su evaluación y mejoramiento continuo. México Cap. XI paginas: 261.
4. Rojas Ramos, D. Teorías de Calidad. Orígenes y tendencias de la calidad total. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>. Fecha de búsqueda: 05-07-09’.
5. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria. Páginas: 07 y 08.
6. Aranaz, A.J. La Calidad en los Servicios Sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. Dpto. Salud Pública Universidad Miguel Hernández Campus de San Juan, España.
7. Astúa Molina, M., Quesada Mena, L. D., Ulate Gómez, D., Vargas Abarca, S., Medicina Legal. La Calidad en la Atención médica, Costa Rica v.21 n.1 Heredia mar. 2004, http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152004000100007&script=sci_arttext. 03-07-09’
8. Varo, J., Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria; 1994, Madrid España, editora Diaz de Santos S.A.
9. Koch, H. Gestión total de la calidad en la sanidad. S. E. editores S.A fundaciones Avides Donabedian. España, Barcelona 1994.
10. Bobrigeo, L. Los mejores hospitales de España, “La responsabilidad de la calidad profesor Avides Donabedian”. Fundación Avides Donabedian. 1994.
11. Nuhing, P.; Burk Hallen, B.; Carney, J.; Gallaghen, K. Métodos de la evaluación de la calidad en atención primaria, , Barcelona España. Editor S.G. editores. 1991.
12. Dr. Aguirre Gas, H. , Mejora Continua y Medicina Basada en la Evidencia, Instituto Mexicano del Seguro Social Asociación Mexicana de Hospitales, Secretaria de Salud, Sub Secretaria de innovación y Calidad, Foro Ciudadano de Calidad en Salud, Marzo 30, 2007.
13. Perello, J. G., Plan de la Evaluación de la Calidad, Biblioteca de la universidad Complutense de Madrid, www.UCM.ES/BUCEM. 2007.
14. Alzate Gómez, J.G., Sistema de Garantía de la Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Dirección de Educación Continua.
15. Debuchy, A. M. Calidad en la Gestión de los Servicios Físicos en Salud, Proceso de Planeación del Recurso Físico, Universidad de Buenos Aires.
16. Dra. Fattore, G. Evaluación de la calidad del proceso de atención, en el Hospital de Niños “V. J. Vilela” de la ciudad de Rosario. Argentina.
17. Schapira de kaplan, E; Crivelli de Figueroa, C; Navarro de Bianconi, G; Civalero de Núñez, S; Abraham de Arce, M; Madariaga de Simoni, M.T y col. Evaluación de la Calidad de Atención en los Servicios de Salud Categorización por Nivel de Riesgo en la Provincia de Tucumán. México, 2000.
18. Montoya, M; Valdés Arias, C; Rábano Colino, M; Artos Montes, Y; Cabello Valle, P; De Castro Prieto, N; García León, A; Martínez Villoria, A; Ortega Suárez, F. Variables Asociadas a la Satisfacción del Paciente en una Unidad de Hemodiálisis. Hospital Universitario Central de Asturias. España, 2009.
19. Casalino Carpio, G, E. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. Revista Soc Med Interna; vol. 21. Perú. 2008. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v21n4/pdf/a03v21n4.pdf>

20. Santillán Moncayo, J. Programas de Evaluación de la Calidad en la Atención Médica: Certificación y Acreditación, Problemática en su Instrumentación.2008.
21. Campos Navarro, R; Afganís Juárez, EN; Torrez D. Calidad de los Servicios de Medicina Familiar Según Adultos Mayores del Sureste de la Ciudad de México. Mexico.Vol.8. 2006.
22. Ramírez Hernández, C M; Mérida Fernández, J.M; Negro Álvarez, Félix Toledo, R; Martínez López R.M. Satisfacción de los Pacientes Asistidos en una consulta externa de alergología. Sección de Alergología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España, Alergol Inmunol Clin; Paginas 19: 145-152.2004.
23. Cuevas Aguilar, C, A., Modelo Para Medir La Calidad En Los Servicios Brindados Por Los Hospitales Puertorriqueños. Universidad De Puerto Rico, Recinto Universitario De Mayagüez. Puerto Rico.2004.
24. Mainz, j. Quality indicators: essential for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care, Oxford University, Supplement 1: pages. i1- i2. Vol.16. 2004.
25. Arias Gómez, J; David, C; González Lara. Indicadores de Eficacia en la Consulta Externa de un Hospital Pediátrico de Tercer Nivel. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc Mexico.23 de marzo 2006.
26. Chang de la Rosa, M; Alemán Lage; M del C; Cañizares Pérez, M; Ibarra, A, M. Satisfacción De Los Pacientes Con La Atención Médica. Rev Cubana Méd Gen Integr. Cuba.1999.
27. Schwartzmann, H. D., Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH), Hospital Puerto Montt, Chile, Agosto 2005.
28. Dr. Marracino, C., Programa de Evaluación de Calidad Hospitalaria para la Atención Médica (PICAM), Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Departamento de Salud Pública. Argentina. 2002.
29. Zas Ros, B., La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud, La Habana, Cuba, 26 de febrero de 2002.
30. Dra. Bleda García, J. M., Calidad Percibida por los Pacientes Atendidos en la Consulta Externa de un Complejo Hospitalario Universitario, Universidad de Castilla-La Mancha Gema Vega González, Hospital General de Albacete, España. 2000.



FRECUENCIA DE PAROSITOSIS EN NIÑOS DE 0-4 AÑOS ASISTIDOS EN UN HOSPITAL DOCENTE DE SANTO DOMINGO, PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2009.

*Altagracia Guzmán., *Yohany Rojas. , *Gabriel Núñez García., *Martha Iris Salcedo., *Nélida J. Garabito.

RESUMEN

La parasitosis en sentido general y en especial la afección por protozoos en la población pediátrica siempre ha representado un motivo de preocupación no sólo para los facultativos que de algún modo están en contacto directo con la situación, sino también, a las autoridades que por décadas han asumido la responsabilidad de reducir la morbilidad de esta población específica, sin embargo nuestra condición de pueblos en vía de desarrollo nos limita a la insalubridad, al hacinamiento, al consumo de aguas no potables, en fin, al riesgo permanente de infestarnos con un sinnúmero de microorganismos dentro de los que podemos señalar las amebas y las giardias.

Al menos siete parasitosis predominan en el continente Americano: ascariasis, tricocefalosis, uncinariasis, oxiuriasis, estrombiloidosis, amibiiasis y giardiasis. Cada una de ellas predomina en ciertas regiones geográficas de un país y se asocia a condiciones socioculturales, topográficas y climáticas.

De un universo de 864 nuestra, 410 estaban afectado por algún a clase de parasitosis para un 47.4%, en relación con el sexo más afectado fue el masculino con un 57.4%, en referencia al síntomas más frecuente encontramos en nuestra población de estudio que fue el dolor abdominal con un 96.8% seguido de náuseas y vómitos con un 96.5%, y en relación al agente causal más frecuente tenemos E. histolítica con 33.1% de los casos seguida de Giardia lamblia con 27.5%.

Palabras claves:

ABSTRACT

Intestinal parasites in general and in particular the protozoal disease in the pediatric population has always been a concern not only for physicians who are somehow in direct contact with the situation, but also, for decades the authorities have assumed responsibility for reducing the morbidity of this specific population, but our status in developing nations is limiting in unsanitary conditions, overcrowding, the consumption of non-potable water, finally, the permanent risk of becoming infested with countless microorganisms within which we can point amoebas and giardia.

At least seven parasites prevalent in the Americas: ascariasis, tricocefalosis, hookworms, oxiuriasis, estrombiloidosis, amebiiasis and giardiasis. Each of these predominates in certain geographic regions of a country and is associated with

socio-cultural conditions, topography and climate.

In a universe of 864 us, 410 were affected by a class of parasites for a 47.4% in relation to sex was the most affected with 57.4% male, referring to the most common symptoms found in our study population was abdominal pain with 96.8% followed by nausea and vomiting 96.5%, and in relation to more frequent causative agent have E. histolítica with 33.1% of cases followed by Giardia lamblia in 27.5%.

Key words:

INTRODUCCIÓN

La alta incidencia de infección por parásitos intestinales y poliparasitismo afecta la salud de los

Individuos, pudiendo causar deficiencia en el aprendizaje y función cognitiva, principalmente en los niños, quienes son los más afectados. Las infecciones crónicas por helmintos pueden causar

Desnutrición crónica en el hospedero, aunque esta relación no ha sido demostrada debido a que en la desnutrición participan otros factores. El cuadro clínico se va a presentar de acuerdo al grado de infestación; la anorexia, malabsorción, pérdida de fluidos (diarrea) y anemia son más comunes en individuos altamente parasitados.

Las parasitosis intestinales constituyen uno de los principales problemas de salud pública en los países tropicales; afectan a todas las clases sociales, con mayor predominio en los estratos más bajos de la sociedad, que, aunadas a las condiciones de marginalidad social y económica que acompañan a estos estratos, se convierten en causa de enfermedades debilitantes agudas y

crónicas, pueden predisponer a otras enfermedades y producir así efectos múltiples que redundan en la disminución de la capacidad física y mental del individuo comprometiendo su productividad. Tienen por lo tanto importancia no sólo desde el punto de vista médico sino también social y económico. Los parásitos intestinales que más afectan al hombre son los metazoarios helmintos, ejemplo de ellos son Áscaris lombricidas, Trichuris trichiura y entre los protozoarios, Entamoeba histolytica y Giardia lamblia.

La intensidad de la infección tiende a variar según la edad, generalmente más frecuente a lo largo de la niñez.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo con el objetivo de determinar la frecuencia de parasitosis en niño

*Médicos generales .

** Mirquea Martínez

**Asesor metodológico.

asistidos de 0-5 años asistidos en el hospital materno infantil Robert Reid Cabral en el periodo junio-diciembre del año 2009. De 864 casos 410 resultaron positivos por algún tipo de parasitosis los cuales constituyeron la muestra.

Los datos se obtuvieron mediante la realización de una encuesta tipo cuestionario llenada de forma directa de los record de los pacientes, en el departamento de bioestadística, de dicho centro. Los datos obtenido se analizaron y luego presentados en tablas y gráficos.

RESULTADO

CUADRO II. Frecuencia de parasitosis “HOSPITAL INFANTIL ROBERT REID CABRAL”

| CASOS | CASOS | % |
|------------------------|------------|-------------|
| CASOS POSITIVOS | 410 | 47.4 |
| CASOS NEGATIVOS | 454 | 52.6 |
| TOTAL | 864 | 100 |

Fuente: Directa.

Este cuadro nos muestra el universo de nuestro estudio que es de 864 pacientes de 0-5 años, de los cuales 410 fueron diagnosticado con parasitosis intestinal para un 47.4 %, y 454 no fueron afectado por dicha patología para un 52.6%.

CUADRO I. Frecuencia de parasitosis “HOSPITAL INFANTIL ROBERT REID CABRAL”

Según la edad

| Edades | Frecuencia | % |
|----------|------------|------|
| 0-2 años | 121 | 29.5 |
| 2-4 años | 289 | 70.4 |
| total | 410 | 100 |

Fuente: Directa.

Podemos observar que la edad más afectada fue las edades entre 0-2 años con 289 casos para un 70.4% y de 2-4 años 121 casos para un 29.5%

CUADRO III. Frecuencia de parasitosis “HOSPITAL INFANTIL ROBERT REID CABRAL”

Según el sexo

| SEXO | CASOS | % |
|------------------|------------|-------------|
| MASCULINO | 235 | 57.4 |
| FEMENINO | 175 | 42.6 |

Fuente: Directa.

Podemos observar que el sexo más afectado fue el masculino con 225 casos para el 57.4 % y luego el femenino con 175 casos par un 42.6%.

CUADRO IV. “HOSPITAL INFANTIL ROBERT REID CABRAL” Según la sintomatología

| SINTOMAS | CASOS | % |
|-------------------|------------|-------------|
| dolor abdominal | 389 | 96.8 |
| diarrea | 354 | 86.3 |
| náuseas y vómitos | 396 | 96.5 |
| Hiporexia | 215 | 52.4 |
| Estreñimiento | 263 | 64 |
| Prurito anal | 255 | 62 |
| Astenia | 306 | 74.6 |

se observa los diferentes síntomas presentados por los pacientes, teniendo en primer lugar el dolor abdominal con 389 casos para un 96.8%, náuseas y vómitos con 396 casos para un 96.5%, diarrea con 354 casos para un 86.3%, astenia con 306 casos para un 74.6%, estreñimiento con 263 para un 64%, prurito anal con 255 casos para un 62%, hiporexia con 215 casos para un 52.4 %,

CUADRO V. Frecuencia de parasitosis “HOSPITAL INFANTIL ROBERT REID CABRAL”

Según el agente causal

| Parásitos | casos | % |
|----------------------|-------|------|
| Entamoeba coli | 08 | 1.9 |
| Ascaris lumbricoides | 76 | 18.5 |
| Trichuris trichiura | 23 | 5.6 |
| Giardia lamblia | 113 | 27.5 |
| E. histolytica | 136 | 33.1 |
| Blastocystis hominis | 54 | 13.1 |
| total | 410 | 100 |

En este cuadro observamos los tipos de parásitos que afectaron a nuestra población de estudio, E.histolitica con 136 casos para un 33.1%, Giardia lambia con 113 casos para un 27.5%, Ascari lumbricoide con 76 casos para un 18.5%, Batocitis hominis con 54 casos para un 13.1%, Trichura trichura con 23 casos para un 5.6% y E.coli con 8 casos para un 1.9%

DISCUSIÓN

Se realizo un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional con el objetivo de determinar la frecuencia de parasitosis en niños de 0-5 años asistidos en el hospital materno infantil Robert Reid Cabral en el periodo junio-diciembre del año 2009.

La población de estudio fueron 410 pacientes que cursaron con el cuadro de dolor abdominal. Náuseas, vómitos, diarreas y astenia y que luego mediante prueba de laboratorio se le confirmo el diagnostico de algún tipo de parasitosis.

El sexo más afectado fue el masculino con un 57.4 %, el síntoma más frecuente el dolor abdominal con 98.6 %.

En relación al parásitos más frecuente la E.histolitica con un 33.1%,

Las enfermedades parasitarias intestinales continúan siendo un problema de salud pública en el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo como Republica Dominicana.

Al menos siete parasitosis predominan en el continente Americano: ascariasis, tricocefalosis, uncinariasis, oxiuriasis, strongiloidosis, amibiiasis y giardiasis. Cada una de ellas predomina en ciertas regiones geográficas de un país se asocia

a condiciones socioculturales, topográficas y climáticas. Otros se presentan en menor frecuencia, como son: himenolepiasis, teniasis y enterobiasis.

REFERENCIAS

1. Manual De Pediatría, Treviño, Editorial: Mcgraw-hill - Mexico, Edición: 1ª Edición: 2002
2. Nelson Tratado de Pediatría (17ª ed.), de VV.AA, BEHRMAN, R.E, KLIEGMAN, R.M. y JENSON, H.B., S.A. ELSEVIER ESPAÑA, N° Edición: 17ª:2004.
3. Red Book. Enfermedades Infecciosas en Pediatría 27ªed sección 3- resúmenes de enfermedades infecciosas AAP: Comité de Enfermedades Infecciones. Academia Americana de Pediatría., (aut.), Médica Panamericana 27(2007)
4. Fragoso A; Saragoro E; Costaneda C (y Cols): Propuesta de clasificación de la repercusión intestinal de la giardia lamblia. Rev cub med trop: 4(5): 223-228; 2006.
5. <http://www.fisterra.com/guias2/parasitosis.asp>
6. <http://www.zonapediatrica.com/parasitosis/zona-parasitosis.html>
7. <http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-020-parasitosis-en-pediatria>
8. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-77122007000100009&script=sci_arttext



FRECUENCIA DE ANEMIA FALCIFORME EN NIÑOS QUE ASISTIERON A UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LOREZO DE LOS MINA.

*Keilyn D. Garcia Jimenez, *Porfirio De La Rosa Garvan, *Orquideia De Jesús, *Maria Magdalena Marte, *Leydi Mesa, **Alejandrina Then.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte trasversal, observacional con el objetivo de determinar la incidencia de anemia falciforme en niños asistidos en el hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas, en el periodo enero-junio 2009. De 308 expedientes revisados en el departamento de bioestadística, se encontraron 188 expedientes de pacientes diagnosticados con anemia a falciforme.

El sexo más afectado fue el masculino con un 51.8 % de los casos y el femenino con el 48.2 % de los casos; en cuanto a la edad, la más afectada fue en el rango de 3-6 años de edad con el 32 % seguida por el rango de 0-2 años con el 21.8 % de los casos, en relación al tipo de hemoglobina más frecuente en nuestros pacientes el más común fue el tipo SS con el 51 % de los casos seguido de del tipo AS con 37.2 5 de los casos; y referente a las complicaciones la más encontrada fue la gastroenteritis con un 23.9 % de los casos seguida por la neumonía con un 19.1 5 de los casos.. Palabras claves: Anemia, Falcemia, Hemoglobina,

ABSTRACT

We performed a retrospective descriptive study of transverse section, observational with the aim of determining the incidence of sickle cell anemia in children admitted to the Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas, in the period January –juner 2009. Of 308 cases reviewed in the department of biostatistics, found 188 records of patients diagnosed with sickle cell anemia.

The more the masculine sex with 51.8% of cases and female with 48.2% of cases as to the most affected age was in the range of 3-6 years old with 32% second by range of 0-2 years with 21.8% of cases in relation to the most common type of hemoglobin in our patients the most common was the type SS with 51% of cases followed by the type AS with 37.2 in May from cases, and complications regarding the gastroenteritis was found most frequently with 23.9% of the cases followed by pneumonia with 19.1 5 cases.

Keywords: Anemia, Falcemia, Hemoglobin

INTRODUCCIÓN

Existen varias enfermedades hereditarias por hemoglobinas anormales que afectan a millones de personas en el todo el mundo. Entre estas, las más importantes son aquellas que están relacionadas con alteraciones en la cadena beta de la hemoglobina, siendo la más importante la drepanocitosis o anemia falciforme, que es una enfermedad que se encuentra

con frecuencia en personas de raza negra y su mestizaje, debido a que son portadoras de la hemoglobina S en su forma homocigota (HbS,HbS), sin embargo, también puede presentarse como heterocigoto, es decir HbA y HbS produciendo tan sólo el rasgo falciforme una resistencia a la malaria, pero al mismo tiempo esta hemoglobina S puede estar relacionada con diferentes holotipos.

La anemia drepanocítica es causada por un tipo anormal de hemoglobina (proteína dentro de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno) llamada hemoglobina S. Sin embargo, la hemoglobina S reduce la cantidad de oxígeno dentro de las células, alterando su forma. Los frágiles drepanocitos entregan menos oxígeno a los tejidos corporales y se pueden romper en fragmentos que interrumpen el flujo sanguíneo.

Esta anemia se hereda como un rasgo autosómico recesivo, lo que significa que se presenta en alguien que haya heredado la hemoglobina S de ambos padres. Este tipo de anemia es mucho más común en ciertos grupos étnicos; afectos aproximadamente a 1 de cada 500 personas de raza negra. Si alguien hereda la hemoglobina S de uno de los padres y hemoglobina normal (A) del otro padre, adquiere el rasgo drepanocítico mientras que alguien que herede la hemoglobina S de uno de los padres y otro tipo de hemoglobina del otro padre, tendrá otro tipo de enfermedad drepanocítica.

Los países con un gran contingente de población negra son: Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Haití, Jamaica, Trinidad y Tobago, Antillas Holandesas, Honduras, Surinam y Estados Unidos, países donde prevalece el gen Hb.SS en un rango del 6% al 10%. En Cuba es considerada un problema de salud pública. La frecuencia del estado de portador AS es de 3.08% en la población general.

En nuestro país la prevalencia de anemia falciforme es cerca de un 7-8% y La falcemia es una enfermedad de alto costo. Es incurable y representa el 20% de los ingresos por enfermedades congénitas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte trasversal, observacional con el objetivo de determinar la incidencia de anemia falciforme en niños asistidos en el Hospital San Lorenzo De Los Mina, en el periodo enero – junio 2009.

Se consultaron del departamento de bioestadística de hospital materno infantil San Lorenzo De Los Minas 250 expediente a la zar de niños consultados en dicho periodo, de los cuales 188 correspondieron a niños diagnosticado con anemia falciforme; para la obtención de los resultados se elaboró un formulario tipo cuestionario que contiene las variables del estudio a través del cual se obtuvieron los resultados.

Los resultados de esta investigación se presentan en

*Médicos Generales.

**Asesor Metodológico.

documentos escritos e ilustrados en cuadros y gráficos, con la interpretación, análisis, **DISCUSIÓN**, conclusión y recomendación correspondientes.

RESULTADOS

Se eligieron 306 expediente al azar de los cuales 188 resultaron con el diagnóstico de anemia falciforme, el sexo más afectado fue el masculino con un 51.8% (88 casos) seguido del el femenino con 82 para un 48.2%

La edad más frecuentemente afectada de anemia falciforme en nuestra investigación fue la edad en el rango 3-6 años con un 32% (62 casos), 3-5 con 62 casos para un 32%, 6-9 con 35 casos para un 13.8%, 9-12 con 26 casos para un 6.9%. de 12-14 con 13 casos para un 5.8%.

En la electroforesis de la hemoglobina el tipo más encontrado fue hemoglobina SS con un 51% (96 casos), la HEM AS 72 casos para un 37.2%, la HEM SC 13 casos par aun 6.95 y a HEM SF 0.9 casos para un 4.7%

La complicación más presentadas por los pacientes fue la gastroenteritis con un 23.9%(45 casos).

DISCUSIÓN

La anemia falciforme es una enfermedad genética muy importante en la población, que se presenta principalmente en la raza negra, constituyéndose en una enfermedad de alta prevalencia en algunos países. Esta enfermedad es la causante de morbilidad y mortalidad en las poblaciones que tienen Hb S, en su forma homocigota, conociéndose en la actualidad todas las características genéticas y moleculares de la enfermedad.

El sexo más afectado fue el masculino 88 casos para un 51.8%.

La edad más frecuentemente afectada de anemia falciforme en nuestra investigación fue la edad en el rango 3-6 años con un 32%.

En la electroforesis de la hemoglobina el tipo más encontrado fue hemoglobina SS con un 51% (96 casos).

La complicación más presentadas por los pacientes fue la gastroenteritis con un 23.9%(45 casos).

CUADRO I. DISTRIBUCION DE LA ANEMIA FALCIFORME SEGUN EL SEXO.

| SEXO | CASOS | % |
|-----------|-------|-------|
| MASCULINO | 88 | 51.8 |
| FEMENINO | 82 | 48.2% |

Fuente: Directa.

CUADRO II. DISTRIBUCION DE LA ANEMIA FALCIFORME SEGUN LA EDAD.

| EDAD | CASOS | % |
|------------|-------|------|
| 0-2 AÑOS | 41 | 21.8 |
| 3-5 AÑOS | 62 | 32 |
| 6-9 AÑOS | 35 | 18.6 |
| 9-12 AÑOS | 26 | 13.8 |
| 12-14 AÑOS | 13 | 6.9 |
| 14 0 + | 11 | 5.8 |

Fuente: Directa.

CUADRO III. ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA

| TIPO DE HEMOGLOBINA | CASOS | % |
|---------------------|-------|------|
| HEM SS | 96 | 51 |
| HEM AS | 72 | 37.2 |
| HEM SC | 13 | 6.9 |
| HEM SF | 09 | 4.7 |

Fuente: Directa.

CUADRO IV. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTE DE LA ANEMIA FALCIFORME

| COMPLICACIONES | CASOS | % |
|-----------------------|-------|------|
| GASTROENTERITIS | 45 | 23.9 |
| NEUMONIA | 33 | 19.1 |
| CARDIOPATIA FALCÉMICA | 21 | 11.1 |
| BRONCONEUMONIA | 18 | 9.5 |
| PIELONEFRITIS | 15 | 7.9 |
| AMIGDALITIS | 14 | 7.4 |
| OTITIS | 12 | 6.3 |
| ABSCESOS | 10 | 5.3 |
| BRONQUITIS | 9 | 4.7 |
| SEPTISEMIA | 6 | 3.1 |

Fuente: Directa.

REFERENCIAS

- Behrman R. Tratado de Pediatría, 141. Edición, Madrid: Editora Interamericana Mc Graw-Hill, 2006.
- Pereira, F.D. y Saenz, I. (1996). H Rodriguez, J.M. Medicina al día. Avances sobre Anemia Falciforme. Acta Medica Dominicana. Vol 20. N. 6
- Wilson, J. Harrison: Principios de Medicina Interna, 16va Edición, México D.F. Editora Interamericana Mc.Graw-Hill, 2005.
- Berkew, R. y Andrew J. Manual Merck, 9na edición, Barcelona,
- España: Mosby- Doyma, 2005: 1305-1307.
- Betke, K. Manual de Pediatría, Barcelona, España, Salvat
- www.healthgate.partners.org/browsing/browseContent.COM
- www.kidshealth.org/parent/en/espaol/médicos/anemia_esp.html.
- www.umss.edu.bo/epubs/earts/downloads/85.pdf
- www.altillo.com/medicina/monografias/afalci.asp
- www.healthsystem.virginia.edu
- <http://www.umss.edu.bo/epubs/earts/downloads/85.pdf>
- <http://www.terra.es/personal/duenas/vanco.htm>
- <http://www.hoy.com.do/el-pais/2009/1/29/311938/>
Propone-se-eduque-para-evitar-se-incremente-la-falcemia

FRECUENCIA DE DIABETES GESTACIONAL EN MUJERES CONSULTADA DURANTE TODO SU EMBARAZO CON ANTECEDENTES DE DIABETES Y OBESAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA

Marlenis Yoselin Glass Guzmán, Yendri Orquidea Jones Fernández, Celia Maldonado, Massiel Reyes Benítez, Hilda R. Montilla, Agne Suero, Silvio A. Calcaño

RESUMEN

Se trató de un estudio retrospectivo realizado a través de un cuestionario llenado de los expedientes clínicos de las pacientes atendidas durante su embarazo en la consulta externa de un Hospital del Distrito Nacional República Dominicana en el periodo octubre 2008 febrero 2009. el cuestionario fue llenado a 75 adultas embarazadas con predisposición a Diabetes gestacional específicamente hijas, nietas de padres diabéticos y pacientes con la comorbilidad de obesidad. Los individuos con antecedentes familiares directos (hijas) presentaron con mayor frecuencia la predisposición a la diabetes gestacional, un 39 por ciento, en segundo lugar las nietas con un 36 por ciento. En cuanto a los niveles de glucemia con relación a la predisposición (hijas) 23 individuos tenían entre 190-250 para un (31%) del total de la población, 21(nietas) tenían 190-250mg/dl para un (28%) en tercer lugar ambos factores con 7 individuos, tenían 190-250mg/dl para un (12%).

En lo concerniente a los niveles de glucemia según edad, el rango más frecuente fue de 30-39 años con niveles de 190-250. De acuerdo a los niveles de glucemia según el índice ICM, 44 individuos presentaron un índice de 31-40kg/ m2 de los cuales 38 individuos presentaron niveles de glicemia de 190-250 en segundo lugar 21 individuos presentaron un índice de 20-30% kg/m de los cuales 12 individuos presentaron niveles de 190-250mg/dl.

Palabras claves: diabetes gestacional, glucemia, hijas, nietas, obesidad.

ABSTRACT

This was a retrospective study through a questionnaire filled in the medical records of patients seen during pregnancy in the outpatient clinic at a District Hospital Nacional Dominican Republic in the period October 2008 February 2009. The questionnaire was filled to 75 pregnant adults with a predisposition to gestational diabetes specifically daughters, granddaughters of diabetic parents and patients with comorbidities of obesity. Individuals with a history relatives (daughters) were more common in the predisposition to gestational diabetes, 39 percent, in second place with 36 grandchildren percent. As blood glucose levels with relation to the predisposition (daughters) 23 individuals were between 190-250 for a (31%) of the total population, 21 (granddaughter) had 190-250mg/dl for a (28%) Ombos third factors with 7 individuals had 190-250mg/dl for a (12%).

Regarding blood glucose levels according to age, the

most common range was 30-39 years with levels of 190-250. According to blood glucose levels as measured by the ICM, 44 individuals had a rate of 31-40kg / m2 of which 38 individuals had blood glucose levels of 190-250 in second place 21 individuals had a rate of 20-30% kg / m of which 12 individuals had levels of 190-250mg/dl.

Keywords: gestational diabetes, blood glucose, daughters, granddaughters, obesity.

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional Son todos aquellos casos de diabetes mellitus que se detectan por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional (DG) traduce una insuficiente adaptación a la insulínresistencia que se produce durante el embarazo (GEDE, 2006).

- Es la complicación más frecuente en gestantes. Su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados, afectando en torno al 10% de los embarazos. su importancia radica en que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son: sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina, partos por cesárea y problemas neonatales. No aumentando la incidencia de malformaciones congénitas. Gestantes de alto riesgo: son aquellas que presentan uno o más de los siguientes factores: edad igual o superior a 35 años, obesidad (IMC >30 Kg/m2), macrostomia en partos anteriores (>4 Kg), antecedentes personales de diabetes gestacional, alteraciones del metabolismo de la glucosa o antecedentes familiares de diabetes en primer grado.

Gestantes de riesgo moderado-bajo: son todas las que no tienen ninguno de los En embarazadas de alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional se recomienda hacer el despistaje con el test de O'Sullivan en la primera visita del embarazo y también entre las semanas 24-28 y 32-36 de la gestación. En las que tienen un riesgo moderado-bajo la recomendación es realizar un único test de O'Sullivan entre las semanas 24-28 del embarazo.

Por lo tanto deben recogerse todos los factores de riesgo de DG en la primera visita del embarazo para hacer una inmediata valoración.

El test de O'Sullivan consiste en la determinación de la glucemia plasmática una hora después de la administración de 50gr de glucosa por vía oral; a cualquier hora del día e independientemente de la ingesta o no de alimentos previa. Tampoco es necesaria una dieta especial en los días anteriores

*

a la prueba.

Si el valor de la glucemia plasmática al cabo de una hora es igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/L), se considera el test de O'Sullivan positivo y se deberá realizar una sobrecarga oral a la glucosa (SOG) para confirmar el diagnóstico de diabetes gestacional. La sensibilidad del test de O'Sullivan es del 80%.

Existe un parámetro llamado La glucemia o glicemia (término incorrecto según la Real Academia Española) siendo esta la medida de concentración de glucosa libre en sangre, suero o plasma sanguíneo. En ayunas, los niveles normales de glucosa oscilan entre los 70 mg/dl y los 100 mg/dL. Cuando la glucemia es inferior a este umbral se habla de "hipoglucemia"; cuando se encuentra entre los 100 y 125 mg/dL se habla de "glucosa alterada en ayuno", y cuando supera los 126 mg/dL se alcanza la condición de "hiperglucemia". Constituye una de las más importantes variables que se regulan en el medio interno (homeostasis). El término fue propuesto inicialmente por el fisiólogo francés Claude Bernard. Siendo esta aquella De modo que este parámetro podía ser utilizado como medio de diagnóstico alerta y prevención conjuntamente con los niveles de hemoglobina glicosilada en hijas, nietas de pacientes diabéticos y en pacientes obesos. (Ver referencias no 2)

Otros estudios realizados, como fue el de: "utilidad de glicemia basal y de la hemoglobina glicosilada para la detención de la tolerancia anormal a la glucosa en los familiares de pacientes con diabetes gestacional", realizado en el servicio de Endocrinología conjuntamente con el departamento de ginecobstetricia, Hospital Provincial, de la Universidad de Barcelona. Ellos encontraron que en presencia de una glucemia normal había variaciones en los niveles de hemoglobina glicosilada la cual se encontraba elevada. De la misma manera se evidencia la gran importancia de los antecedentes familiares con las elevaciones de glucemia, ya que los parientes de pacientes con diabetes mellitus presentaban una prueba de tolerancia anormal a la glucosa entre los valores normales. Investigaciones realizadas por el departamento de Cardiología de la Universidad de Johns Hopkin en Baltimore, Maryland, concluyo que en individuos asintomáticos sin diabetes, mientras mas alto el nivel de glucosa más alta es la probabilidad de padecer de diabetes gestacional y enfermedad coronaria oculta. Los resultados del presente estudio sugieren que la glucemia y la hemoglobina glicosilada podría utilizarse como elemento pronostico también en la obesidad y en familiares directos de diabéticos, obviamente deben hacerse estudios controlados.

(Ver referencia www.google.com.http://corazonhispano.blogspot.com/). www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7012&articuloId=

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trato de un estudio retrospectivo que se llevo a cabo en un Hospital de Santo Domingo República Dominicana D.N, Dicho centro se encuentra ubicado en Santo Domingo Este, con una de limitación geográfica: Al sur la calle 23 D, al norte avenida san Vicente de Paúl, al este la calle presidente Ureña, al oeste la calle carrera G. El periodo a investigar fueron los meses octubre, noviembre y diciembre del 2009.

El estudio tuvo lugar en la consulta externa de obstetricia del

Hospital San Lorenzo de Los Minas, este se encuentra situado en el distrito nacional.

Para la recolección de los datos fue elaborado un cuestionario-entrevista en formato 8½ x 11, conteniendo 10 preguntas de las cuales 7 son cerradas y 3 son abiertas. Contienen datos sociodemográficos del la población entrevistada, tales como: edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción, estado civil, talla, peso, índice de masa corporal, nivel de glucemia y antecedentes familiares.

RESULTADOS

Cuando se evalúan los antecedentes patológicos de las pacientes nos damos cuenta que las mayorías tienen antecedentes familiares de diabetes mellitus

Ver cuadro no.1).

Cuadro I. FRECUENCIA DE DIABETES GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN SU PREDISPOSICION FAMILIAR, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE EMBARAZADAS, DE UN HOSPITAL DE SANTO DOMINGO OCTUBRE 2008 – FEBRERO 2009.

| Predisposición | Niveles de glucemia (mg/dl) | | | |
|----------------|-----------------------------|---------|---------|---------|
| | 60-110 | 125-185 | 190-250 | 255-320 |
| Hijas | 2 | 3 | 23 | 1 |
| Nietas | 2 | 2 | 21 | 2 |
| Obesas | 1 | 0 | 5 | 1 |
| Ambos factores | 2 | 2 | 7 | 1 |

Fuene: Expedientes clínicos de mujeres consultadas durante su embarazo en el hospital san Lorenzo de los minas.

Cuando se analizan las variables predisposición familiar, en primer lugar se encuentra los hijas, luego en segundo lugar los nietas como las individuos más frecuentes en desarrollar diabetes gestacional. (Ver cuadro no.2).

Luego se analiza la variable niveles de glucemia con relación a la edad, siendo la más frecuente de 30-39 años con niveles de glucemia de 190-250. (Ver cuadro no.3).

Cuando comparamos los niveles glucemia con el índice de masa corporal nos damos cuenta que los niveles de glucemia 190-250 los obtuvieron las personas con un índice de masa corporal de 31-40 kg/m2. (Ver cuadro no.4)

Cuando relacionamos el índice de masa corporal con la edad, resulta que nuevamente en las femeninas de 30-39 años es el más frecuente. (Ver cuadro no. 5)

Cuando analizamos la variable complicaciones obstétricas nos damos cuenta que la macrosomía fetal es la más frecuente con 60 individuos para un 80% en segundo lugar los partos por cesárea con 10 individuos para un 13% y por último las muertes intrauterina con 5 individuos para un 7%. (ver cuadro # 5)

Cuadro II. DISTRIBUCIÓN DE LAS HIJAS, NIETAS DE PERSONAS DIABÉTICAS Y MUJERES OBESAS SEGÚN PREDISPOSICIÓN, ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE EMBARAZADAS DE UN HOSPITAL DE DOMINGO OCTUBRE 2008 –FEBRERO 2009.

| Según Predisposición | Frecuencia | Por ciento |
|----------------------|------------|------------|
| Hijas | 29 | 39 |
| Nietas | 27 | 36 |
| Obesas | 7 | 9 |
| Ambos factores | 12 | 16 |
| Total | 75 | 100 |

Fuente: Expedientes clínicos de mujeres consultadas durante su embarazo en el hospital san Lorenzo de los minas.

Cuadro III. NIVELES DE GLICEMIA SEGÚN, LA EDAD DE LAS HIJAS, NIETAS DE PERSONAS DIABÉTICAS, Y MUJERES OBESAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE EMBARAZADAS, DE UN HOSPITAL DE SANTO DOMINGO OCTUBRE 2008 –FEBRERO 2009.

| Edad | Niveles de glucemia (mg/dl) | | | |
|-------|-----------------------------|---------|---------|---------|
| | 60-110 | 125-185 | 190-250 | 255-320 |
| < 20 | 2 | 2 | 10 | 1 |
| 20-29 | 2 | 2 | 14 | 2 |
| 30-39 | 3 | 3 | 31 | 3 |

Fuente: Expedientes clínicos de mujeres consultadas durante su embarazo en el hospital san Lorenzo de los minas.

Cuadro IV. NIVELES DE GLICEMIA SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS HIJAS, NIETAS DE PERSONAS DIABÉTICAS, Y MUJERES OBESAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE EMBARAZADAS, DE UN HOSPITAL DE SANTO DOMINGO OCTUBRE 2008 –FEBRERO 2009.

| Niveles de glicemia (mg/dl) | Índice de Masa Corporal (IMC) kg/m ² | | | | | |
|-----------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-----|
| | <20 | 20-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| 60-110 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 125-185 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| 190-250 | 2 | 12 | 38 | 1 | 1 | 1 |
| 260-320 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Expedientes clínicos de mujeres consultadas durante su embarazo en el hospital san Lorenzo de los minas.

Cuadro V. DISTRIBUCIÓN DE LOS HIJAS, NIETAS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES Y PERSONAS OBESAS SEGÚN RELACIÓN EDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

| Edad (años) | Índice de Masa Corporal (IMC) kg/m ² | | | | | |
|-------------|---|-------|-------|-------|-------|-----|
| | <20 | 20-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| <20 | 2 | 8 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| 20-29 | 1 | 6 | 12 | 0 | 1 | 1 |
| 30-39 | 3 | 8 | 28 | 1 | 0 | 0 |

Fuente: Expedientes clínicos de mujeres consultadas durante su embarazo en el hospital san Lorenzo de los minas.

CUADRO VI

| COMPLICACIONES OBSTETRICAS | # DE PACIENTES | % |
|----------------------------|----------------|-----|
| Macrosomia fetal | 60 | 80% |
| Partos por cesárea | 10 | 13% |
| Muerte intrauterina | 5 | 7% |

DISCUSIÓN

La presente investigación ha permitido conocer la frecuencia en hijas, nietas con antecedentes familiares de diabéticos y en pacientes obesas en la consulta externa de mujeres embarazadas que desarrollaron diabetes gestacional de un Hospital, de Santo Domingo, Distrito Nacional, en el período comprendido octubre 2008-febrero 2009. Aunque esta variación confirma nuestras sospechas, es bueno hacer algunas observaciones. En primer lugar, los datos obtenidos nos reflejan la real variación de la glucemia sobre todo en aquellas pacientes con antecedentes familiares y obesas. La frecuencia de niveles normales sólo se encontró en 7 (9%), cuyos valores de 60-110 mg/dl en 68 pacientes se encontraron elevados para un (91%). Hubo un grupo de pacientes (75%) cuyos reportes de glucemia fueron de 190-250 mg/dl en segundo lugar 125-185mg/dl con un (9%) y por último un grupo minoritario (7%) cuyos valores oscilaban entre 255-315 mg /dl. La glucemia basal de 70-110mg /dl es normal. Cuanto más cerca esté el valor de la glucemia de lo normal, menor será el riesgo de tener estas complicaciones y desarrollar diabetes gestacional y otras complicaciones. En el presente estudio hemos detectado sólo un 9 por ciento de valores normales de glucemia, mientras que el 91 por ciento tenía niveles por encima de lo considerado normal. Esto nos refleja la frecuencia de estas embarazadas al desarrollar diabetes gestacional a causa de su predisposición ya que, el 91% presentó niveles elevados de glicemia durante el embarazo y 80 por ciento presentó la complicación obstétrica de macrosomía fetal.

Los resultados anormales significan que los niveles de glucosa en la sangre no han estado bien controlados en un período de semanas a meses. Los médicos ginecologista recomiendan hacerse el examen cada 3 o 6 meses y durante el embarazo semanalmente en sangre y diariamente por glucotex dependiendo los resultados anteriores. Cuando se analizan las variables edad, se confirma que la población más frecuente es de 30 a 39 años, lo que indica que al parecer ellas están en edad reproductiva donde la mayoría de las mujeres se olvidan de mantener su peso ideal y un buen estilo de vida. Luego de analizar las variables edad con respecto al nivel de glucemia el rango de edades de 30 a 39 es el que presenta las mayores variaciones de los estos niveles.

REFERENCIAS

- Montesinos - Cabrera RA, López - Alvarenga JC, Velásquez - Alba C. Short Stature population have more body fat despite mass index. *Int J Obes* 2004; 24:30
- González Barranco J, López Alvarenga JC, Rois Zimancas M. La migración de zona rural a urbana se asocia con

- distribución androide de grasa corporal en mujeres obesas. Rev. Invest. Clínica 2001; 53 págs. 129-135.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuario estadístico de los estados Unidos Mexicanos. México: INEGI, 2000.
 4. Rosmond R, Bjorntord D. The hypothalamic - pituitary - adrebal axis activity as a predictor of cardiovascular disease type 2 diabetes and stroke. J Int Med 2000, 247 188-47.
 5. Mwigs TB. Cardiovascular disease prevention practices by US physicians for patients with diabetes. J Gen Intern Med 2000 pags. 84-102.
 6. Haford JCG, Smith BK, Blandell JE. Serotonina (5-HT) y receptores serotoninergicos en la regulación de macro nutrientes. Boca Ratón, Florida, 2000, págs. 425.
 7. Wilman CER, Medeiros. Composición corporal y obesidad. 2004. Págs. 327-328.
 8. Frankenfield DC, Roove W A, Smith JS. Limits of body mas s index to detect obesity and predict body composition. Nutrition 2001; 17:26-30.
 9. Van Mil Hage, Westerterp RK. Gasto energético en relación a la composición corporal en adolescentes. Arch Dischild 2001; 85:73-78.
 10. Bourges RH. La alimentación y la dieta. Nutriología medica. Editorial Panamericana, 2001. Págs. 469-472.
 11. Chi- Tem G. Ronquidos. Significancia clínica, mecanismo de producción, alternativas diagnósticas y tratamiento. México, McGraw-Hill Interamericana, 2000: 317-329.
 12. Del Rincón-Javero, Aguilar-Salinas, Guillen LE., Lack of agreement between the plasma lipid based criteria and the approtein B for the diagnostic of familial combined hyperlipidemia (FCHL). Metabolism 2002; 51 :218-240.
 13. Aguilar-Salinas, Díaz A., Factores genéticos que juegan un rol importante en la patogénesis de hiperlipidemia pos-trasplantes. MacGraw-Hill, 2002; 40:169-177.
 14. www.google.com.http://corazonhispano.blogspot.com/).
 15. w w w . d o y m a . e s / r e v i s t a s / c t l _ s e r v l e t ? f = 7 0 1 2 & a r t i c u l o i d = 3 0 9 3

INDICACIONES DE PARTO VAGINAL VS CESAREA EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA, SAN PEDRO DE MACORÍS, REPUBLICA DOMINICANA.

Francisco A. Sosa Polanco,* Darwind Fco. Diaz Olivero,* Dorquis A. Santana Ramos,* Jorge Linares Pascual,* Florilan Gaiana Sing,* Graciela Vala,* Alba Iris López.**

RESUMEN

El objetivo de la investigación se basa en determinar cuáles son los factores que desencadenan la indicación de parto vaginal vs parto por cesárea en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hosp. Reg. Dr. Antonio Musa durante el período Enero – Junio 2010. Es un trabajo tipo descriptivo prospectivo de corte transversal con un universo de 1,857 pacientes de los cuales solo 37 pacientes tenían este trastorno hipertensivo.

La hipertensión arterial ocupó el primer lugar en lo que se refiere a antecedentes personales patológicos, con relación a los chequeos prenatales la mayoría de las pacientes habían tenido entre 7 y 9 chequeos, la preclampsia severa afectó a más del 45% y la eclampsia solo a una paciente. Los factores de riesgos más predominantes fueron los embarazos múltiples, seguidos de la diabetes gestacional, luego la adolescencia, quedando como otros factores que si bien son frecuentes se presentaron en menor proporción (antecedentes familiares de preclampsia-eclampsia, enfermedades renales, macrosomía fetal, etc.). La causa más común de cesárea se debió a sufrimiento fetal agudo y la vía más usada de desembrazo fue la abdominal.

Palabras claves: Eclampsia, chequeo prenatal, sufrimiento fetal

ABSTRACT

The objective of this research is based on determining which factors that trigger the indication of vaginal delivery vs. cesarean section in patients with hypertensive disorders of pregnancy in regional hospital Dr Antonio Musa during the period January-June 2010. Research is a prospective descriptive cross-sectional with the universe of 1,857 patients of whom 37 had this hypertensive disorder.

Hypertension ranked first in regard to medical history, regarding prenatal screening most patients had between 7 and 9 checks. severe pre-eclampsia affects over 45% and only one patient had eclampsia. The most prevalent risk factors were multiple pregnancy, gestational diabetes followed after adolescence, leaving other factors that are common but occurred in low proportion (family history of preclampsia-eclampsia, kidney disease, fetal macrosomia, etc). the most common cause of caesarean section due to acute fetal distress and how to end the pregnancy was the cesarean section

Key words: eclampsia, prenatal screening, fetal distress

* Médico general

** Especialidad en Ginecología y Obstetricia

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción orgánica múltiple, proteinuria y edema. Se cree que es un trastorno endotelial que resulta de una perfusión deficiente de la placenta que libera factores que lesionan el endotelio por activar la cascada de coagulación o aumentar la sensibilidad del endotelio a agentes presores. Dentro de esto, la pre eclampsia aparece en la segunda mitad del embarazo, con mayor probabilidad de aparecer en las primigestas, partos múltiples y en adolescentes. Los efectos nocivos de la hipertensión inducida por el embarazo en el feto se deben sobre todo a la disminución del flujo placentario, característica de este trastorno vasospástico. Para la madre, el riesgo principal es la eclampsia, o presencia de convulsiones tipo gran mal, causada por los efectos cerebrales graves de la enfermedad.

Hasta el momento no hay ninguna medida preventiva que permita abolir la hipertensión arterial y la aparición de pre eclampsia- eclampsia en las mujeres embarazadas. El control prenatal temprano, adecuado y periódico ofrece la ventaja de la captación precoz de estos casos, de su manejo oportuno y como resultado, permite prevenir las complicaciones de la enfermedad en la madre, el feto y el recién nacido. El incremento de la operación cesárea a estimulado la búsqueda de alternativas que hacen necesarias el intentar disminuir su frecuencia,

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es de tipo descriptivo con recolección de informaciones prospectivas de corte transversal a fin de exponer las indicaciones de parto vaginal vs cesárea en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período Enero – Junio 2010.

Para la realización de este proyecto de investigación las informaciones para la unidad de análisis fueron provenientes de las pacientes diagnosticadas con trastornos hipertensivos del embarazo, así como la búsqueda y la revisión de las historias clínicas y los expedientes clínicos de cada una de las pacientes.

Se elabora un formulario para la recolección de datos el cual una vez evaluada la viabilidad y la factibilidad de este al acceso a los pacientes involucrados en la investigación, se paso a la fase de atención de la información, lo que consistió en el llenado del mismo. Este está dividido en antecedentes personales patológicos, ginecobstetricos, hábitos tóxicos,

controles prenatales, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, edad gestacional, complicaciones maternas y fetales, manejo clínico y procedimiento obstétrico para terminal el embarazo.

Para la elaboración del marco teórico utilizamos como fuente de recolección de datos libros básicos de la enseñanza medica, artículos publicados, revistas, internet, entre otros.

RESULTADOS

Cuadro 1. Antecedentes Personales Patológicos

| Antecedentes Personales Patológicos | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo | | | | Total de Pacientes | % |
|-------------------------------------|--|------|-----------------------------|------|--------------------|------|
| | Vía de Desembarazo: Parto Vaginal | % | Vía de Desembarazo: Cesárea | % | | |
| Anemia | 8 | 21.6 | 12 | 32.4 | 20 | 54.1 |
| Hipertensión Arterial | 9 | 24.3 | 21 | 56.8 | 30 | 81.1 |
| Diabetes | 6 | 16.2 | 4 | 10.8 | 10 | 27.0 |
| Enfermedades Renales | 3 | 8.1 | 4 | 10.8 | 7 | 18.9 |
| Cardiopatías | 6 | 16.2 | 10 | 27.0 | 16 | 43.2 |

Fuente: Archivos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, Enero – Junio 2010

El antecedente personal patológico más predominante fue la Hipertensión Arterial ocupando el 81.1% de los casos. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), describe la hipertensión arterial como el incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg.

Cuadro 2. Controles Prenatales.

| Controles Prenatales | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo | | | | Total de Pacientes | % |
|----------------------|--|-------------|-----------------------------|-------------|--------------------|--------------|
| | Vía de Desembarazo: Parto Vaginal | % | Vía de Desembarazo: Cesárea | % | | |
| 1-3 chequeos | 2 | 5.4 | 9 | 24.3 | 11 | 29.7 |
| 4-6 chequeos | 2 | 5.4 | 7 | 18.9 | 9 | 24.3 |
| 7-9 chequeos | 8 | 21.6 | 9 | 24.3 | 17 | 45.9 |
| Total | 12 | 32.4 | 25 | 67.6 | 37 | 100.0 |

En el estudio se pudo comprobar que el 45.9% de las pacientes diagnosticadas con trastornos hipertensivos del embarazo con indicaciones de parto vaginal vs cesárea tienen entre 7-9 chequeos prenatales.

Cuadro 3. Clasificación de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

| Clasificación de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo | | | | Total de Pacientes | % |
|--|--|-------------|-----------------------------|-------------|--------------------|--------------|
| | Vía de Desembarazo: Parto Vaginal | % | Vía de Desembarazo: Cesárea | % | | |
| Preeclampsia Leve | 3 | 8.1 | 10 | 27.1 | 13 | 35.2 |
| Preeclampsia Severa | 5 | 13.5 | 13 | 35.1 | 18 | 48.6 |
| Eclampsia | 1 | 2.7 | 0 | 0.0 | 1 | 2.7 |
| Hipertensión Arterial Crónica | 3 | 8.1 | 2 | 5.4 | 5 | 13.5 |
| Total | 12 | 32.4 | 25 | 67.6 | 37 | 100.0 |

Según la literatura médica universal, indica que todos los tipos de hipertensión aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo, no obstante, este riesgo es mayor en las mujeres con hipertensión crónica acompañada por preeclampsia. Por tal motivo, la preeclampsia severa progresa a situación clínica fulminante, con manifestaciones clínicas de cefaleas, trastornos visuales, dolor epigástrico y que desarrollan en el HELLp.

Cuadro 4. Factores de Riesgos.

| Factores de Riesgos | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo | | | | Total de Pacientes | % |
|---|--|------|-----------------------------|------|--------------------|------|
| | Vía de Desembarazo: Parto Vaginal | % | Vía de Desembarazo: Cesárea | % | | |
| Adolescencia | 4 | 10.8 | 5 | 13.5 | 9 | 24.3 |
| Embarazo Múltiples | 8 | 21.6 | 15 | 40.5 | 23 | 62.2 |
| Obesidad | 0 | 0.0 | 2 | 5.4 | 2 | 5.4 |
| Historia Familiar de Preeclampsia – Eclampsia | 5 | 13.5 | 2 | 5.4 | 7 | 18.9 |
| Preeclampsia en Embarazo Anteriores | 1 | 2.7 | 2 | 5.4 | 3 | 8.1 |
| Diabetes Mellitus Pregestacional | 6 | 16.2 | 4 | 10.8 | 10 | 27.0 |
| Presencia de Trombofilias | 0 | 0.0 | 1 | 2.7 | 1 | 2.7 |
| Enfermedad Renal Crónica | 3 | 8.1 | 4 | 10.8 | 7 | 18.9 |

El 62.2% de las pacientes presentaron como factor de riesgo Embarazo Múltiples. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que algunas situaciones incrementan el riesgo de los trastornos hipertensivos como es el caso los embarazos múltiples. Donde estas tienen mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos. También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal.

Cuadro 5. Hábitos Tóxicos.

| Hábitos Tóxicos | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo | | | | Total de Pacientes | % |
|-----------------|--|------|-----------------------------|------|--------------------|------|
| | Vía de Desembarazo: Parto Vaginal | % | Vía de Desembarazo: Cesárea | % | | |
| Alcohol | 5 | 13.5 | 5 | 13.5 | 10 | 27.0 |
| Café | 3 | 8.1 | 16 | 43.2 | 19 | 51.4 |
| Tabaco | 4 | 10.8 | 3 | 8.1 | 7 | 18.9 |
| Tizana (Té) | 7 | 18.9 | 18 | 48.6 | 25 | 67.6 |

El 67.6% de las pacientes estudiadas indicadas con parto vaginal vs cesárea consumen tizana (té) como hábito tóxico. Según la literatura médica universal, indican que los hábitos tóxicos en las embarazadas ocasionan diversos efectos adversos en el feto, demostrándose una alta frecuencia en los trastornos hipertensivos del embarazo

Cuadro 6. Causas de Cesareas

| Complicaciones | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo | | | | Total de Pacientes | % |
|-------------------------------------|--|------|-----------------------------|------|--------------------|------|
| | Vía de Desembarazo: Parto Vaginal | % | Vía de Desembarazo: Cesárea | % | | |
| Sufrimiento Fetal Agudo | 1 | 2.7 | 10 | 27.0 | 11 | 29.7 |
| Retardo de Crecimiento Intrauterino | 0 | 0.0 | 6 | 16.2 | 6 | 16.2 |
| Amenaza de Bajo Peso al Nacer | 0 | 0.0 | 8 | 21.6 | 8 | 21.6 |
| Prematurez | 0 | 0.0 | 2 | 5.4 | 2 | 5.4 |
| Macrosomía Fetal | 0 | 0.0 | 4 | 10.8 | 4 | 10.8 |
| Sin Complicaciones Fetales | 11 | 29.7 | 0 | 0.0 | 11 | 29.7 |

Se Observa que la causa principal recae sobre el Sufrimiento Fetal Agudo seguido de la Amenaza de Bajo Peso al Nacer, el Retardo de Crecimiento Intrauterino y como 4to. lugar la Macrosomía Fetal. Esta ultima causa correspondería al primer lugar en otros estudios hechos.

Cuadro 7. Vía de Desembarazo.

| Vía de Desembarazo | Pacientes Diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo* | | | | Total de Pacientes | % |
|--------------------|---|-------------|-----------------------|-------------|--------------------|--------------|
| | Indicadas con Parto Vaginal | % | Indicadas con Cesárea | % | | |
| Vía Abdominal | 0 | 0.0 | 25 | 67.6 | 25 | 67.6 |
| Vía Vaginal | 12 | 32.4 | 0 | 0.0 | 12 | 32.4 |
| Total | 12 | 32.4 | 25 | 67.6 | 37 | 100.0 |

Este cuadro nos muestra la vía de desembarazo de las pacientes. El 67.6% de las pacientes estudiadas fueron manejadas quirúrgicamente en el servicio de obstetricia por vía abdominal y el 32.4% de las pacientes estudiadas la vía de desembarazo fue por vía vaginal.

DISCUSIÓN

Después de haber presentado los cuadros y gráficos estadísticos, se procede a discutir lo siguiente:

En el estudio realizado con relación a los antecedentes personales patológicos se observó que la hipertensión arterial fue el antecedente personal patológico más predominante en las pacientes diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo que se le realizaron parto vaginal vs cesárea ocupando el primer lugar con el 81.1% de los casos corroborando así lo investigado por Vivian Asunción Álvarez Ponce y Cols. sobre la Enfermedad Hipertensiva en la Gestante, trabajo publicado en la Revista Cubana de Medicina General Integral, La Habana - Cuba, Julio – Septiembre 2008 (Cuadro 1)

En el estudio se pudo comprobar que el 45.9% de las pacientes diagnosticadas con trastornos hipertensivos del embarazo con indicaciones de parto vaginal vs cesárea tienen entre 7-9 chequeos prenatales coincidiendo con la cantidad máxima de chequeos de la gestante en nuestro estudio, llevándonos entonces a la conclusión de que la hipertensión en la gestante es una patología que si bien se pueden controlar y evitar ciertas complicaciones no se puede evitar mediante los chequeos prenatales precoces y oportunos. (Cuadro 2)

En otro estudio realizado por Vivian Álvarez Ponce y Cols. sobre el tratamiento de los Trastornos Hipertensivos en Mujeres Embarazadas atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Docente de Guanabacoa, ciudad de la Habana - Cuba, 1999. De 64 expedientes clínicos de pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo, prevaleció la pre eclampsia leve (61.1%). A diferencia de nuestro trabajo de investigación que se comprobó que el 48.6% de las pacientes habían desarrollado una preclampsia severa ocupando esta el primer lugar, habiendo una diferencia significativa negativa (12.5%). (Cuadro 3)

Otro estudio realizado por Vivian Asunción Álvarez Ponce, Rosa María Alonso Uria, Martha Monteavaro Rodríguez y Cols. sobre la Enfermedad Hipertensiva en la Gestante, trabajo publicado en la Revista Cubana de Medicina General Integral, La Habana - Cuba, Julio – Septiembre 2008 arrojó como resultado que entre los factores de riesgo los más frecuentes fueron la nuliparidad con un 45.1%, el sobrepeso y la obesidad con un 22.5 y 25.4%, respectivamente, lo cual resultó de gran significación estadística. A diferencia de nuestro estudio, el 62.2% de las pacientes estudiadas presentaron como factor de riesgo embarazo múltiples. (Cuadro 4)

El 67.6% de las pacientes estudiadas indicadas con parto vaginal vs cesárea consumen tizana (té) como hábito tóxico.

Según la literatura médica universal, indican que los hábitos tóxicos en las embarazadas ocasionan diversos efectos adversos en el feto, demostrándose una alta frecuencia en los trastornos hipertensivos del embarazo (Cuadro 5)

Para Julio-Septiembre del año 2000 Raquen N. Sánchez, Mara Robles y Cols. realizaron un estudio descriptivo con el propósito de determinar la Incidencia y Causas más Frecuentes de Cesárea en Adolescentes Embarazadas en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Santo Domingo, República Dominicana y describieron que dentro de las causas más frecuentes que llevaron a cesárea fue en primer lugar cesárea anterior con un número de 121 casos (30.7%) Seguido de desproporción céfalo pélvico con un número de 103 casos (26.2%), en igual frecuencia estuvieron la preclampsia severa y la macrosomía fetal, ambas con igual número de 53 casos (13.5%). A diferencia de nuestra investigación, se puede observar que el 27% presentaba sufrimiento fetal agudo quedando como causa principal, amenaza de bajo peso al nacer con 26.1%, retardo de crecimiento intra uterino con 16.2%, y el 10.8% presentaban macrosomía fetal, lo que indica que ambos estudios no guardan una relación directa en sus estadísticas vitales. (Cuadro 6)

Y finalmente la vía de desembarazo de las pacientes. El 67.6% de las pacientes estudiadas fueron manejadas quirúrgicamente en el servicio de obstetricia por vía abdominal y el 32.4% de las pacientes estudiadas la vía de desembarazo fue por vía vaginal. (Cuadro 7)

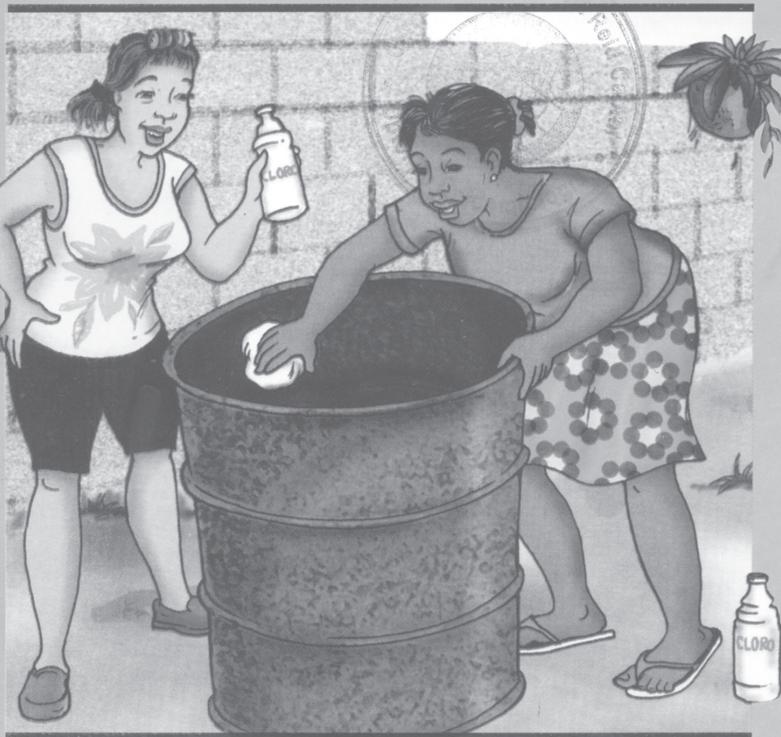
REFERENCIAS

1. Almagro Vázquez D. La Hemostasia en las Complicaciones Obstétricas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
2. Álvaro Elías Martínez y Cols. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Embarazadas de Alto Riesgo Obstétricos con Trastornos Hipertensivos del Embarazo atendidas en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Santo Domingo, República Dominicana, Enero-Junio 2002.
3. Álvaro Elías Martínez y Cols. Indicaciones de Cesáreas en Embarazadas con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, República Dominicana, Enero – Junio 2001.
4. Amelia Loaiza Farfán y Cols. Correlación clínica entre test de reactividad fetal negativo y perfil hemodinámico feto placentario en gestantes hipertensas, Hospital Dr. Enrique Tejera, Julio 2004 – Septiembre 2005.
5. Ariela benigne, Gina Gregorine et al. Effect of low dose aspirin on fetal and maternal generation of thromboxane by platelets in women at risk for pregnancy-induced hypertension. N Engl J Med 2009; 321(6):321-57.
6. Barton J, et al. Hallazgos Endomiocárdicos en la Preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2005; 165:389-91?
7. Barton JR, Baha M. Sibai: Alteraciones Cerebrales en la Eclampsia. Clin. Perinatol. 2007; 4.

8. Carlos Difó Taveras, Roberto Sosa Martínez, Teresa Rodríguez Rodríguez et al.. Trastornos Hipertensivos del Embarazo en el Hospital General Ricardo Limardo, Puerto Plata, República Dominicana, Enero – Junio 2009.
9. Carreiras, M.M. Efecto de la Preeclampsia materna sobre la actividad ATPásica de calcio en fantasmas de glóbulos rojos de neonatos a término. Trabajo de Grado, M.Sc. Centro de Estudios Avanzados, IVIC, Caracas, 2007.
10. Chesley LE. Trastornos hipertensivos en el embarazo. En: Hellman LM, Pritchard JA, eds. Williams Obstetrics. Traduc 14^a de. Salvat Edit. 2007.
11. Chiara B, et al. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. *Obstet Gynecol* 2006; 8(4 pte.1).
12. Cifuentes R. Hipertensión arterial y Embarazo. *Obstetricia de Alto Riesgo*. 4ta. Ed. Aspro Medica, 2004.
13. Concepción Cárdenas, J de la. Morbi-mortalidad materna perinatal en la enfermedad hipertensiva gestacional. TTR Hospital Materno, 2005
14. Cunnighan FG, Marshall D, Lindheimer MD. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. *N Engl J Med* 2005;326(14):927-32.
15. Easterling TR, Benedetti TJ, et al. Maternal hemodynamics in normal and preeclampsia pregnancies. A longitudinal study. *Obstet Gynecol* 2004;76:1061-9.
16. enedetti TJ, Kates R, Williams V. Hemodynamic observations in severe preeclampsia complicated by pulmonary edema. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 152; 330.
17. Esteban Mariñez García y et al. Valoración de Apgar en Recién Nacidos de Madres con Trastornos Hipertensivos del Embarazo en el Hospital Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, República Dominicana, durante el período Enero - Junio del 2003.
18. Everett FM, James NM. Complicaciones de la Preeclampsia - Eclampsia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;22(2)

Cloro untao Tanque tapao

¡Tu compromiso por la salud!



1.- Untamos Cloro por dentro del tanque y por encima del nivel del agua.

2.- Esperamos 15 minutos para que el Cloro actue y terminamos de llenar el tanque.

3.- Tapamos bien nuestro tanque.

CASOS CLÍNICOS

MIELAMA MULTIPLE. A PROPOSITO DE UN CASO.

Ruth Reynoso Paredes, Joeli Contreras, Milagros Josefina Valdez, Fianmy Rodriguez, Jhahaira Vargas.

RESUMEN

El mieloma múltiple es un trastorno neoplásico debido a la proliferación y acumulación de células plasmáticas inmaduras, derivadas de un solo clon, en la médula ósea.

La enfermedad es más común en los ancianos, La causa del mieloma múltiple se desconoce y su extensión, complicaciones, sensibilidad a los medicamentos y evolución clínica varían grandemente entre la población de pacientes. Aproximadamente el 3 % de los pacientes tiene una sola lesión ósea, sin evidencias de plasmocitosis de la médula ósea.

Los síntomas del mieloma múltiple incluyen: dolor en los huesos especialmente en la espalda, costillas y caderas, fracturas en los huesos, estreñimiento debilidad y fatiga.

Las complicaciones más frecuentes del mieloma múltiple son las fracturas patológicas dolorosas, la anemia, la hipercalcemia, la insuficiencia renal y las infecciones bacterianas recurrentes.

Palabras claves: mieloma múltiple, ancianos, fracturas.

ABSTRACT

Multiple myeloma is a neoplastic disorder due to the proliferation and accumulation of immature plasma cells derived from a single clone in the bone marrow.

The disease is most common in the elderly, the cause of myeloma is unknown and its extension, complications, drug susceptibility and clinical course vary widely among the patient population. About 3% of patients have a single bone lesion with no evidence of bone marrow plasmacytosis.

Symptoms of myeloma include bone pain especially in the back, ribs and hip fractures in the bones, constipation, weakness and fatigue.

The most common complications of multiple myeloma is painful pathologic fractures, anemia, hypercalcemia, renal failure and recurrent bacterial infections.

Key words: multiple myeloma, the elderly, fractures.

INTRODUCCION

El mieloma múltiple es un trastorno neoplásico debido a la proliferación y acumulación de células plasmáticas inmaduras, derivadas de un solo clon, en la médula ósea.1

El mieloma múltiple usualmente ocurre en personas mayores de 60 años de edad. 2

Es más común en hombres que en mujeres, con frecuencia ocurre en varios miembros de una misma familia, también es más común en las personas de raza negra, personas que han

sido sometidos a radiación, como se vio en los sobrevivientes de Hiroshima y Nagasaki. Otras posibilidades etiológicas son los estímulos crónicos antigénicos en una colecistitis, osteomielitis, inyecciones repetidas de alérgenos, artritis reumatoidea, esferocitosis hereditaria, enfermedad de Gaucher. 4

Algunos estudios sugieren que las personas que trabajan en agricultura y en industrias pueden tener un riesgo mayor debido a la exposición a sustancias químicas. 4

En el año 2005 se diagnosticaron en Estados Unidos unos 13.200 nuevos casos de mieloma. La incidencia anual es de 4 casos por 100.000 habitantes, siendo la edad media en el momento del diagnóstico de 68 años.1

Las manifestaciones patológicas son consecuencia de la expansión tumoral, de las acciones locales y a distancia de productos generados por el tumor, así como, de la respuesta del huésped al tumor. Aproximadamente el 70% de los pacientes sufren dolor óseo, que suele afectar a espalda y costillas, desencadenado por el movimiento. 3

Las lesiones óseas son múltiples, de carácter lítico y rara vez se asocian a formación osteoblástica de hueso nuevo, están causadas por la proliferación de células tumorales y por la activación de los osteoclastos que destruyen el hueso. Las lesiones óseas pueden aparecer como masas palpables, mientras que los colapsos vertebrales pueden causar síntomas de compresión en médula espinal.1,5

Los pacientes con mieloma tienen una hipogammaglobulinemia difusa relacionada con la menor producción y mayor destrucción de los anticuerpos normales. También presentan alteraciones en la emigración leucocitaria y en las funciones del complemento. 5

Todos estos factores contribuyen a la deficiencia inmunitaria de los pacientes con mieloma, lo que crea una susceptibilidad a las infecciones bacterianas, en especial por *Streptococcus*, *Pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae* (en pulmón), *Escherichia coli* y otras bacterias gramnegativas en vías urinarias. 5

La insuficiencia renal puede afectar al 25% de los pacientes. La hipercalcemia es la causa frecuente de insuficiencia renal, también contribuye el depósito de sustancia amiloide en los glomérulos, hiperuricemia, infecciones repetidas, deshidratación; siendo casi constantes las lesiones tubulares asociadas a la excreción de cadenas ligeras.2

Existe anemia en el 80% de los pacientes con mieloma, normocítica normocrómica.6

* Médicos Residentes.

CUADRO CLÍNICO

Femenina de 75 años de edad, Soltera, Ama de casa la cual habita en Zona urbana, con antecedentes mórbidos conocidos de histerectomía hace 35 años, estreñimiento desde la juventud, hipertensión arterial de 8 años de evolución, manejada con captopril 10 mg de uso regular, Síndrome anémico de 4 años de evolución por lo que se ha transfundido en dos ocasiones durante ese tiempo.

Hospitalizada en 2 ocasiones en nuestro servicio de geriatría por presentar dolor en flanco izquierdo irradiado a espalda y mareos sin pérdida del conocimiento, con los diagnósticos de: Bicitopenia en estudio a descartar un probable Síndrome Mielodisplásico en estudio.

Durante su estadía se le realizaron analíticas: hemograma: glóbulos blanco 3,2x10/mm³ neutrofilos 65%, hemoglobina 6,4 g/dl, hematocrito 18.2%, plaquetas 65x10/mm³, ferritina 346, reticulocitos 0.8%. Resto de analíticas sin datos relevantes.

Estudios complementarios como radiografía de abdomen que reporto intestino redundante.

Rastreo de tubo digestivo: la esofagogastroduodenoscopia reporto hernia hiatal por deslizamiento, esofagitis péptica grado I gastritis erosiva de cuerpo y antro, gastroduodenitis crónica y la colonoscopia reporto divertículo único en colon ascendente.

Fue interconsultada al departamento de hematología los cuales por los hallazgos en el frotis de sangre periférica (pancitopenia y fenómeno de rouleaux) sugirieron la realización de una biopsia de medula ósea con citometría de flujo.

La Biopsia de medula ósea reporto: Hiperplasia con proliferación de blastos reactivos. Pendiente reporte de citometría de flujo.

Fue manejada con soluciones isotónicas, transfusiones sanguíneas, protección gástrica tipo omeprazol, además de ácido fólico y sulfato ferroso. 10 días más tarde se egresa la paciente en condiciones generales estables para ser seguida por consulta de geriatría y hematología.

Un mes más tarde presenta mareos sin pérdida del conocimiento, presentando una caída con trauma en región lumbar, con imposibilidad para ponerse de pie por ausencia de la sensibilidad de ambos miembros inferiores motivo por el cual acude a este centro donde previa evaluación se decide su ingreso.

Se recibe paciente consciente, orientada, eupneica, febril, hidratada, que luce agudamente enferma, con signos vitales: TA= 160/90mmHg, FC= 88 l/m, FR= 22 r/m, T°= 37°C, Peso= 70 kg.

Extremidades: simétricas, no móviles, pulso presente, no edema. Examen neurológico: Paciente consciente, orientada, no rigidez de nuca, no kerning, no brudzinsky, no focalidad neurológica.

Sensibilidad superficial: ausente en miembros inferiores, presente y normal en miembros superiores. Sensibilidad profunda: disminuida en S1-S4 del miembro inferior derecho ausente en los todos los dermatomas del miembro inferior izquierdo.

Reflejo cutáneo abdominal: presente.

Reflejo cutáneo plantar: indiferente.

Reflejos osteotendinosos: indiferentes.

Rombers: no realizado por la condición de la paciente.

Resto del examen físico sin alteración.

Las analíticas reportaron:

Hemograma: glóbulos blancos 3.0 neutrofilos 24.7, linfocitos 66.9, glóbulos rojos 2.27, hemoglobina 7.4mg/dl, hematocrito

21.4%, vcm 95, hcm 32.6, plaquetas 108.

Glicemia 98, bun 19.4, crea 1.8 tp 15.6 control12, inr 1.8, tpt 29 control 29, glu 100, bun 10, cre1.1, iga 6849, igg 286, igm 59, electroforesis de proteína: albúmina 15.8, alpha 1 0.35%, alpha2 2.87%, beta 74.4%, gamma 6.34, calcio 8.9, ácido úrico 3.9, fósforo 3.2, fosfatasa alcalina 36, ldh 464.

Resonancia magnética: Espóniloartrosis lumbar que condiciona compresión al aspecto anterior y posterior del saco tecal adyacente y cierto grado de estrechez del canal, sobre todo en L4-L5 y L5-S1.

Desintometría ósea: Osteoporosis en columna lumbar y osteopenia en el hueso correspondiente a fémur y cadera.

Gammagrafía ósea: No se observan zonas anormales de captación que sugieran la presencia de patología ósea metastásica. Aumento de captación visualizado a nivel de hombro, codos, muñecas, rodillas y tobillos y cuerpos vertebrales T6 a T12 y L1 a L5 sugestivo de proceso osteoarticular inflamatorio.

La paciente fue manejada con analgésicos, protectores gástricos, antieméticos, transfusiones sanguíneas.

Fue presentada al departamento de neurocirugía los cuales decidieron operar la paciente, con la cirugía recupero la sensibilidad de los miembros inferiores pero se negó a caminar ya que refería mucho dolor, durante su estadía se recibió la citometría de flujo que reporto: mieloma de células plasmáticas.

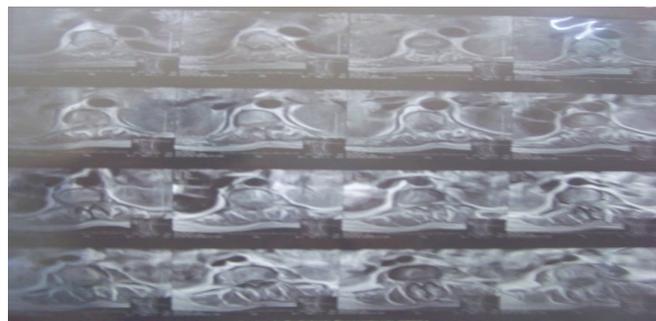
Se inicio quimioterapia con aminomux, talidomina 200mg y prednisona 100mg, se egreso en condiciones estables referida a oncológica para radioterapia, a la cual nunca asistieron.

Un mes más tarde regresa al centro por presentar náuseas, vómitos de contenido alimentarios no proyectados, falta de apetito y tos con expectoración amarillentas, se la realizan analíticas que reportan: hemograma: glóbulos blancos 4.0 neutrofilos 74.7, linfocitos 66.9, glóbulos rojos 3.27, hemoglobina 8.4mg/dl, hematocrito 24.4%, vcm 95, hcm 32.6, plaquetas 140, creatinina 12.3, urea 89, ácido úrico 14.5, albúmina 2.4, sodio 127, calcio 9.1. Radiografía de tórax que reporta patrón sugestivo de neumonía extrahospitalaria.

Se maneja con soluciones isotónicas 1000cc cada 12 horas ev, omeprazol 40mg cada 24 horas ev, ceftriaxona 1grama cada 12 horas ev, ambroxol una ampolla cada 8 horas ev, nebulizaciones con atrovent cada 6 horas, azitromicina 500mg cada 24 horas vo, sulfato ferroso 300mg cada 8 horas vo, ácido fólico 5 mg cada 12 horas vo.

Por los niveles de azoos elevados, se interconsulta al departamento de nefrología los cuales sugieren, ya que cursa con una insuficiencia renal crónica secundaria a medicamentos, valorar terapia dialéctica, pero los familiares se niegan, luego la paciente presento disminución de diuresis, persistieron las náuseas y vómitos, aunque se cuadro pulmonar había mejorado, familiares piden el alta petición.

Tres días más tarde la paciente falleció.





Resonancia Magnética de columna lumbar:
 Espondiloartrosis lumbar que condiciona compresión al aspecto anterior y posterior del saco tecal adyacente a cierto grado de estrechez del canal, sobre todo en L4-L5 y L5-S1.
 Desintometría ósea: Osteoporosis en columna lumbar y osteopenia en el hueso correspondiente a femur y cadera.



Gammagrafía ósea:
 No se observan zonas anormales de captación que sugieran la presencia de patología ósea metastásica.
 Aumento de captación visualizado a nivel de hombro, codos, muñecas, rodillas y tobillos y cuerpos vertebrales T6 a T12 y L1 a L5 sugestivo de proceso osteoarticular inflamatorio.



MORRISTOWN PATHOLOGY ASSOCIATES
 ATLANTIC HEALTH SYSTEM
 FLOW CYTOMETRY LABORATORY

Report Date: 5/3/2010
 Collection Date: 4/27/2010
 Received Date: 4/29/2010
 Processed Date: 4/29/2010



Patient Name: María Cruzeta
 DOB/Age: 75 y.o.
 Sex: Female
 Specimen: Marrow aspirate
 Physician Name: Dra. Hernandez/Dra. Benitez
 Specimen Number: MPA-10-1053

Dra. Rita Hernandez
 Departamento de Hematología
 Hospital Cabral y Baez
 Santiago, República Dominicana

Clinical Data: 75 y.o. Female with Anemia R/o Myelodysplasia

Plasma Cell Flow Cytometric Analysis

| Antibody | Description | Results |
|----------|--|-------------------|
| CD5 | Pan-T cell antigen, B cell subset, B-CLL | Negative |
| CD10 | Precursor Lymphomas and Leukemias | Negative |
| CD15 | Myeloid cells | Negative |
| CD19 | Pan B-cell antigen | Negative |
| CD20 | Mature B cells | Negative |
| CD22 | B cells | Negative |
| CD23 | Activated B cells, Chronic lymphocytic leukemias | Negative |
| CD38 | Plasma cells, stem cells, myeloid cells | Positive/Moderate |
| CD45 | Pan leukocyte antigen | Negative |
| CD56 | T cell subset, NK, neoplastic plasma cells | Positive/Moderate |
| CD117 | C-Kit | Negative |
| CD138 | Plasma cells, B lymphocytes | Positive/Moderate |
| sKappa | B lymphocytes | Negative |
| sLambda | B lymphocytes | Negative |
| sKappa | Plasma cells, B lymphocytes | Positive/Moderate |
| sLambda | Plasma cells, B lymphocytes | Negative |
| clgG | Plasma cells, B lymphocytes | Positive/Moderate |
| clgA | Plasma cells, B lymphocytes | Negative |
| clgM | Plasma cells, B lymphocytes | Negative |

Immunophenotypic Analysis

Viability 7ADD- 92% Target Cell Population: Erythroid and myeloid cells by CD45 vs. Side Scatter
 Flow cytometric analysis of this marrow aspirate identifies a monoclonal plasma cell population that represents approximately 25% of the total marrow cells. Neoplastic plasma cells express bright intensity IgG and Kappa light chain. Residual non-neoplastic lymphocytes and myeloid cells do not show any immunophenotypic abnormalities.

Interpretation

MARROW ASPIRATE WITH IMMUNOPHENOTYPIC PROFILE CONSISTENT WITH PLASMA CELL MYELOMA.

These tests were developed and their performance characteristics determined by Atlantic Health System Laboratories. They may not be cleared or approved by the U.S. Food and Drug Administration. The FDA has determined that each device or approved is not necessary. These tests are used for clinical purposes. They should not be reported as investigational or for research. This lab has been approved by CLIA 88, designated as a high complexity laboratory and is qualified to perform these tests.

Bader M. Pedemonte, M.D.
 Hematopathologist

This report was electronically signed.

DISCUSIÓN

La presentación clínica de las enfermedades en los pacientes ancianos es muy larvada y generalmente diferente al de los pacientes más jóvenes. 4

Los criterios diagnósticos de mieloma múltiple son: criterios mayores: Plasmocitos en MO > 30%. Componente monoclonal Igg > 3.5g/dl o Iga > 2 o cadenas ligeras (proteinuria de Bence Jones en orina > 0 = 1g en 24h en ausencia de amiloidosis.

Criterios menores: Plasmocitos en MO entre 10-30%. Componente monoclonal inferior a los criterios > . Lesiones osteolíticas. Descenso de Ig como IGG < 600, IGA < 100, IGM < 50. 8

Aproximadamente el 3 % de los pacientes con mieloma múltiple tiene una sola lesión ósea, sin evidencias de plasmocitosis de la médula ósea. El 50 % de esos pacientes presentan bajas concentraciones de inmunoglobulina monoclonal en suero o en la orina, y la resonancia magnética de la columna torácica y lumbar no muestra defectos intramedulares que son característicos del mieloma. 5

En aproximadamente el 20 % de los pacientes, el mieloma múltiple se diagnostica por casualidad en ausencia de síntomas, usualmente después de realizar exámenes de laboratorio donde se revela un aumento de las concentraciones séricas de proteína. El mieloma progresa un año después del diagnóstico, en la mayoría de los pacientes que presentan una o más lesiones óseas líticas al inicio sin embargo, la enfermedad usualmente se mantiene estable durante más de 5 años, en aquellos pacientes que no presentan lesiones óseas ni proteinuria de Bence Jones, o en los que tienen bajas concentraciones séricas de la proteína mielomatosas (< 3 g/dL). 8

La resonancia magnética de la columna vertebral muestra anomalías en el 40 % de los pacientes asintomáticos.6

Entre grupos comparables de pacientes el tratamiento sistémico resulta igualmente efectivo tanto si se administra en el momento de realizado el diagnóstico como muchos meses más tarde, esto sugiere que el aplazamiento del tratamiento no conlleva al crecimiento de células tumorales resistentes a los medicamentos. 8

Las complicaciones más frecuentes del mieloma múltiple son las fracturas patológicas dolorosas, la anemia, la hipercalcemia, la insuficiencia renal y las infecciones bacterianas recurrentes. 7

La presencia de uno o más de estos problemas es con frecuencia la primera pista que lleva a su diagnóstico. 7

La anemia grave es con frecuencia multifactorial, causada por infiltración de la médula, insuficiencia renal, enfermedad crónica, o por una combinación de todos esos problemas. El tratamiento con eritropoyetina puede ser útil si su concentración sérica es baja en relación con el grado de anemia. 8

La insuficiencia renal ocurre en aproximadamente, el 25 % de los pacientes con mieloma múltiple y en un porcentaje más alto de los que tienen la enfermedad avanzada. La quimioterapia del mieloma revierte la insuficiencia renal ligera en aproximadamente el 50 % de los pacientes. 8

En aquellos que presentan insuficiencia renal grave, será necesaria la hemodiálisis para ofrecer una oportunidad de tratar el mieloma. Se debe sospechar de la presencia de amiloidosis o enfermedad por depósitos de inmunoglobulina que pueden causar o contribuir a la insuficiencia renal en algunos pacientes, si se observa una albuminuria substancial. 8

Las infecciones bacterianas recurrentes son la causa principal de morbilidad en pacientes con mieloma y son más comunes en aquellos pacientes que presentan enfermedad avanzada o granulocitopenia causada por la quimioterapia. Estas infecciones están comúnmente asociadas con el mieloma debido a la combinación de hipogammaglobulinemia,

granulocitopenia y una baja inmunidad mediada por las células. 6

Los pacientes que tienen fiebre y granulocitopenia grave deben ser hospitalizados inmediatamente y recibir antibióticos de amplio espectro. 6

REFERENCIAS

1. Disminución de la Vitalidad>> Kane R., Ouslander J., Abrass I. Geriatria clínica. 4ta ed. México D.F.: McGraw Hill Interamericana. 2001: 278-311.
2. Guekamal S. Lipschitz D. <<Hematologic Diseases and Disorders>> Geriatrics Review Syllabus (GRS). 6ta ed. American Geriatric Society. 2006.
3. Disminución de la Vitalidad>> Kane R., Ouslander J., Abrass I. Geriatria clínica. 4ta ed. México D.F.: McGraw Hill Interamericana. 2001: 278-311.
4. Nierodzik M., Sutin D. y Freedman M. <<Enfermedades Sanguíneas y su Manejo en la Tercera Edad>> Tallis R., Fillit H. Brucklehurst's Geriatria. 6ta ed. Madrid, España: Marbán Libros, S. A. 2007: 1229-1268.
5. Harrison Principios de Medicina Interna, 17a edición. Parte 6. Oncológica y hematológica. Sección 2. trastornos hematopoyéticos. Disponible en: www.Harrisonmedicina.com/content.aspx?Aid=37202442.
6. S. Soto Fernández - T. de Artaza Varasa, Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes, Capítulo 64 hemato-oncología. Disponible en: www.cht.es/docenciamir/manual.htm.
7. Van Genderen PJ, Troost MM. Polycythaemia vera and essential thrombocythaemia in the elderly. *Drugs Aging* 2000; 17 (2): 107-19.
8. Raymond Alexanian, Meletios Dimópoulos El tratamiento de mieloma múltiple Tomado de: *New England J Med* 2000; 330(7):484-9.

TRICOMICOSIS ESCROTAL: PRIMER CASO PUBLICADO EN EL IDCP-DHBD.

Eduardo Sánchez Jorge,* Manuel Cochón Aranda,** Daisy García Pérez.***

RESUMEN

La tricomicosis constituye una seudomicosis, cosmopolita, asintomática, que afecta con mayor frecuencia los vellos (sí se puede decir pelos, pero la definición que abarca la localización debe ser vello) axilares, caracterizada por la formación de diferentes nódulos alrededor del tallo piloso, causado por un actinomiceto coriniforme denominado *Corynebacterium tenuis*. Se presenta el primer caso publicado en el IDCP-DHBD de tricomicosis escrotal en un paciente masculino de 35 años de edad. Realizamos una revisión estadística en los archivos del Laboratorio de Micología del IDCP-DHBD desde el año 1990-2009, sin encontrarse ningún caso registrado de esta patología.

Palabras claves: Tricomicosis escrotal, *Corynebacterium tenuis*.

ABSTRACT

The trichomycosis is a seudomicosis, cosmopolitan, asymptomatic, which most often affects the axillary hair, characterized by the formation of different nodules around the hair shaft, caused by an actinomycete *Corynebacterium tenuis* coriniforme. We present the first reported case in the IDCP-DHBD of scrotal Trichomycosis in a male patient aged 35, performed a statistical review in the archives of the Mycology Laboratory of IDCP-DHBD since 1990-2009, not found any reported case of this pathology.

Keywords: Scrotal trichomycosis, *Corynebacterium tenuis*.

INTRODUCCIÓN

La tricomicosis es una pseudomicosis producida por el *Corynebacterium tenuis*, que afecta los pelos de las axilas y rara vez de los genitales (1). Es más frecuente en varones jóvenes. Afecta principalmente a personas con mala higiene, predomina en países calurosos donde la precipitación pluvial es alta y la humedad favorece el crecimiento del microorganismo (2) (3).

Fue descrita por primera vez por Voigt en 1863. Seis años después Paston la llamó tricomicosis por su semejanza con *T. tonsurans*. En 1912 Castellani identificó como agente causal la *Nocardia tenuis* y para el 1951 Crissey demostró que no era un hongo y lo identificó como *Corynebacterium tenuis*, aclarando su categoría de enfermedad bacteriana (4) (5) (6).

Se inicia por el contacto del agente etiológico con el tallo

piloso, la bacteria se adhiere a la superficie o cutícula del pelo, por medio de una sustancia cementosa constituida por polisacáridos. Por medio de microscopía electrónica se ha comprobado que el microorganismo no penetra a la corteza o médula del pelo (6).

CASO CLÍNICO

Masculino de 35 años de edad, casado, vendedor, procedente y residente en Santo Domingo, quien acude a consulta por dermatosis que afecta pelos del escroto de 2 años de evolución, asintomático. (Figura 1)

Al interrogatorio paciente refirió hábitos de buena higiene, sin ningún antecedente contributivo.

Al examen físico presenta dermatosis localizada en pelos del escroto, constituida por nódulos de color blanquecino amarillento, adheridos al tallo piloso, presentando una superficie irregular, piel subyacente normal. (Figura 1) Resto del examen físico normal.

Se realizan estudios de laboratorio: hemograma, glicemia, urea, creatinina, examen general de orina, VDRL, todos dentro de valores de referencia y no reactivo respectivamente.

Al practicar examen directo (KOH al 25%) en los pelos se observaron nódulos constituidos por elementos cocoides formando una masa homogénea en un material mucoso y mucilaginoso que no atraviesan el pelo. (Figura 2) El cultivo realizado en medio de gelosa sangre, no se observaron crecimiento de colonias a las 48 hrs.

Al aplicar la luz de Wood no se observó fluorescencia.

El paciente recibió tratamiento con rasurado más lavado del área dos veces por día con disulfuro de selenio 2.5% en champú, observándose excelentes resultados clínicos a los 2 meses post-tratamiento. (Figuras 3-4).

DISCUSIÓN

La tricomicosis, llamada también tricomicosis nodosa, tricobacteriosis, triconocardiosis, leptotrix y palmellina (7) (8).

Es una seudomicosis de distribución geográfica cosmopolita, causada por *Corynebacterium tenuis*. Este microorganismo no es el único involucrado en la patogenia de la tricomicosis, es parte de la flora normal de la piel y en condiciones de humedad penetra el pelo por una erosión, se extiende y se reproduce debajo de la corteza hacia el extremo distal, destruyendo la queratina y con ello la cutícula (7) (8).

Se manifiesta por nódulos irregulares o vainas de mucosas cilíndricas, que dan un aspecto arrosariado adherido al pelo de la zona axilar (85-98%) y en menor grado el pubis, el área

* Médico Residente de 1er año Dermatología, IDCP-DHBP.

** Médico dermatólogo, IDCP-DHBP.

*** Médico Pasante, IDCP-DHBD.

escrotal y perianal (9).

Es más frecuente en el sexo masculino, la mayoría de veces jóvenes en quienes la hiperhidrosis y probablemente la mala higiene sean factores desencadenantes; la menor incidencia en mujeres se debe a la ausencia del vello (9).

Transcurre habitualmente en forma asintomática y pasa desapercibida para el portador, pero en ocasiones al combinarse la transpiración con los productos del metabolismo bacteriano (ácidos grasos de cadena larga) se producen manchas en la ropa y mal olor, y es lo que motiva la consulta médica (3) (9) (10) (11). En nuestro caso el paciente nos llega a la consulta por notar irregularidad al tacto y cambio de coloración del pelo escrotal.

Las variedades se demarcan según el color que adquieren:

1. Flava: Cuando es amarilla.
2. Rubra: Cuando es rojiza.
3. Nigra: cuando es negra.

La flava es la más común (98%), la piel casi nunca está afectada y nunca deteriora el folículo (6). Lo que corresponde con nuestro caso.

El diagnóstico es clínico y con frecuencia es un hallazgo incidental en el examen físico.

En el examen directo con KOH 25%, una técnica rápida, barata, y fácil para preparar, donde podemos observar nódulos constituidos por elementos cocoides formando una masa homogénea en un material mucoso y mucilaginoso que no atraviesan el pelo (3), hallazgos observados en nuestro caso.

El cultivo es difícil; se puede efectuar en gelosa-sangre de carnero, medios enriquecidos con infusión cerebro-corazón, agar chocolate o agar soya tripticosa y se incuban a 37°C; a las 48 hrs se ven colonias blanco-grisáceo; fermentan dextrosa; microscópicamente están formadas por filamentos grampositivos ramificados en T, V y en formas bacilares (3) (6). En nuestro caso la muestra se cultivó en gelosa-sangre a 37°C, no hubo crecimiento de colonias a las 48 hrs.

El diagnóstico diferencial debe de realizarse con la piedra blanca y negra, pediculosis pubis, moniletrix y tricorrexis nudosa.

El tratamiento consiste en el rasurado del área y la práctica de una buena higiene con jabones antisépticos, también se han propuesto la utilización de antisépticos, como el ácido benzoico y la administración tópica de antibióticos como eritromicina, los cuales en estudios comparativos realizados se obtienen resultados semejantes (12).

También se ha descrito como tratamiento el formol acuoso al 1 %, ácido salicílico al 3-5%, tintura de yodo al 1 %, Champú o crema con disulfuro de selenio al 2.5 %, soluciones tópicas de clindamicina, antifúngicos como (clotrimazol, miconazol, econazol y ketoconazol) y naftifina al 1% en crema (3) (4) (9) (13).

CONCLUSIÓN

Es un caso de interés debido a su poca frecuencia y su localización atípica, En la revisión estadística realizada en los archivos del Laboratorio de Micología del IDCP-DHBD desde el año 1990-2009, no se encontró ningún caso registrado de esta patología. En vista de esto preparamos y publicamos este caso, como el primero en la literatura dermatológica dominicana. A pesar de que el paciente haya tenido una evolución satisfactoria, se considera su seguimiento en el tiempo, ya que las recidivas en esta patología son frecuentes.

REFERENCIAS

1. Neri I, Frassetto A, Pasquinelli, Patrizi A. Tricomycosis pubis: black variety. *Genitourin Med* 1994; 70: 347-348.
2. Silvia E, Logemann H. Tricomycosis infantum. *Med Cutan Iber Lat* 2008; 36:91-93.
3. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 3ra ed; México: McGraw-Hill Interamericana, 2005; 513.
4. Arce M, Villarreal I ¿Pseudomicosis superficiales o corinebacteriosis cutáneas? *Dermatología Rev Mex* 1999; 43:S10-17.
5. Giles G, Khalil I. Is the incidence of trichomycosis of genital hair underestimated? *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 297-298.
6. Peñaloza M y col. Corinebacteriosis cutánea. *Rev Cent Dermatol Pascua; Vol 10, Núm 1, Sep-Dic 2001:141-146.*
7. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al. Eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* Fifth edition. Boston Massachusetts. McGraw-Hill 1999; 2:2203-2205.
8. Rook A, Wikinson DS, Ebling JFG et al. Eds. *Textbook of dermatology.* Fifth edition. Oxford: Blacwell scientific publications 1992; 2:994-999.
9. García M, Ruíz H, Pérez R, Marín P, Mira J. Hiperhidrosis y nódulos el pelos axilares. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2001; 19: 177-178.
10. Fernanda Z, Javier B. Tricomycosis axilar: a propósito de un caso. *Acta Bioquim Clín Latinoam* 2007; 41(4): 559-562.
11. Leyden JJ, McGinley KJ, Holzle E, Labows JN Kligman AM. The microbiology of the human axilla and its relationship to axillary odor. *J Am Acad Dermatol* 1981; 77:413-416.
12. Joon K, Won C, Hyun W, Hun H, Nam K. Comparative Study Of Benzoyl Peroxide Versus Erythromycin in Trichomycosis Axilaris and Pubis. *Kor J Med Mycol* 2005; 10 (2):70-75.
13. Rosen T, Krawczynska AM, McBride ME, Ellner K. Naftifine treatment of trichomycosis pubis. *Int J Dermatol* 1991; 30(9): 557-69.

Anexos



Figura 1. Nódulos de color blanquecino amarillento, adheridos al tallo piloso, presentando una superficie irregular.

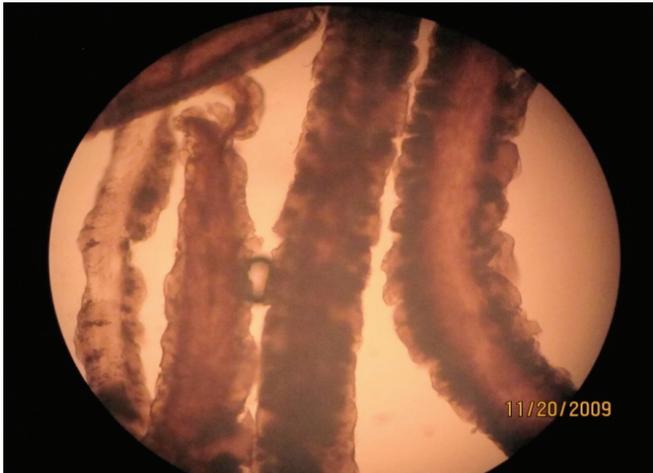


Figura 2. Examen directo KOH 20 %, se observan nódulos constituidos por elementos cocoides formando una masa

homogénea en un material mucoide y mucilaginoso que no atraviesan el pelo.



Figura 3. Examen directo KOH 20%, se observan pelos normales 2 meses post-tratamiento.



Figura 4. Se observan pelos normales 2 meses post-tratamiento.

ABSTOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Danyd Moquete Méndez**, *Dra. Jacqueline Reyes Brito***, *Dra. Luz Celeste Acosta Acosta***, *Dra. Grisel Cedano Rosario***.

RESUMEN

Se trata de una paciente femenina de 36 años de edad, quien es recibida en este hospital vía emergencia luego de haber sido tratada en otro centro de salud durante siete días, por fiebre no termometrada de predominio nocturno, mareos y palpitaciones. Se ingresa desde la emergencia a la unidad de cuidados intensivos. Posteriormente empeora el cuadro clínico de la paciente falleciendo 24 horas después de su ingreso.

En el servicio de anatomía patológica recibimos el cadáver de una femenina, icterica, mal nutrida, con edad cronológica que no coincide con la edad aparente, mide 1.65 metros. Quien tiene como ocupación, según la anamnesis, empacadora en una zona franca.

Palabras claves: Pneumoconiosis, asbestosis, anamnesis.

ABSTRACT

It is a female patient aged 36, who is received in this hospital emergency road after being treated at another facility, for seven day fever thermometers not nocturnal predominance, dizziness and palpitations. You enter from emergency to intensive care unit. Subsequently the clinical worsening of the patient died 24 hours after admission.

The pathology department received the body of a female, jaundiced, ill-nourished, with chronological age does not match the apparent age, measured 1.65 meters. Who is packing occupation according to history in a free zone.

Keywords: Pneumoconiosis, asbestosis, history.

INTRODUCCIÓN

La asbestosis pulmonar es la única pneumoconiosis propiamente dicha que se produce por la exposición al asbesto. Se caracteriza por la fibrosis pulmonar que se extiende hasta la pleura visceral y respeta la hoja parietal. Si la exposición es muy intensa puede aparecer al cabo de pocos años, aunque por lo general se desarrolla entre los 10 y los 15 años. La asbestosis pulmonar puede considerarse como la segunda pneumoconiosis en importancia después de la silicosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la sala de autopsia se recibe el cadáver de una femenina, mal nutrida, con ictericia generalizada.

Al examen interno hay salida de abundante líquido amarillento de ambas cavidades pleurales; los pulmones son rojos oscuros en hepatización roja.

Se procede a tomar muestras representativas de todos los

órganos, se fijan en solución de formalina al 10 %, dichos tejidos posteriormente embebidos en parafina, se realiza cortes seriados y se tiñen con hematoxilina y eosina y tinción de Perls para estudio microscópico.

Histológicamente se observa pulmón con amplia fibrosis intersticial sustituyendo gran parte del tejido; observando además zonas abscedadas y abundantes infiltrado inflamatorio. Fig.1. Es notorio gran cantidad de macrófagos fagocitando pigmento de hemosiderina y estructuras filamentosas, que se tiñen de color pardo con Perls y corresponden a fibras de asbestos. Fig.2.

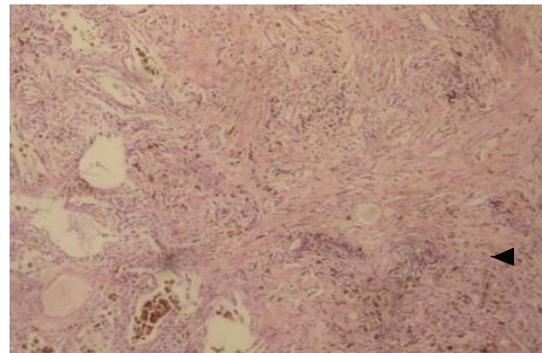


Fig.1. Pulmón con fibrosis intersticial, infiltrado inflamatorio y macrofagos fagocitando pigmento de hemosiderina. Tinción con H E.

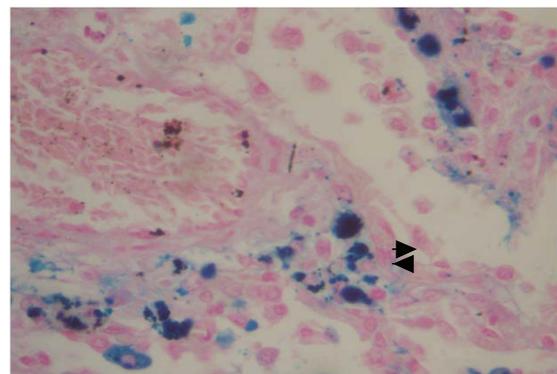


Fig.2. Pulmón mostrando estructura correspondiente a fibra de Asbesto (flecha). Tinción con Perls.

* Médico Patólogo, Hospital Central De Las Fuerzas Armadas.

** Residente de Segundo año de Citología, Hospital Central De Las Fuerzas Armadas.

DISCUSIÓN

La palabra con la que se le designa proviene del latín "asbestos" y significa incombustible, inextinguible o indestructible, se utiliza para denominar cualquier material que se fragmenta en fibras; existe otro sinónimo: amianto, también del latín "amiantus", que significa sin mancha. Hay designaciones que se utilizan menos, como lino, corcho de montaña y algunas otras menos comunes.

Los asbestos son un grupo de minerales fibrosos compuestos por combinaciones de polvo de silicato con magnesio, calcio, sodio y hierro.

Se clasifican en dos grupos:

– Serpentina: incluye el crisolito o asbesto blanco; son fibras largas, flexibles y enrolladas.

– Anfíboles: incluye crocidolita, amosita, antofilita, tremolita y actinolita. Son fibras cortas, rectas y rígidas.

El desarrollo de asbestosis depende de:

1. Las propiedades físicas y químicas de las partículas
2. Dosis de fibras: los estudios de carga de fibra en pulmón han mostrado que existe una relación entre una alta concentración de fibras retenidas y el desarrollo de asbestosis.
3. Factores relacionados con el huésped, que incluyen depuración pulmonar, estado inmunológico.
4. Otros factores extrínsecos, como el hábito tabáquico.
5. Durante la depuración alveolar, las partículas pueden sufrir cambios físicos y químicos, por ej. revestimiento de material ferroproteico (cuerpos de asbesto). Inicialmente se produce una alveolitis por macrófagos alveolares activados que liberan quimiocinas, factores de crecimiento de fibroblastos y proteasas. Las quimiocinas atraen a los neutrófilos y junto con los macrófagos liberan oxidantes capaces de oxidar las células epiteliales y los factores de crecimiento de fibroblastos consiguen acceder al intersticio. Las partículas minerales actuarían como sustrato catalítico para la génesis de radicales oxidantes.

Los síntomas y signos clínicos están frecuentemente presentes en el momento del diagnóstico.

La disnea de esfuerzo es habitualmente el primer síntoma; es lentamente progresiva, aunque de aparición tardía, tras 15-20 años después de la exposición. Los crepitantes inspiratorios tardíos aparecen precozmente incluso en presencia de radiografía de tórax y pruebas de función respiratoria dentro de la normalidad.

Las acropaquias son un signo habitualmente tardío y asociado a formas más graves de enfermedad. En estados avanzados puede aparecer insuficiencia respiratoria, cianosis y signos de cor pulmonar.

Los cambios fibróticos que caracterizan a la asbestosis son consecuencia de un proceso inflamatorio provocado por las fibras retenidas en los pulmones. La fibrosis intersticial difusa afecta fundamentalmente a los lóbulos inferiores y zonas periféricas, asociándose en los casos avanzados a distorsión de la arquitectura normal del pulmón. Es frecuente la fibrosis de la pleura adyacente. Ninguna de las características histológicas de la asbestosis la diferencia de la fibrosis intersticial debida a otras causas, salvo la presencia de amianto en el pulmón en forma de cuerpos de asbesto, visibles al microscopio óptico.

REFERENCIAS

1. Becklake MR. Enfermedades relacionadas con el Amianto. En: Stellman JM (dir). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2001.
2. Villanueva V, Ballester R, Celma C, Ferris JM, Folch J, Fuster A, et al. Protocolo de Vigilancia. Sanitaria Específica. Amianto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1999.
3. Valeyre D, Letourneaux M. Asbestose. Rev Mal Respir 1999; 16: 1294-1307.
4. Wright RS, Abraham JL, Harber F, Burnett BR, Morris P, WEST F. Fatal Asbestosis 50 years after brief high intensity exposure in a vermiculite expansion plant. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 1145-1149.
5. MOSSMAN BT, CHURG A. Mechanisms in the pathogenesis of asbestosis and silicosis. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157: 1660-1680.
6. KAMP DW, Weitzman SA. The molecular basis of asbestos induced lung injury. Thorax 1999; 54: 638-652.
7. Kinnula VL. Oxidant and antioxidant mechanisms of lung disease caused by asbestos fibres. Eur Respir J 1999; 14: 406-716.
8. American thoracic Society. The diagnosis of non-malignant diseases related to asbestos. Am Rev Respir Dis 1986; 134: 363-368.
9. Copley SJ, Wells AU, Sivakumaran P, Rubens M, Desai S, Macdonald S et al. Asbestosis and idiopathic pulmonary fibrosis: comparison of thin-section CT features. Radiology 2003; 229: 731-736.
10. LAURENT F, Tunon de Lara M. Exposition à l'amiante, la place de l'imagerie thoracique dans le dépistage et le suivi: Rev Mal Respir. 1999, 16: 1193-1202.
11. Ross RM, FCCP MD. The clinical diagnosis of asbestosis in this century requires more than a chest radiograph. Chest 2003; 124: 1120-1128.
12. Lynch DA. CT for Asbestosis: Value and limitations, AJR 1995; 164: 69-71.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

El Cuerpo Editorial no acepta responsabilidad sobre los conceptos emitidos en los trabajos que aparezcan firmados por sus autores. Los trabajos que no se ajusten a las normas de publicación, serán devueltos a sus autores.

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirla en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-Sanabia F, Carrera M, Hernández-Gutiérrez, AA, Javier D, Hiraldo-Zabala F, López VR, Comportamiento de colesterol y triglicéridos en pacientes hospitalizados. Rev Med Dom 1992; 53(4): ;120-3.

Tesis: Montero HR, Miniél-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se remitiesen ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, escribalos en letras los que sean hasta doce.

* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".