



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:
EDITORIA ALMONTE, S.A.
Tel. 809.531.2644
Miguel Angel Monclús No.464
Bella Vista, Distrito Nacional, R.D.

© 2012

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dra. Amarilis Herrera.

EDITOR

Dra. Bartolina Romero.

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. Jesús Feris Iglesias, Pediatra
infectólogo.

Dr. Edy 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

Dr. 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 2011-2013

Dra. Amarilis Herrera	Presidente
Dr. Moisés Ayala	1er Vicepresidente
Dr. Alexander Luciano	2do vicepresidente
Dr. Ramón Acosta Robles	3er vicepresidente-Pte. de Soc. Especializadas
Dra. Iris Brayan	Sec. General
Dr. Rafael De los Santos	Sec. Finanzas
Dra. Kirsy Martínez	Sec. de Actas
Dr. Gregorio Soriano	Sec. Científico cultural
Dra. Jocelín Jiménez	Sec. Educación Médica
Dra. Minorka Paredes	Sec. Relaciones Públicas
Dr. José Ramón Morillo	Sec. Acción Gremial
Dr. Luis Balboa Guitian	Sec. Planes sociales y cooperativismo
Dr. Luis Pichardo	Sec. Ética y calificaciones
Dra. Bartolina (Yesenia) Romero	Sec. Publicaciones y biblioteca
Dr. Hilario Reyes Pérez	Sec. Relaciones internacionales
Dr. Persio Romero	Sec. de Extensión
Dr. José Luis López	Sec. de Asuntos intersindicales
Dr. Albert Portes Sánchez	Sec. Residencias Médicas
Dr. José Manuel Encarnación	Sec. De Deportes
Dr. Weyny Hayro González B.	Sec. Médicos Residentes
Dra. Florentina Liquez	Sec. De la Mujer
Dra. Isabel Medina Dishmey	Sec. Médicos Generales
Dr. Randy Carrasco	Sec. Médicos pasantes
Dra. Fior'Daliza Castillo	Secretaria Administrativa
Dra. Alma Bobadilla	Directora Ejecutiva ARS-CMD

Listado Presidentes Provinciales: 2011-2013

Provincias	Presidente/a
Regional del Distrito Nacional	Dra. Yberlky Aquino
Regional Norte	Dra. Pura Gangtier Rosado
Regional Sur	Dr. Manuel Antonio Hilario Acevedo
Regional Este	Dra. Thelma Núñez Rodríguez
Agrupación Médica del IDSS (AMIDSS)	Dr. Rafael Rodríguez Sandoval



Revista Médica Dominicana

Vol. 73

Enero/abril, 2012

No. 1

CONTENIDO

EDITORIAL

5. DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS, 24 DE MARZO DE 2012: «TERMINEMOS CON LA TUBERCULOSIS DURANTE NUESTRA GENERACIÓN.»

TRABAJOS ORIGINALES

9. FRECUENCIA DE SUICIDIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGÍA FORENSE. *Ivelisse Valdez Rodríguez,* Lucas Carpio Lappost,** Rubén Darío Pimentel.***
15. ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA CLASE DE OBESIDAD EN FAMILIAS DE SECTORES DE LA ZONA URBANA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS. *Loryart Marte Grullón,* Karla Michelle Sánchez Rojas,* Luis Eduardo Almonte García,* Giselle Milagros García Ventura,* Freyris Carminia Thomas Lora,* Daniel Rivera.***
19. PREVALENCIA DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO EN EL CENTRO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESPECIALIDADES SANTO DOMINGO (CECIP) *Severo Antonio Mercedes Acosta,* Manuel Díaz Guzmán,** Rafael Estévez Hernández,** Glorinil C. Mercedes German.***
25. EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER DURANTE EL TERREMOTO DE HAITÍ DE 2010. *Severo Antonio Mercedes Acosta,* Manuel Díaz Guzmán,** Rafael Estévez Hernández,** Glorinil C. Mercedes German.***
29. FRECUENCIA DE TIROIDECTOMÍA POR PATOLOGÍA BENIGNA DE LA GLÁNDULA TIROIDES HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI. *Ivanhoe V. Balbuena Corporán,* Juan Pablo Lagos Cruceta,** Karina Estrella Gómez,** Víctor Cabrera,** Rubén Darío Pimentel.***
33. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITAL GENERAL Y REGIONAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA. *Enmanuel Escalante Pérez,* Antonio Manuel Estévez Báez,* Enmanuel Félix Báez,* Rubén Darío Pimentel,** Francisco Javier Pimentel Perdomo.***
37. CORRELACIÓN CLÍNICO-ANATOMOPATOLÓGICA EN APENDICECTOMÍAS EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER. *Guzmán Félix Johanna,* Feliz Santana Valeria,* Ureña Álvarez Chersaída,* Guerrero Olvary,* Ymaya Jorge.***
41. MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA 1996 – 2005. *Sócrates Virgilio Sánchez Suárez,* Tomás Ventura Martínez,* Eugenio Disla Abreu,* José Garrido Calderón,* Rubén Darío Pimentel***
49. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE RECTOCISTOCÉLE EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA, SAN PEDRO DE MACORÍS. REPUBLICA DOMINICANA. *Leilly D. Núñez Guerrero,* Jessie K. Pilier Solano,* Mayelin M. García López,* Daniela del Carpio Ubiera,* Julio Francisco Medina.**
53. FRECUENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA LA ISABELA, PANTOJA. *Janny Mateo, Francisco Ovalles, Marleny Montas, Lady Amezquita, Madelin Reynoso.*
57. FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. LUIS EDUARDO AYBAR. *Patricia Acosta Espinal,* Isleida Brito Mejía,* Marielle Lapaix Martínez,* Rafaela Moreno Pinales.**
63. USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN USUARIOS CON CÁNCER QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. HERIBERTO PIETER. *Sarah Melissa Rivera Thomas,* Jesús David Disla Clark,* Erika Esther Sánchez Jiménez,* Ana Isolina De la Cruz.***
71. FRECUENCIA DE EPISIOTOMÍAS. HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA. *Zaida Kamile Gratereaux Jáquez,* Marian Carolina Guerrero,* Yessica Yenory Gerónimo Pérez,* Ruth Agüero de Robles.***
77. FRECUENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA EN USUARIOS DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOCENTE SEGURO MÉDICO PARA MAESTROS. DISTRITO NACIONAL, REPÚBLICA DOMINICANA. *Estela Espinal,* Oranny Gómez,* Jeimy Pichardo,* Belkys Matos,* Edith Ramírez.***
83. EFICACIA DEL TRATAMIENTO UTILIZADO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON SÍNDROME DEL TUNEL CARIANO EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER PERÍODO 2009 - SEPTIEMBRE 2010 SANTO DOMINGO DISTRITO NACIONAL REPÚBLICA DOMINICANA. *Nelson R. García M, Pamela L. Fernández P, Nairoby Herrera H, Silvio Ant. Lorenzo, Juana Disla R.*
89. FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA. *Esteffani Priscila Ramos Camacho, Lesli Jessica Guillen Alcequiez, Mikhail Adolfo Hernández Díaz, Andrina Diosbeira Beato Ramos.*
97. PRINCIPALES CAUSAS DE UROPATÍAS OBSTRUCTIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. FRANCISCO EUGENIO MOSCOSO PUELLO. *Esteffani Priscila Ramos Camacho, Lesli Jessica Guillen Alcequiez, Mikhail Adolfo Hernández Díaz, Andrina Diosbeira Beato Ramos.*
99. MANEJO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN LOS PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL. *Ivonne Olivares García, Aurora Pereyra Pinales, Marina Ramírez, Arlenys Batista, Juan Carlos Mercedes Zorrilla*

103. FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD POR SANGRADO GASTROINTESTINAL. HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD. *Marcia I. Rodríguez M, Carolina A. Then Duarte, Dulce E. Aguiar Valdez, Vivanda A. Barrera Taveras, Melva E. Guzman Jimenez, Idalia Victoria Arias.***
109. FRECUENCIA DE MORTALIDAD MATERNA HOSPITAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTOBAL, REPÚBLICA DOMINICA. *Lisette Beriguete Encarnación, Esther María Valdez Mariñez, Dorka María Valdez Placencio, Vianeidy Feliz Amaro, Jiouanka Natalie Caceres William, Rosa María Pichardo.***
113. ALTERACIONES SEXUALES EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN EL SECTOR LOS MINA. *Adamanay guerrero, Belkis Laureano Pérez, Milton Jimenez, Samuel Hilario Rosa, Jenifer M Suero, Carlos Ariel Alayon, Kenia Feliz Félix, Marlenis Y Glass.*
117. CALIDAD DEL TRIAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD. *Ana Mercedes Moreno Reynoso, Daniela Doraliza Mejía Díaz, Víctor Francisco Méndez Del Rosario, Virgilio Rodríguez Caamaño.***
123. COMPLICACIONES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA CORONARIA Y STENT FARMACOACTIVO, CLÍNICA CORAZONES UNIDOS. *Sagrario J. Díaz J, Lisandro Cuevas A, Alejandrina del Orbe S, Herminia M. Brito D, Melida J. Garabitos N, María del Rosario.*
129. FRECUENCIA DE COLITIS ULCERATIVA EN PACIENTES INGRESADOS POR EL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER. *Yolanda Valerio Quiroz, Juan L. Olivare Carrera, Anselmo Gil Arias, Elizabeth Ayala, Aracelis Lantigua.**
137. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE APLICACIÓN DEL TRIAJE EN MÉDICOS/AS INTERNO/AS DE LAS DIFERENTES UNIVERSIDADES DE SANTO DOMINGO. *Menki Mambrú Sosa, Betzaida Castro, Ruth Ventura, Dahianara Mateo Ortega, Dayanara De la Cruz, Fernando Peña.***
143. CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES ACERCA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA. L HOSPITAL DR FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO. *María Ysabel Manzueta, Bienvenida Sánchez Martínez, Odalis De Jesús, Willna De la Rosa Brito, Yohanna Muñoz Gómez, María Luis Sánchez.***
147. FRECUENCIA DE HEPATITIS B EN ADULTOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA DE SAN CRISTÓBAL. *Jovanna Mejía, Cesar Dominguez, Yudelka Cuevas, Felix Carvajal, Manuel Mejía.***
153. USO DE TERAPIA VAC® EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS POR FRICCIÓN: REPORTE DE CASO. *Mercedes Acosta S A, Sabala R, Estévez Hernández R E, Pache B, Morales Pérez R.****
- CASOS CLINICOS**
157. TETRALOGÍA DE FALLOT SEVERA EN NEONATO: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Pura E. Pérez, Wildry Domínguez, Yeimi Isabel Balbi.**
159. CRISIS DE STAKES ADAMS: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Ivonne Brevè Gonzàles, Wascar J. Suero Alcàntara, Marcos Caraballo Gòmez, Rosanna Pineda Contreras, Daniel Castro, Waldo Suero Alcàntara, Joel Ramos.***
163. SÍNDROME NEFROTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO. *osé Reynoso, Angélica Grullón, Geral Gauteraux, Solangie Rondón.****
167. LA GESTIÓN HOSPITALARIA PARA EL PERSONAL DE SALUD
- INFORMACION PARA LOS AUTORES

DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS, 24 DE MARZO DE 2012: «TERMINEMOS CON LA TUBERCULOSIS DURANTE NUESTRA GENERACIÓN.»

Rubén Darío Pimentel**



Dr. Robert Koch

Este 24 de marzo de 2012, se conmemoran 130 años del descubrimiento del *Mycobacterium tuberculosis*, con este descubrimiento Robert Koch dio el empuje decisivo a la lucha específica contra esta peligrosa enfermedad infecciosa, lo cual significó el punto de partida a importantes esfuerzos y actividades en numerosos países con el objetivo de vencer la pandemia que ha diezmando la población, en todo el mundo, por miles de años. Koch dedicó toda su vida al estudio de la enfermedad. Sus excepcionales cualidades de investigador se ponen de manifiesto en su trabajo «La etiología de la tuberculosis», publicado en 1884, en el volumen II de las Comunicaciones del Oficio Imperial de la Salud y que sin duda representa la culminación de su trabajo en este dominio. En este trabajo se plantea prácticamente todos los problemas capitales relativos a la naturaleza y al control de la enfermedad, proponiéndose soluciones para todos ellos. En el trabajo que Koch presentó más tarde, en 1901, ante el Congreso sobre la Tuberculosis en Londres, hizo una nueva e importante contribución al diferencial el bacilo tuberculoso humano del animal; esto proporcionó una base científica a la lucha contra la enfermedad en los animales y permitió la identificación de la cadena de infección animal-ser humano.

*Pediatra neumólogo, MHP. Jefe de Investigación. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar e-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

Desde entonces se han alcanzado grandes avances en la lucha contra esta enfermedad. Ahora existe la tecnología para diagnosticarla y los medicamentos para tratarla. Sin embargo, la tuberculosis, aún continúa produciendo dolor, sufrimiento y muerte en los hogares de todo el mundo. En el 2010, en las Américas, 270 mil personas padecieron esta enfermedad y 2,3 mil fallecieron por esta misma causa; además, cerca de 9 millones de personas la padecieron y 1,4 millones murieron por su causa en el mundo entero, denotando que la lucha contra la tuberculosis todavía dista mucho de lograr los objetivos planteados por Koch, hace 130 años.

En el caso de la República Dominicana, el Ministerio de Salud Pública destaca, que al menos 321 enfermos de tuberculosis pulmonar (ver cuadro más abajo) fueron curados en el país en los últimos 7 años y el número de muertes por esa enfermedad disminuyó en alrededor del 76,7 por ciento.

El número de muertes por esta enfermedad en ese mismo período fue de 101, lo que equivale a 321 casos menos que los registrados en 2004. La República Dominicana ocupa el sexto lugar entre los países de América Latina en el registro de casos nuevos de tuberculosis, superada sólo por Perú, Brazil, México, Ecuador y Haití, y un porcentaje de multiresistencia de 4,8. Aunque, es importante decir, que por cada paciente que supera la enfermedad se previene el contagio de 10 a 30 personas que potencialmente pudieran contagiarse.

País	Resistencia		
1. Perú	2 190	35	35
2. Brazil	1 140	18	54
3. México	452	7,3	61
4. Ecuador	350	5,6	67
5. Haití	304	4,9	72
6. República Dominicana	300	4,8	76
7. Colombia	280	4,5	81
8. Argentina	250	4,0	85
9. Bolivia	205	3,3	88
10. Guatemala	133	2,1	90
11. Otros países	596	9,6	100

Este año (2012) conmemoramos el Día Mundial de la tuberculosis (TB), haciendo un llamado a personas de todas las edades, ocupaciones y nacionalidades para que,

de manera conjunta, «hagamos esfuerzos para terminar con la tuberculosis en una generación.» En ese sentido, nos aunamos a los Ministerios de Salud Pública y Educación de la República Dominicana, en mensajes alusivos a este día exhortando a multiplicar esfuerzos y reafirmar el compromiso de lucha contra esta enfermedad. Ya se iniciaron, jornadas de movilización, que incluirá varias actividades y acciones de orientación y prevención como charlas, mensajes en la televisión y la radio, caminatas, jornadas en las escuelas, distribución de materiales educativos, entre otras propuestas.

Este Día Mundial de la Tuberculosis (sábado 24 de marzo de 2012) servirá para generar un mayor nivel de conciencia respecto de la pandemia de tuberculosis y de los esfuerzos para acabar con la enfermedad. Actualmente, un tercio de la población mundial (2 333 millones) está infectada de tuberculosis. La Alianza Mundial Alto a la Tuberculosis (ver progresos de las Américas), red de organizaciones y países que lucha contra la enfermedad, organiza el Día Mundial para dar a conocer el alcance de la enfermedad y las formas de prevenirla y curarla.

Este evento, que se celebra cada año el 24 de marzo, marca el día en que el Dr. Robert Koch detectó en 1882 la causa de la tuberculosis, a saber, el bacilo tuberculoso. Este supuso el primer paso hacia el diagnóstico y la cura de la enfermedad. Se trabaja para reducir, de aquí al 2015, las tasas de prevalencia y muertes por la mitad.

Como se puede notar, la historia de la tuberculosis en los últimos 30 años es una historia de triunfos y de tragedias — el triunfo de los científicos que proporcionaron los medios de dominar la enfermedad y, en última instancia, de erradicarla y la tragedia de la incapacidad para sacar provecho de estos descubrimientos—. Este día, constituye una fecha apropiada para mirar hacia atrás y tratar de encontrar los errores cometidos...

La fecha brinda la ocasión de dar un nuevo ímpetu a la lucha contra la tuberculosis que llevan adelante todos los países del mundo, en particular todos miembros de la sociedad dominicana y tantos otros comprometidos en ella. Esto implica una toma de conciencia de la situación actual de la tuberculosis en la República Dominicana y de los medios de que disponemos

para combatirla, ya sean individuales, colectivos, clínicos u ocupaciones. Es el momento de reflexionar sobre el pasado con el objeto de construir mejor el porvenir.

Progreso de las Américas hacia el cumplimiento de los indicadores del Plan Mundial Alto a la tuberculosis 2015.

LOGROS:

1. Se alcanzó anticipadamente las metas de la ODM en casi todos los países.
2. La estrategia Altos a la TB está implementada en todos los países.
3. El manejo programático de la TB multiresistente es parte de los programas nacionales de Control de la TB en la mayoría de los países.
4. Los servicios sociales de salud, Ong's y otros proyectos proveedores están trabajando con los Programas Nacionales de Control de la TB.
5. Se aplica estrategias específicas para el control de la TB en privados de libertad... en la gran mayoría de los países.
6. Más del 85 por ciento del presupuesto disponible para el control de la TB proviene de los Estados.

DESAFÍOS:

1. Existen problemas con la calidad de DOTS.
2. Compromiso político, aplicación del tratamiento directamente u observado, sistema de registro e información-problema en la implementación de las actividades de colaboración con las actividades TB/VIH.
3. Redes de laboratorios con baja cobertura.
4. Etapa incipiente en proceso de descentralización de la implementación del manejo de programas de la TB multiresistente.
5. Falta de estrategias y/o intervenciones en poblaciones vulnerables (niños, migrantes...)
6. Limitada participación de la sociedad civil, otros sectores en el control de la TB y otros programas de salud.

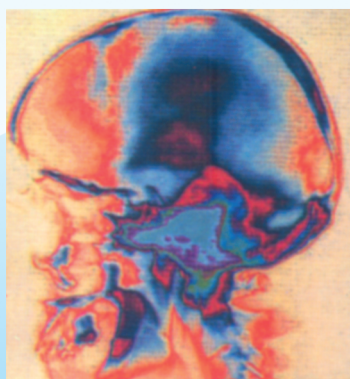
TRABAJOS ORIGINALES



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

FRECUENCIA DE SUICIDIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGÍA FORENSE.

Ivelisse Valdez Rodríguez,** Lucas Carpio Lappost,**** Rubén Darío Pimentel.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, con la finalidad de determinar la frecuencia de muerte por suicidio en el Instituto Nacional de Patología Forense durante el 2008-2010. El universo estuvo constituido por 5381 cadáveres autopsiados en dicha institución, durante el periodo de estudio. La muestra, representada por un total de 178 casos con diagnóstico de suicidio.

En los resultados se observó que la frecuencia de muertes por suicidio, fue mayor en el año 2010 en relación a los años 2008 y 2009. El sexo más afectado fue el masculino con un total de 155 casos para un 87.1 por ciento.

El grupo de edad mayormente afectado estuvo comprendido por el rango 20-29 años para un 22.5 por ciento. En relación al estado civil, pudimos observar que la mayor cantidad se presentó en los solteros con un 52.2 por ciento.

En cuanto a la ocupación la muestra más significativa de muertes por dicha entidad se produjo en los militares y afines con un 14.0 por ciento. El mecanismo de muerte más utilizado fue el arma de fuego con 33.7 por ciento seguido por la ahorcadura con 59 casos para un 33.1 por ciento.

En lo que concierne a la distribución por región el Distrito Nacional representa el primer lugar con 73.0 por ciento. El lugar más frecuente utilizado por la víctima para cometer los hechos fue la casa o vivienda, las causas más asociadas a dichas muertes fueron las pasionales y depresión.

Los datos obtenidos para la presente investigación, fueron recopilados mediante el llenado de un formulario con los expedientes clínicos archivados en el Instituto Nacional de Patología Forense.

Palabras claves: suicidio, autopsia, depresión, ideación suicida, escena.

ABSTRACT

We performed a retrospective descriptive study, in order to determine the frequency of death by suicide in the National Institute of Forensic Pathology during 2008-2010. The universe consisted of 5381 corpses autopsied at the institution during the study period. The sample represented a total of 178 cases diagnosed with suicide.

The results showed that the frequency of deaths by suicide was higher in 2010 relative to 2008 and 2009. Sex was the most affected male with a total of 155 cases for an 87.1 per

cent.

The most affected age group was the one ranged between 20 to 29 years of age for a 22.5 percent. In terms of marital status, we observed that it most occurred in singles for a 52.2 percent.

As for occupation, the most significant amount of deaths happened in individuals serving in the military for a 14 percent. The most common mechanism of death was a firearm with 33.7 percent followed by the hanging of 59 cases for a 33.1 per cent.

With regard to distribution, most of the deaths occurred in the National District region for a 73 percent. The most frequent place used by the victims to commit the offenses was the house or dwelling, the main causes associated with these deaths were the passion and depression.

The data for this research were collected by filling a form with the medical records filed in the National Institute of Forensic Pathology.

Keys words: suicide, autopsy, depression, suicidal ideation, crime scene.

INTRODUCCIÓN

Probablemente el suicidio ha existido desde siempre y en muchas sociedades, pero a lo largo del tiempo ha cambiado la actitud hacia él. Anterior a la era cristiana, en la Roma clásica, el suicidio era entendido de una forma favorable. Se entendía que la vida merecía la pena ser vivida en términos de cualidad, más que de cantidad. Con el advenimiento del cristianismo, el suicidio es considerado un acto pecaminoso y contrario a la razón. Se define como el acto por el cual un ser humano decide poner fin a su vida de forma voluntaria. En psiquiatría se habla de la expresión intento de suicidio, ideación suicida o conducta suicida que no es más que cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves en la que se pone en riesgo la vida, como tomar una sobredosis de drogas o estrellar un automóvil intencionalmente.¹

Las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90 por ciento de todos los suicidios se relacionan con trastornos emocionales u otras enfermedades siquiátricas. A menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa, y la dependencia de las drogas o el alcohol.²

Las muertes por suicidio han ido elevándose con una rapidez

* Médico forense.

** Médico patólogo.

*** Jefe de investigación. Centro de Gastroenterología. Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

alarmante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos 45 años el índice de suicidios se ha incrementado en 60 por ciento en el planeta, al grado que actualmente se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte entre la población de 15 a 44 años de edad en ambos sexos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del Este; y las más bajas en América Latina, los países musulmanes y algunas naciones asiáticas.³

La tasa de suicidio es mayor entre hombre que entre las mujeres. En lo que se refiere a República Dominicana según datos obtenidos en el Instituto Nacional de Ciencias Forense, en el 2010 hubieron 384 muertes por suicidio; de estas el 86.71 por ciento eran del sexo masculino y el por ciento restante del sexo femenino. Los métodos suicidas más utilizados en estos casos fueron la ahorcadura, el arma de fuego y el envenenamiento.

En Medicina Forense se clasifican a las muertes violentas como accidentales, homicidas y suicidas; todas éstas son indicaciones para la realización de la necropsia médico legal. Dicho procedimiento incluye no sólo a la apertura del cadáver, sino también al examen externo (o retrato hablado) y al levantamiento del cadáver en la escena del hecho. Desde el punto de vista médico legal, se define al Suicidio como la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida, siendo la intencionalidad del acto lo más importante de ésta conceptualización. En algunos casos resulta difícil determinar la etiología médico legal de estas muertes, debido a que nos encontramos con dificultades por la existencia de hallazgos inusuales o a la alteración de la escena por parte de terceros, por esto es importante tener en cuenta cada detalle encontrado para poder determinar la manera de muerte.

Esta investigación está focalizada en la distribución según la edad, el sexo, procedencia, ocupación, nivel de instrucción, nacionalidad, así como los mecanismos suicidas comúnmente utilizados, circunstancias de los hechos, factores de riesgo y frecuencia de estas muertes entre otros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo con la finalidad de revisar los suicidios diagnosticados por autopsias en el Instituto Nacional de Patología Forense. 2008- 2010.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo apoyado en los datos que obtuvimos en los expedientes clínicos de los cadáveres autopsiados en la fecha establecida.

Área del estudio

Esta investigación se realizó en el Instituto Nacional de Patología Forense, ubicado en la Calle Aristides Fiallo Cabral, número 353; Zona Universitaria, Santo Domingo, Distrito Nacional. Limita al norte con la calle Santiago, al sur con la Aristides Fiallo, al oeste con la Santo Tomas de Aquino y al este con la Wenceslao Álvarez.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 5381 cadáveres autopsiados en el Instituto Nacional de Patología Forense durante el periodo del estudio.

La muestra fue representada por los cadáveres diagnosticados

con suicidio que cumplieron los criterios de inclusión establecidos, los cuales sumaron 178.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión. Cadáveres autopsiados con diagnósticos de suicidio con expedientes clínicos e historiales de circunstancias completos.

Criterios de exclusión. Cadáveres sin diagnóstico final de suicidio, circunstancias no claras y expedientes clínicos incompletos

Instrumento de recolección de la información

Para llevar a cabo este estudio se utilizó un formulario hecho por la sustentante, con preguntas abiertas y cerradas basadas en las variables (ver anexo)

Procedimiento

La información fue recolectada través de un formulario llenado con datos obtenidos de los expedientes archivados de cadáveres autopsiados en el Instituto Nacional de Patología Forense, durante el periodo del estudio.

En el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), se obtuvieron datos estadísticos sobre suicidio a nivel nacional.

Tabulación

Los datos fueron sometidos a revisión y procesamiento, utilizando el método de palote.

Análisis

Los datos obtenidos se cuantificaron mediante la aplicación de cálculos estadísticos y de porcentajes y se analizaron en frecuencia simple.

A través del análisis de la información ya procesada se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones consideradas pertinentes.

Aspectos éticos

Los datos recopilados de los expedientes y los rostros de las víctimas en las fotografías, se mantuvieron en completa confidencialidad.

RESULTADOS

El total de autopsias realizadas en el Instituto Nacional De Patología Forense, durante el periodo de estudio fue de 5381 casos, de los cuales 178 correspondieron a muertes por suicidio para un 3.3 por ciento. El cuadro 1 muestra la frecuencia de suicidios registrados por año, siendo la mayor en el año 2010 (36.5%) y la menor en el 2008 (30.3%).

Cuadro 1. Frecuencia de suicidios registrados según el año. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010

Año	Frecuencia	%
2008	54	30.3
2009	59	33.2
2010	65	36.5
Total	178	100.0

Fuente: archivos.

El sexo más afectado fue el masculino con 87 por ciento en relación al sexo femenino con un 23 por ciento (cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de suicidio según sexo. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010

Sexo	Número de casos	%
Masculino	155	87.1
Femenino	23	12.9
Total	178	100.0

Fuente: archivos.

Al distribuirlos por edad se obtuvo que el rango más afectado estuvo comprendido entre 20 a 29 años (22.5%) seguido por el grupo de 30 a 39 (21.9%), la minoría registrado en el grupo 80 a 89 (1.1%) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución de suicidio según grupos de edad. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010.

Edad (años)	Número	%
10-19	15	8.4
20-29	40	22.5
30-39	39	21.9
40-49	34	19.1
50-59	26	14.6
60-69	16	9.0
70-79	6	3.4
80-89	2	1.1
Total	178	100.0

Fuente: archivos.

Según su distribución por nacionalidad 159 fueron dominicanos (89.3) seguidos por la alemana y francesa con un número de 3 casos para un 1.7 por ciento cada una, la haitiana y española coincidieron con 2 casos y con igual cantidad los desconocidos para un 1.1 por ciento respectivamente. Las nacionalidades, rusa, venezolana, nepalés, inglesa, canadiense, británica y belga registraron 1 caso de forma individual para un 0.6 por ciento. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Casos según nacionalidad. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010.

Nacionalidad	Cantidad	%
Dominicana	159	89.3
Francesa	3	1.7
Alemana	3	1.7
Haitiana	2	1.1
Española	2	1.1
Rusa	1	0.6
Venezolana	1	0.6
Nepales	1	0.6
Inglesa	1	0.6
Canadiense	1	0.6
Británica	1	0.6
Belga	1	0.6
Desconocida	2	1.1
Total	178	100.2

Fuente: archivos.

En lo que respecta a la situación sentimental o estado civil predominaron los solteros con 93 casos (52.2%) en unión libre 37 (20.8%) y la minoría se observó en los estatus de divorciados y viudez con 2 casos cada uno para un 1.1 por ciento (cuadro 5).

Cuadro 5. Muestra según estado civil. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010.

Estado civil	Cantidad	%
Soltero	93	52.2
Unión libre	37	20.8
Casados	29	16.3
Divorciado	2	1.1
Viudo	2	1.1
Desconocido	15	8.4
Total	178	99.9

Fuente: archivos.

En relación a la ocupación los militares y afines mostraron un 14,0 por ciento (cuadro 6).

Cuadro 6. Ocupación de las víctimas a la hora de cometer el hecho. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2009.

Ocupación	Cantidad	%
Militares y afines	25	14.0
Empleado privado	24	13.5
Comerciante	24	13.5
Estudiante	20	11.2
Pensionado	8	4.5
Médico	2	1.1
Diseñador gráfico	2	1.1
Abogado	1	0.6
Ingeniero civil	1	0.6
Desempleado	11	6.2
Otros	37	20.8
Desconocido	23	12.9
Total	178	100.0

Fuente: archivos.

El mecanismo de muerte más utilizado fue el arma de fuego con 33.7 por ciento seguidos por las ahorcaduras 33.1 por ciento, 1 caso optó por la quemadura para un 0.6 por ciento (cuadro 7).

Cuadro 7. Mecanismos suicida comúnmente utilizados. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010.

Mecanismo	Cantidad	%
Armas de fuego	60	33.7
Ahorcaduras	59	33.1
Envenenamientos	31	17.4
Ahogamiento	9	5.0
Intoxicaciones	9	5.0
Traumatismo	6	3.4
Arma blanca	3	1.7
Quemaduras	1	0.6
Total	178	99.9

Fuente: archivos.

Atendiendo a la procedencia el distrito nacional reportó 130 casos para un 73.0 por ciento, en relación a la región sureste que solo registró 1 víctima para un 0.6 por ciento (cuadro 8).

Cuadro 8. Muestra de la distribución de suicidio por región. Instituto Nacional de Patología Forense. 2008-2010.

Región	Número de casos	%
Distrito nacional	130	73.0
Región sur	24	13.4
Región norte	11	6.2
Región este	11	6.2
Región sureste	1	0.6
Desconocido	1	0.6
Total	178	100.0

Fuente: archivos.

Los espacios físicos donde se produjeron los hechos mostraron predilección por la casa o vivienda con 56.7 por ciento (cuadro 9).

Cuadro 9. Escenas del hecho frecuentemente registradas. Instituto Nacional de Patología forense. 2008-2009.

Lugares	Cantidad	%
Casa o vivienda	101	56.7
Sitio público	28	15.7
Área boscosa	20	11.2
Comercio o negocio	13	7.3
Lugar de trabajo	8	4.5
Cárcel	5	2.8
Casa en construcción	3	1.7
Total	178	99.9

Fuente: archivos.

En lo que concierne a las posibles causas o etiología, fueron más evidentes las muertes por problemas pasionales 26.4 por ciento, seguidas de la depresión 20.8 por ciento y por último el padecimiento de enfermedades con 7.9 por ciento (cuadro 10).

Cuadro 10. Principales causas asociadas al suicidio. Instituto Nacional de Patología forense. 2008-2009.

Causas	Cantidad	%
Alcoholismo	10	5.6
Drogas	4	2.3
Depresión	37	20.8
Psiquiátricas	12	6.7
Económicas	12	6.7
Psicológicas	12	6.7
Pasionales	47	26.4
Enfermedad	14	7.9
Desconocida	57	32.0

Fuente: archivos.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos obtenidos en el Instituto Nacional de Patología Forense, la frecuencia de suicidio en el año 2008 fue de 54 casos (30.3%) si comparamos con el año 2009 donde

hubo un total de 59 (33.1%) y el 2010 con 65 (36.5%) vemos que las muertes por esta entidad van en aumento.

El número de casos en adolescentes fue de 15 (8.4%). Las causas encontradas estuvieron asociadas al componente psicológico y la incapacidad para resolver problemas familiares. El grupo de ancianos afectados se vio condicionado por enfermedades sumado a la depresión.

La ocupación con más vulnerabilidad resulto ser el personal militar y relacionado. Los empleados privados, comerciantes y estudiantes ocuparon el segundo lugar y en tercero los desempleados que representaron el 6.2 por ciento, lo que difiere de la literatura consultada la cual le atribuyen a estos últimos la mayor tasa de mortalidad.

Se comprobó que los mecanismos suicidas comúnmente utilizados fueron las armas de fuego y las ahorcaduras.

Las muertes pasionales arrojaron el porcentaje más alto en cuanto a causa se refiere y dentro de las mismas un número significativo fue homicidio-suicidio. Algunas de las víctimas presentaron más de una posible causa de muerte y 2 casos por suicidio accidental fueron registrados.

Tomando en cuenta la procedencia, los casos ocurridos en la región sur, mostraron cifras de forma ascendente en la provincia de san Cristóbal.

Respecto a las escenas, se encontraron algunas notas suicidas. 15 personas (8.4%) manifestaron ideación o pensamientos suicidas y 14 (7.9%) con antecedentes de autolesionismo e intentos suicidas.

En cuanto al nivel de instrucción un gran número de los afectados contaban con cierto grado de escolaridad.

En lo que respecta al suicidio con electrocución, en nuestro país no encontramos registros al momento del estudio; sin embargo, una investigación realizada en Teherán durante los años 2002 y 2006 rebelen 10 casos de muerte por suicidio con este mecanismo.⁴

RECOMENDACIONES

Esta entidad no sólo compete al médico forense sino a todo el profesional de la salud el cual debe estar familiarizado con los principios fundamentales para valorar y manejar un paciente que presente riesgo suicida.

El perito debe indagar si la víctima manifestó ideación suicida, historias previas de autolesionismo o intentos suicidas, ya que pudiera prevenir un fatal desenlace.

Es importante realizar un examen exhaustivo del lugar donde ocurrieron los hechos, verificando indicios que nos ayuden a descartar o confirmar esta entidad, como son instrumentos suicidas y posibles notas o cartas suicidas.

En el proceso de levantamiento y necropsia se debe resguardar celosamente la información detallada que ofrecen los familiares o recolectadas durante la investigación a fin de dar un manejo adecuado al procedimiento.

Orientar a la población en general sobre las causas, manifestaciones y consecuencias de la entidad a fin de que puedan ser voz de alerta al personal indicado.

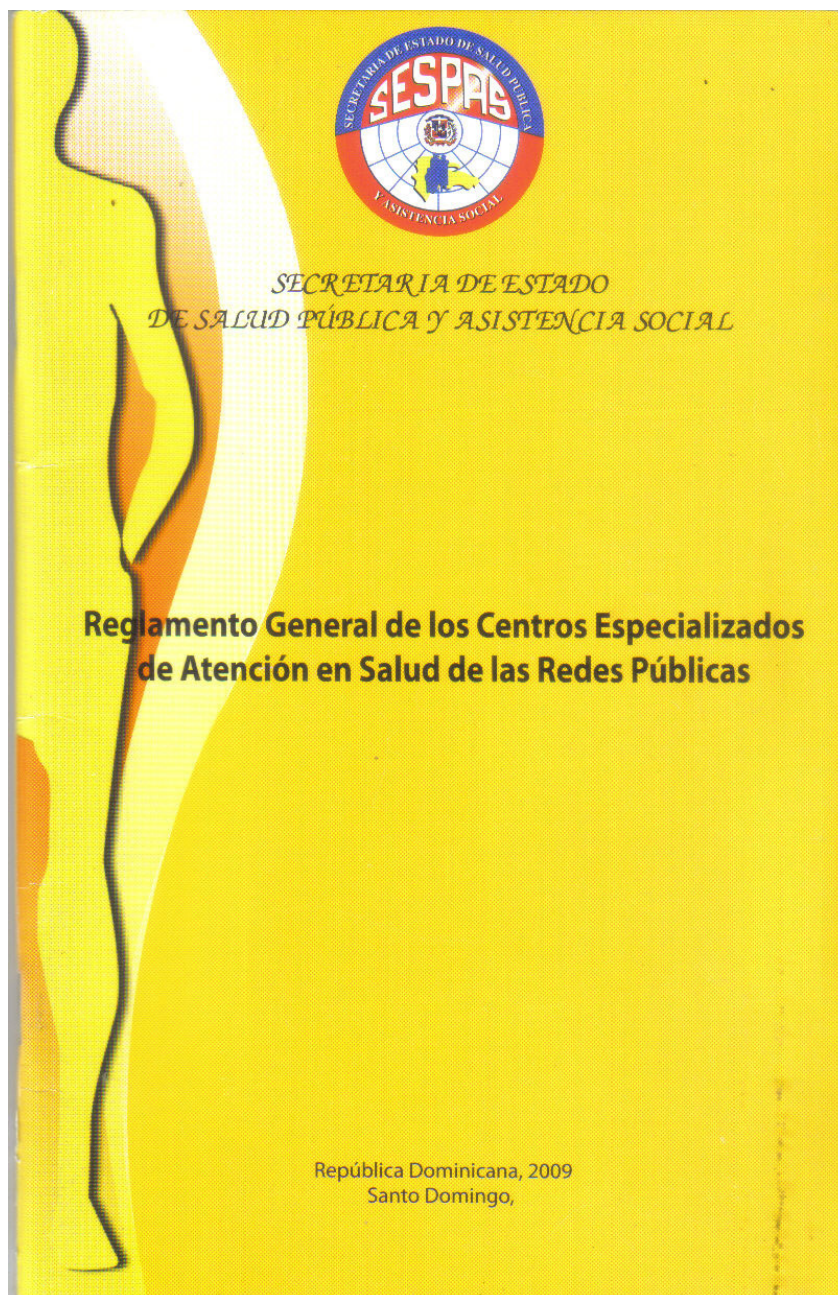
Los familiares y amigos pueden resultar afectados de manera adversa por los actos de suicidio. Quienes le sobreviven a la víctima pueden experimentar intensos sentimientos de dolor y tristeza, resultando emocionalmente afectados los cuales necesitaran algún tipo de terapia ante un especialista de salud mental para evitar actitudes fatalistas repetitivas.

REFERENCIAS

1. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/>

- Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf
2. <http://www.clinicadam.com/salud/5/001554.html>
 3. <http://zapateando2.wordpress.com/2008/03/28/el-indice-de-suicidios-ha-aumentado-60-en-el-planeta-oms/>
 4. Vásquez J. L. *Psiquiatría en atención primaria*, Madrid (España): Grupo Aula Médica, S.A.; 1998: 753
 5. Mansilla-Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención, [en línea] (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>
 6. Negrete F., Breve reseña histórica del suicidio, [en línea] 2008 Sep 11 (Citada 2011 Ene 17). Se consigue en <http://criminologiacriminologica.herobo.com/wordpress/?p=71>
 7. Josue Hdz, breve reseña histórica del suicidio, publicado el 02-Dic-2010 revisado el 17-Ene-2011 en <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Suicido-Breve-Rese%C3%B1a/1261902.html>
 8. Dr. Montoya-Carrasquilla J., Muerte por suicidio [en línea] 2011 Feb (Citada 2011 Abr 10). Se consigue en <http://montedeoya.homestead.com/suicidio.html>
 9. Vásquez J. L. *Psiquiatría en atención primaria*, Madrid (España): Grupo Aula Médica, S.A.; 1998: 753
 10. Dr. Montoya-Carrasquilla J., Muerte por suicidio [en línea] 2011 Feb (Citada 2011 Abr 10). Se consigue en <http://montedeoya.homestead.com/suicidio.html>
 11. Wikipedia. Cleopatra VII [en línea] 2011 May 4 (Citada 2011 May 6). Se consigue en http://es.wikipedia.org/wiki/Cleopatra_VII#Muerte_de_Cleopatra
 12. Listas de 20minutos.es, Famosos que se Suicidaron [en línea] 2009 Ene 19 (Citada 2011 Mar 10). Se consigue en <http://listas.20minutos.es/lista/famosos-que-se-suicidaron-75437/>
 13. Wikipedia. Antonio Guzmán Fernández, [en línea] 2011 Abr 26 (Citada 2011 Mar 10). Se consigue en http://es.wikipedia.org/wiki/Antonio_Guzm%C3%A1n_Fern%C3%A1ndez
 14. Vásquez J. L. *Psiquiatría en atención primaria*, Madrid (España): Grupo Aula Médica, S.A.; 1998: 753
 15. Gilbert-Calabuig J. A. *Medicina Legal y Toxicología*, 6ª ed. Barcelona (España): Editora Masson, S.A.: 2004: 322
 16. Martínez C. Definiciones de Suicidio, [en línea] 2007 (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://www.suicidologia.org.ar/?1.2.-definiciones-de-suicidio,46>
 17. Definición ABC. Definición de Suicidio, [en línea] 2009 Feb 26 (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://www.definicionabc.com/salud/suicidio.php>
 18. Sarita-Valdez S. *Conceptos de Patología Forense*, 3ª ed., Sto. Dgo. (Rep. Dom.): Editora Buho; 2005: 73
 19. El Rincón del Vago. El Suicidio, [en línea] 2010 (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://html.rincondelvago.com/el-suicidio.html>
 20. Dr. Berro-Rovira G. ¿Qué es el cadáver?, [en línea] 2002 Jun (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/tx-020822.htm>
 21. Mansilla-Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención, [en línea] (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>
 22. Vásquez J. L. *Psiquiatría en atención primaria*, Madrid (España): Grupo Aula Médica, S.A.; 1998: 753
 23. Dzul T. Clasificación del suicidio, [en línea] 2010 Oct 14 (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en <http://www.psicologotomasdzul.com/psicoterapeuta-humanista/?p=98>
 24. El Rincón del Vago. El Suicidio, [en línea] 2010 (Citada 2011 Mar 2). Se consigue en http://html.rincondelvago.com/el-suicidio_3.html
 25. Wikipedia. El suicidio, [en línea] 2011 Mar (Citada 2011 Mar 10). Se consigue en http://es.wikipedia.org/wiki/El_suicidio
 26. Aja-Borobio M. El Suicidio, [en línea] 2007 Ago 14 (Citada 2011 Mar 13). Se consigue en <http://www.mailxmail.com/curso-emile-durkheim-sociologia-positiva/suicidio>
 27. Dzul-Peniche T. Ideaciones Suicidas, [en línea] 2008 (Citada 2011 Mar 13). Se consigue en http://www.psicologotomasdzul.com/ideaciones_suicidas.html
 28. Mansilla-Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención, [en línea] (Citada 2011 Mar 13). Se consigue en <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta2.shtml>
 29. FindRxOnline. Com. Alcoholismo Y Depresión Causa De Suicidios, [en línea] (Citada 2011 Mar 13). Se consigue en <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta2.shtml>
 30. Wikipedia. Depresión, [en línea] 2011 Mar (Citada 2011 Abr 10). Se consigue en <http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>
 31. Rico-Díaz H. Depresión y Suicidio, [en línea] (Citada 2011 Mar 20). Se consigue en <http://www.psiquiatriabiologicademexico.org.mx/Press%20Cuautla0808/DEPRESION%20Y%20SUICIDIO%20PRESENTACION%20AGOSTO.pdf>
 32. El Rincón del Vago. Depresión, [en línea] 2010 (Citada 2011 Abr 20). Se consigue en http://html.rincondelvago.com/depresion_4.html
 33. Wicks-Nelson R. e Israel A. C. *Psicopatología del niño y del adolescente*, 3ª ed. Madrid (España): Prentice Hall; 1997: 159.
 34. Pérez-Barrero S. A. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?, [en línea] (Citada 2011 Mar 20). Se consigue en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/ninez.shtml>
 35. Robert S. F. *Desarrollo psicológico a través de la vida*, 4ª ed., Naucalpan de Juárez (México): Pearson Educación; 2007: 432-433.
 36. Grace J. C. *Desarrollo psicológico*, 8ª ed., Naucalpan de Juárez (México): Pearson Educación; 2001: 613-614.
 37. Gilbert-Calabuig J. A. *Medicina Legal y Toxicología*, 6ª ed. Barcelona (España): Editora Masson, S.A.: 2004: 324-328
 38. Cisneros C. Neurobiología del suicidio, [en línea] (Citada 2011 Mar 23). Se consigue en <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol4/articulos/articulo4.pdf>
 39. Cuautla, Mor. Epidemiología del Suicidio, [en línea] 2008 Ago 22 (Citada 2011 Abr 15). Se consigue en <http://www.psiquiatriabiologicademexico.org.mx/Press%20Cuautla0808/SUICIDIO%20CUAUTLA,MORELOS%202008.pdf>
 40. Uribe M. Suicidio, la tercera causa de muerte en el

- mundo, se puede prevenir, [en línea] 2008 Sep 14 (Citada 2011 Abr 15). Se consigue en <http://www.hoy.com.do/vivir/2008/9/14/247299/print>
41. Vázquez J. L. *Psiquiatría en atención primaria*, Madrid (España): Grupo Aula Médica, S.A.; 1998: 759
 42. Gilbert-Calabuig J. A. *Medicina Legal y Toxicología*, 6ª ed. Barcelona (España): Editora Masson, S.A.: 2004: 325-327.
 43. Sheikahzadi A, kiani M, Ghadyani m. Electrocutation-Related Mortality, A survey of 295 Deaths in Tehran, Iran Between 2002 and 2006. *Rev Am J Forensic Med Pathol.* 2010; 31(1): 42-45.



ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA CLASE DE OBESIDAD EN FAMILIAS DE SECTORES DE LA ZONA URBANA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS.

Loryart Marte Grullón,** Karla Michelle Sánchez Rojas,* Luis Eduardo Almonte García,* Giselle Milagros García Ventura,* Freyris Carminia Thomas Lora,* Daniel Rivera.****

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar si existe relación entre el estatus socioeconómico, factores familiares y la obesidad en familias de la zona urbana de la ciudad de Santiago de los Caballeros en el periodo mayo-octubre 2009.

Métodos y técnicas: La investigación consistió en un estudio descriptivo, de corte transversal, de fuente primaria, en la cual participaron 220 familias de sectores de la zona urbana de la ciudad de Santiago de los Caballeros, siendo estos El Despertar, El Ensueño, Ensanche Bermúdez, Buenos Aires, Reparto del Este y Los Pepines, sectores en los que se entrevistaron las familias con uno o más integrantes obesos de los cuales se obtuvieron datos acerca de la dieta, actividad física, tipo de familia y acceso a información.

Resultados: La población total del estudio consistió en 220 familias con uno o más integrantes obesos que fueron clasificadas según la clase de obesidad que poseían: el 57.3% fue de clase moderada, de este porcentaje un 63.6 por ciento tenían un estatus socioeconómico bajo, siendo este el mayor porcentaje alcanzado por los obesos de esta clase, 25.5 por ciento de clase severa, 58.5 por ciento de esta población eran de estatus socioeconómico bajo y 17.2 por ciento de clase extrema, del cual 65.8 por ciento eran de nivel bajo también. En cuanto a la actividad física se observó, que el 78.8 por ciento de todos los obesos de clase moderada eran inactivos y el 5.9 por ciento eran de actividad física alta, en la clase de obesidad severa el 71.8 por ciento eran inactivos y el 9.4 por ciento tenían una alta actividad física, el 2.6 por ciento tenían una actividad física media y un 81.6 por ciento eran inactivos dentro de la clase de obesidad extrema. Otra variable relevante es el acceso a información de dichas familias, arrojando que el 100 por ciento de todas estas familias tenían acceso a información de comida o propaganda de la misma.

Conclusión: La obesidad moderada es la clase de obesidad que más abunda dentro estos sectores de Santiago con un 57.3 por ciento. Existe una gran relación entre la obesidad y el estatus socioeconómico; nuestro estudio arrojó datos de que en la mayoría de obesos de clase moderada, severa y extrema tenían un nivel socioeconómico bajo con porcentajes de 63.6 por ciento, 58.5 por ciento y 65.8 respectivamente, obteniendo los menores porcentajes de obesos en el estatus socioeconómico alto, afirmando con esto los argumentos de muchas investigaciones previas a esta.

Palabras claves: obesidad, estatus socioeconómico, hábitos

* Médico general

** Médico Internista

dietéticos, actividad física, acceso a información, tipo de familia.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine whether a relationship exists between the socioeconomic status, family factors and obesity in families of the urban area of Santiago de los Caballeros in May-October 2009.

Methods: The research involved a descriptive study of cross section primary sources, with the participation of 220 families of the urban area of Santiago de los Caballeros city, being these El Despertar, El Ensueño, Ensanche Bermúdez, Buenos Aires, Reparto del Este y Los Pepines, on these sector was where they met families with one or more obese members of which information were collected about diet, physical activity, family type and Access to information that they possessed.

Results: The population consisted of 220 families with one or more obese members were classified as obesity class they owned: the class was 57.3 por ciento moderate, from this percent 63.6 por ciento had a lower socioeconomic level same as 58.5 por ciento from 25.5 por ciento of severe kind and 65.8 por ciento from 17.2 por ciento of extreme kind. For physical activity was observed that 78.8 por ciento of all obese were inactive of class moderate and 5.9 por ciento had high physical activity, for the severe kind 71.8 por ciento were inactive, 9.4 por ciento had a high physical activity and with the extreme kind 2.6 por ciento had medium physical activity and finally 81.6 por ciento were inactive. Another variable is access to information, showed that 100 por ciento of these families had access to information of food.

Conclusion: Moderate obesity is the most abundant kind of obesity in these sectors of Santiago with a 57.3 por ciento. There is a strong relation between the obesity a socioeconomic status, our study found evidence that the most percent of families of class moderate, severe and extreme had a lower socioeconomic level (63.6 por ciento, 58.5 por ciento, 65.8 por ciento), thus establishing that the lower socioeconomic level higher obesity development asserting with this argument many investigation prior to this.

Keywords: obesity, socioeconomic status, dietary habits, physical activity, Access to information, family type.

INTRODUCCIÓN

La obesidad, considerada en el pasado como un signo de estatus social, ha tenido en los últimos años una gran repercusión a nivel mundial, afectando al ser humano no

solamente de manera individual, sino desde una perspectiva familiar. Esta condición se considera una enfermedad crónica no transmisible, causante de múltiples patologías tanto físicas como psicológicas.

En la obesidad las reservas naturales de energía depositadas en el tejido adiposo se incrementan, asociándose con diversos factores, tales como: hábitos alimentarios, actividad física, tipo de familia, acceso a la información, así como también enfermedades crónicas y otros factores, que contribuyen con el aumento de la mortalidad como a una peor calidad de vida de la población.

Con el propósito de aportar mayores antecedentes para planificar intervenciones que fomenten estilos de vida saludables, se desarrolló el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal y de fuente primaria en la que ya identificadas las familias con uno o más integrantes obesos se procedió a clasificar el grado de obesidad de cada familia seleccionada, para así comparar esta con las variables: estatus socioeconómico, hábitos dietéticos, actividad física, acceso a información y tipo de familia.

La población de estudio estuvo constituida por familias con uno o más integrantes obesos residentes en los sectores: El Despertar, Reparto del Este, El Ensueño, Los Pepines, Buenos Aires y Ensanche Bermúdez, los cuales fueron elegidos al azar por método de racimos. Respecto al nivel socioeconómico dichos sectores fueron tomados usando como parámetro el índice de tasa de pobreza de cada uno de estos, de acuerdo a una clasificación establecida por la PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) en su informe sobre desarrollo humano República Dominicana 2008 (Desarrollo Humano una cuestión de poder) donde se incluían todos los sectores de la zona urbana de Santiago.

Para determinar la cantidad de familias con integrantes obesos que residen en estos sectores, se procedió a ir a cada sector y por medio de una entrevista se identificaban las familias que tenían uno o más integrantes obesos, dato que era confirmado calculando el IMC (usando su peso y talla) obteniendo así un total de 209 familias. De modo que, de acuerdo a esta medida y cumpliendo los criterios de inclusión estos formaron la población total de esta investigación.

Para ésta investigación no fue necesario utilizar una muestra, sino que se utilizó la población total del estudio, la cual estuvo constituida por familias con uno o más integrantes obesos de los sectores: El Despertar (5 familias), Reparto del Este (5 familias), El Ensueño (36 familias), Los Pepines (22 familias), Buenos Aires (56 familias) y Ensanche Bermúdez (85 familias), quienes conforman un total de 209 familias con uno o más integrantes obesos.

RESULTADOS

Clase de obesidad con respecto al estatus socioeconómico

Clase de Obesidad	Estatus Socioeconómico						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Obesidad Moderada	75	63.6	33	28.0	10	8.4	118	100
Obesidad Severa	31	58.5	21	39.6	1	1.9	53	100
Obesidad Extrema	25	65.8	9	23.7	4	10.5	38	100

Fuente: Directa.

El mayor porcentaje de la población de estudio tenía obesidad moderada, de este porcentaje un 63.6 por ciento tenían un estatus socioeconómico bajo, también que el 65.8 por ciento de los que pertenecían a la clase de obesidad severa tenían un estatus socioeconómico bajo, un 23.7 por ciento pertenecían a la clase media, y del estatus socioeconómico alto aparecían en esta clasificación de la clase de obesidad un 10.5 por ciento, siendo esta la menor cifra del porcentaje de obesos de esta clase.

La clase de obesidad severa, el 71.8 por ciento pertenecían a los obesos totalmente inactivos, al igual que el porcentaje de los obesos de clase extrema eran inactivos con un 81.6 por ciento, el 5.3 por ciento era para los de esta clase que tenían actividad física baja, un 2.6 por ciento de estos tenían actividad física media y por último el 10.5 por ciento tenían una actividad física alta.

DISCUSIÓN

Esta investigación muestra resultados variados en relación a los resultados de investigaciones realizadas en varios países del mundo y en años anteriores quienes buscaban relacionar las mismas variables.

En el 2002 en Argentina por Trogliero et al. Fue realizado un estudio que reveló que pertenecer a niveles socioeconómicos altos se relacionaba con mayor frecuencia de poseer índice de masa corporal elevado, lo que coincidió con los resultados encontrados en esta investigación donde se muestra que el mayor número de familias se encontró en el estatus socioeconómico bajo con un 56.4 por ciento del total de la población de estudio. Ya en el estatus socioeconómico medio y alto alojaron valores de un 25.4 por ciento y 18.2 por ciento respectivamente.

Otra de las variables estudiadas fue la actividad física en la que de acuerdo a una investigación realizada por Kosti et al, mantener una actividad sedentaria se asocio con un mayor IMC, dato que queda demostrado con los resultados de esta investigación en donde la mayor parte de la población eran físicamente inactivos con un 78.8 por ciento en la clase de obesidad moderada, 71.8 por ciento para los obesos de clase severa y un 81.6 por ciento para la clase de obesidad extrema.

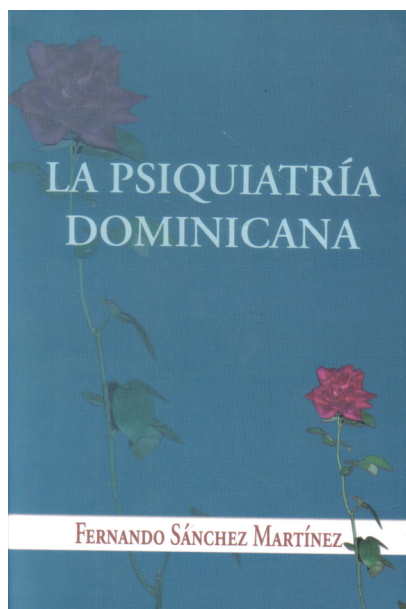
REFERENCIAS

1. Trogliero JC, Morasso MC. Obesidad y nivel socioeconómico en escolares y adolescentes de la ciudad de Salta. *Arch. argent. pediatr.* 2002; volumen (número).
2. Ball K, Mishra G, Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women? *International journal of obesity* 2002.
3. Ball K, Mishra GD, Crawford D. Social factors and obesity: an investigation of the role of health behaviours *International Journal of Obesity* 2003.
4. Lera L, Olivares S, Leyton B, Bustos N. Patrones alimentarios y su relación con sobrepeso y obesidad en niñas chilenas de nivel socioeconómico medio alto. *ALAN* 2006.
5. Villa-Caballero L, Caballero SV, Chavarria-Gambo AM, Linares LP, Torres VE, Medina R, et al. Obesity and socioeconomic status in children of Tijuana. *American journal of preventive medicine* 2006.
6. Arroyo M, Rocandio A, Ansotegui L, Pascual E, Salces

- I, Rebato E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp* 2006.
7. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. *BMC Pediatrics* 2007.
 8. Olivares S, Zacarías I, Lera L, Leyton B. Estado nutricional y consumo de alimentos seleccionados en escolares de la región metropolitana: Línea base para un proyecto de promoción del consumo de pescado. *Rev Chil Nutr* 2005.
 9. Núñez M, Figueiroa J and Bezerra J. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007.
 10. De los Angeles R, Castellanos R, Saint-Hilaire E. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en las familias de la zona sur de Santiago determinado por índice de masa corporal e índice nutricional, [Tesis de grado-medicina]. PUCMM, Santiago (Rep Dom), 2006.



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.

PREVALENCIA DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO EN EL CENTRO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESPECIALIDADES SANTO DOMINGO (CECIP)

Severo Antonio Mercedes Acosta,** Tania Medina Collado,****
Angela Montes De Oca,***** Massiel Fernández,*** Glorinil C.
Mercedes German.***

RESUMEN

Se realizó estudio retrospectivo, descriptivo para determinar la prevalencia de mamoplastia de aumento en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades de Santo Domingo (CECIP), durante los años 2000-2005. Durante este período la prevalencia de mamoplastia de aumento fue un 14 por ciento.

Las mamoplastias de aumento practicadas en CECIP, presentaron un incremento con el promedio de los años observándose 84 pacientes (7,6%) en el 2000 con 354 (32,2%) en el 2005. La edad más frecuente fue de 20-29 años con 479 (43,5%). La mayoría de las pacientes procedían del Distrito Nacional con un 80,5%.

El tipo de prótesis mamaria utilizada con más frecuencia correspondió a la de gel de silicón para un 70,8 por ciento. En cuanto al lugar de colocación de la prótesis mamaria no hubo diferencia entre la retroglándular y retromuscular 49,1 por ciento en cada caso, el tipo de incisión predominante fue subareolar 242 pacientes (22%), la prótesis de superficie texturizada fue la más utilizada con un 76,5 por ciento. Las complicaciones ocurrieron en tres de las pacientes para un 0,3 por ciento.

Palabras claves: prevalencia, mamoplastia aumento, prótesis mamaria.

ABSTRACT

A retrospective and descriptive study was made to determine the prevalence of mamoplastia of increase of Plastic Surgery and Specialties of Santo Domingo (CECIP), during years 2000-2005. During this period the prevalence was 14 por ciento. Mamoplastias of increase practiced in center of Plastic Surgery and Specialties of Santo Domingo (CECIP) during the period 2000 January December 2005, presenting/displaying an increase with the average of years being observed 84 (7.6%) in the 2000 with 354 (32.2%) in the 2005.

The age of greater frequency of accomplishment in this period the 20-29 group years was the one that with but frequency I am made 479 (43.5%), the origin of the patients it is observed that the majority corresponded to the National District (80.5%).

The type of prótesis used with more frequency corresponded to the one of silicone gel for a 70.8 percent As far as the place of positioning of the mammary prótesis there was no

difference since they were placed in the same proportion to retroglándular and to retromuscular for a 49.1% in each case, also the type of predominant incision was to subareolar 242 for a 22 por ciento, the referred surface was texturized 76.5 percent. The complications stayed below the awaited numbers statistically; since these single they appeared in three of the patients for a 0.3 percent.

Key words: prevalence, mamoplastia of increase, prótesis.

INTRODUCCIÓN

En la mujer de hoy, los senos representan sin ninguna duda, una de las estructuras corporales que más influyen en la belleza femenina y autoestima porque es un símbolo de maternidad y de sexualidad humana. Múltiples factores influyen con relación a la preocupación del sexo femenino por la conformación estética del tamaño y forma de sus pechos, pero consideramos como determinante para la toma de decisión quirúrgica, los vinculados a conceptos históricos, culturales y personales.

La búsqueda por modificar el aspecto externo del órgano mamario es el fin común de toda Mamoplastia de aumento, a través de la cual las pacientes transmiten un sentimiento de conformidad con su propio cuerpo y una imagen de seguridad, compartida en las distintas esferas sociales de su vida cotidiana.

El año 1895, representa la fecha en que por vez primera se modificó la forma de un seno con el objetivo de aumentarlo de tamaño y es considerado a Czerny como el responsable del hecho mediante la extirpación de un fibroadenoma y sustituyéndolo por un lipoma de la misma paciente, con buenos resultados obtenidos, transcurrieron muchos años hasta intentar aumentar un seno no patológico y fue en el año 1956 cuando Thomas Rees, utilizo como primer material sintético la esponja de ivalón que se transformó en la base de la Cirugía Plástica para las Mamoplastias de aumento, hasta que finalmente en el 1962, Cronin y Gerow de la Universidad de Baylor, presentaron las prótesis de silicona, las cuales a través de sus diferentes presentaciones han llenado de satisfacciones a pacientes y cirujanos en el mundo de hoy.

Las Indicaciones de mamoplastia de aumento son: Hipomastia del desarrollo o involutiva, Ptosis, Inconformidad posquirúrgica, Automotivación ya sea por influencias o ganancias secundarias, Sentimientos de feminidad disminuido, Perfil pacientes jóvenes entre los 20 y 30 años, de clase media y alta.

Se han ideado numerosas técnicas, las cuales podemos resumir en las técnicas biológicas y las técnicas aloplásticas (implantes).

* Jefe Departamento Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, Hospital Salvador B. Gautier.

** Residente cuarto año Departamento de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, Hospital Salvador B. Gautier.

*** Médico general.

Los implantes o prótesis mamarias se pueden clasificar de múltiples maneras algunas de estas clasificaciones son: según el material de relleno: Inflables o de solución salino y no inflables o de gel de silicona; Según la forma pueden ser redondos y anatómicos; según la textura pueden ser lisos o texturizados; según su perfil pueden ser bajos o altos.

Las vías de abordaje pueden ser submamaria, periareolar, axilar y abdominal. El plano de colocación de la prótesis mamaria puede ser subglandular, submuscular y subfacial.

Entre las complicaciones podemos encontrar contractura capsular, rotura de la prótesis, asimetrías, desplazamiento de las prótesis, infección, seroma, hematoma, pérdida de sensibilidad del pezón, galactorrea, depósito de calcio, atrofia del tejido glandular y deformidad del tórax, interferencia con las pruebas exploratorias diagnósticas, extrusión de los implantes, enfermedad de Mondor.

Actualmente en la República Dominicana no se ha encontrado ningún estudio relacionado con Mamoplastia de aumento, hasta donde nuestra investigación ha podido confirmar, lo que nos motiva a realizarla, constituyendo éste un recurso académico que puede ser utilizado como referencia de otros estudios posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal en las pacientes que fueron operadas de mamoplastia de aumento en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo, durante el período comprendido de enero del 2000 a diciembre 2005.

El centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo, se localiza en Gazcue y está delimitado al Norte, por la calle Manuel María Castillo; al Sur, por la Cesar Nicolás Penson; al Este, por la Paraguay, y al Oeste, por la Dr. Báez.

El universo a estudiar serán todas las pacientes sometidas a cirugía estética en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo. La muestra estará representada por las mamoplastia de aumento realizada en el período 2000-2005.

Se incluirán todas las pacientes operadas por los cirujanos plásticos del Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo que cumplan con los requisitos de haber asistido al CECIP, expediente localizable, haber sido sometido a mamoplastia de aumento, sexo femenino. Se excluirán los pacientes los cuales no tengan expediente clínico localizable y cuyas cirugías estéticas no hayan sido mamoplastia de aumento.

La recolección de la información se realizó de forma sistemática mediante la aplicación de un formulario, el cual fue elaborado y llenado por el propio sustentante. Dicho instrumento contiene datos sociodemográficos, tales como edad, procedencia, ocupación; datos relacionados en enfermedades asociadas, con antecedentes gineco-obstétricos, quirúrgicos y hábitos tóxicos; así como informaciones relacionadas con la mamoplastia de aumento. La información obtenida fue procesada por el método de palotes y se presentará en frecuencia simple.

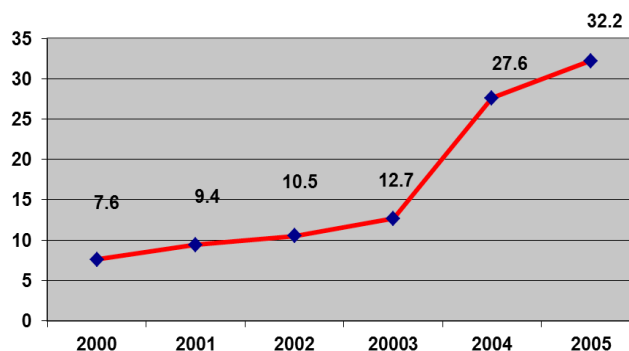
RESULTADOS

En el Cuadro 1, se presenta la distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según año en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), durante los años 2000 al 2005. Como se muestra, la cirugía de mamoplastia de aumento ha ido incrementándose con los años pasando de 84 (7,6%) en el 2000 a 354 (32,2%) en el 2005.

Cuadro 1. Distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según año, Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), 2000 -2005.

Años	Frecuencia	%
2000	84	7,6
2001	103	9,4
2002	115	10,5
2003	140	12,7
2004	303	27,6
2005	354	32,2
Total	1100	100,0

Figura 1. Distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según año, Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), 2000 – 2005.



La mayor frecuencia de mamoplastia de aumento, 478 (43,5%) se hizo en el grupo de 20-29 años, seguido muy de cerca por el grupo de 30-39 años con 393 (35,7%). Los grupos extremos (menor de 20 años y mayor o igual 50 años) fueron donde la frecuencia de mamoplastia fue menor (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según edad, Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), 2000-2005.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 20	69	6,3
20-29	478	43,5
30-39	393	35,7
40-49	140	12,7
≥ 50	20	1,8
Total	1100	100,0

En el cuadro 3 se presenta la distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según procedencia. Se observa que la mayoría 886 (80,5%) eran del Distrito Nacional 115 (10,4%) extranjeras y 99 (9%) del interior del país.

Cuadro 3. Distribución pacientes a los cuales se le realizó cirugía según procedencia, Centro de Cirugía Plástica de Santo Domingo (CECIP), 2000-2005.

Procedencia	Frecuencia	%
Distrito Nacional	885	80,5
La Romana	14	10,7
Santiago	13	1,2
San Cristóbal	11	1,0
La Altagracia (Higüey)	10	0,9
Nagua	7	0,7
San Francisco de Macorís	7	0,7
San Pedro de Macorís	4	0,4
Monseñor Novel (Bonao)	4	0,4
La Vega	4	0,4
Españat (Moca)	4	0,4
Peravia (Bani)	4	0,4
Puerto Plata	3	0,3
Samaná	3	0,3
Sanchez Ramirez (Cotui)	3	0,3
San Juan	2	0,2
Barahona	2	0,2
Azua	1	0,1
Salcedo	1	0,1
San José de Ocoa	2	0,2
Montecristi	1	0,1
Extranjero	115	10,4
Total	1100	100,0

Según la ocupación, a los profesionales correspondió el 26,4 por ciento; Seguido por empleados (14,8%) y amas de casa (11,5%); un 35 por ciento no tenían registrada la ocupación.

Entre los antecedentes gineco-obstétricos, según frecuencia y porcentaje. El 23,8 por ciento de las pacientes tenía entre 1 y 2 gestas; 18,5 por ciento, tenía entre 3 y 4 gestas. Con relación a la paridad, 13,5 por ciento tenía 2 partos: 10,3 por ciento, 1 aborto; 11,3 por ciento, 1 cesárea.

Un Total de 3,4 por ciento de las pacientes participantes en el estudio tenía hipertensión arterial; 73,1 por ciento, no tenía enfermedad asociada y, 21,8 por ciento estaba asociada a estados morbosos mal definidos (cuadro 6).

En cuanto a los hábitos tóxicos de las participantes en el estudio el 41,6 por ciento tenía hábitos tóxicos: 13,8 por ciento correspondía a alcohol; 12,3 por ciento a café y 11,2 por ciento a tabaco.

En los antecedentes quirúrgicos el 16,7 por ciento tenía antecedentes quirúrgicos, dentro de los cuales se destacan cesárea (5,8%), abdominoplastia (4,4%) y legrado (3,1%).

A la mayoría (97,4%) se le dio anestesia del tipo bloqueo peridural y en 2,6 por ciento el tipo de anestesia no se reportó.

El tiempo quirúrgico en horas de duración, el 63,8 por ciento correspondió al tiempo de 1-2 horas y 28,5 por ciento, al tiempo de 3-4 horas

De todas las pacientes se les colocó la prótesis mamaria, 49,1 por ciento retroglandular y 49,1 por ciento retromuscular. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según colocación del implante, Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), 2000-2005.

Colocación del implante	Frecuencia	%
Retro-glandular	540	49,1
Retro-muscular	540	49,1
No reportado*	20	1,8
Total	1100	100,0

Entre el tipo de incisión reportado, el subareolar (22,0%) fue el más común. (Cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según tipo de incisión Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), 2000-2005.

Tipo de incisión realizada	Frecuencia	%
Sub-areolar	284	25,8
Sub-mamario	17	1,5
Axilar	0	0,0
No reportado	799	72,6
Total	1100	100,0

La prótesis utilizada con más frecuencia fue la de gel de silicón (70,8%), observándose no reporte de la prótesis utilizada 14,9 por ciento. (cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución de pacientes con mamoplastia de aumento según tipo de prótesis, Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP), 2000-2005.

Prótesis utilizada	Frecuencia	%
Gel silicón	779	70,8
Solución salino	157	14,3
No reportado	164	14,9
Total	1100	100,0

La superficie de la prótesis más frecuentemente utilizada fue la texturizada (76,5%), en un 18,5 por ciento no se reportó.

La Distribución de las paciente con mamoplastia de aumento según volumen de la prótesis el 25,8 por ciento implantado fue de 200-299ml, seguido por mayor o igual 500ml (21,5%) y 300-399ml (21,4 %).

En 42,3 por ciento se asociaron otros procedimientos estéticos, siendo la abdominoplastia (24,3%) el más común. En 3 pacientes (0,3%), se presentaron complicaciones, que fueron resueltos sin secuelas de importancia.

DISCUSIÓN

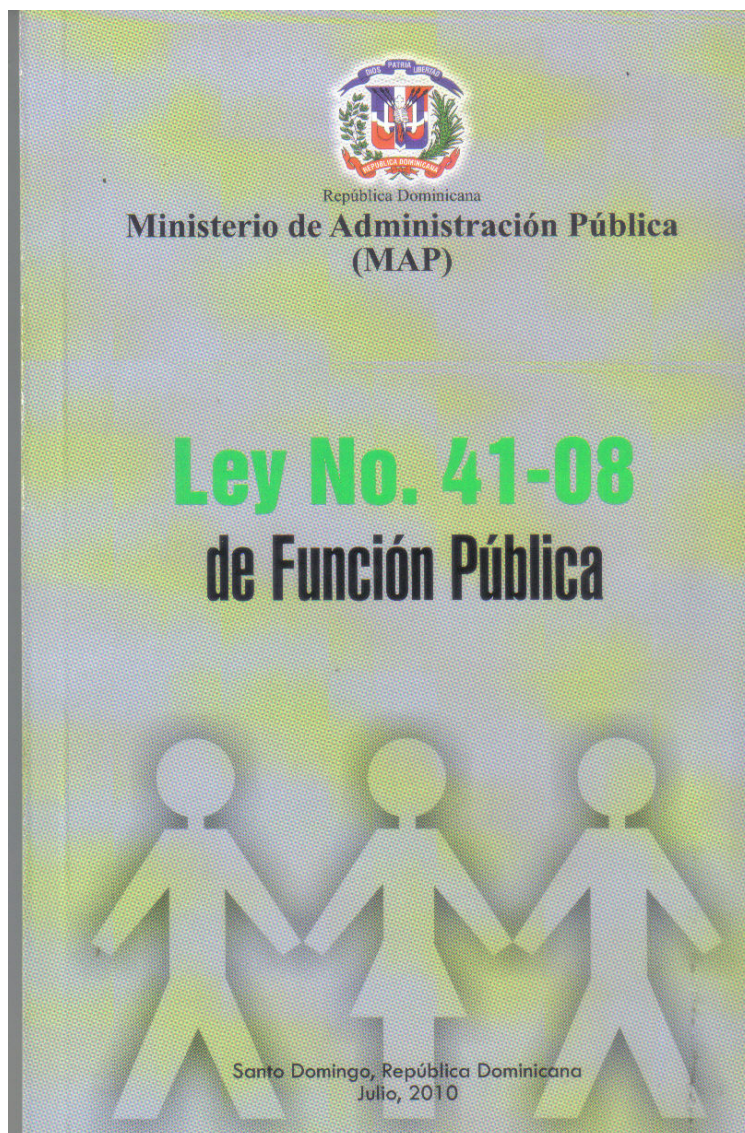
Las glándulas mamarias de importancia fisiológica, ha adquirido un significado social de proporciones monumentales. La mayoría de las mujeres que solicitan la mamoplastia de aumento parecen darle especial énfasis a su apariencia física obteniendo con estos sentimientos de feminidad. Por lo que hemos evaluado mediante un estudio de corte retrospectivo la prevalencia de la mamoplastia de aumento en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP)

por un periodo de seis años, uno de los centro más grandes de Latinoamérica en cuanto a cirugía estética se refiere, durante este periodo se realizaron en (CECIP) 11676 cirugías en general de las cuales 7927 (68%) fueron de cirugía estética y de estas 1100 correspondieron a mamoplastia de aumento representando un 14%. Observándose un incremento en los últimos dos años del estudio ya que paso de un 7,6 por ciento en el 2000 a un 27,6 y 32,2 por ciento respectivamente. La recolección de la información se realizó a través de un formulario el cual fue llenado a través de los expedientes clínicos de las pacientes sometidas a mamoplastia de aumento. Se evaluaron datos generales de estas pacientes como fueron la edad de mayor realización, la cual correspondió al grupo de 20-30 años, seguida por el grupo de 30-39 años, representando estas edades el 70 por ciento de realización de dicho procedimiento; lo que demuestra que este es un procedimientos de elección en mujeres adultas de edad media, en cuanto a lo que respecta de la procedencia y ocupación de estas pacientes el grupo procedente al Distrito Nacional fue el que registro un mayor porcentaje correspondiéndole un 79,7 por ciento, así mismo se comprobó que las profesionales son las sometidas con mayor frecuencia a este procedimiento presentando un 26,4 por ciento este grupo, se observó que este es un procedimiento de mayor realización en mujeres con una vida sexual activa pues se observó que el 23,8 por ciento de la pacientes tenía entre 1 y 2 gestas y el 18,5 por ciento entre 3 y 4. Dentro de los factores de comorbilidad señalados en este estudio como lo fue la hipertensión arterial, tuberculosis, anemia falciforme y diabetes el 73,1 por ciento no tenía enfermedad asociada, los antecedentes quirúrgicos que se reportaron con mayor porcentaje fueron las cesárea (5,8 %) y en segundo lugar la abdominoplastia (4,4%). En cuanto al tipo de procedimiento anestésico utilizado el regional (peridural) resulto ser el único reportado para un 97,4 por ciento así mismo el tiempo de duración del procedimiento fue una a dos horas lo que demuestra que es un procedimiento de corta duración y que por lo tanto un bloqueo regional proporciona la duración anestésica necesaria para realizar de una forma satisfactoria dicho procedimiento. Con relación al lugar de colocación de implante se observó una misma proporción, en cuanto al espacio retroglándular y retromuscular, el tipo de incisión presento un subregistro importante (72,6 %), quedando entre el tipo de incisión reportado, el peri areolar (22,0%) el más común. En cuanto a las características de las prótesis la superficie de elección fue la texturizada de una forma significativa para un 76.5% ya que esta demuestra la ventaja de mayor semejanza al tejido mamario natural y menor proporción de posibilidad de contractura capsular, así mismo el volumen utilizado se mantuvo entre los rangos de 200 ml a mayor o igual de 500 ml lo que denota una mayor predilección por mamas de volumen considerable, los procedimientos estéticos tuvieron mayor asociación fueron la abdominoplastia para un 24,3, con relación a la complicaciones presentaron un 0,3 por ciento quedando demostrado que la mamoplastia de aumento es un procedimiento quirúrgico de bajas implicaciones morbosas y con resultados muy satisfactorios.

REFERENCIAS

1. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, 2ª ed, Barcelona: Editora Salvat, 1986, Vol II: 1014-1020.
2. Lintilhac j. Del Sueño a la Realidad con Cirugía Estética, Mexico: Diana, 1980:
3. Grabb W. Cirugía Plástica, William C., segunda edición, Barcelona –Madrid: Salvat, 1977: 853-868.
4. Secretos de la Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, Mexico, 2001:268-70.
5. Skandalakis j. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General, primera edición, México: McGraw-Hill, 1984: 37-49.
6. Schwartz Principios de Cirugía, séptima edición, México: McGraw-Hill Interamericana, 2003, Vol: 277-283.
7. Tebbets J. Dual Plane Breast Augmentation: Optimizing Implant-Soft-Tissue Relationships in Wide Range of Breast Types. Plast.Reconstr.Surg. Abril2001. Vol107, No.5.p.p 1255-1272.
8. www.allaboutimplants.com Sociedad Americana de Cirugía Plástica 2007
9. Bostwick J. Tratado de Mamoplastia de Aumento, 2da edición, Amolca. V. I y II.
10. Hammond D., Revising the Unsatisfactory Breast Augmentation. Plast. Reconstr.Surg.,Ju 1999, Vol.104:
11. Benelli L. Periareolas mammoplasty: Round Bock Technic Aesthetic Plast.Surgery.
12. Cunningham B., Saline-filled breast implant safety a multicenter retrospective review.Plast.Reconstr. Surg.105:2143, 2000.
13. McCarthy J.G., Plastic Surgery, W.B.Saunders.Philadelphia 1990, Vol VI. Stromberk J. Surgery of the Breast. Ed Thieme, New York.
14. Picha G. Aumentation, Plastic Surgery Indications, Operations and Outcomes Mosby 2000, Vol. V cap.150.
15. Hammond D., Revising the Unsatisfactory Breast Aumentation, Plast Reconstruction Surgery, junio 1999, Vol. 104: 20-32.
16. Benelli L. Periareolar Mammoplasty: Round Bock Technic Aesthetc Plast Surgery. Conningham B. Saline-filled breast implant safety a multicenter retrospective review. Plast Reconstr Surg. 105: 2143-217.
17. Mc carthy J.G., Plastic Suegery, W.B. Saunders Philadelphia 1990, vol. VI. Stromberk j. Surery of the Breast, ed. Thieme, New York.
18. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, 1 ed, Bogota (Colombia): Editora Amolca, 1986, 950-85, Vol II.
19. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética Felipe Coiffman, Tercera Edición Bogota-Colombia: Editora Amolca, 2006: 1824-56 Vol.I.
20. Del Sueño a la Realidad con Cirugía Estética, Dr. Jean Paul Lntilhac, México: Diana 1980: 275-90.
21. Cirugía Plástica, William C. Grabb, M.D., segunda edición, Barcelona-Madrid: Salvat, 1977: 853-68.
22. Secretos de la Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, México, 2001: 268-70.
23. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General, John E. Skandalakis, M.D., primera edición, México: McGraw-Hill, q984: 37-49.
24. Principios de la Cirugía Schwartz, séptima edición, México: McGraw-Hill, Interamericana, 2003: 1620-64.
25. WWW.allaboutimplants.com Sociedad Americana de Cirugía Plástica 2007.
26. Deapen DM, Pike MC, Casagrande JT, Brody Gs. The relationship between breast cancer and augmentation mammoplasty: An epidemiologic study. Plasty

- Reconstruction Surgery 77:368, 1986.
27. Gruber RP, Friedman GD. Periareolar subpectoral augmentation
Mamoplasty. *Plasty Reconstruction Surgery* 67:453, 1981.
 28. Handel N, Jensen JA, Black Q, Waisman JR, Silverstein MJ. The fate of Breast implants: A critical analysis of complications and outcomes *Plast Reconst Surg* 96: 1521, 1995.
 29. Rheingold LM, Yoo RP, Curtis EH. Experience with 326 inflatable breast implants. *Plast Reconstr Sug* 93:118, 1994.
 30. Widdice L. The effects of breast reduction and breast augmentation surgery on lactation: An annotated bibliography. *J Hum Lact* 9:161, 1993.
 31. Thomas WO III, Harper LL, Wong SW, Michalski JP, Harris CN, Moore JT, Rodning CB. Expalantation of silicone breast implants. *Am Surg* 63: 421, 1997?



EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER DURANTE EL TERREMOTO DE HAITÍ DE 2010.

Severo Antonio Mercedes Acosta,** Manuel Díaz Guzmán,****
Rafael Estévez Hernández,** Glorinil C. Mercedes German.*****

RESUMEN

Luego del terremoto del 12 de Enero del 2010 que sacudió a la Republica de Haití, un equipo de cirujanos plásticos de la residencia nacional de cirugía plástica (Renacip) emprendió un viaje de emergencia a la ciudad fronteriza de Jimaní para dar soporte médico a las víctimas de este fenómeno natural.

El operativo duro 3 días, del 14 al 17 de Enero, los pacientes se reclutaron mediante triage en un hospital en la ciudad de Jimaní y fueron trasladados a la ciudad de Barahona donde se realizaron los procedimientos quirúrgicos.

Fueron vistos y evaluados más de 300 pacientes de los cuales se seleccionaron 69 mediante triage. La mayoría eran jóvenes y predominaba el sexo masculino.

Los procedimientos más frecuentemente realizados fueron cierres de heridas, fasciotomías, remodelaciones de muñones por amputación y reconstrucción de lesiones de miembros superiores.

En este tipo de situaciones queda demostrada la importancia de la faceta reconstructiva de la cirugía plástica, así como sus grandes aplicaciones en la cirugía de trauma.

Palabras claves: Fenomeno Natural, Cirugía Plástica, Haití

ABSTRACT

In the aftermath of the earthquake that hit Haiti on January 12, 2010; a group of plastic surgeons of the national residency of plastic surgery (RENACIP) travelled to the border city of Jimaní to give medical support to the victims of this natural disaster.

The operation lasted 3 days, (January 14-17). The patients were selected by doing triage in a hospital in the city of Jimaní, and then where transferred to the city of Barahona where the surgeries were made.

More than 300 patients were seen and evaluated, of which 69 were selected by triage. Most of them young males.

Most of the cases corresponded to upper extremity lesions. The more common procedure realized were wound closure, fasciotomies and upper extremity stump remodeling for amputation.

Situations like this shown the importance of the reconstructive phase of plastic surgery, and its big applications to trauma surgery.

Key words: Natural Digaster, Plastic Surgeons, Haití

* Jefe Departamento Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, Hospital Salvador B. Gautier.

...

INTRODUCCIÓN

El 12 de Enero del 2010 a las 4:53 p.m. Haití fue sacudido por un terremoto de 7,0 grados con epicentro a 15 kilómetros de Puerto Príncipe, el más fuerte registrado en la zona en los últimos 2 siglos, dejando un saldo de más de 300,000 muertos y 350,000 heridos, así como un millón y medio de personas sin hogar.

Ante esta catástrofe, la residencia nacional de cirugía plástica, reconstructiva y estética (Renacip) organizó un equipo de cirujanos plásticos bajo el mando del Dr. Severo Mercedes, actual jefe de servicio del departamento de cirugía plástica y reconstructiva del hospital Salvador B. Gautier, emprendiendo un viaje de emergencia hacia la ciudad de Jimaní que es un pueblo fronterizo con la hermana República de Haití; allí realizamos un triage en el Hospital General Melenciano y trasladamos los pacientes en ambulancias hacia el

Hospital Jaime Mota en la ciudad de Barahona donde le dimos el manejo quirúrgico requerido.

Lo importante ante este tipo de tragedias es el trabajo en equipo liderado por los médicos de emergencias y desastres pero con la intervención de todas las ramas del saber quirúrgico; es decir un equipo multidisciplinario para atender todo tipo de emergencias. Dentro de este gran equipo deben encontrarse cirujanos plásticos y reconstructivos por su capacidad para manejar múltiples traumas sobre todo involucrando cara y miembro superior pero con alcance a toda la anatomía humana y por tener una formación especial en el manejo de heridas del tejido blando.

Los cirujanos plásticos y reconstructivos juegan un rol integral en el tratamiento agudo de las víctimas lesionadas en estas grandes catástrofes, especialmente cuando consideramos la naturaleza y la dimensión de estos desastres. Y esto es debido a su experiencia diaria en el tratamiento de pacientes quemados, manejo de tejidos blandos, trauma facial y de extremidades así como reimplantes; todos estos, puntos de vital importancia luego de un terremoto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este fue un trabajo prospectivo, que se realizó en las ciudades de Jimaní y Barahona, en los hospitales General Melenciano y Jaime Mota, respectivamente; entre los días 14 y 17 de enero del año 2010.

Se les llenó un formulario a todos los pacientes atendidos víctimas del terremoto en Haití, donde se detallaban los datos generales de los pacientes como sexo y edad así como el tipo de lesión, el área anatómica afectada y el manejo médico que

recibieron. Estos datos fueron tabulados en Excel, procesados y analizados.

RESULTADOS

Fueron evaluados más de 300 pacientes pero se seleccionaron 69 mediante el triage. De éstos, se obtuvo la edad en 58 pacientes, agrupándose en edades según se observa en el gráfico 1. Evaluando la relación por edad de la población estudiada, eliminando los casos no determinados, encontramos que la población entre los 10 y los 19 años fue la más afectada con un 33 por ciento, seguidos por el segmento 20-29 años con un 26 por ciento; por lo que se evidencia que más de la mitad (59%) de los pacientes afectados eran de la población joven. El resto de los porcentajes por edad, se detalla en el gráfico 2. La población masculina resultó más afectada (41 casos para un 59%) según se visualiza en el gráfico 3.

El mayor porcentaje de casos manejados por nuestra serie correspondieron a lesiones de miembro superior (n=25, 36%), seguido de lesiones faciales (15 para 22%). Cabe destacar que se vieron 9 pacientes (13%) que presentaron lesiones múltiples. El resto de la distribución se evidencia en el gráfico 4.

Los procedimientos realizados se detallan en el gráfico 5. La mayoría de pacientes requirieron de suturas y/o rafia de partes blandas (26 casos para 38%).

Gráfico 3: Distribución por Sexo

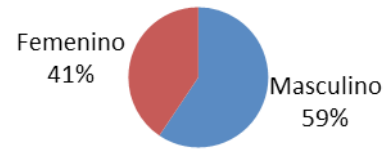


Gráfico 4: Zona Anatómica Afectada

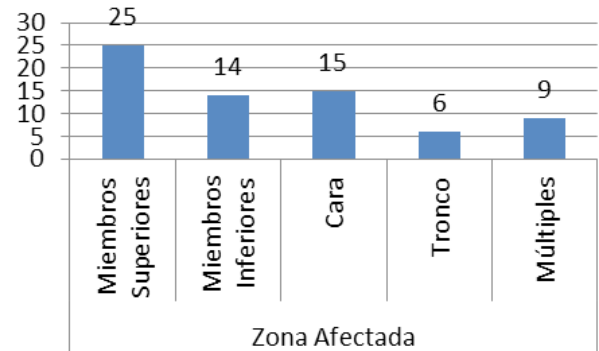


Gráfico 1 - Edad Afectada (Número)

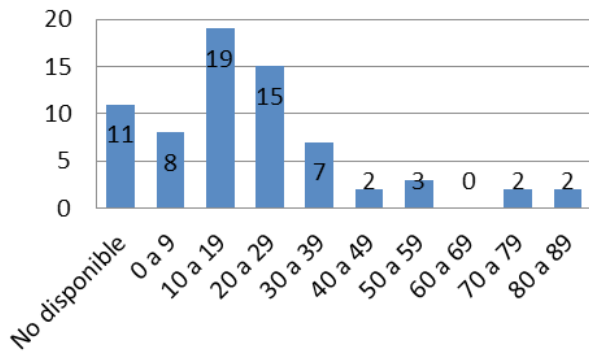


Gráfico 2 - Edad Afectada (Porcentajes Netos)

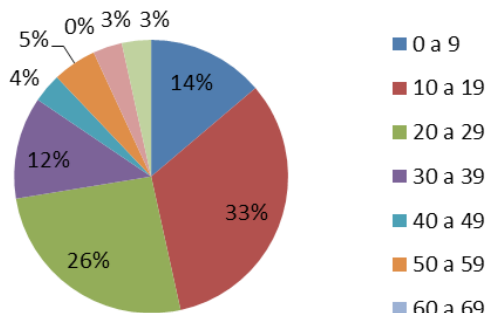
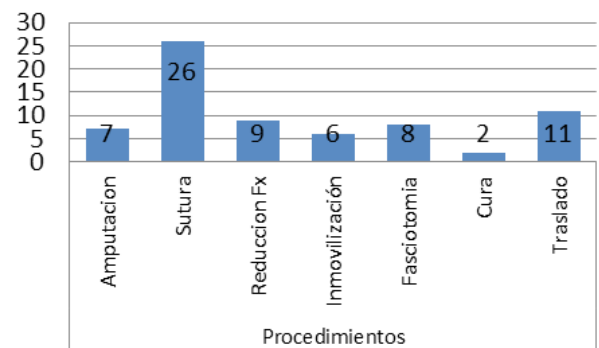


Gráfico 5: Procedimientos Realizados



DISCUSIÓN

Nuestra mayor contribución durante este desastre fue nuestro liderazgo irrefutable como los médicos más calificados en el equipo multidisciplinario de manejo de traumas por decidir y seleccionar con competencia cuáles pacientes debían recibir manejo quirúrgico inminente y cuáles no; y poder brindar nuestros conocimientos en el manejo de heridas y quemaduras.

Fuimos una parte esencial en el manejo y depuración de las emergencias basado en nuestra experiencia quirúrgica con pacientes de todos los grupos etarios y de ambos sexos desde la cabeza hasta los pies.

Tal vez esta oportunidad haya servido para cambiar la impresión general que tienen la mayoría de las personas sobre

los cirujanos plásticos de una vez por todas; ya que el amplio rol de nuestra especialidad no es bien comprendido ni dentro ni fuera de nuestra profesión.

De igual forma, la cirugía plástica tiene importantes aplicaciones en el manejo de muchos otros problemas que no tiene nada que ver con la cirugía estética. Esta faceta reconstructiva, y el abordaje de nuestro equipo en la cirugía de trauma fueron destacados durante las labores luego del terremoto.

El trabajo incansable y sin esperar recompensa para ayudar

a los más necesitados a recuperarse luego de un desastre de este calibre, representa la mejor cara de lo que es la cirugía plástica.

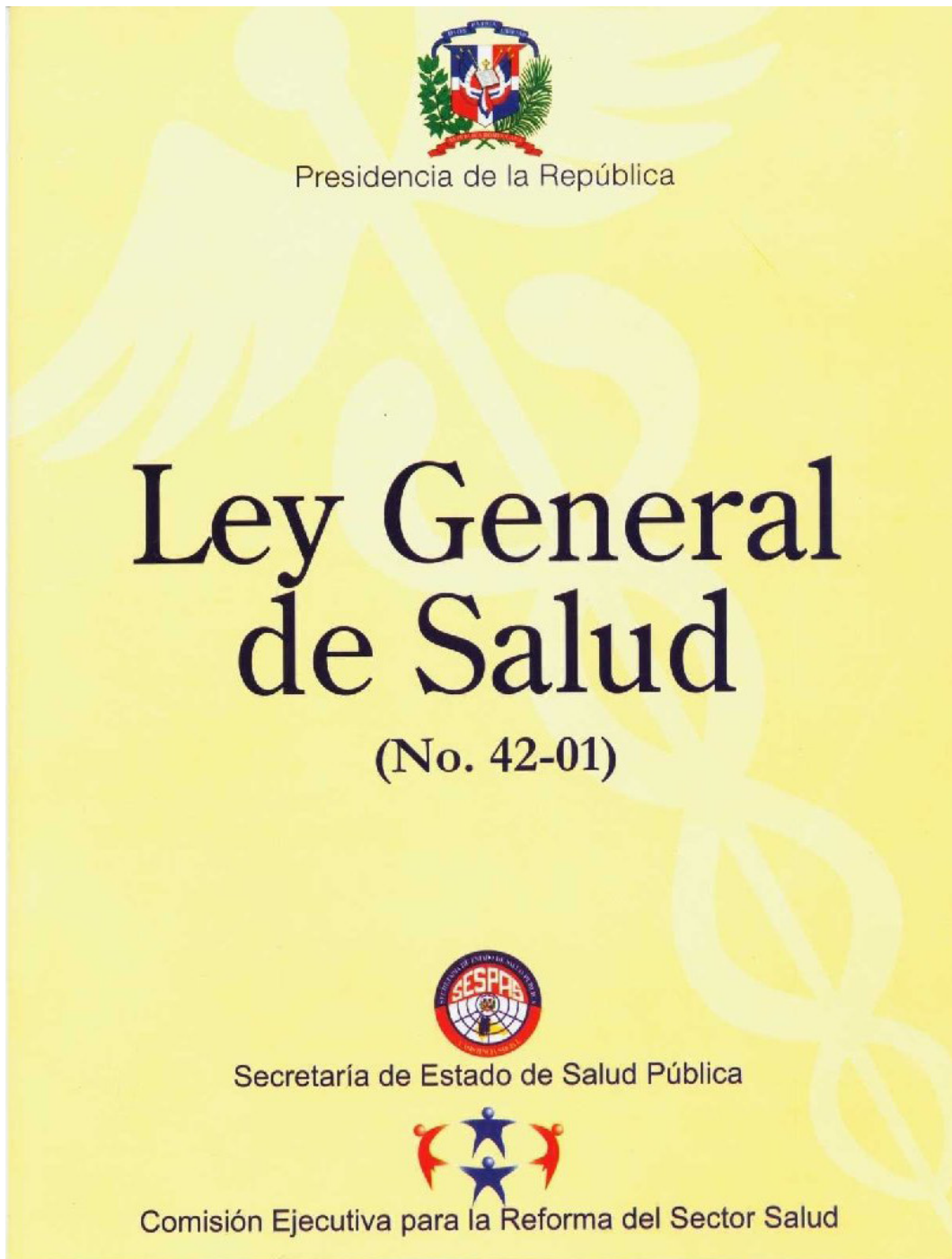
REFERENCIAS

1. http://es.wikipedia.org/wiki/Terremoto_de_Haiti_2010
2. Plastic surgeons' performance during the february 27 earthquake in chile". Prado, Arturo S.; Reyes, Sergio. Plastic & Reconstructive Surgery. 125(6):1835-1837, Junio 2010.

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.



FRECUENCIA DE TIROIDECTOMÍA POR PATOLOGÍA BENIGNA DE LA GLÁNDULA TIROIDES HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI.

Ivanhoe V. Balbuena Corporán,* Juan Pablo Lagos Cruceta,** Karina Estrella Gómez,** Víctor Cabrera,*** Rubén Darío Pimentel.****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con recolección de datos retrospectiva, que se desarrolló a través de revisión de expedientes clínicos de pacientes a los que se les hizo tiroidectomía por patología benigna durante el periodo 2008-2010. El universo estuvo constituido por 245 pacientes operados del tiroides y la muestra constituida por 164 pacientes sometidos a tiroidectomía. Se reporta una frecuencia de 66.7 por ciento, el 51.2 por ciento estaba comprendidos entre los 40-49 años de edad, un 89.6 por ciento correspondió al sexo femenino, el 72 por ciento se halló afectados por bocio multinodular, un 92.7 por ciento fue intervenidos mediante la tiroidectomía convencional y el 23.7 por ciento se complicó con hematoma y un 2.4 por ciento con hipercalcemia.

Palabras claves: Tiroidectomía, tiroides, patología benignas.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out with recollection of data retrospective, that developed through clinical revision of expedients of patient to the ones that was done them Tiroidectomy by pathologic benign during the period 2008-2010. The universe was constituted by 245 patient operated of the tiroides and the sample constituted by 164 patient submitted to Tiroidectomy. Itself reported a frequency of 66.7 percent, the 51.2 percent was understood among the 40-49 years of age, an 89.6 percent corresponded to the female sex, the 72 percent was found affected by goiter multinodular, a 92.7 percent was intervened by means of the Tiroidectomy conventional and the 23.7 percent was complicated with hematoma and a 2.4 percent with hipercalcemia.

Key words: Tiroidectomy, tiroides, benign pathology.

INTRODUCCIÓN

La tiroidectomía se define como el procedimiento quirúrgico consistente en la resección total o parcial de la glándula tiroides indicada a pacientes con desórdenes funcionales, neoplásicos e inflamatorios.

Existen condiciones que conllevan a realizar este procedimiento como los estadios carenciales de yodo productores de bocio endémico condiciones que pueden llegar a afectar el proceso de deglución y respiración normal las

cuales producen aumento exagerado del tamaño de la glándula generando alteración de la apariencia física, razones también que obligan realizar este procedimiento quirúrgico.

Los tipos de tiroidectomías existentes pueden ser utilizados con mayor frecuencia dependiendo de la patología a tratar:

Tiroidectomía Total: extirpación total de la glándula tiroides indicada anteriormente para patologías sugestivas de malignidad, conducta quirúrgica que ha cambiado.

Tiroidectomía Parcial: procedimiento quirúrgico en el cual se extirpa parte de la glándula tiroides con el objetivo de no provocar hipotiroidismo.

La técnica quirúrgica independientemente de ser total parcial implica correcta disección, preservación en la medida de lo posible de paratiroides visualización y protección de los elementos (nervio laríngeo superior y nervio laríngeo recurrente), adecuado manejo de los pedículos vasculares, condiciones que minimizan el riesgo de futuras complicaciones

La primera referencia a una operación de tiroides para la terapéutica del bocio se atribuye a Roger Frugardi en 1170. Como respuesta al fracaso de la terapia médica, se insertaron dos sedales en el bocio en ángulos rectos y se ajustaban dos veces al día hasta que el bocio se separaba.

Los cirujanos de tiroides más notables fueron Emil Theodor Kocher (1841 -1917) y Theodor Billroth (1829-1894) quienes efectuaron miles de operaciones con resultados cada vez mejores. Empero, mientras más pacientes sobrevivían a las operaciones se hacían evidentes nuevos problemas y aspectos. William Halsted fue el primer cirujano en indicar que los resultados dependían de la técnica quirúrgica. Kocher era en extremo ordenado y preciso, operaba sin prisas alguna en un campo ya menudo retiraba toda la tiroides, sus pacientes desarrollaban hipotiroidismo

En el 1997, Díaz y colaboradores llevaron a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo en los primeros 4 años de funcionamiento de la unidad quirúrgica denominada "Clínica de Día" del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, el Departamento de Cabeza y Cuello ha practicado 493 tiroidectomías ambulatorias en pacientes seleccionados, cuyas edades oscilaron entre los 13 y 74 años de edad. En 438 casos (88,88 por ciento), la indicación quirúrgica fue la presencia de un nódulo solitario, en menor proporción el bocio multinodular (9.5 por ciento), y el compromiso tumoral difuso de la glándula (1.6 por ciento). Se realizó lobectomía unilateral (hemitiroidectomía) en el 75.2 por ciento de los casos, seguido en orden de frecuencia por tiroidectomía subtotal (19.4 por ciento), istmectomía (4.3 por ciento), tiroidectomía total (3.8 por ciento) y enucleación (1.2 por ciento). El diagnóstico

* Cirujano General.

** Médico general.

*** Jefe servicio de Cirugía Hospital Dr. Vinicio Calventi.

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

final anatomopatológico correspondió en 362 casos (73.4 por ciento) a patología benigna y en 131 (26.6 por ciento) a cáncer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo con recolección de datos retrospectiva, que se desarrolló a través de revisión de expedientes clínicos de pacientes a los que se les hizo tiroidectomía por patología benigna durante el periodo 2008-2010.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de tiroidectomía por patologías benignas, Hospital General Dr. Vinicio Calventi, 2008-2010.

Total de pacientes sometidos a cirugía del tiroides durante el período de estudio	Frecuencia	%
Por patologías benignas	164	66.9
Por otras patologías	81	33.1
Total	245	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes sometido a tiroidectomía.

Al analizar este cuadro se observó que durante el período de estudio fueron sometidos a cirugía del tiroides un total de 245 pacientes, de los cuales, en 164 fueron sometidos a tiroidectomía un total de ellos 164, lo que equivale a un 66.9 por ciento.

Cuadro 2. Distribución por edad de pacientes sometidos a tiroidectomía por patologías benignas, Hospital General Dr. Vinicio Calventi, 2008-2010.

Edad (años)	Frecuencia	%
20 – 29	5	3.1
30 – 39	50	30.5
40 – 49	84	51.2
50 – 59	17	10.4
60 – 69	5	3.1
≥70	3	1.8
Total	164	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes sometido a tiroidectomía.

Al analizar este cuadro se observó que 84 pacientes, equivalente al 51.2 por ciento estaban comprendidos entre los 40-49 años y 50 pacientes, para un 30.5 por ciento se hallaron de 30-39 años.

Cuadro 3. Distribución por sexo de los pacientes sometidos a tiroidectomía por patologías benignas, Hospital General Dr. Vinicio Calventi, 2008-2010.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	17	10.4
Femenino	147	89.6
Total	164	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes sometido a tiroidectomía.

Con relación al sexo se encontró que 147 pacientes, correspondiente al 89.6 por ciento eran del sexo femenino.

Cuadro 4. Tipos de patología en los pacientes sometidos a tiroidectomía por patologías benignas, Hospital General Dr. Vinicio Calventi, 2008-2010.

Patología	Frecuencia	%
Bocio multinodular	118	72.0
Bocio nodular	44	26.8
Tiroiditis	2	1.2
Total	164	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes sometido a tiroidectomía.

De acuerdo a este cuadro se halló que 118 pacientes, para un 72 por ciento estaban padeciendo bocio multinodular y 44 pacientes, equivalente al 26.8 por ciento se encontraban padeciendo bocio nodular.

Cuadro 5. Tipos de procedimiento aplicado en los pacientes sometidos a tiroidectomía por patologías benignas, Hospital General Dr. Vinicio Calventi, 2008-2010.

Tipos de procedimiento	Frecuencia	%
Convencional	152	92.7
Bisturís armónico	12	7.3
Total	164	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes sometido a tiroidectomía.

Al analizar este cuadro se observó que 152 pacientes, correspondiente al 92.7 por ciento fueron sometidos a tiroidectomía mediante la cirugía convencional y en 12 pacientes, igual al 7.3 por ciento se usó el bisturís armónico.

Cuadro 6. Tipos de complicaciones en pacientes sometidos a tiroidectomía por patologías benignas, Hospital General Dr. Vinicio Calventi, 2008-2010.

Tipos de complicaciones	Frecuencia	%
Hematoma	6	3.7
Hipocalcemia	4	2.4
Lesión d enervio	1	0.6
Sin complicación	153	93.3
Total	164	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes sometido a tiroidectomía.

Con relación a las complicaciones se encontró que en 6 pacientes, para un 3.7 por ciento se presentaron hematoma y en 153 pacientes, equivalente al 93.3 por ciento no se presentaron complicaciones.

DISCUSIÓN

Durante el período de estudio 2008-2010 fueron sometidos a cirugía del tiroides un total de 245 pacientes en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, de los cuales, 164 sometidos a tiroidectomía por patología benignas, lo que equivale a un 66.9 por ciento. Al comparar este hallazgo con autores como Díaz y colaboradores, lo cuales realizaron un estudio en la Clínica de Día del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, el Departamento de Cabeza y Cuello ha practicado 493 tiroidectomías ambulatorias en pacientes seleccionados, donde se reporta una frecuencia de tiroidectomía por patología de benignas de un 73.4 por ciento. El porcentaje encontrado en el presente estudio es ligeramente inferior.

Al analizar lo grupo de edad, se encontró que los grupos

más afectados se observaron entre los 40-49 y 30-39 años un 51.2 y un 30.5 por ciento respectivamente. Refiere Andrade en su estudio sobre la tiroidectomía sub-total en el 1997, que la mayoría de los pacientes se encontraron por encima de los 50 años de edad, lo cual difiere del presente estudio.

Con relación al sexo se encontró que más del 80 por ciento de los casos correspondieron al sexo femenino. Los resultados del presente estudio guardan relación con los que describe Johansson, *et al*, en el 1994, quienes señalan un predominio de la patología glandular tiroidea en el sexo femenino.

Al analizar el tipo de patología padecida se encontró que un poco más del 70 por ciento se encontraban padeciendo bocio multinodular, este hallazgo difiere de autores como en el 1997, Díaz, *et al*, llevaron a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo en los primeros 4 años de funcionamiento de la unidad quirúrgica denominada «Clínica de Día» del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, el Departamento de Cabeza y Cuello ha practicado 493 tiroidectomías ambulatorias en pacientes seleccionados, donde se reporta una frecuencia de bocio multinodular de un 9.5 por ciento.

Al analizar el tipo de tiroidectomía utilizada en estos casos, se pudo observar que un poco más del 90 por ciento de los pacientes fueron sometidos a tiroidectomía convencional, observándose que la mayoría de las complicaciones por hematomas fueron encontradas al utilizar este tipo de cirugía, Este hallazgo coincide con autores como Elsevier en su Tratado de cirugía de Sabiston en el 2007 y con Andrade en una investigación acerca de la tiroidectomía sub-total en el 1997, quienes señalan que el hematoma es la principal complicación cuando se realiza este tipo de intervención quirúrgica en el tiroides.

REFERENCIAS

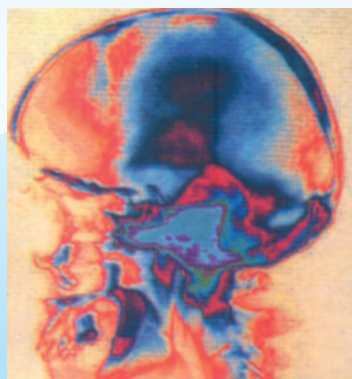
1. McGraw-Hill interamericana Principios de cirugía Schwartz octava edición 2008.
2. Elsevier inc. Tratado de cirugía de Sabiston 17 edición versión español 2007 McGraw-Hill. Anatomía y técnicas quirúrgicas de Skandalakis segunda edición.
3. Underwood EA, Singer CH. Breve historia de la medicina. Ediciones Guadarama, 1961:500.
4. Andrade MA. Tiroidectomía sub-total. Buenos Aires: EDIAR, 1997:187-9.
5. Madden JL. Atlas de técnicas quirúrgicas. Buenos Aires: Editorial Interamericana, 1967:179-85.
6. Carreira MC, Turrión F, San Román JM. Nervio laríngeo recurrente no recurrente: una trampa en cirugía tiroidea. *CirEsp* 1988; 43:128-34.
7. Díaz J, Salas A, Sánchez P, Torres P, Travezán F. Tiroidectomía ambulatoria: experiencia con 493 casos en el Instituto de enfermedades Neoplásicas. *Acta Cancerol*, 1997; 27(2):8-11.
8. Johansson K, Ander S, Lennquist S, Smeds S. Human parathyroid blood supply determined by laser-dopplerflowmetry. *World J Surg* 1994; 18:417-20.
9. Miccoli P, Rocco B, Mourad M, Walz M, Raffaelli M. Minimallyinvasive video-assisted Thyroidectomy: Multiinstitutional Experience. *World J Surg*. 2002;26:972-975.
10. Ferzli GS, Sayad P, Ziad A, Cacchione RN. Minimally invasive, nonendoscopic thyroid surgery. *J Am Coll Surg*. 2001; 192(5):665-668.
11. Brunt LM, Jones DB, Wu JS. Experimental Development of an endoscopic approach to neck exploration and parathyroidectomy. *Surgery*. 1997; 122:893-901.
12. Hay ID, Bergstralh EJ, Goellner JR. Predicting outcome in papillarythyroid carcinoma. *Surgery*. 1993; 114:1050-1057.



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

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL Y REGIONAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA.

Enmanuel Escalante Pérez,** Antonio Manuel Estévez Báez,*
 Enmanuel Félix Báez,* Rubén Darío Pimentel,**** Francisco
 Javier Pimentel Perdomo.*****

RESUMEN

La Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) se define como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral. Se considera la tercera causa de muerte en países industrializados y es la primera causa de invalidez en el mundo. Por todo lo antes referido nos motivamos a realizar un Protocolo de Trabajo para saber la evolución de la ECV en el paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI con ECV En Hospital general regional Dr. Marcelino Velez Santana desde junio 2008 a mayo 2009. La población quedó constituida por 67 pacientes, de los cuales se revisaron los expediente clínico y las variable de interés fueron procesada por el paquete estadístico Microsoft Excel 2007 y representadas en cuadros y gráficos.

Resultados: las edades y sexo más afectados fueron de 50 – 69 años con un total de 34 pacientes (50.74 %) y el masculino con 38 casos (56.71%) respetivamente, obteniendo una edad promedio de 59.9 años. La escala de Glasgow resulto ser un eficiente indicativo de evolución y mortalidad al relacionarse la escala 4 – 9 con mayor número de fallecido 26 paciente para un (38.81 %), el manejo medicamentoso más utilizado fue la combinación de neuroprotectores (somazina) cortico esteroides (dexametazona), diuréticos osmóticos (manitol) anticonvulsivantes (hepamin), antiagregante plaquetario (clopidogrel) y antihipertensivos(captopril); la enfermedad cerebro vascular más frecuente fue la ECV hemorrágico con 51 casos (76.11%), y de estos la hemorragia intraparenquimatosa presento 26 caso (50.98%); en cuanto a los factores de riesgo la HTA fue el de mayor frecuencia con un total de 48 pacientes(71.64%) seguido de la diabetes mellitus; los hábitos toxico estuvieron representados por café y tabaco con 22 y 6 casos respectivamente; de la sintomatología de ingreso la cefalea intensa fue la se presentó con más frecuencia con 31casos seguida de hemiparesia y mareo con 16 y 19 casos respectivamente; el intervalo de 1 -3 días fue el tiempo de estadio más frecuente con 33 pacientes; el ECV hemorrágico curso con 51 caso (76.11%) y el isquémico con 16 casos (23.88); la complicación que más se presento fue la traqueostomia con15 caso (22.38%) y seguida de la herniación de las amígdalas cerebelosas con 6 caso (8.95%) del total de caso siendo la más temida por provocar la muerte en un 100% de los casos que se presento

Palabras claves: Enfermedad Cerebro Vascular, signos clínicos, evolución.

ABSTRACT

Cerebrovascular Disease (CVD) is defined as rapidly developing clinical signs of disturbances of brain function. It is considered the third leading cause of death in industrialized countries and is the leading cause of disability in the world. For all the above mentioned motivate us to make a working protocol to determine the evolution of CVD in patients admitted to the intensive care unit (ICU).

Methods: A descriptive, transversal and retrospective study of patients admitted to the ICU with CVD at the regional general hospital Marcelino Velez Santana from June 2008 to May 2009. The population was composed of 67 patients, of whom clinical records were reviewed and the variables of interest were processed by Microsoft Excel 2007 statistical package and represented in tables and graphs.

Results: The most affected age and sex were 50 - 69 years with a total of 34 patients (50.74%) and male with 38 cases (56.71%) Respect, earning an average age of 59.9 years. Glasgow Coma Scale turned out to be an efficient indication of mortality trends and related scale 4 to 9 \ with the highest number of 26 patients died for a (38.81%), management was the most used drug combination of neuroprotective (Somazina) corticosteroids (dexamethasone), osmotic diuretics (mannitol) anticonvulsivants (hepamin), antiplatelet (clopidogrel) and antihipertensiv (captopril), cerebrovascular disease was the most common hemorrhagic CVD with 51 cases (76.11%), and these present Intracerebral hemorrhage 26 cases (50.98%) regarding the risk factors of hypertension was more frequent with a total of 48 patients (71.64%) followed by diabetes mellitus, toxic habits were represented by coffee and snuff with 22 and 6 cases respectively, of the symptoms of severe headache income was the most commonly occurs with 31casos and dizziness hemiparesia followed with 16 and 19 cases respectively, the range of 1 -3 days was the most frequent stage time with 33 patients; the course of 51 hemorrhagic CVD event (76.11%) and ischemic in 16 cases (23.88), the complication mentioned most frequently was the case with 15 tracheostomy (22.38%) and followed by the herniation of the cerebellar tonsils with 6 cases (8.95 %) of all cases being the most feared by cause of death in 100% of the cases presented.

Key words: Cerebrovascular Disease, clinical signs, evolution.

* Médico general.

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

*** Neurólogo. Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La enfermedad Cerebrovascular (ECV) es un gran problema de salud pública por su alta mortalidad y discapacidades secundarias que produce, lo cual ocasiona grandes costos y pérdidas de la productividad. En un sentido amplio el ataque Cerebrovascular(ACV) o ictus se define como un episodio súbito de déficit neurológico focal o global producido por un evento isquémico o hemorrágico, o sea, una falta en la circulación cerebral con una duración mayor de 24 horas; cuando el tiempo es menor se le llama ataque isquémico transitorio(AIT). Cuando los síntomas duran más de 24 horas y se resuelven en menos de 3 semanas se le llama ataque isquémico reversible o ACV menor.

La naturaleza de las enfermedades cerebrovasculares se puede presentar como una isquemia en el 80 por ciento de los casos, debido a una disminución en el aporte sanguíneo cerebral ya sea focal o global, o como una hemorragia en el 20 por ciento de los casos, con presencia de sangre en el parénquima (hemorragia intracerebral), en el interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia interventricular), o en el espacio sub-aracnoideo (hemorragia sub-aracnoidea).

Estas patologías son un problema de salud mundial, constituyen la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde establece que alrededor de 15 millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas 5.5 millones mueren (representando el 10 por ciento de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente, colocándose entre las primeras 5 causas más importantes de carga por enfermedad.

En los países desarrollados, con rápido crecimiento económico, se especifica que el ictus se mantendrá como segunda causa de muerte debido al envejecimiento de estas poblaciones, al igual que en los países en vías de desarrollo. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha habido un aumento en la magnitud y gravedad de la ECV en las Américas, siendo mayor en América Latina y en el Caribe, donde el control de los factores de riesgos es menor y ocasionará grandes costos económicos y sociales al incrementar la morbimortalidad y discapacidad; las cifras de prevalencias son variables, en Bolivia, en Colombia y en Perú. En relación con la mortalidad por ECV en las Américas se encuentra una disminución en los periodos del 1969 al 1976, excepto en Guatemala, República Dominicana, El Salvador y Colombia donde aumento. En los Estados Unidos se calcula un aumento desproporcionado de la tasa a medida que avanza el tiempo.

El trabajo de investigación va encaminado a lograr una optimización de las estrategias diagnosticas urgentes para reducir el tiempo desde el inicio de las enfermedades hasta la acción medica terapéutica; dar tratamiento específico adaptado a cada subtipo, etiología, localización, y tamaño; la adopción de medidas para minimizar o evitar la aparición de complicaciones e iniciar la prevención secundaria como una determinante clave para mejorar el pronóstico de los pacientes. Todo esto obliga a instaurar un tratamiento lo mas específico e individualizado posible; con un sistema escalonado de atención del paciente que debe responder a la variante tiempo, pues la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatamente posteriores al inicio del episodio.

En las dos últimas décadas del siglo pasado y comienzo de esta,

se ha logrado un incremento excepcional en los conocimientos de estas patologías, los cuales han evolucionado de la mano con la tecnología que han permitido confirmar el mecanismo, forma, distribución, etc. De una ECV de manera rápida segura y confiable; ofreciendo el desarrollo de nuevas opciones de tratamiento médico, estrategias para rehabilitación y la reinserción de los pacientes a la sociedad, ofreciéndoles algo que hasta hace poco era imposible, la esperanza.

Justificación

Hoy día constituye un reto para las ciencias médicas abordar el tema sobre las enfermedades cerebrovasculares, donde su prevalencia ha ocupado el tercer lugar dentro de las primeras causas de muerte, donde esta patología neurológica invalidante afecta con mayor frecuencia a la población adulta mayor de 65 años, siendo la segunda causa de demencia y la primera causa de discapacidad en la etapa de la adultez. Su importancia de su estudio, es debido por las características que presentan su progresión en la vida de los individuos, ya que la misma está conformada por un conjunto de trastorno que afecta el área del encéfalo de forma transitoria, permanente por una isquemia ó hemorragia, estando uno ó más vasos sanguíneos cerebrales comprometidos por un proceso patológico.

Teniendo en cuenta cómo ha evolucionado el conocimiento científico-técnico al respecto, se puede decir que se han creado una entidad clínica sobre el estudio sobre las enfermedades cerebrovasculares, por lo que ha permitido revolucionar en conceptos, diagnóstico y manejo terapéutico.

Por tal razón, el propósito de la investigación es determinar la frecuencia, complicaciones y tratamiento de pacientes con enfermedades cerebrovasculares en el Hospital general Marcelino veles santana, Santo Domingo, durante el periodo junio 2008 – mayo 2009. No obstante, este estudio servirá de gran ayuda para comprender la importancia de la prevención de las enfermedades cerebrovasculares, con la finalidad de establecer un mejor diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes afectados por esta patología, diseñando estrategias que vayan encaminadas a las acciones correctivas para mejorar la calidad de vida de la población, ya que estas enfermedades constituyen un proceso patológico que compromete a la elevada tasa de morbi-mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, con la finalidad de conocer la evolución en la unidad de cuidados intensivos de los pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana. Este hospital está ubicado en la calle Isabela Aguiar 456, del sector de Herrera, del municipio Santo Domingo Oeste, Provincia Santo Domingo, República Dominicana.

Tiempo de realización del estudio

El periodo que abarca el estudio comprende: Junio 2008- mayo 2009.

Técnica de recolección de datos

Se revisaron las informaciones contenidas en los registros de los pacientes con ECV que fueron ingresados en UCI, en

el tiempo establecido del estudio .Se formuló un cuestionario, entrevistas a profesionales del área que incluyan las siguientes que incluye variables como: edad, sexo, factores de riesgo, métodos diagnósticos, tipos de ECV, evolución en UCI, estadía en UCI, escala de Glasgow, secuelas neurológicas al ingreso y al egreso y la mortalidad.

Población

La población fue representada por todos los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular con diagnóstico confirmado por métodos clínicos y de imágenes, durante el periodo de estudio establecido en dicho hospital.

Unidad de análisis

Se estudiaron los registros e historias clínicas de todos los pacientes de la UCI con ECV.

Criterios de inclusión y exclusión:

Incluyeron en el estudio:

- .pacientes con diagnóstico confirmado de ECV.
- .pacientes cuyos expedientes clínicos comprendan la mayoría de las variables consignadas en el estudio.

Y se excluyeron:

Todos los pacientes que no cumplan con los criterios señalados anteriormente.

Los pacientes que permanecieron en el centro hospitalario menos de 24hs.

Procesamiento, análisis y presentación de los datos

Se revisaron y organizaron a través de procesadores de medios electrónicos. Luego se realizó un análisis estadístico de los datos para calcular frecuencias simples y relativas para posteriormente presentar en un informe escrito con tablas y gráficos los resultados relevantes.

Aspectos éticos

La investigación contó con el consentimiento informado correspondiente y autorización del centro hospitalario, los expedientes se manejan respetando el derecho y privacidad de los pacientes, cuyas informaciones se tomarán sin alterar los datos encontrados

REFERENCIAS

1. Bardaji fandos T. revisión actualizada sobre enfermedad vascular: estudio de un vaso. Nursing 2003; 21 (3):45-57.
2. Beers, Mark, Berkow Robert Manual Merck de geriatría segunda edición. Madrid. 2001 pág. 416 -422.
3. Brito M. Adelskis, Atriles L., Ramón G, revistas de ciencias medicas la habana 2006; hospital gral docente Leopardito Martínez. San José. Morbimortalidad por enfermedad cerebro vascular en la unidad de cuidados intensivos del adulto grave. Disponible en: <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol.12-206/hab07206.htm> [17/09/09] Candentey P., Ángeles L.; Pérez Talero, et al; Hemorragia subaracnoidea hospital general «Abel Santamaría». servicio de neurologia. Disponible: <http://neuroc99.sld.cultext/hsamonografico.htm> [17/09/09]
4. Centanaro, Gabriel A. manejo agudo de las enfermedades cerebrovasculares en la sala de urgencia. Disponible:

5. Cheung RT. cerebrovascular disease: advances in management. Hong Kong med j. 2006; 7: 58-66.
6. Díez-tejedor, E. Clasificación y criterios diagnósticos. En:(Ed) guía para el tratamiento y prevención del ictus .Neurología 2008; 13 (suppl.3):3-10.
7. Duane. E. Haines, principios de neurociencias, segunda edición 2004 Madrid España, cap.2 neuromagen pág. 88.
8. Fernández O, pindo A, Beergom M, Mestre R, Moreno J, Enfermedad cerebrovascular. En: Álvarez R. Medicina general integral .Ed ECIMED. C hab. cuba. 2007 ;(TII): 895-910.
9. Garitano B, Aranzazu Arrazola A, Mar J, Beguiristain Aranzasti JM, Elizalde B. Atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular aguda y situación de los pacientes a los 12 meses. Rev.Neurol. 2005; 40(6): 326-330.
10. Guevara G, Mariela A. Álvarez I, et al. Nuevos enfoques terapéuticos en la enfermedad cerebro vascular isquémico centro de química farmacéutica. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol441-205/med07105.htm>[18/09/09] Harrison principios de medicina interna, enfermedades neurológicas sección 2 enfermedades del sistema nervioso central cap. 361 Pág.2769 15va edición 2002, España
11. Hernán V, Joseph C. fundamento de medicina en neurología, cap. 23; enfermedad cerebrovascular isquemia y hemorrágica.pag.338, 6ta edición año 2002, Medellín Colombia.
12. Jhon Gilroy, neurología enfermedad vascular cerebral, cap.8 Pág.225 3ra edición trad en .México 2001
13. Jiménez SD. Enfermedad cerebro vascular en fase aguda. Rev.cuba. Med. Int. Emerg. 2003; 2(4): 8-12.
14. Goycoolea M, Quiroga T, Miquel J.et al. Enfermedad cerebrovasculares. Rev. chilena de neurología y hematológica 2007; 7:203.
15. Gil Núñez AC. Nuevos enfoques terapéuticos en la prevención del ictus .Rev.Neurol. 2002; 33(9):801-4.
16. López Valdez E., Sanz García RM, porta J Manual de diagnóstico y terapéutica de Neurología. Ed .Aula Medica .2006; 169-174.
17. Neira Sánchez, Elsa Rosa, Seclen Santisteban y Cols. Ocurrencia de accidentes cerebrovasculares en pacientes diabéticos, Perú – lima, 2006.
18. Zarranz Juan J., Neurología, enfermedad cerebro vascular cap.16 Pág.357, 3ra edición España Madrid 2003, editora elsevier science, S.A.
19. Shwart S., TOM S., Frank C., et al .principios de cirugía; neurocirugía Cáp. 40 Pág. 1995, séptima edición .México 2000.
20. Turrent J., Talledo L., González A Comportamiento y Manejo de la enfermedad cerebrovascular en una Unidad de Cuidados Intensivos. Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Central «Cira García» Disponible en: <Http:Comportamiento y Manejo de la enfermedad cerebrovascular en una Unidad de Cuidados Intensivos. htm> [24/09/09]



CORRELACIÓN CLÍNICO-ANATOMOPATOLÓGICA EN APENDICECTOMÍAS EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Guzmán Feliz Johanna,** Feliz Santana Valeria,* Ureña Álvarez Cherisaida,*** Guerrero Olvary,* Ymaya Jorge.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, con la finalidad de hacer la correlación clínico-anatomopatológica de apendicectomías en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, (IDSS), Santo Domingo, D.N., República Dominicana, mayo 1999 - mayo 2009. Se analizaron los datos de 533 expedientes clínicos, de los cuales se excluyeron 133, encontrándose una correlación de 82.50 por ciento y un fallo en la correlación de un 17.50 por ciento; con una frecuencia de apendicectomías de un 7 por ciento y un promedio de 53 casos por año.

El sexo más afectado fue el masculino con un 74.50 por ciento, con una relación aproximada de 3:1 con relación a las mujeres. El grupo de edad más frecuente afectado fue de 20-29 años con un 37.80 por ciento, con un promedio de 34 años de edad. El síntoma más presentado por los pacientes fue dolor en fosa ilíaca derecha con 98.75 por ciento. El signo clínico más buscado como forma de evidenciar irritación peritoneal fue el de Rovsing con un 80.75 por ciento.

En el hemograma se observó una mayor frecuencia de leucocitosis en el parámetro de $> 10,000 - 15,000/mm^3$ en un 71.03 por ciento, una neutrofilia >75 por ciento en un 78.60 por ciento «desviación hacia la izquierda», obteniendo una sensibilidad de 97 por ciento y 100 por ciento respetivamente, además de una especificidad para determinar esta patología de 50 por ciento y un 64 por ciento respetivamente. La posición retrocecal fue la más frecuente con un 72.10 por ciento.

Palabras claves: Correlación, apendicitis, apendicectomía.

ABSTRACT

We performed a retrospective, descriptive cross-sectional, with the aim of making the clinical-pathologic correlation of appendectomies in the Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS), Santo Domingo, Dominican Republic, May 1999 - May 2009. We analyzed data from 533 clinical records, which were excluded from 133, found a correlation of 82.50 percent and a failure of correlation of 17.50 percent, with a frequency of appendectomies than 7 percent and an average of 53 cases per year. Sex was the most affected male with a 74.50 percent with an approximate ratio of 3:1 in relation to women. The most common age group affected was 20-29

years with a 37.80 percent with an average of 34 years of age. The symptom presented by patients was pain in right iliac fossa with 98.75 percent. The most searched clinical sign as a way of showing peritoneal irritation was Rovsing with a 80.75 percent, the time of onset of symptoms more often 6-12 hours in a 34.25 percent. Blood count showed a higher frequency of leucocytosis in the parameter of $> 10,000$ to $15,000/mm^3$ in a 71.03 percent neutrophilia > 75 percent in a 78.60 percent "left shift", obtaining a sensitivity of 97 per percent and 100 percent respectably, and a specificity to determine the pathology of 50 percent and 64 percent respectively. The clinical diagnosis was evidenced acute appendicitis with a 100.00 per cent, whereas most reported pathologic diagnosis of appendicitis was an 82.50 per cent, determined that the position was the most frequent retrocecal with 72.10 percent. Complications occurred in 4.50 percent.

Keywords: Correlation, Appendicitis, Appendectomy.

INTRODUCCIÓN

La Apendicectomía es la extirpación quirúrgica del apéndice cecal o vermicular, la cual es una prolongación del ciego, ubicada topográficamente en el cuadrante inferior derecho.¹

A nivel mundial la apendicectomía representa una de las principales causas de urgencia quirúrgica y ocurre en 10 de cada 10,000 pacientes al año. En nuestro país es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico.^{2,3}

El estudio de la apendicitis, en sus aspectos clínico-anatomopatológico ha conducido a identificación de diversos factores que inciden a la hora de hacer diagnóstico certero, en cuanto a ésta patología.

La clínica del paciente que es muy variable en algunos casos, es la base para saber que conducta tomar, porque aunque se realizan estudios complementarios para orientarnos hacia el posible diagnóstico, existen muchas patologías con signos y síntomas similares que apendicitis, por esta razón el reporte anatomopatológico no es siempre el que esperamos; pudiendo a veces aumentar la morbimortalidad al paciente, y por ende, tener que tomar otras medidas terapéuticas para resolver el problema.⁴

A pesar de la aparición de nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnóstica erróneamente en un 15 - 20 por ciento de los casos.²

El objetivo de este estudio es hacer una comparación de los diagnósticos clínicos y los anatomopatológicos con el propósito de hacer ver la importancia del rol de los estudios paraclínicos y de una buena valoración en el examen físico

* Médico general.

**

** Cirugía Oncológica, Hospital Salvador B. Gautier, Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter

preoperatorio del paciente para no pasar por desapercibido afecciones que puede acarrear con la vida del paciente y el estatus médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de colección retrospectiva de datos clínicos, y de corte transversal, en el cual se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por patologías del apéndice cecal, con la finalidad de determinar la correlación clínico anatomopatológica de los mismos en el hospital Dr. Salvador B. Gautier, (IDSS), durante el periodo mayo 1999 – mayo 2009.

El universo estuvo constituido por 533 pacientes que fueron apendicectomizados en el periodo de estudio. Obtuvimos una muestra de de 400 pacientes que fueron diagnosticados y llevados a cirugía por patologías apendiculares.

Para la recolección de datos se realizó un cuestionario diseñado en función de los objetivos y variables, aplicado a los expedientes de los pacientes que fueron apendicectomizados. Se hizo una revisión de los expedientes clínicos de archivo, revisión de los reportes anatomopatológicos de patología, libros de cirugías y datos computados en la institución. Una vez terminada la recolección de datos, se procedió a tabular los datos de manera manual y posteriormente en la computadora, analizando, interpretando, y describiendo los resultados en tablas y gráficos para que se interpretaran mejor. Utilizamos los programas Microsoft Word 2007, Microsoft Excel 2007, Epi-info versión 3.2 del 2004.

Los datos obtenidos en la investigación se han manejado con estricta confidencialidad, y justicia; respetando las normas internacionales de Vancouver.

RESULTADOS

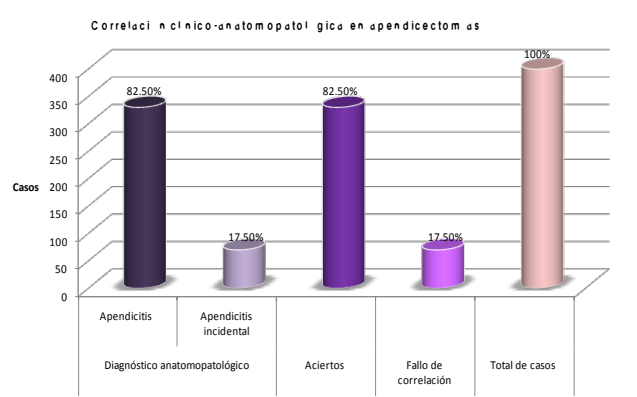


Grafico 1
Correlación clínico-anatomopatológica en apendicectomías

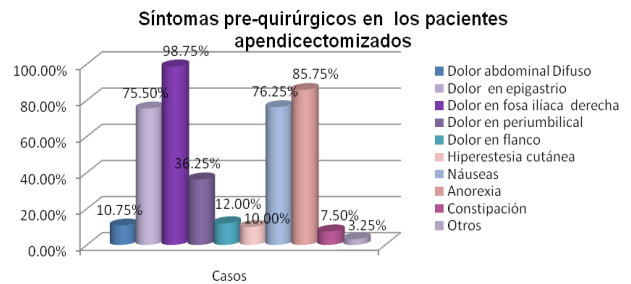
La muestra de nuestro estudio estuvo constituida por 400 pacientes que fueron apendicectomizados de los cuales se diagnosticaron un 82.50% (330 casos) con diversas patologías apendiculares, de los cuales se reportó un 17.50 por ciento (70 casos) con apendicitis incidental.

Tabla 2. Distribución de pacientes según edad y sexo.

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
10-19	11	10.7	18	6.0	29	7.25
20-29	36	35.3	114	38.3	150	37.50
30-39	26	25.4	85	28.5	111	27.75
40-49	17	16.7	30	10.1	47	11.75
50-59	7	6.9	21	7.0	28	7.00
60-69	2	2.0	11	3.7	13	3.25
70-79	1	1.0	14	4.7	15	3.75
≥ 80	2	2.0	5	1.7	7	1.75
Total	102	100.0	298	100.0	400	100.00

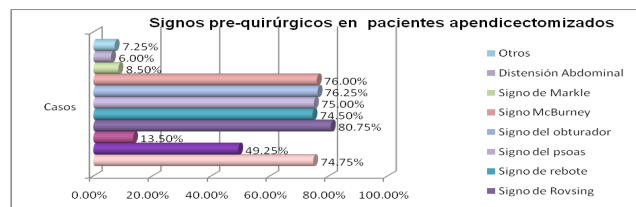
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 3. Síntomas pre-quirúrgicos en los pacientes apendicectomizados.



En general, de los 400 pacientes apendicectomizados el síntoma más frecuente fue dolor en fosa iliaca derecha representando un 98.75 (395 casos), seguido de anorexia en un 85.75 por ciento (343 casos), náuseas con un 76.25 por ciento (305 casos) y dolor en epigastrio en un 75.50 por ciento (302 casos), un 36.25 por ciento (145 casos) con dolor periumbilical, el 12.00 por ciento (48 casos) con dolor en flanco. Seguido de abdominal difuso en un 10.75 por ciento (43 casos), para un 10.00 por ciento (40 casos) que presentaron hiperestesia cutánea, 7.50 por ciento (30 casos) de constipación y en otros síntomas un 3.25 por ciento (13 casos).

Grafico 4. Signos pre-quirúrgicos en pacientes apendicectomizados



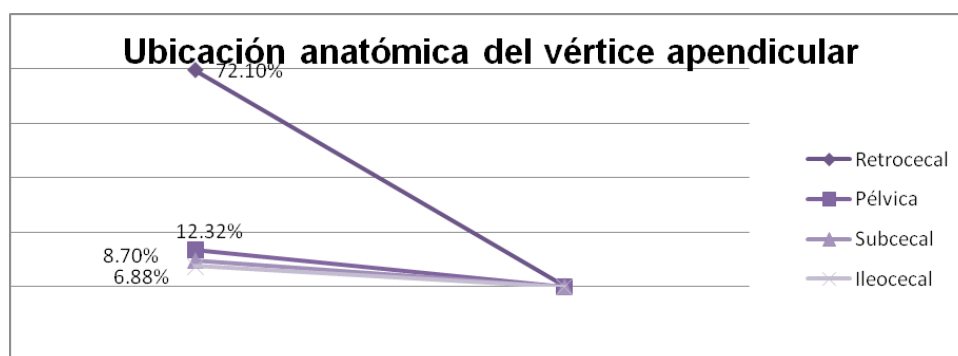
En general de los 400 pacientes apendicectomizados el signo más frecuente fue el signo de Rovsing con un 80.75 por ciento (323 casos), seguidos por el signo del obturador con un 76.25 por ciento (305 casos), signo de McBurney en un 76.00 por ciento (304 casos), signo del psoas 75.00 por ciento (300 casos), signo de rebote con un 74.50 por ciento (298 casos),

fiebre 49.25 por ciento (197 casos), diarrea en un 13.50 por ciento (54 casos), signo de Markle con un 8.50 por ciento (34 casos), otros signos 7.25 por ciento (29 casos), distensión abdominal 6.00 por ciento (24 casos).

Tabla 5. Hemograma pre-quirúrgico de pacientes apendicectomizados.

Hemograma						
Leucocitos	Cant. de Casos	%	Neutrófilos < 75%	%	Neutrófilos < 75%	%
< 10, 000 /mm ³ (normal)	44	11.08	44	62.9	-	0.00
> 10,000 - 15,000/mm ³	282	71.03	25	35.71	257	78.6
≥15,000-18,000/mm ³	56	14.11	1	1.43	55	16.8
≥18,000/mm ³	15	3.78	-	0.00	15	4.6
Total	397	100	70	100	327	100

Fuente: Ficha de recolección de datos



De la población de estudio 400 pacientes, un 69.00 por ciento (276 casos) tenían inscritos en los expedientes la ubicación anatómica de la apéndice cecal y un 31.00 por ciento (124 casos) no registrados. De los casos reportados la mayor frecuencia de ubicación anatómica fue retrocecal con un 72.10 por ciento (199 casos), seguida de la ubicación pélvica con un 12.32 por ciento (34 casos), subcecal 8.7 por ciento (24 casos), ileocecal 6.9 por ciento (19 casos).

DISCUSIÓN

La tasa de fallo en el diagnóstico clínico es un punto de partida para establecer estrategias y tomar conductas al respecto, con el objetivo de alcanzar un mejor manejo de los pacientes en base a los hallazgos clínicos pre-quirúrgicos y hallazgos anatomopatológicos. En esta investigación los resultados emitidos mostraron que de cada 100 diagnósticos clínicos de patologías de apéndice cecal solo el 82.50 por ciento se corresponde con el diagnóstico anatomopatológico, resultando un fallo en la correlación de un 17.50 por ciento. Lo que se asemeja a un estudio internacional realizado en el Hospital Ramón Barros Luco Trudeau en Chile por Astroza, Schwartz, Sabiston, el cual tuvo un acierto en el diagnóstico de un 78.66 por ciento, difiriendo con el estudio nuestro, en que se excluyeron los pacientes ingresados con el diagnóstico clínico de plastrón apendicular y en el nuestro no se excluyeron, dato que explica la poca diferencia de 3.84 por ciento con el estudio

nuestro.^{2,5,6}

De acuerdo a lo planteado sobre el sexo, podemos observar que en nuestro estudio de investigación el sexo más afectado es el sexo masculino con un 74.50 por ciento, lo que guarda similitud con los datos de una investigación nacional realizada en el Hospital Docente Padre Billini por De Jesús en el cual revela que hubo un 76.80 por ciento a favor del sexo masculino dato que pudo interferir un poco en el porcentaje con el nuestro en que nuestra investigación tomo en cuenta los grupos de edades de 10-19 años mientras que su población de estudio de mayor de 20 años de edad. La tercera década de la vida de 20-29 años fue la más afectada por patologías apendiculares con un porcentaje de 37.80 por ciento; lo que concuerda con la literatura internacional de Schwartz y la nacional realizada en el Hospital Docente Padre Billini por De Jesús el cual reportó un 37.70 por ciento.^{2,7}

El dolor en fosa ilíaca derecha fue el más común de todos síntomas con una frecuencia de 98.75 por ciento en comparación con los demás síntomas, dato que tiene poca diferencia de similitud con un estudio internacional realizado en el Hospital Universitario Arnaldo Milían Castro por Medrano en donde un 100 por ciento de los pacientes presentaron dolor en fosa ilíaca derecha, a nivel nacional un estudio realizado en un Hospital Docente del SESPAS que reveló que un 100 por ciento de su población de estudio presentó dolor en fosa ilíaca derecha, debido a que en esos estudios excluyeron a los pacientes que

presentaban abdomen agudo quirúrgico, peritonitis secundaria y apendicitis crónica, pacientes menores de 14 años.^{8,9}

Durante la valoración del paciente con patologías de apéndice cecal en el Servicio de Emergencias de Hospital Dr. Salvador B. Gautier, (IDSS) son útiles la realización de los signos clínicos de apendicitis, el signo de Rovsing fue el más realizado en un 80.75 por ciento, dato que no coincide con estudios internacionales y nacionales por razones de elección del personal médico que realiza los diferentes signos para apendicitis.

La frecuencia de leucocitosis de $> 10,000 - 15,000 / \text{mm}^3$ reportó un 71.03 por ciento y una neutrófilia de > 75 por ciento, cuyo resultado es parecido a un estudio nacional realizado en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello por Acosta en el cual el por ciento fue de un 76.40 por ciento, dado que en su investigación hubo una incidencia mayor de complicaciones debido a perforación, ya que dejan que los signos y síntomas sean más floridos para operar a los pacientes.¹⁰

Resulta evidente como dato relevante encontrado, que en el leucograma existe una sensibilidad para determinar una patología de un 97 por ciento, pero que no es muy específico para apendicitis, ya que tuvo una especificidad de un 50 por ciento, en cuanto a la neutrófilia mayor de 75 por ciento tiene una sensibilidad de un 100 por ciento, mientras que su especificidad de solo un 64 por ciento para apendicitis. Dato que se relaciona con un estudio internacional realizado por Wong Pedro de apendicitis aguda el dice que la leucocitosis tiene una sensibilidad de más del 95 por ciento, sin embargo la especificidad es baja, ya que existen muchas patologías que se confunden clínicamente con una apendicitis aguda.¹⁰

Los pacientes con patología apendicular que fueron intervenidos quirúrgicamente principalmente por emergencia, cuyo diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue de apendicitis en un 82.50, dato que concuerda con la literatura de internacional de Schwartz, Sabiston.²

Cabe mencionar en el leucograma y el diagnóstico anatomopatológico vimos que el 71.03 por ciento de los pacientes tuvieron una leucocitosis de $> 10,000 - 15,000 / \text{mm}^3$ predominando está en un 75.53 por ciento en los pacientes

positivos para apendicitis dato que concuerda con un estudio internacional realizado por Wong.¹¹

De acuerdo a lo planteado por nuestra investigación, la frecuencia mayor de la ubicación anatómica del vértice apendicular fue la retrocecal con un 72.10 por ciento. Dato que coincide con un estudio nacional realizado por Brito en un Hospital General de Santo Domingo que reportó un 72.72 por ciento de los casos.¹²

REFERENCIAS

1. Vásquez Emma, Álvarez Beatriz, Cordero Luisa, Carrión Natividad, Liranzo María. Correlación clínica e histopatológica en pacientes apendicectomizados en el Hospital Francisco E. Moscoso Puello durante junio 2007-noviembre 2007. Revista Médica Dominicana. 2008 diciembre. Vol. 14. p 79.
2. Brunicardi Charles, Andersen Dana, Billiar Timothy, et al. Principios de Cirugía Schwartz. 8 ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. México. 2006. P 1119-1135.
3. Gupta R, Sample C, Barmehriz F, Birch DW. Complicaciones infecciosas después de la apendicectomía laparoscópica. Rev Intramed [Seriada en línea] 2007; 49 (6): [39-400páginas].
4. Prystowsky JB, Pugh CM, Nagle AP. Problemas actuales en cirugía: Apendicitis. Intramed [Seriada en línea] 2005; 42 (10): [688-742páginas].
5. Courtney Townsend, Beauchanx Daniel, Evers Mark, et al. Sabiston Tratado de cirugía. 17 ed. Gea Consultoría Editorial S.I.I. España. 2005 de C.V. Vol. 2. P 1381-1396.
6. Astroza G., Cortés V., Pizarro V., et. al. Diagnóstico clínico en apendicitis aguda: una evaluación prospectiva. Revista Chilena de cirugía. 2005. Vol. 57 (4). P 337-339.
7. De Jesús Camilo, Medina Patricia, Medina Miguel, Lajara Adonis. Eficiencia diagnóstica de la apendicitis aguda en los pacientes que fueron llevados a cirugía en el Hospital Docente Padre Billini. Revista Médica Dominicana. 2009. Vol. 70 (1) p 85-87.

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA 1996 – 2005.

Sócrates Virgilio Sánchez Suárez,** Tomás Ventura Martínez,*
 Eugenio Disla Abreu,* José Garrido Calderón,* Rubén Darío
 Pimentel****

RESUMEN

Palabras claves:

ABSTRACT

Key words:

INTRODUCCIÓN

La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna. Estadísticamente, la mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas por cada 10,000 nacimientos.

Una muerte materna es una verdadera tragedia: implica la desaparición de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse, y condena a la orfandad a niños pequeños. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo.

La mortalidad materna es un problema de salud pública en el cual se ha logrado poco progreso a nivel de la región de las Américas, ya que la tasa y la razón de mortalidad materna han permanecido estacionarias. Para mediados de los años noventa se estima que la razón global de mortalidad materna en los países de América Latina y del Caribe fue de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que represento en 1995 unas 22,000 defunciones maternas. Existe una conexión clara entre la clase socioeconómica baja de la mujer y el riesgo de enfermedad y muerte materna, considerándose una estrecha relación entre la incidencia de la muerte materna con el ambiente donde la misma convive y con la apreciación de sus derechos como persona.¹

La esperanza de vida al nacer ha pasado en el mismo período de unos 44 años a 65. La tasa global de fecundidad ha descendido de 7,4 a 3,1 hijos por mujer en edad fértil. La tasa bruta de natalidad ha disminuido de alrededor de 50 hasta 27 por 1.000

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, una experiencia de vida, que en ocasiones se convierte en experiencia de muerte. La mortalidad materna como problema de salud pública no

resuelto, además de su impacto desfavorable que genera en el ámbito más esencial de la sociedad, La Familia, se enfrenta como una prioridad para los Servicios de Salud, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Evitar la mortalidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de comunicación, es decir: «La mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio Riesgo Reproductivo y Obstétrico».

La defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Realizo un estudio retrospectivo de corte transversal el cual abarco a todas las muertes maternas que ocurrieron en el Hospital de la Mujer Dominicana, Santo Domingo, R.D., en el periodo comprendido enero 1996 –enero 2006. Utilizamos un cuestionario previamente elaborado, Los resultados obtenidos fueron tabulados y analizados, luego presentados en cuadros y grafico.

Ubicación

El estudio se realizo en el Hospital de la Mujer Dominicana, el cual es la maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el cual esta ubicado en el sector La Esperilla. Esta institución atiende un promedio de 300 pacientes por día e ingresa un promedio de 20 pacientes por DIA.

Población y muestra

La población en estudio estuvo comprendida por las pacientes que fallecieron durante el embarazo, parto, o puerperio en la Maternidad Hospital de la Mujer Dominicana en el periodo comprendido entre 1996 – enero2006

Criterios de inclusión

Se incluyeron todas las pacientes embarazadas o en periodo de puerperio que acudieron en busca de asistencia medica al Hospital de la Mujer Dominicana y que fallecieron en el

* Gineco-Obstetra. Hospital de la mujer Dominicana.

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

periodo comprendido entre 1996 – enero 2006.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos se utilizo un instrumento que contiene las variables pertinentes del estudio, el cual fue llenado por los investigadores mediante la revisión de los expedientes de las pacientes fallecidas.

Procedimiento

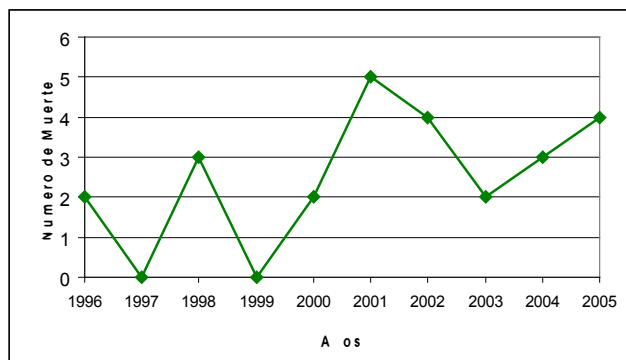
La recolección de la información estuvo a cargo de los sustentantes del estudio, quienes seleccionaron una de las opciones de las diferentes preguntas que se encuentran en el instrumento de recolección de datos, este proceso se realizo en un periodo de 3 semanas

Tabulación y análisis

La tabulación y el análisis se realizo mediante programas de computadora: Epi-Info.

El grafico 1 presenta que en el año 1996, 1998 y 2001 se presentaron 5 muertes en cada un de estos años, en el 2002 y el 2005 se presentaron 4 muertes en cada año, en el 2000, 2003 y 2004 se presentaron 2 muerte en cada año, en el 1997 se presento 1 muerte y en el 1999 no se presentaron muerte.

Gráfico 1. Distribución de las muertes maternas según años. Hospital de La Mujer Dominicana (IDSS), 1996-2005



En el cuadro 1 se presenta la distribución de las muertes maternas según, diferentes variables. Como se muestra, 72 por ciento ocurrió entre los 20-34 años, mientras que 28 por ciento fueron muertes comprendidas en menores de 20 años (5 %) y mayores de 35 (5 %). El 20 por ciento de las eran analfabetas y el 16 por ciento eran universitarias. En cuanto al estado civil el 80 por ciento no era casado, 72 por ciento unida y el 8por ciento soltera. Solamente el 5 por ciento no era procedente de Santo Domingo y solamente el 4 por ciento no era católico

Cuadro 1. Distribución de las muertes maternas según diferentes variables. Hospital de La Mujer Dominicana (IDSS), 1996-2005

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
< 20	2	8
20-24	13	52
25-29	5	20
30-34	5	20
□35		

Nivel de instrucción		
Analfabeto	5	20
Primaria	7	28
Secundaria	9	36
Técnico	0	0
Universitaria	4	16
Estado civil		
Soltera	2	8
Casada	5	20
Unida	18	72
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Procedencia		
Norte	3	12
Sur	0	0
Distrito Nacional	20	80
Este	2	8
Religión		
Católico	24	96
Testigo de Jehová	1	4
Musulmán	0	0
Budista	0	0
Ateo	0	0
Nacionalidad		
Dominicana	25	100%
Extranjero	0	0%

En el cuadro 2 se presenta la distribución de la muerte materna según diferentes variables. Se muestra que el 56 por ciento había tenido gesta previa entre 3-4 (32%) y más de 5 (24%) veces. El 52 por ciento había tenido de 1 a 2 partos previos y solamente el 4 por ciento tenía 3 o más partos. Solamente el 25 por ciento tenía de 1 a 3 cesáreas previas, el 84 por ciento tenía hábitos tóxicos de los cuales el 12 por ciento consumía tabaco. El 32 por ciento tenía antecedentes personales infeccioso Solamente el 12 por ciento tenía 8 chequeos prenatales o mas y el 72 por ciento había recibido los chequeos prenatales dentro de la institución.

Cuadro 2. Relación de las muertes maternas según antecedentes obstétricos, patológicos, tóxicos, chequeos y control prenatales. Hospital de La Mujer Dominicana (IDSS), 1996-2005

Variables	Frecuencia	%
Gesta		
1-2	11	44
3-4	8	32
≥ 5	6	24
Partos		
0	1	4
1-2	13	52
≥ 3	4	4
Aborto		
0	17	68
1-2	7	28
≥ 3	1	4
Cesáreas		
0	18	72
1-2	6	24
≥ 3	1	1
Hábitos tóxicos		
Alcohol	0	0

Tabaco	3	12
Café	15	60
Té	3	12
Droga	0	0
Otros	0	0
Ninguno	4	16
Antecedentes personales patológicos		
Alérgicos	0	0
Infecciosos	8	32
Diabéticos	0	0
Cardiacos	0	0
Transfusionales	1	4
Hipertensivos	4	16
Hematológicos	2	8
Otros	2	8
Ningunos	12	48
Cheques prenatales		
0-3		88
4-7		20
≥ 8		12
Lugar de control prenatal		
Interno	18	72
Externo	7	28

En el cuadro 3 se presenta que 44 por ciento de la causa de muerte se debió a hemorragia y solo el 4 por ciento se debió a embolia de líquido amniótico, la edad gestacional de ingreso entre las 25 (36%) y mayor de las 37 (48%) semanas fue de un 84 por ciento, en cuanto a la condición de ingreso el 64 por ciento estaba descompensada, la vía de desembarazo en el 60 por ciento fue abdominal, el 4 por ciento no se desembarazo, en relación a la edad gestacional de finalización del embarazo el 56 por ciento finalizo el embarazo a las 37 semanas o mas y solo al 6.6 por ciento le realizaron necropsia.

Cuadro 3. Distribución de las muertes maternas según causa, edad gestacional, condición de ingreso, vía de desembarazo, necropsia. Hospital de La Mujer Dominicana (IDSS), 1996-2005

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Causa de muerte		
Hemorragia	11	44
Infecciosa	9	36
Cardiaca	0	0
Embolia de liquido amniótico	1	4
Trastornos hipertensivos	4	16
Edad gestacional de ingreso (semanas)		
1-12	1	4
13-24	3	12
25-37	9	36
> 37	12	48
Condición de Ingreso		
Estable	9	36
Descompensado	16	64
Vía de desembarazo		
Vaginal	9	36
Abdominal	15	60
Ninguna	1	4

Edad gestacional de finalización del embarazo (semanas)		
1-12	1	4
13-24	3	12
25-37	7	28
≥ 37	14	56
Necropsia		
Sí	2	6.6
No	28	93.4

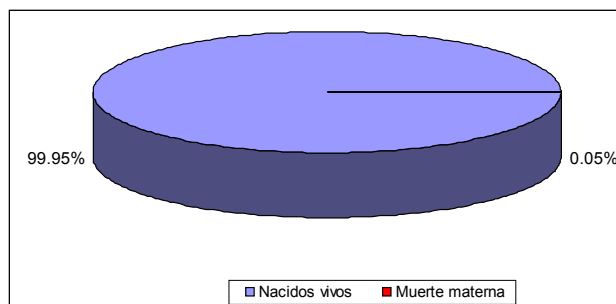
En el cuadro 4 se presenta el número de nacidos vivos; el número de muerte materna; el por ciento de muerte materna y la tasa, por año, desde 19896-2005. En este cuadro se presenta que el año 2005 tiene el número más bajo de nacimientos y presenta el mayor porcentaje de muerte materna, la mayor tasa de muerte es de 115 muertes por cada 100,000 nacidos vivos; y el 1999 presenta el mayor número de nacimiento con 5894 nacimientos sin reportes de mortalidad.

Cuadro 4. Tasa de muerte materna. Hospital de la Mujer Dominicana (IDSS) 1996-2005

Años	Nacidos vivos	Muerte Materna	% Muerte Materna	Tasa
1996	4584	5	0.11	109
1997	5222	1	0.02	19
1998	5328	5	0.09	94
1999	5894	0	0	0.0
2000	5733	2	0.03	0.0
2001	5790	5	0.09	83.4
2002	5183	4	0.08	77.0
2003	4137	2	0.05	48.3
2004	3898	2	0.05	51
2005	3478	4	0.12	115.0
Total	49247	30	0.06	61

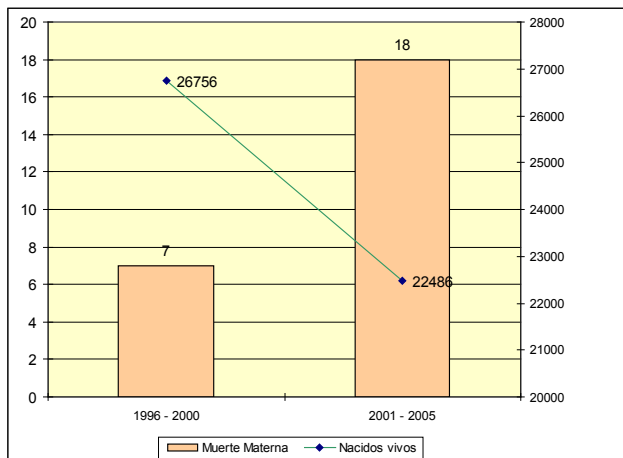
En el gráfico 1 se presenta el por ciento de muerte materna y nacidos vivos. Se muestra que durante el período 1996-2005, del total de nacidos vivos que fue de 49242 para un 99.94 por ciento, solo ocurrieron 30 muertes para un 0.06 por ciento.

Gráfico 1. Por ciento de nacidos vivos y muerte materna. Hospital de la Mujer Dominicana (IDSS) 1996-2005



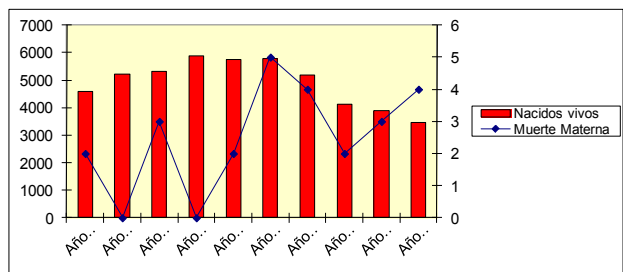
En el gráfico 2 se presenta el número de muerte materna durante 1996-2005 dividido en 2 lustros; de 1996-2000 se produjeron 12 muertes de un total de 26756 nacidos vivos para una tasa de 44.85 por 100,000 nacidos vivos; y de 2001-2005 se produjeron 17 muertes de un total de 22,486 nacidos vivos para una tasa de 75.6 por cada 100,000 nacidos vivos.

Gráfico 2. Número de muerte materna. Hospital de la Mujer Dominicana (IDSS) 1996-2005 dividido en lustros.



En el gráfico 3 se presenta el número de muerte materna y nacidos vivos por año durante el 1996-2005, en el cual se presenta que el 1999 fue el año en que se produjeron más nacimientos y no ocurrieron muertes maternas; el 2001 ocupa el 2do lugar en cantidad de nacidos vivos en 104 nacimientos menos que el 1999 y el 1996, 1998, 2001 son los años en que se registran el mayor número de muertes maternas (5 muertes en cada año). El 2005 es el año con menor número de nacimientos, sin embargo se registraron 3 muertes maternas.

Gráfico 3. Número de muerte materna y nacidos vivos por año. Hospital de la Mujer Dominicana (IDSS) 1996-2005.



DISCUSIÓN

Este estudio ha permitido conocer la tasa de mortalidad materna del Hospital De La Mujer Dominicana del IDSS. Durante el periodo 1996-2005; la cual fue de 61 por cada 100,000 nacidos vivos, siendo el 2005 el año que reporto la tasa mas alta, y presentándose un aumento de la tasa en los últimos 5 años de 31.75 por cada 100,000 nacidos vivos, para un total de 75.6 por cada 100,000, en comparación con los primeros 5 años (1996-2000), la cual fue de 44.85 por cada 100,000 nacidos vivos. lo que representa un aumento de la tasa progresivo y significativo.

Podemos observar que los reporte de tasa de mortalidad materna de las demás maternidades de la ciudad de Santo Domingo como es la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia la cual recibe el mayor volumen de pacientes obstétricas de todo el país, la tasa de mortalidad durante el 2003 fue de 131 por 100,000, en comparación con una tasa de 48.3 por cada 100,000 nacidos vivos durante el mismo año en el Hospital De La Mujer Dominicana; en el año 2004 la tasa de mortalidad en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia fue de 111 por 100,000 nacidos vivos, mientras que para el mismo año la tasa de mortalidad de el Hospital de la Mujer Dominicana fue de 51 por 100,000 nacidos vivos; en el 2005 fue de 115 por 100,000 mientras que, en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia fue de 131 por cada 100,000.

Se observa una diferencia significativa en la tasa de mortalidad de ambas maternidades; presentando la Maternidad Nuestra Señora De La Alta Gracia la tasa más elevada, esto se explica por diferentes factores entre los que cabe mencionar: que una gran cantidad de los fallecidos llegan complicadas, procedente del interior del país, de niveles socio económico y escolaridad bajo; lo que a diferencia de las pacientes que acudieron a la Maternidad del Hospital De La Mujer Dominicana residían en Santo Domingo y por su condición de aseguradas, tiende a pertenecer a un nivel socio económico y de escolaridad mayor. Además de recibir un mejor seguimiento durante la consulta prenatal así como, por su condición de asegurada, se le facilitan los suplementos vitamínicos y medicamentos necesarios durante todo el embarazo y el puerperio sin ningún costo.³¹

El Centro Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas, ocupó el segundo lugar en cuanto al manejo de volumen de pacientes obstétricos, durante el periodo 2001 al 2005 reporto una tasa de mortalidad materna de 104.3 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en el Hospital De La Mujer Dominicana la tasa de mortalidad materna durante el mismo periodo fue de 75.6 por 100,000 nacidos vivos.

Es preciso mencionar que en el último lustro (2001-2005) el porcentaje y la tasa de mortalidad materna se ha incrementado; pudiendo señalar como factores asociados el deterioro de las instalaciones y las deficiencias logísticas y el desabastecimiento de medicamentos y material gastable, lo que impide brindar atenciones medicas eficientes y de calidad; se puede observar, el descenso en el número de nacimientos de manera sostenida y decreciente en los últimos tres años; a consecuencia de la desafiliación masiva de los asegurado del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, todo esto a consecuencia de la falta de adecuación de la institución al nuevo modelo de salud y a políticas erradas y negligentes de quienes ha dirigido la institución.

Hay que señalar que a diferencia de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia que durante el parto 2005 ocurrieron 28 defunciones solamente a 2 no se le realizo necropsia, mientras que en el Hospital De La Mujer Dominicana IDSS; de 30 muertes maternas ocurridas durante el periodo 1996-2005 (10 años) solamente se realizaron necropsia a 2 de las fallecidas; de las cuales 1 se le realizo en una paciente con un embarazo de 28 semanas la cual presento una pancreatitis, que fue confirmada por la necropsia la cual reporto una pancreatitis hemorrágica. La 2da Necropsia correspondió a una paciente que llego a la institución con un embarazo ectopico roto la cual murió por un shock hipovolemico. Esto revela una falta a los linamientos del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiología y una violación a la ley 136 promulgada en mayo de 1980 ya sea

por desconocimiento o por desinterés en conocer las causas reales de la muerte, evitando así poder brindar el conocimiento de el por qué de las cosas a los médicos que se forman en este hospital escuela. Además al no realizarse la necropsia los médicos buscan protegerse; pero a la vez con esa actitud liberan al estado de su responsabilidad ya que muchas de las causas de las muertes son el producto de centros asistenciales carentes de los medios y recursos necesarios para brindar una adecuada atención lo cual es responsabilidad del estado.

Si comparamos la maternidad Hospital de la Mujer Dominicana con la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y la Maternidad San Lorenzo de Los Minas, las cuales se encuentran en la misma ciudad, pero el nivel de escolaridad y la condiciones socio económicas de la parturientas del Hospital De La Mujer Dominicana es superior a las que asisten a la maternidad Nuestra Señora de la Alta Gracia, lo que no justifica el hecho de que en su mayoría a las pacientes no se les haya realizado necropsia.

Toda la literatura y estudios consultados sobre mortalidad materna coinciden en que la infecciones, la hipertensión y las hemorragias constituyen las causas principales de muerte materna, en nuestro estudio la hemorragia fue la principal causa de muerte, seguida de las infecciones y los trastornos hipertensivos. Hay que señalar que de las pacientes que fallecieron por infecciones 4 eran HIV positivo,^{31, 19,32}

Las pacientes entre 20 y 29 años representaron el grupo de edad de mayor riesgo de muerte, a diferencia de estudios que revelan que las edades de mayor riesgo de muerte son aquellas pacientes menores de 20 años y mayores de 34 años. Sin embargo coincidimos con el estudio publicado en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el cual el grupo de edad de mayor riesgo fueron las pacientes de 20 a 29 años. Esto es debido a que estos son los grupos de edades con más riesgo de embarazarse y las edades de mayor fertilidad.¹⁹⁻³²

En sentido general la tasa de mortalidad materna del Hospital De La Mujer Dominicana IDSS es muy elevada e incluso desde el punto de vista comparativo a pesar de tener tasa de mortalidad materna inferiores a las demás maternidades creemos que por las condiciones de la institución, de su logística, la calidad de atención que presenta la Maternidad del IDSS, las condiciones socio económica y educacional de las pacientes que son asegurada, la tasa de mortalidad deberla de ser mucho menor ya que sus condiciones asistenciales superan de manera abismal a todos los hospitales maternidad escuela del país.

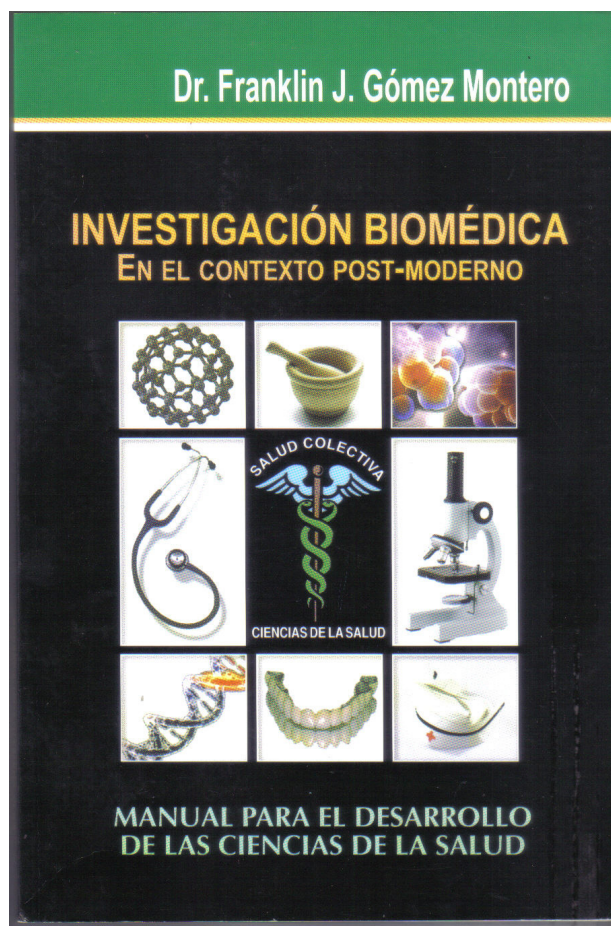
REFERENCIAS

- Muñoz-González, L. Mortalidad Materna: Instituto Materno-Infantil. *Revista de la Facultad Med. De la Universidad de Colombia* 2001; 39 (4): 227-47
- Muñoz-González, L. Mortalidad Materna: Instituto Materno-Infantil. *Revista de la Facultad Med. De la Universidad de Colombia* 2001; 39 (4): 227-47.
- WHO, UNICEF, and UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's le reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. Safe motherhood still review of the evidence. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation a 17:7-33)
- Morillo A. Mórbido Mortalidad y salud materno infantil en la República Dominicana, profamilia, población y desarrollo. Santo Domingo, R.D. 1985; 1:15-25.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo., D.N. SESPAS 199; 2:11-19.
- Nancy L Sloan y Cols. Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: Artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2001. 79 (9): 805-810.
- Martínez, Hazel, La situación de la mujer costarricense en salud, trabajo y educación. Documento, OPS, San José, 1990 (en base a información del Ministerio de Salud)
- Viviana A. Mortalidad Materna en Argentina. Ministerio de Salud Argentina. *Revista de salud Argentina*, Buenos Aires, febrero 2000/Nueva carpeta. Un mundo mejor para todos. Mortalidad materna.htm
- Ana Langer Glas: "La Mortalidad Materna en México: La contribución del Aborto inducido" en Ortiz, A (ed). Razones y pasiones en torno al aborto. México: Edamex/Populación Council, 1994, Pp. 149-153.
- Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition. World Health Organization, Geneva, 1997.
- Cifras alarmantes de Mortalidad materna en República Dominicana; Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Septiembre 2006.
- Cáceres Ureña FI. Estado del conocimiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D. 1998; 2:7-50.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) "Materno Infantil" In Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social, Organización Panamericana de Salud, Organización de la Salud. Oct. 1985, 200 Pág.
- Muñoz- González, L. Burbana, II. Mortalidad Materna, Instituto Materno Infantil. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 37 (5): 328-346, 1983.
- Gutierrez R., Orlando. Et. Al. Mortalidad Materna por Eclampsia en un Hospital de referencia: Maternidad Concepción Palacios.
- Norma. Diccionario Enciclopédico. 1era Ed. Editora Grupo Editorial Norma, S.A., Colombia, 1999; 2:1067-1070.
- Passer, Francfort del. M. Et. Al. Ginecología y Obstetricia; Salvat Editora, S.A. 1983 Pág. 738-1082.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección Nacional de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo. 1997; 3:3-80.
- Royston-Armstroy S. Prevención mortalidad materna. OMS. Ginebra, 1991; 1:9-109.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo. SESPAS 1998; 2:11-38.
- Cáceres-Ureña FI. Estado del conocimiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D. 1995; 1:1-10.
- Khan AR, et al. Maternal mortality en rural Bangladesh

- the Jamalpur distric. *studies in famiy planning*. 1986; 17 (1): 7-12.
24. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal International. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1-10.
 25. MacLeod J, Rhode R. Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk f. rural district of Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:130-137.
 26. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos, Aguascalientes Agencias INEGI, 1997.
 27. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/ UNICEF/World Bank Statyement. Organización Mundial de la Salud. 1999.
 28. AbouZahr C. *Global burden of maternal death and disability*. In: Rodeck C. *Reducing maternal and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press, 2003:1-11.
 29. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis: the combat against puerperal fever. *Europe Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000, 90:153-158.
 30. AbouZahr C, Aahman E, Guidotti R. Puerpural sepsis and other puerperal infections. In: M Lopez AD, eds. *Healt dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge Harvard School of Public Health (en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial) 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III): 191-217.
 31. AbouZahr C, Guidotti R. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV conditions, perinatal disorders, and cogenital anomalies. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health (en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial), 1998 (Global burdel and Injury Series, No. III): 219-241.
 32. Valoy JF, y Santana F, Factores asociados a las muertes maternas en Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero-diciembre 2005. [Tesis de post grado]. Santo Domingo (Rep. Dom.): Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); 2005.
 33. Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), Mortalidad materna. Una problemática en aumento en la Republica Dominicana? Serie de reuniones técnicas Santo Domingo. 2005: 1-9.
 34. WHO, UNICEF, and UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
 35. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's le reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhodd still review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation a 17:7-33).
 36. Morillo A. Mórbido Mortalidad y salud materno infantil en la República Dominicana, profamilia, población y desarrollo. Santo Domingo, R.D. 1985; 1:15-25.
 37. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo., D.N. SESPAS 199; 2:11-19.
 38. Nancy L Sloan y Cols. Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: Artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2001. 79 (9): 805-810.
 39. Martínez, Hazel, La situación de la mujer costarricense en salud, trabajo y educación. Documento, OPS, San José, 1990 (en base a información del Ministerio de Salud).
 40. Viviana A. Mortalidad Materna en Argentina. Ministerio de Salud Argentina. *Revista de salud Argentina*, Buenos Aires, febrero 2000.
 41. Nueva carpeta. Un mundo mejor para todos. Mortalidad materna.htm.
 42. Ana Langer Glas: "La Mortalidad Materna en México: La contribución del Aborto inducido" en Ortiz, A (ed). *Razones y pasiones en torno al aborto*. México: Edamex/ Población Council, 1994, Pp. 149-153.
 43. Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition. World Health Organization, Geneva, 1997.
 44. Cifras alarmantes de Mortalidad materna en República Dominicana; Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Septiembre 2006.
 45. Cáceres Ureña FI. Estado del conocimiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D. 1998; 2:7-50.
 46. Organización Panamericana de la Salud (OPS) "Materno Infantil" In Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social, Organización Panamericana de Salud, Organización de la Salud. Oct. 1985, 200 Pág.
 47. Muñoz- Gonzáles, L. Burbana, II. Mortalidad Materna, Instituto Materno Infantil. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 37 (5): 328-346, 1983.
 48. Gutiérrez R., Orlando. Et. Al. Mortalidad Materna por Eclampsia en un Hospital de referencia: Maternidad Concepción Palacios.
 49. Norma. Diccionario Enciclopédico. 1era Ed. Editora Grupo Editorial Norma, S.A., Colombia, 1999; 2:1067-1070.
 50. Passer, Francfort del. M. Et. Al. Ginecología y Obstetricia; Salvat Editora, S.A. 1983 Pág. 738-1082.
 51. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección Nacional de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo. 1997; 3:3-80.
 52. Royston-Armstroy S. Prevención mortalidad materna. OMS. Ginebra, 1991; 1:9-109.
 53. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo. SESPAS 1998; 2:11-38.
 54. Cáceres-Ureña FI. Estado del conocimiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D. 1995; 1:1-10.
 55. Khan AR, et al. Maternal mortality en rural Bangladesh the Jamalpur distric. *studies in famiy planning*. 1986; 17 (1): 7-12.
 56. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The

- postpartum period: the key to maternal International. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1-10.
57. MacLeod J, Rhode R. Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk f. rural district of Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:130-137.
 58. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos, Aguascalientes Agencias INEGI, 1997.
 59. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/ UNICEF/World Bank Statyement. Organización Mundial de la Salud. 1999.
 60. AbouZahr C. *Global burden of maternal death and disability*. In: Rodeck C. *Reducing maternal and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press, 2003:1-11.
 61. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis: the combat against puerperal fever. *Europe Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000, 90:153-158.
 62. AbouZahr C, Aahman E, Guidotti R. Puerpural sepsis and other puerperal infections. In: M Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge Harvard School of Public Health (en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial) 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III): 191-217.
 63. AbouZahr C, Guidotti R. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV conditions, perinatal disorders, and cogenital anomalies. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health (en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial), 1998 (Global burdel and Injury Series, No. III): 219-241.
 64. 32. Valoy JF, y Santana F, Factores asociados a las muertes maternas en Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero-diciembre 2005. [Tesis de post grado]. Santo Domingo (Rep. Dom.): Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); 2005.
 65. Centor nacinal de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), Mortalidad materna. Una problemática en aumento en la Republica Dominicana? Serie de reuniones técnicas Santo Domingo. 2005 ;: 1-9.
 66. Muñoz-González, L. Mortalidad Materna: Instituto Materno-Infantil. *Revista de la Facultad Med. De la Universidad de Colombia* 2001; 39 (4): 227-47
 67. WHO, UNICEF, and UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
 68. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's le reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhodd still review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation a 17:7-33)
 69. Morillo A. Mórbido Mortalidad y salud materno infantil en la República Dominicana, profamilia, población y desarrollo. Santo Domingo, R.D. 1985; 1:15-25.
 70. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo., D.N. SESPAS 199; 2:11-19.
 71. Nancy L Sloan y Cols. Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: Artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2001. 79 (9): 805-810.
 72. Martínez, Hazel, La situación de la mujer costarricense en salud, trabajo y educación. Documento, OPS, San José, 1990 (en base a información del Ministerio de Salud).
 73. Viviana A. Mortalidad Materna en Argentina. Ministerio de Salud Argentina. *Revista de salud Argentina*, Buenos Aires, febrero 2000.
 74. Nueva carpeta. Un mundo mejor para todos. Mortalidad materna.htm.
 75. Ana Langer Glas: “La Mortalidad Materna en México: La contribución del Aborto inducido” en Ortiz, A (ed). *Razones y pasiones en torno al aborto*. México: Edamex/ Población Council, 1994, Pp. 149-153.
 76. Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition. World Health Organization, Geneva, 1997.
 77. Cifras alarmantes de Mortalidad materna en República Dominicana; Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Septiembre 2006.
 78. Cáceres Ureña FI. Estado del conocimiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D. 1998; 2:7-50.
 79. Organización Panamericana de la Salud (OPS) “Materno Infantil” In Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social, Organización Panamericana de Salud, Organización de la Salud. Oct. 1985, 200 Pág.
 80. Muñoz- González, L. Burbana, II. Mortalidad Materna, Instituto Materno Infantil. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 37 (5): 328-346, 1983.
 81. Gutierrez R., Orlando. Et. Al. Mortalidad Materna por Eclampsia en un Hospital de referencia: Maternidad Concepción Palacios.
 82. Norma. Diccionario Enciclopédico. 1era Ed. Editora Grupo Editorial Norma, S.A., Colombia, 1999; 2:1067-1070.
 83. Passer, Francfort del. M. Et. Al. Ginecología y Obstetricia; Salvat Editora, S.A. 1983 Pág. 738-1082.
 84. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección Nacional de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo. 1997; 3:3-80.
 85. Royston-Armstroy S. Prevención mortalidad materna. OMS. Ginebra, 1991; 1:9-109.
 86. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. . Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Sto. Dgo. SESPAS 1998; 2:11-38.
 87. Cáceres-Ureña FI. Estado del conocimiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D. 1995; 1:1-10.
 88. Khan AR, et al. Maternal mortality en rural Bangladesh the Jamalpur distric. *studies in famiy planning*. 1986; 17 (1): 7-12.
 89. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The

- postpartum period: the key to maternal International. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1-10.
90. MacLeod J, Rhode R. Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk f. rural district of Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:130-137.
 91. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos, Aguascalientes Agencias INEGI, 1997.
 92. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/ UNICEF/World Bank Statyement. Organización Mundial de la Salud. 1999.
 93. AbouZahr C. *Global burden of maternal death and disability*. In: Rodeck C. *Reducing maternal and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press, 2003:1-11.
 94. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis: the combat against puerperal fever. *Europe Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000, 90:153-158.
 95. AbouZahr C, Aahman E, Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In: M Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge Harvard School of Public Health (en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial) 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III): 191-217.
 96. AbouZahr C, Guidotti R. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD *dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV conditions, perinatal disorders, and cogenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health (en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial), 1998 (Global burdel and Injury Series, No. III): 219-241.
 97. 32. Valoy JF, y Santana F, Factores asociados a las muertes maternas en Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero-diciembre 2005. [Tesis de post grado]. Santo Domingo (Rep. Dom.): Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); 2005.
 98. Centor Nacinal de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), Mortalidad materna. Una problemática en aumento en la Republica Dominicana? Serie de reuniones técnicas Santo Domingo. 2005, 1-9.



DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE RECTOCISTOCELE EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA, SAN PEDRO DE MACORÍS. REPÚBLICA DOMINICANA.

Leilly D. Núñez Guerrero,** Jessie K. Piliier Solano,* Mayelin M. García López,* Daniela del Carpio Ubiera,* Julio Francisco Medina.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con informaciones retrospectivas sobre Diagnóstico, Tratamiento y Frecuencia de Rectocistocele en las pacientes atendidas por el Departamento de Ginecología del Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el periodo Junio – Diciembre 2009.

El período, donde se dio la frecuencia más alta de consultas, fue en el mes de Junio al igual que la mayor frecuencia de rectocistocele. Dentro de los principales factores de riesgo identificados en nuestra investigación los de mayor frecuencia fueron la edad, la ocupación, la menopausia, la paridad, cesárea, histerectomía, episiotomía, anemia y cigarrillo. El nivel educativo de las pacientes estudiadas que más predominó fue el nivel primario. El lugar de procedencia de las pacientes más frecuentemente identificado fue el urbano. Las mayorías de las pacientes refirieron con más frecuencia estar en unión libre.

Los principales signos y síntomas que presentaron las pacientes estudiadas fueron: sensación de tejido que sobresale de la vagina e incontinencia urinaria de esfuerzo. La prueba de laboratorio más frecuentemente realizada a las pacientes fue hemograma. Los métodos diagnósticos realizados con mayor frecuencia fueron la historia clínica y el examen físico de la vagina y el recto respectivamente. El grado de rectocistocele que se identificó con más frecuencia en las pacientes fue el grado III. El tratamiento que más se indicó a las pacientes fue la farmacoterapia. No se encontraron en los datos estudiados ninguna referencia a alguna complicación. El desarrollo de este problema de salud lleva consigo la influencia de varios factores de riesgo; su identificación, nos ayuda a dar una posibilidad de hacerlo prevenible. Su correcto diagnóstico y tratamiento son la base para su manejo eficiente.

Palabras claves: Frecuencia, Rectocistocele, Múltipara.

ABSTRACT

We performed a cross sectional study with retrospective information on Diagnosis, Treatment and Rectocistocele frequency in patients seen by the Department of Gynecology Dr. Antonio Musa Regional Hospital during the period June to December 2009.

The period, which gave the highest frequency of consultations, was in the month of June as the highest frequency of rectocistocele. Among the main risk factors identified in our investigation the most frequent were age, occupation, menopause, parity, cesarean section, hysterectomy,

episiotomy, anemia and smoking. The educational level of the patients studied most predominant was the primary level. The place from which the patients most frequently identified was urban. The majority of patients reported more often be in union.

The main signs and symptoms presented by the patients studied were: sensation of tissue protruding from the vagina and urinary stress incontinence. The laboratory test most commonly performed on patients was CBC. The diagnostic methods were the most frequently performed medical history and physical examination of the vagina and rectum respectively. The degree of rectocistocele who identified more frequently in the patients was grade III. The best treatment is indicated to the patients was pharmacotherapy. No data were found in the study no reference to any complications. The development of this health problem involves the influence of several risk factors, their identification helps us a chance to make preventable. A correct diagnosis and treatment is the basis for efficient management.

Key words: Frequency, Rectocistocele, multiparous.

INTRODUCCION

Desde su inicio en la ginecología y obstetricia, se aficionó por el procedimiento quirúrgico ginecológico, conocido como “colpoperinorrafia”, técnica quirúrgica utilizada para tratar y corregir el problema de la incontinencia urinaria de esfuerzos y el rectocistocele (descenso de la vagina y el recto).

El prolapso genital es el desplazamiento hacia abajo o hacia delante de uno de los órganos pélvicos desde su localización normal. Es una entidad patológica frecuente dentro de la ginecología y su tratamiento ha ido evolucionando con técnicas menos invasivas y que presentan un menor número de complicaciones.

Por lo general en esta patología participan un gran número de factores etiológicos que en muchos casos dificultan el diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado para su corrección, entre éstos están: los factores mecánicos, neurológicos y trastornos del tejido conectivo. Asimismo, los factores de riesgo como la edad, paridad, obesidad, constipación, cirugía pélvica previa, tabaquismo, enfermedades pulmonares crónicas y factores raciales que podrían estar involucrados en el desarrollo de éste.

El rectócele se define como el descenso de la pared rectal anterior que empuja la pared vaginal posterior. El Cistocele es el prolapso de la vejiga o pared anterior, tercio superior de la vagina a través del conducto vaginal. Esta entidad es definida

* Médico general

al igual que el rectocistocele por los hallazgos físicos o en término de sintomatología o ambos. Constituyen un motivo de consulta en el ámbito de la salud.

El prolapso genital es una condición que afecta la calidad de vida de las pacientes que lo presentan, rara vez provoca morbilidad o mortalidad. Se presenta en el 50% de las multíparas. Del 10-20% del total de pacientes que lo presentan requieren tratamiento por sus síntomas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo de corte trasversal, con informaciones retrospectivas sobre Diagnóstico, Tratamiento y Frecuencia de Rectocistocele en las pacientes atendidas por el Departamento de Ginecología del Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período Junio – Diciembre 2009.

Universo

Todas las pacientes asistidas por el Departamento de consultas de Ginecología en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período Junio – Diciembre 2009.

Muestra

Las pacientes diagnosticadas con rectocistocele por el Departamento de Ginecología del Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período Junio – Diciembre 2009.

Técnicas y Procedimientos

Se diseñó una herramienta escrita de tipo protocolo con todas las preguntas correspondientes al estudio con todas las variables de la investigación.

Plan estadístico de análisis de la información

Se recolectó la información, se consolidaron los resultados y cruces de las variables con el paquete de información, se presentaron los resultados, se elaboraron los resultados y se presentaron las conclusiones y recomendaciones de la información recolectada.

RESULTADOS

Según nuestro estudio la edad predominante fue el grupo de edades de 40 a 49 con un 25%, seguido del grupo de edades de 50 a 59 años con un 22.9% y de 30-39 años con un 20.8%. La menor frecuencia fue entre las edades de 20-29 años 4.2%. Los factores de riesgo, donde la frecuencia fue mayor fueron; partos múltiples (2 o más) con un 87.5%, seguido de la menopausia con un 37.5% y en menor frecuencia las enfermedades respiratorias con un 10.42%. El método Diagnóstico utilizado en el centro de estudio, objeto de nuestra investigación es; la historia clínica y el examen físico de la vagina y el recto con un 100% respectivamente.

Cuadro 1. Diagnóstico, Tratamiento y Frecuencia de Rectocistocele en la Consulta del Departamento de Ginecología Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, Rep. Dom. Junio – Diciembre 2009. Según Edad

Edad (años)	Frecuencia	%
20-29	2	4.2
30-39	10	20.8
40-49	12	25
50-59	11	22.9
60-69	8	16.7
≥70	5	10.4
Total	48	100,0

Cuadro 2. Diagnóstico, Tratamiento y Frecuencia de Rectocistocele en la Consulta del Departamento de Ginecología Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, Rep. Dom. Junio – Diciembre 2009. Según Factores de Riesgo

Factores de Riesgo	Frecuencia	%
Envejecimiento (60 o más)	13	27.08
Menopausia	18	37
Partos Múltiples (2 o más)	42	87
Episiotomía	11	22.92
Obesidad	2	4.17
Cesaria	14	29.17
Histerectomía	12	25
Constipación	8	16.68
Enfermedad Respiratoria Crónica	5	10.42

Cuadro 3. Diagnóstico, Tratamiento y Frecuencia de Rectocistocele en la Consulta del Departamento de Ginecología Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, Rep. Dom. Junio – Diciembre 2009. Según Método diagnóstico.

Método Diagnóstico	Frecuencia	%
Historia Clínica	48	100
Examen Físico de la Vagina y el Recto	48	100

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de este estudio arrojan datos de suma importancia para la practica medica en especial para el area de Gineco-obstetricia. Por tanto, es importante que se aplique un manejo a las acientes menopausicas y postmenopausicas de forma multicliplinaria y en equipo con el fin de mejorar al maximo la calidad de vida de estas mujeres. De igual forma, se debe ofrecer un seguimiento adecuado desde el inicio de diagnosticarse la enfermedad y luego de la terminacion de la

misma, orientando a la paciente acerca del valor de la consulta ginecológica.

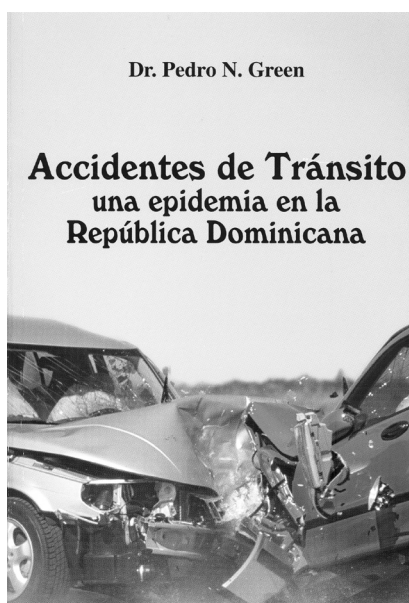
REFERENCIAS

1. Bello R. Rigol Obstetricia y Ginecología. La Habana Editorial, Ciencias médicas, 2004. Prolapso genital y estados afines. Capítulo 32. Pág.324-327.
2. Cunningham Gary F., MacDonald Paul C., Gant Norman F. y col. Williams Obstetricia. 20va edición. Hemorragia obstétrica, Capítulo. 32. Desgarro del piso de la pelvis y la vagina. Pág. 715-716.
3. Herschorn Sender, Carr Lesley K. Campbell urología. 8va edición, tomo 2. Cirugía reconstructiva vaginal para la incontinencia esfinteriana y el prolapso. Pág. 1193-1211, 1222-1235.
4. Melo Gonzalo. Ginecoobstetricia. Prevalencia. Capítulo 17: Prolapso Genital. Pág. 311, 314.
5. Rincón G. Tereza G. Geriatria, 2 edición. Alteraciones genitales en la mujer anciana. Capítulo. 5: Alteraciones del piso pélvico. Pág. 60.
6. Wall Lewis. Ginecología de Novak. 12va Edición. Prolapso de los órganos pélvicos. Capítulo 20: Incontinencia, prolapso y trastorno del suelo pélvico. Pág. 621- 622, 645- 646.

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.

FRECUCENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA LA ISABELA, PANTOJA.

*Janny Mateo, *Francisco Ovalles, *Marleny Montas, *Lady Amezcua, *Madelin Reynoso.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, a través de un formulario aplicado en las consultas de medicina general del Centro de Atención Primaria La Isabela, Pantoja, República Dominicana. Con el objetivo de determinar la frecuencia de infecciones respiratorias agudas del 09 al 20 de enero del 2012. Durante el periodo previamente mencionado asistieron un total de 539 pacientes de los cuales 198 presentaron alguna forma de infección respiratoria aguda (IRA). De los pacientes diagnosticados el sexo más afectado fue el femenino con un 58.6 por ciento, la edad más afectada fue la comprendida entre el primer y el cuarto año de edad con un 16.6 por ciento. El tipo de infección respiratoria aguda que se identificó con mayor frecuencia fue el resfriado común con un 52.5 por ciento. En relación a la procedencia del paciente, el sector que presentó mayor número de casos fue el Barrio 23 con un 25 por ciento. El síntoma que presentó la mayoría de los pacientes fue la rinorrea con un 82 por ciento.

Palabras claves: Frecuencia, Infección Respiratoria Aguda (IRA).

ABSTRACT

An observational, descriptive, cross-sectional and prospective study was made, through a form applied in the general practices of the Centro de Atención Primaria La Isabela, Pantoja, República Dominicana in order to determine the frequency of acute respiratory infections from 09 to 20 January 2012. During the aforementioned period, attended by a total of 539 patients of which 198 had some form of acute respiratory infection (ARI). Of patients diagnosed most affected sex was female with 58.6 percent, the most affected age was between the first and fourth years of age with 16.6 percent. The type of acute respiratory infection that was identified most frequently was the common cold with a 52.5 per cent. In relation to the patient's origin, the sector had the highest number of cases was the Barrio 23 with 25 percent. The symptom more frequent in the patients was rhinorrhea with 82 percent.

Keywords: Frequency, acute respiratory infections (ARI).

INTRODUCCIÓN

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período

inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como : tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.¹

Dependiendo de qué segmento del aparato respiratorio se encuentre afectada, se puede clasificar las infecciones respiratorias aguda en altas (si afecta nariz, senos paranasales, faringe, amígdalas, oído medio y/o epiglotis) o bajas (si afecta a la laringe, tráquea, bronquios y/o pulmones). Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones: Resfriado común, Faringoamigdalitis, Otitis media, Crup, traqueítis, sinusitis, laringitis, bronquiolitis, bronquitis, epiglotis, Neumonía.¹

Es una de las patologías más frecuentes principalmente en la edad infantil, diversos autores han planteado que el niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año, que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años. Son consideradas la cuarta causa de muerte en pacientes pediátricos y la primera causa de hospitalizaciones, consulta externa y morbilidad pediátrica en los consultorios de atención primaria.²

Las condiciones socioeconómicas desfavorables, cambios bruscos de temperatura, el hacinamiento y el micro ambiente, el hábito de fumar de los padres, la desnutrición, niños alimentados con sustitutos de la leche materna, inmadurez inmunológica, especialmente en menores de un año, así como la prematuridad son algunos de los factores de riesgo relacionados con la predisposición a padecer estas infecciones.^{3,4}

La etiología de las Infecciones Respiratorias Agudas está dada tanto por agentes bacterianos como virales. Entre las bacterias que causan estas infecciones pueden citarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus B hemolyticus*. En cambio, entre los agentes virales más comunes se encuentran: Syncitial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros.^{5,6}

Las IRA se destacan como un gran problema de salud, tanto por su alta frecuencia, como por las dificultades de su control, el impacto en la mortalidad infantil y el importante consumo de recursos que conlleva,⁷ además la enfermedad puede cursar con o sin complicaciones las cuales pueden dejar secuelas que afecten la calidad de vida de las personas.⁸ Es por estas razones que se deciden emprender una investigación y determinar la

*Médico General

frecuencia de esta en nuestro centro de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal el cual fue realizado por medio de un formulario que contenía las variables a medir y que fue aplicado en los diferentes consultorios de medicina general del centro de atención primaria La Isabela, del distrito municipal Pantoja, santo domingo oeste, Republica Dominicana. Con la finalidad de conocer la frecuencia de infecciones respiratorias agudas del 09 al 20 de enero del 2012.

La población estuvo compuesta por todos los pacientes que asistieron y fueron evaluado en las consultas generales de dicho centro, fue atendido un total de 539 pacientes de los cuales 198 fueron diagnosticado con algún tipo de infección respiratoria aguda.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, tipo de infección respiratoria, la procedencia de los pacientes y los signos y síntomas de presentación.

Criterios de inclusión: pacientes evaluados en el centro durante el periodo señalado, ser diagnosticado con algún tipo de infección respiratoria aguda.

Criterios de exclusión: pacientes evaluados en otro periodo al antes señalado, o aquellos que no fueron diagnosticado con ningún tipo de IRA.

Procesamiento de los datos: una vez obtenida la información mediante los formularios se procedió a realizar las tabulaciones pertinentes por medio del programa Excel y al análisis de los datos recolectados.

RESULTADOS

De un total de 539 pacientes que asistieron a la consulta general, durante el periodo de estudio 198 pacientes fueron diagnosticados con algún tipo de infección respiratoria aguda para un 37% de las consultas.

Cuadro 1. Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el centro de atención primaria La Isabela, Pantoja del 09-20 Enero 2012, Republica Dominicana. Según el sexo.

Sexo	Casos	%
Masculino	82	41.4
Femenino	116	58.6
Total	198	100,0

El sexo más afectado fue el sexo femenino con un total de 116 casos para un 58.6%. Seguido del masculino con 82 casos para un 41.4%.

Cuadro 2. Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el centro de atención primaria La Isabela, Pantoja del 09-20 Enero 2012, Republica Dominicana. Según la edad

Edad (años)	Casos	%
< 5	54	27.2
5-9	32	16.1
10-14	27	13.6
15-19	17	8.5
20-24	23	11.6

25-29	20	10.1
30-34	5	2.5
35-39	7	3.5
40-44	3	1.5
45-49	4	2
≥ 50	6	3
Total	198	100,0

Se observa que la edades más afectadas fueron la comprendida entre 0 a 4 años, con 54 casos para un 27.2%, seguido de 5-9 años con 32 casos para un 16.1%, de 10-14 años 27 casos para un 13.6%, 20-24 años con 23 casos para un 11.6%, de 25 a 29 años 20 casos para un 10.1%, 15-19 años 17 casos para un 8.5%, de 30 años en adelante con menos de 10 casos.

Cuadro 3. Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el centro de atención primaria La Isabela, Pantoja del 09-20 Enero 2012, Republica Dominicana. Según el tipo de infección respiratoria aguda.

Tipo de IRA	Casos	%
Amigdalitis	48	24.2
Bronquiolitis	2	1
Crup	3	1.5
Laringitis	7	3.5
Neumonía	7	3.5
Otitis	18	9.3
Resfriado comun	104	52.5
Sinusitis	9	4.5
Total	198	100,0

Tomando en cuenta el tipo de infección respiratoria aguda diagnosticada a los pacientes se determinó que la más frecuente fue el resfriado común con 104 casos para un 52.5% seguida de la amigdalitis con 48 casos para un 24.2%, la otitis 18 casos para un 9.3%, la sinusitis 9 casos para un 4.5%, laringitis y neumonía 7 casos cada una para un 3.5%, el Crup 3 casos para un 1.5% y bronquiolitis 2 casos para un 1%.

Cuadro 4. Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el centro de atención primaria La Isabela, Pantoja del 09-20 Enero 2012, Republica Dominicana. Según la procedencia del paciente.

Procedencia	Casos	%
Barrio 23	49	25
Villa maria	22	11.1
Villa flores	14	7
Villa morada	5	2.5
Villa linda	22	11.1
Villa duarte	13	6.5
Los platanitos	9	4.5
Palmarejos	15	7.5

La redencion	8	4
Villa palmar	17	8.5
La hondonada	13	6.5
Otros	11	5.5
Total	198	100,0

El sector de Pantoja de donde procedían el mayor número de casos fue del Barrio 23 con un total de 49 casos para un 25%, seguido de Villa María y Villa Linda con 22 casos cada una para un 11.1%, Villa palmar 17 casos para un 8.5%, Palmarejos 15 casos para un 7.5%, Villa flores 14 casos para un 7%, Villa duarte y La Hondonada con 13 casos cada una para un 6.5%, y los demás sectores con menos de 10 casos.

Cuadro 5. Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el centro de atención primaria La Isabela, Pantoja del 09-20 Enero 2012, Republica Dominicana. Según los síntomas de presentación

Signos y síntomas	Casos	%
Rinorrea	162	82
Tos	150	76
Estornudo	96	48
Fiebre	112	57
Cefalea	75	38
Congestion nasal	120	61
Odinofagia	97	49
Otalgia	23	12
Disfonia	45	23
Disnea	2	1
Total	198	100,0

Tomando en cuenta cuales fueron los signos y síntomas que afectaron con más frecuencia a los pacientes, se obtuvo que el más común fue la rinorrea con 162 casos para un 82%, seguida de la tos con 150 casos para un 76%, la congestión nasal 120 casos para un 61%, la fiebre 112 casos para un 57%, odinofagia 97 casos para un 49%, estornudos 96 casos para un 48%, cefalea 75 casos para 38%, disfonia 45 casos para un 23%, otalgia 23 casos para un 12% y disnea 2 casos para un 1%

DISCUSIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas, estas estadística son similares a las encontradas en nuestro estudio donde se determinó que el 37% de las consultas fueron por alguna forma clínica de IRA.⁹

Al analizar los pacientes con IRA, según el sexo (Cuadro 1) encontramos que el sexo femenino con 116 para un 58.6 % del total de los pacientes fue el más afectado. Esto concuerda con los resultados de Dra. Elisa Barrios de León,¹⁰ en Guatemala

en el 2003, donde predominó el sexo femenino con un 57 % con una muestra de 124 niños, y difiriendo de los resultados del el estudio de Portillo en Chile, donde se encontró que las IRA eran más frecuente en el sexo masculino.¹¹

Según grupo de edad (Cuadro 2) encontramos que existió un predominio de pacientes correspondiente al grupo de 0 a 4 años con 54 casos para un 27.2 %, seguido de 5-9 años con 32 casos para un 16.1%. Estos resultados están en correspondencia con lo planteado en la literatura mundial donde se plantea que en los primeros años de vida el niño tiene menos madurez inmunológica, es decir se defiende menos con relación a las enfermedades infecto contagiosas y son similares a lo reportado en estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Bolivia donde la mayor incidencia fue en los niños menores de 2 año con un 76% de la muestra escogida por el autor Benguigui.¹²

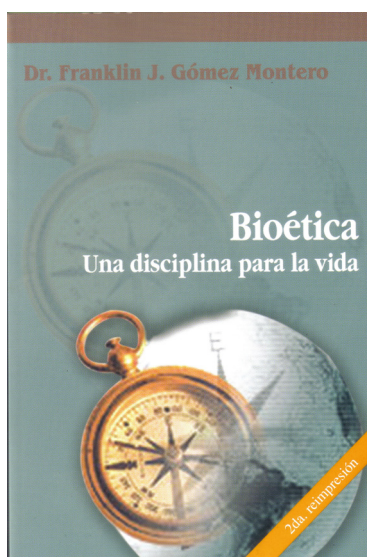
En lo concerniente al tipo de infección respiratoria aguda diagnosticada a los pacientes (cuadro 3) se determinó que la más frecuente fue el resfriado común con 104 casos para un 52.5% seguida de la amigdalitis con 48 casos para un 24.2. Coincidiendo con lo reportado por Benguigui y Ceruti en el estudio realizado en Chile en el año 1998 donde se obtuvo similares resultados.¹³⁻¹⁴ estos resultados también coincide con los reportes estadísticos mundiales, regionales y nacionales de la práctica médica diaria donde se plantea que la forma clínica de las IRA más frecuente, a cualquier edad es la rinofaringitis aguda catarral.

REFERENCIAS

- Morales De León, James. Acosta, Daniel. Anaya, Fabio. Guía de práctica clínica basadas en la evidencia, infección respiratoria aguda. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME. 17
- Infecciones Respiratorias Agudas en niños asistidos en un Hospital General Provincial .Rev.Med.Dom.54 (1):51-52 Enero-marzo 1993.
- Gómez, M. Infección Respiratoria aguda, en Fundamentos de Medicina: Neumología e infectología. 2a. Ed. Tomo 11.Corporación para investigaciones Biológicas. Medellin, Colombia. 1999.
- Sánchez, A.; Villar, M. Infecciones Respiratorias agudas. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana, Cuba. 2001. p.495- 500
- Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En: <http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>
- Capitulo IX - Como atender al niño con infecciones respiratorias agudas y que hacer para prevenirla. (<http://media.payson.tulane.edu:8086/spanish/aps/aps18s/ch09.htm>).
- Riverón, P. Mortality due to acute respiratory diseases in children younger than 5 years old. Santé Publique 1987; 30(3): 197-206
- Carreras, L., Echevarría, J. y Diéguez, N. Neumonía adquirida en la comunidad. Acta Médica 2000; 91(1-2): 22-28
- Drummond P, Clark J, Wheeler J, Galloway A, Freeman R, Cant A. Community acquired pneumonia- a prospective UK study. Arch Dis Child 2005; 83: 408-12.
- Prevalencia de infecciones respiratorias en la población de San Marcos de Guatemala; Dra. Elisa Barrios ; 2003
- Portillo C, Lovera D, Arbo A: Chlamydia trachomatis como agente etiológico de las neumonías en el Paraguay.

- Pediatría 1996; 23: 6-11.
12. Benguigui Y. Infecciones respiratorias agudas. En: Meneghedo J, et al. Diálogo en Pediatría. Santiago de Chile: Publicaciones técnicas mediterráneas 1998;(3):11-26
 13. Benguigui Y. Infecciones respiratorias agudas. En: Meneghedo J, et al. Diálogo en Pediatría. Santiago de Chile: Publicaciones técnicas mediterráneas 1998;(3):11-26.
 14. Ceruti E. Etiología de las infecciones respiratorias agudas bajas en lactantes hospitalizados. Rev Chilena Ped 2000;(62):155-6.

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.

FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. LUIS EDUARDO AYBAR.

Patricia Acosta Espinal,** Isleida Brito Mejía,* Marielle Lapaix Martínez,* Rafaela Moreno Pinales.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar las formas de presentación clínica más frecuentes de la insuficiencia venosa crónica (IVC), en la consulta de cirugía vascular del Hospital Luis E. Aybar. Se realizó un estudio observacional de tipo analítico longitudinal de fuente primaria, en los meses de Octubre 2010- Enero 2011. **Métodos y técnicas:** Se elaboró un cuestionario seguido de un examen físico los cuales fueron aplicados a los 105 pacientes que asistieron en esos meses con insuficiencia venosa crónica (IVC), diagnosticada por examen dúplex. **Conclusión:** Las formas de presentación clínica más frecuentes fueron pesadez de miembros inferiores, várices, calientes de las piernas, y edema. **Resultados:** se pudo determinar que los factores de riesgo más frecuentes fueron el sexo femenino (76.2%), obesidad (62.5%), ama de casa (52.4%). Mientras las presentaciones clínicas más frecuentes fueron, pesadez de miembros inferiores (16.5%), várices venosa (16.3%), calientes de las piernas (15.7%), de los 105 pacientes estudiados.

Palabras claves: insuficiencia venosa crónica (IVC).

ABSTRACT

Objective: To determine the most frequent clinical presentation of chronic venous insufficiency (CVI) in the vascular surgery area of consultation at the Hospital Luis E. Aybar. An observational study of longitudinal analytic type of primary source was made in the months of October 2010 - January 2011. **Methods and techniques:** A form was made and applied to the 105 patients who attended during those months that consultation area with chronic venous insufficiency (CVI), diagnosed by duplex examination. **Conclusion:** The most affected clinical presentations' were: heaviness of lower limbs, varicose veins, hot legs and edema. **Results:** It was determined that the most frequent risk factors were female sex (76.2%), obesity (62.5%), housewife (52.4%). While the most common clinical presentations were: heaviness of lower limbs (16.5%), varicose vein (16.3%), and hot legs (15.7%) of the 105 patients studied.

Keywords: chronic venous insufficiency (CVI).

INTRODUCCIÓN

Insuficiencia venosa crónica constituye la entidad vascular más frecuente, afecta del 20-30 por ciento de la población adulta. Su incidencia aumenta progresivamente a partir de los 20 años, de forma que hasta el 50 por ciento de los mayores

de 50 años llegan a padecerla; siendo más frecuente en las mujeres en una proporción 5:1. La insuficiencia venosa crónica no plantea grandes problemas en cuanto a mortalidad, pero si presenta importantes repercusiones sociales: coste asistencial, absentismo laboral, deterioro de la calidad de vida, alteraciones estéticas. Las várices constituyen el signo principal de la insuficiencia venosa crónica. La característica principal de esta enfermedad consiste en un síndrome complejo, de etiología multifactorial, del cual se conocen mejor sus consecuencias que sus causas.**

Parar analizar el problema de esta enfermedad es necesario mencionar sus causas, que al parecer existe una predisposición hereditaria que consiste en un aumento de la distendibilidad pared venosa, sobre la cual actuarían unos factores adquiridos como la bipedestación prolongada, el sedentarismo, la gestación y el sobre peso, entre otros, que favorecen la dilatación pared venosa, lo cual conlleva a una disminución hemodinámica secundaria por una separación e incompetencia de las válvulas.***

La presente investigación se refiere a las formas de presentación clínica de la insuficiencia venosa crónica que se define como las distintas formas como se presenta la incapacidad del sistema venoso de los miembros inferiores para cumplir su función de drenaje venoso de los tejidos, adaptados a las necesidades de los mismos y a su función de termorregulación y reservorio de volumen.

Entre los estudios previos sobre insuficiencia venosa crónica en República Dominicana se encontró una investigación que se llevó a cabo en el año 2003, acerca de la incidencia de cirugías de patologías de miembros inferiores, en el Hospital General Materno Infantil Plaza de la Salud, en el período Abril 1997-2003, según los datos que se obtuvieron llegaron a la conclusión de que las patologías de miembros inferiores son más frecuentes en el sexo femenino en un 81.8 por ciento, los signos y síntomas más frecuentes fueron las várices, dolor y edema.****

Cabe citar el estudio realizado por Rodríguez Feliz, Rafael A. (*et al*) a cerca de la evaluación venográfica prequirúrgica en pacientes con insuficiencia venosa crónica en el Hospital Padre Billini, en este estudio se llegó a la conclusión de los pacientes estudiados, la edad prevaeciente fue la comprendida entre 51-60 años, con 4 pacientes (40 por ciento), seguida

**Ruiz de Adano, R., Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria, 2001. P.311.

***García, C., Manual de terapéutica médica, 2002. P. 155.

**** Morel Matos, Wendy E.; Díaz Burgos, Roney V.; Martínez Paulino, Juana M; (*et. al*). Cirugía de Venas de Miembros Inferiores en Pacientes del Hospital General Materno Infantil Plaza de la Salud Abril 1997- 2003.

* Médico general.

por 41-50 años con tres pacientes (30 por ciento), la menor incidencia estuvo entre las edades de 10-20 años; 71-80 años encontrándose 1 paciente en cada una respectivamente (10 por ciento), del 40 por ciento de los pacientes (4 casos) tenía de 1-10 años con la enfermedad, el 30 por ciento (3 casos) de 11-20 años, y de 21-31, 51-40, 41-50 1 caso respectivamente (30 por ciento total). El 60 por ciento tenía como ocupación labores domésticas. Los hallazgos clínicos fueron el dolor en el 100 por ciento de los casos, sensación de pesadez y edema en el 70 por ciento, parestesia en un 30 por ciento y ardor en el 20 por ciento. El factor de riesgo más frecuente encontrado en sus pacientes fue la multiparidad en un 80 por ciento.*

En España, según una encuesta del 2001 coordinada por la Junta Directiva de la sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat (SEACV) en el cual participaron 1068 médicos de atención primaria, coordinados por 20 especialistas en angiología y cirugía vascular, que incluyeron 21,566 pacientes que acudieron espontáneamente a la consulta, llegaron a la conclusión de que un 80,3 por ciento de los participantes mostraron algún factor de riesgo para Insuficiencia Venosa Crónica. El más habitual fue la vida sedentaria en los varones (33,7 por ciento) y el embarazo en las mujeres (67 por ciento). 14,797 pacientes (68,6 por ciento, intervalo de confianza 95 por ciento, rango 68 por ciento-69,2 por ciento) refirieron alguna manifestación clínica compatible con insuficiencia venosa crónica; 80,2 por ciento en mujeres y 49,2 por ciento en varones ($p < 0,001$).**

En España, la encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica (estudio DETECT-IVC 2006), que se desarrolló con el objetivo de modificar los elevados datos de prevalencia de insuficiencia venosa crónica (IVC), realizó una encuesta con fines epidemiológicos, del tipo transversal, que debía incluir 16,770 sujetos que acudían por cualquier motivo a una consulta de atención primaria. Participaron como investigadores 1,118 médicos de atención primaria, con 37 coordinadores especialista en angiología y cirugía vascular. Se siguió con cada paciente el protocolo de estudio que aportó los siguientes resultados: el 71 por ciento refería algún síntoma o signo dependiente de la insuficiencia venosa crónica, especialmente pesadez de las piernas y las varículas. Un 62 por ciento de los encuestados presentaban algún tipo de signo de insuficiencia venosa crónica en el examen físico. Se identificaron úlceras cutáneas en un 2 por ciento de los examinados. Los resultados de la encuesta confirmaron la elevada prevalencia de la insuficiencia venosa crónica en España, ya detectada en la encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica (DETECT-IVC 2000).

Como factores de riesgo en mujeres los más prevalentes son embarazos, vida sedentaria y antecedentes familiares y entre los varones encuestados sobrepeso, vida sedentaria y antecedentes familiares. De las manifestaciones clínicas hallaron la pesadez en un 56 por ciento, seguido de varículas 52 por ciento, edema 39 por ciento, dolor en un 37 por ciento, várices 34 por ciento, calambres 32 por ciento, parestesia en el 28 por ciento y un 3 por ciento de los encuestados tenían

* Félix Rodríguez, Rafael A.; Romero Vargas, Candida; González, Víctor René. Evaluación Venográfica Prequirúrgica en pacientes con Insuficiencia Venosa de Miembros Inferiores. Rev. Méd. Dom. Vol. 56 No. 3 101-102, 1995.

** Gesto*Gastromil; grupo DETECT-IVC; García, J.J. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETEC-IVC. Rev. Esp. Angiología 53 (4):249-260, 2001.

úlceras.***

Durante la rotación de cirugía vascular en el hospital Dr. Luís Eduardo Aybar se pudo observar una gran cantidad de personas que buscan asistencia médica debido a la insuficiencia venosa crónica y sus diferentes presentaciones clínicas. Por esta razón la motivación a aprovechar el trabajo de tesis para llamar la atención y dar inicio a futuras investigaciones acerca de este tema. Se hizo evidente durante el proceso de búsqueda de antecedentes, la falta de investigaciones con referencia a esta problemática de salud a nivel local, a pesar de las observaciones de gran afluencia de personas con esta patología a la consulta de cirugía vascular.

Otra de las razones por la cual se realiza esta investigación es que estadísticas internacionales señalan un incremento de insuficiencia venosa crónica en la población debido a factores inherentes a las personas o propios de su estilo de vida.

La motivación de este trabajo es que la clase médica se incentive a concientizar y alertar a la población, mostrando como con pequeños cambios en la vida cotidiana se pueden prevenir serios problemas de salud a largo plazo y asegurar una vida más productiva y placentera. La propuesta ayudará también a difundir el conocimiento, correcto diagnóstico de esta enfermedad y determinar las formas de presentación clínica más comunes en las personas que acuden a la consulta de cirugía vascular del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, Con esto se podrían tomar medidas más acertadas y así ayudar a la población a que en un futuro no presenten las consecuencias de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional de tipo analítico longitudinal de fuente primaria, en personas que acudieron a la consulta de cirugía vascular del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar Octubre 2010 - Enero 2011.

Demarcación geográfica

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, en la calle Federico Velázquez # 1 en el sector María Auxiliadora, Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana. Ubicación: situado al nordeste de la capital dominicana cuyos límites divisionales son: Este: Albert Tomas, Oeste: Federico Bermúdez, Norte: Osvaldo Brasil, Sur: Federico Velázquez.

Población

La población estuvo representada por 105 personas que fueron encuestados, evaluados y presentaron diagnóstico de insuficiencia venosa crónica por examen dúplex venoso, en la consulta de cirugía vascular del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar Octubre 2010 - Enero 2011.

Criterios de inclusión

Toda persona que acudió a la consulta de adultos de cirugía vascular del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar y que presentaron el examen dúplex venoso con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica.

Personas que presentaron número de record del hospital.

Personas que presentaron cualquiera de las formas clínicas de presentación:

***Cardona, M. Temas Monográficos: Insuficiencia Venosa Crónica. Rev. Esp. Anales de Patología Vasculat 3(1):16-30, 2009.

Pesadez de miembros inferiores.
 Caliente de las piernas y plantas de los pies.
 Edema.
 Venas varicosas.
 Telangiectasia.
 Dermatitis por éctasis.
 Úlceras varicosas.
 Varicorragia.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron las personas que al momento del estudio no cumplieron con los requisitos ya mencionados.

Métodos, técnicas y procedimientos

Luego de haber sido aprobado el perfil de investigación recibimos la carta de certificación por el director de la oficina de tesis de grado de la facultad de ciencias de la salud, nos dirigimos al director del hospital Dr. Luis E. Aybar, al jefe de enseñanza de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar, al médico ayudante encargado de la consulta de cirugía vascular de dicho hospital, con una carta solicitando el permiso para la realización de la investigación del trabajo de tesis, aprobado el permiso procedimos a la realización de la investigación.

Se estructuró un cuestionario que consta de dos partes: en la primera parte, consistió en el consentimiento informado de las personas que acudieron a la consulta de cirugía vascular, el cual se les leyó, explicó y se les dio a leer, en el caso de personas analfabetas se les leyó y explico detenidamente; se le explicó a cada persona que la información a obtener es confidencial, el encuestado se mantendrá en el anonimato y tendrá la libre elección de aceptar participar o no en la investigación; en la segunda parte se encuestó, se realizó el examen físico y se confirmó el diagnóstico con el resultado del dúplex venoso de cada persona.

La investigación se llevó a cabo los días lunes y miércoles de 10:00 AM a 12:00 PM de cada semana de los meses Octubre 2010 - Enero 2011.

Análisis y presentación de los datos:

La información obtenida se analizó y procesó mediante técnicas estadísticas utilizando el software Microsoft Excel 2007, y se representaron en cuadros y gráficos para una fácil y buena comprensión de los mismos.

Principios éticos:

En esta investigación se mantuvieron los principios de autonomía, confidencialidad y consentimiento informado.

RESULTADOS

Tabla 1. Formas de presentación clínica de la Insuficiencia Venosa Crónica en personas que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Formas de presentación clínica	Frecuencia	%
Pesadez de los miembros inferiores	81	16.5
Caliente de la planta de los pies	79	14.3
Caliente de las piernas	77	15.7
Edema	71	14.6
Telangiectasia	33	6.7
Várices venosas	80	16.3
Dermatitis por éctasis	59	12
Úlcera varicosa	16	3.3
Varicorragia	3	0.6
Total	490	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a personas con insuficiencia venosa crónica en la consulta de cirugía vascular del hospital Dr. Luis E. Aybar octubre 2010 – enero 2011.

Tabla 2. Ubicación y grado del edema de miembros inferiores en personas con insuficiencia venosa crónica que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Edema	Frecuencia	%	Leve		Moderado		Severo	
			Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Pies	59	43.4	23	45.1	34	47.9	2	50
Piernas	69	50.7	27	52.9	30	42.3	2	50
Muslo	8	5.9	1	2	7	9.9	0	0
Total	136	100	51	100	71	100	4	100

Fuente: Idem.

Tabla 3. Ubicación de la telangiectasia en personas con Insuficiencia Venosa Crónica de miembros inferiores que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Telangiectasia	Frecuencia	%
Pies	7	13.2
Piernas	28	52.8
Muslos	18	34
Total	53	100,0

Fuente: Idem.

Tabla 4. Ubicación y tamaño de várices de miembros inferiores en personas con insuficiencia venosa crónica que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Várices	F	%	2mm		4mm		>4mm	
			F	%	F	%	F	%
Pies	13	7.6	8	7.3	5	7.9	0	0
Cara interna de la pierna	48	28.1	27	24.8	21	33.3	25	29.1
Cara externa de la pierna	35	20.5	21	19.3	15	23.7	22	25.6
Cara posterior de la pierna	24	14	13	11.9	11	17.6	11	12.8
Cara interna del muslo	14	8.2	11	10.1	3	4.8	13	15.1
Cara anterior del muslo	7	4.1	5	4.6	2	3.2	4	4.7
Cara externa del muslo	11	6.4	8	7.3	3	4.8	7	8.1
Cara posterior del muslo	19	11.1	16	14.7	3	4.8	4	4.7
Total	171	100.0	109	100.0	63	100	86	100.0

Fuente: Idem.

Tabla 5. Ubicación de varicorragia en personas con Insuficiencia Venosa Crónica de miembros inferiores que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Varicorragia	Frecuencia	%
Pie	0	0
Pierna	3	100
Muslo	0	0
Total	3	100

Fuente: Idem.

Tabla 6. Ubicación de la dermatitis por éctasis en personas con Insuficiencia Venosa Crónica de miembros inferiores que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Dermatitis por éctasis	Frecuencia	%
Pierna	45	36
Cara interna	23	18.4
Cara externa	15	12
Cara posterior	2	1.6
Circular	22	17.6
Pie	18	14.4
Total	125	100.0

Fuente: Idem.

Tabla 8. Factores de riesgo de Insuficiencia Venosa Crónica de miembros inferiores en personas que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el hospital Dr. Luis E. Aybar Octubre 2010 - Enero 2011.

Factores de riesgo	Frecuencia	%
Edad (años)		
18-29	6	5.7
30-39	10	9.5
40-49	10	9.5
50-59	26	24.8
60-69	24	22.9
70-79	24	22.9
>80	5	4.7
Sexo		

Femenino	80	76.2
Masculino	25	23.8
Ocupación		
Comerciante	10	9.5
Vendedor	4	3.8
Ama de casa	55	52.4
Agricultor	6	5.7
Conserje	8	7.6
Otros	22	21
Gesta		
1-3	31	41.3
4-5	24	33.3
6-7	4	5.4
8-10	9	12
>11	6	8
Obesidad		
30-34.9	25	62.5
35-39.9	9	22.5
≥40	6	15

Fuente: Idem

Tabla 9. Procedencia de las personas con Insuficiencia Venosa Crónica de miembros inferiores que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar Octubre 2010 – Enero 2011.

Procedencia	Frecuencia	%
Santo Domingo	70	66.7
Interior	35	33.3
Total	105	100,0

Fuente: Idem.

DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó las formas de presentación clínica de la insuficiencia venosa crónica más frecuentes, con una población de 105 pacientes que acudieron a la consulta de cirugía vascular en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, así como los factores de riesgo asociados a esta patología.

De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación las formas de presentación clínicas más relevantes fueron: pesadez de los miembros inferiores con 16.5 por ciento, várices venosas con 16.3 por ciento, calientes de las piernas con 15.7 por ciento, edema con un 14.6 por ciento. Algunos de estos datos coinciden por los obtenidos del estudio realizado en el país por Rodríguez Feliz, Rafael A. (*et. al*), en el Hospital Padre Billini, en el cual los hallazgos clínicos más frecuentes son dolor en el 100 por ciento, sensación de pesadez y edema en un 70 por ciento y ardor con un 20 por ciento; al igual que en la encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica (DETEC- IVC 2006) realizado en España, en el cual las manifestaciones clínica son pesadez con un 56 por ciento, edema con un 39 por ciento, várices con un 34 por ciento, úlceras con un 3 por ciento.

Referente al edema, la ubicación fue en las piernas con un

50.7 por ciento, y el grado fue moderado con un 52.9 por ciento.

En cuanto a la telangiectasia, se evidenció más en las piernas con un 52.8 por ciento.

Con relación a la ubicación de las várices la más común fue en las piernas, afectándose más la cara interna con un 28.1 por ciento, y el tamaño que más se cuantificó fue el de 2 mm con un 24.8 por ciento.

Con respecto a la varicorragia la ubicación predominante fue en las piernas en un 100 por ciento.

En lo referente a la dermatitis por éctasis se determinó la ubicación, en las piernas con un 36 por ciento, donde la cara interna de la pierna fue la que más se afectó en un 18.4 por ciento.

En lo que concierne a la ubicación de las úlceras fueron más afectadas las caras internas y externas de la pierna en un 25.7 por ciento, en cada cara respectivamente, donde el tamaño más común fue en la cara interna de 1-3 cm con un 46.2 por ciento. Dato que se corrobora con la literatura Roura Joseph; de que las úlceras ocurren por lo común en la región del tobillo inmediatamente por encima o por debajo del maléolo interno.

De acuerdo a la edad, el grupo más afectado correspondió al de 50-59 años con un 24.8 por ciento, seguido de los grupos de 60-69 y 70-79 años con un 22.9 por ciento, respectivamente en cada grupo. Esto se corrobora con un estudio que se realizó en el país, en el Hospital Padre Billini por Rodríguez Feliz, Rafael A. (*et. al*); donde cita que la edad prevaleciente fue la comprendida entre 51-60 años con un 40 por ciento.

En relación al sexo la mayor frecuencia, estuvo identificado por el sexo femenino 76.2 por ciento. Dato que se relaciona con un estudio realizado en el país, en el Hospital Materno Infantil Plaza de la Salud; el cita que las patologías de miembros inferiores son más frecuentes en el sexo femenino en un 81.8 por ciento.

En lo referente a la ocupación las que más se afectaron

fueron las amas de casas en un 52.4 por ciento, seguido de otros en un 21 por ciento y los comerciantes con un 9.5 por ciento. Esto concuerda con el dato del estudio realizado por Rodríguez Feliz, Rafael A. (*et. al*), en donde cita que el 60 por ciento, tiene como ocupación labores domésticas.

En lo que se refiere a la paridad se determinó que las pacientes que tuvieron de 1-3 hijos fueron las más afectadas en un 41.3 por ciento. Esto no se relaciona con el estudio realizado por Rodríguez Feliz, Rafael A. (*et. al*), el cual señala como factor de riesgo más frecuente encontrado en sus pacientes es la multiparidad en un 80 por ciento.

Con respecto a la obesidad se presentaron un índice de masa corporal de 30-34.9 con un 62.5 por ciento.

En lo que concierne a la procedencia, los que pacientes que más se afectaron fueron los provenientes de Santo Domingo en un 66.7 por ciento.

REFERENCIAS

Argente A, Horacio; Álvarez, Marcelo. Semiología médica: Fisiopatología, Semiología y Propedéutica; [En línea], 2008, [Fecha de acceso: 15-October-2010], págs. 1604, Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Alejo Enrici, Emenegildo; Santiago Caldivida, Héctor. Insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores, 1era. ed., Buenos aires, Celsius, 1992, págs. 212.

Andrade Pérez, Ernesto, (*et. al*) manual de cirugía; [En línea], [Fecha de acceso: 24-October 2010], Pág.551, Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Bogaert Díaz, Humberto, (*et. al*) Dermatología, 8va. ed. República Dominicana, Santo Domingo. Amigo del libro, 2001, págs.421.

Cardona, M. Temas Monográficos: Insuficiencia Venosa Crónica. Rev. España. Anales de Patología Vascul 3(1), 2009, 16-30.

Duce, Antonio Martin, Patología quirúrgica; [En línea], 2005, [Fecha de acceso: 28-Noviembre-2010], pág. 724, Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Falabella, Rafael; Victoria, Victoria, Jairo; Barona, María; Soto, Luciano. Dermatología, 6ta ed. Medellín Colombia, 2002. Pág. 607.

Falagán Perera, Rafael, Úlceras varicosas, Rev. Revistas medicas, [En línea], 2006, [Fecha de acceso: 4-October-2010], Disponible: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones.ulceras>.

Félix Rodríguez, Rafael A.; Romero Vargas, Cándida; González, Víctor René. Evaluación Venográfica Prequirúrgica en pacientes con Insuficiencia Venosa de Miembros Inferiores. Rev. Med. Dom. 56(3) 101-102, 1995.

Ferrouina, Pedro; Oría, Alejandro. Cirugía de Michans. 5ta. Ed. Argentina, Buenos Aires, HI Arencó, 2008, págs. 1092.

García, C., Manual de terapéutica médica, [En línea], 2002, págs. 634. [Fecha de acceso: 19-Noviembre-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Gesto*Gastromil; grupo DETECT-IVC; García, J.J, Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETEC-IVC. Rev. Esp. Angiología 53 (4):249-260,2001.

Gonzales Tavares, Enrique, Sánchez -Coll, Salvador, Estudio de la incapacitación laboral por enfermedades cardiocirculatoria, Madrid: Instituto nacional de medicina y seguridad del trabajo, [En línea], 1998, [Fecha de acceso: 11-Noviembre-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

com.do/.

Guyton, Arthur C, Hall, John E. Fisiología Médica, 11va. ed., Madrid: Elsevier; 2006. Págs. 1114.

Haehl, Ricardo, Medicina popular Homeopática, [En línea], 1999, [Fecha de acceso: 19- Noviembre-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Kumar, Vinay S, Cotran, Ramzi, Robbins, Stanley L. Patología Estructural y funcional de Robbins y Contran. 7ma ed., Madrid: Elsevier; 2006, págs. 1517.

Lo Roura, Josep Marinell, Samsó, Jordi Juan, Aplicaciones clínicas de los métodos de exploración hemodinámica, [En línea], 2003, págs. 129 [Fecha de acceso: 18-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Lo Roura, Josep Marinell, Úlceras de la extremidad inferior, [En línea], 2005, págs. 503. [Fecha de acceso: 24-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Martínez López, Ramón, Manual de pie diabético, [En línea], 2006, págs. 162, [Fecha de acceso: 24-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Moore, Keith L., Dalley, Arthur F., Anatomía con orientación clínica 4ta. ed. España: Médica panamericana, 2001. Págs. 1136.

Morel Matos, Wendy E.; Díaz Burgos, Roney V.; Martínez Paulino, Juana M; (*et. al*). Cirugía de Venas de Miembros Inferiores en Pacientes del Hospital General Materno Infantil Plaza de la Salud Abril, 1997- 2003.

Pérez Arellano, José Luís, Manual de patología general, [En línea], 2006:769, [Fecha de acceso: 18-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Ramos Martínez, C., Tamames Escobar, Santiago, Cirugía: Aparato digestivo, aparato circulatorio, aparato respiratorio, [En línea], 2000, págs. 767, [Fecha de acceso: 26-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Rev. Panam salud pública/Pan Am J Public Health, El edema de miembros inferiores, causa y medidas que lo alivian 2(1), [En línea], 1997. P. 58. [Fecha de acceso: 20-October-2010], Disponible en: <http://www.scielosp.org/cielo>

Rodes, Juan; Carne, Xavier; Trilla, Antoni, Manual de Terapéutica médica [En línea], 2002, [Fecha de acceso: 15-Noviembre-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>. Pág155.

Ruiz de Adano, R., Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria, [En línea], 2001. P. 311, [Fecha de acceso: 16-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Sabiston C, David, Tratado de patología Quirúrgica 16ta ed. México, MC Graw-Hill Interamericana, 2003. Pág. 1829.

Schwartz, Seymour I., (*et. al*), Principios de cirugía. 7ma. ed., España, McGraw-Hill, 2000, Vol.2., págs. 1950.

Schwartz, Seymour I., (*et. al*), Principios de cirugía. 8va. ed., España, McGraw-Hill, 2005, Vol.1., págs. 1259.

Surós Batlló, Antonio, Surós Batlló, Juan, Semiología médica y técnica exploratoria, Barcelona, Masson, 2001, págs.1184.

Téllez de Peralta, Gabriel, Tratado de cirugía vascular, [En línea], 1998, [Fecha de acceso: 18-October-2010], Disponible en: <http://books.google.com.do/>

Uribe Mesa, Adolfo León, Manual para el examen físico del normal y métodos de exploración, [En línea], 2004, [Fecha de acceso: 24-October-2010], págs. 297, Disponible en: <http://books.google.com.do/>

USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN USUARIOS CON CÁNCER QUE ASISTEN AL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DR. HERIBERTO PIETER.

*Sarah Melissa Rivera Thomas, **Jesús David Disla Clark, * Erika Esther Sánchez Jiménez, * Ana Isolina De la Cruz.*****

RESUMEN

Con el propósito de determinar el uso de terapias alternativas en usuarios con cáncer que asistieron al instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter, enero 2011, se realizó un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal. El universo estuvo conformado, por 1170 usuarios que asistieron a la consulta del Instituto de Oncología, la población estuvo constituida por 550 usuarios con diferentes tipos de cáncer. La muestra estuvo conformada por 306 usuarios que asistieron al hospital en horario matutino a la consulta de seguimiento; los datos fueron obtenidos a través de un formulario de datos previamente diseñado de manera directa a los usuarios. Del total de la población en estudio el 51 por ciento usó terapias alternativas como opción terapéutica, en relación al criterio de uso, el 62.7 por ciento de los usuarios usó terapia alternativa para mejorar los síntomas. El cáncer más frecuente fue el de mama con 60.9 por ciento de los cuales un 72.6 por ciento utilizó herbología como terapia alternativa. El sexo más afectado fue el femenino con 82.4 por ciento correspondiendo un 98.4 por ciento a cáncer de mama. El sexo femenino uso como terapia alternativa principalmente la herbología con un 82 por ciento, al igual que el sexo masculino que usó herbología en un 17.1 por ciento. El grupo de edad más afectado con cáncer fue el rango de 41-65 años con un 62.7 por ciento. En pacientes con edades comprendidas entre 41-65 años la herbología es la terapia más usada 72.6 por ciento. Los usuarios del nivel primario utilizaron como terapia alternativa la herbología con 63.5 por ciento. Encontramos que de un 51 por ciento de pacientes con diagnóstico de cáncer de uno a cinco años, 78.2 por ciento tenía cáncer invasor. En conclusión un alto porcentaje de los usuarios con cáncer utilizó terapias alternativas como parte de su arsenal terapéutico.

Palabras clave: Terapia Alternativa, Cáncer, Terapia convencional.

ABSTRACT

It was made a prospective, descriptive with transversal cut study, which purpose determining the use of alternative therapy in patients with cancer that were attended that "Dr. Heriberto Pieter" Institute of Oncology. The universe was formed by 1170 patients that attended to the mentioned hospital, the population was formed by 550 patients with different types of cancer. The sample was intentional formed by 306 patients. Data was obtained through direct interview by a form previously

designed. The anatomic place and most frequent cancer was breast in 60.9 percent, 72.6 of those used phytotherapy as alternative therapy. The most affected gender was female with 82.4 percent and 98.4 had suffered breast cancer. The female gender used as alternative therapy phytotherapy in 82 percent. The male gender used as alternative therapy iridology in 33.3 percent. The most affected group of age was among 41-65 with 62.7 percent. In patients with ages between 41 – 65 years old, phytotherapy was the most used in 72.6 percent. The users with primary level used as alternative therapy, hydrotherapy in 90.0 percent. It was found that 51 percent of patients that had as diagnostic cancer from one to five years, 78.2 percent had invasive cancer, in relation to use criteria, 62.7 percent, used alternatives therapy to mend symptoms. As conclusion a high percent of patients used alternative therapies as part of the therapeutic treatment.

Keywords: Alternative Therapy, Cancer, Conventional Therapy.

INTRODUCCIÓN

En una sociedad moderna como la que nos domina en la actualidad, que innova cada minuto en términos de salud, se hace indispensable para el médico adquirir conocimientos minuciosos sobre lo que existe, lo que evoluciona, lo que se práctica y lo que surge; más aún cuando nos referimos a enfermedades que ocupan los primeros lugares como causa de morbimortalidad a nivel mundial; una de estas enfermedades preocupantes es el cáncer.

El cáncer es un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado de células, la infiltración de los tejidos adyacentes y el crecimiento a distancia (metástasis).^{***} El cáncer es una excepción a la interacción coordinada entre células y órganos. Muchas enfermedades son producidas porque las células especializadas fracasan en el desempeño de la tarea que tienen asignada. El cáncer lleva esta alteración un paso más adelante; en este no sólo existe un fracaso de la célula cancerosa para mantener la función especializada de su tejido de origen, sino que además ataca a "los suyos"; la célula cancerosa compite para sobrevivir utilizando la capacidad de mutación y la selección natural para buscar ventajas sobre las células normales.^{****}

El tratamiento para el cáncer es muy variable y depende de un número de factores que incluye el tipo, el lugar y la

^{***}Diccionario de medicina. Facultad de Med. De la universidad de Navarra. Madrid (España): Espasa ed. 1999.

^{****}Enfermedades neoplásicas. Estudio del paciente con cáncer: Harrison medicina interna. Pág. 2659.

* Médico general
** Asesora

extensión del cáncer. El tratamiento convencional está basado principalmente en cirugía, quimioterapia y radioterapia.

Existen también otros tipos de terapias no convencionales que son empleadas como tratamiento coadyuvante, denominadas terapias alternativas.

Las terapias alternativas son un conjunto de prácticas que pretenden el diagnóstico o la curación de las enfermedades con medios no comprobados científicamente o de mecanismos de acción desconocidos.*

La medicina naturista es una rama de las terapias alternativas que aborda la capacidad curativa del propio organismo, el uso terapéutico de las sustancias y los elementos naturales de nuestro entorno, y la aplicación de los procesos naturales y las actividades fisiológicas de la vida cotidiana con fines terapéuticos.**

Los objetivos de la medicina convencional y la medicina complementaria y alternativa son similares: conservar la salud, curar o dar esperanza y evitar muertes tempranas. La medicina complementaria y alternativa se ha difundido ampliamente y gran parte de la población la ha utilizado al menos una vez en la vida, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo: África (80%), China (40%), Canadá (70%), Francia (49%) y EEUU (42%). En México, más de 9 millones de indígenas la utilizan. En Latinoamérica y Asia se utilizan sobre todo como resultado de circunstancias históricas y culturales, y por esto se realiza un proceso de consolidación entre prácticas complementarias y alópatas. La medicina tradicional conoce como medicina complementaria y alternativa una amplia gama de sistemas que incluye: medicina tradicional china, ayurveda India, Unani Árabe y la indígena, así como los que no tienen medicación como la acupuntura, terapias manuales y espirituales, iridología, herbología, entre otros.***

Se han realizado algunos estudios relacionados al uso de estas terapias en pacientes con diversas patologías, con el objetivo de mejorar el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes. Algunos de estos antecedentes son los siguientes:

Un estudio sobre el uso indiscriminado de la terapia convencional y alternativa en el manejo de pacientes con asma bronquial en Santo Domingo en el 2006, realizado por Lima F, Jiménez K, y colaboradores en el sector Herrera, arroja que: un alto porcentaje de pacientes utiliza de forma indiscriminada la terapia convencional y alternativa, el (52%) de los pacientes no consultan al médico y se automedican con la terapia convencional y alternativa por diferentes razones entre ellas: recursos económicos bajos, consultas médicas difíciles por la gran cantidad de pacientes que acuden a las mismas, que disponen de toda la mañana para ver al médico. Solo un (28%) de los pacientes consultan al médico. De estos pese a que se automedican el (33%) admite que esta terapia fue recomendada por un médico en otra ocasión o a otra persona.****

Un estudio sobre Medicinas no convencionales en cáncer realizado por Anatilde Idoyaga Molina y sus colaboradores, en Buenos Aires en el 2005 arroja que: El (90%) de los pacientes utilizó medicinas no convencionales, el (6%) no la utilizó y el (4%) no contestó. Son numerosos los usuarios que

se han tratado con más de una medicina. El total alcanzó más de (100%) porque la mayoría de los individuos han consultado o practicado más de una medicina. Las terapias y medicinas complementarias y/o alternativas consultadas fueron: yoga, reiki, reflexología, acupuntura, geoterapia, dieta macrobiótica, antroposofía, fangoterapia, terapias lúdicas, homeopatía, oxigenoterapia, iridología, medicina energética entre otras. No se encontraron diferencias entre grupos de edad. En los jóvenes (21-39 años) el número de medicinas consultadas fue de (2.4%), entre los enfermos de mediana de edad (40-65) de (2.5%) y entre los enfermos de la tercera de edad (mayores de 65) de (2.3%). No se encontró diferencia por sexo con respecto al número de terapias realizadas. Finalmente, en el (8%) de los casos el uso de medicinas no convencionales fue comentado con los profesionales.*****

Un estudio realizado por Nelson Filice y publicado por el Diario de la salud pública de Barrois en la Unicamp Campinas realizado en Brasil en una revisión sistemática sobre el uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con cáncer determinó que: En general, los pacientes ven el uso de la medicina alternativa y complementaria en forma positiva, como útil y no-tóxico y creen que proporcionan un cambio en el estilo de vida y calidad, así que influyen positivamente en el curso de la enfermedad. Otra percepción significativa está relacionada con la sensación de mayor control sobre el cuerpo y el tratamiento en sí mismo después de usar algún tipo de tratamiento alternativo. Estudios muestran que el número de pacientes que utilizan algún tipo de tratamiento alternativo, después del diagnóstico de cáncer, es alto. Con respecto a las motivaciones para utilizar medicina complementaria y alternativa, se identificaron por razones biológicas, técnicas y psicológicas. Las razones biológicas están relacionadas con el aumento en la capacidad del cuerpo para luchar contra la enfermedad, promover el fortalecimiento del sistema inmunológico, aliviar los efectos secundarios causados por la quimioterapia, permitiendo así a personas esperar un “curar” y la prevención de la recurrencia. En relación con la motivación psicológica, fueron descritos la promoción del bienestar, control del estrés y mejoría de la calidad de vida*****.

La justificación del presente estudio está basado en que las terapias alternativas a pesar de ser tan antiguas como la humanidad misma y haber sido profundizadas por los científicos y el sector de salud convencional en gran parte del mundo, aun no alcanza un puesto social definitivo en nuestro país, siendo aplicada en mayoría de casos de forma no estandarizada, lo que nos lleva a ignorar en muchas ocasiones el auge que ésta ha alcanzando en la población, en una gran parte de los sectores sociales, y además a desconocer el impacto que esta situación puede generar sobre el curso de aplicación de las terapias convencionales y por ende en el pronóstico y mejoramiento de la salud de los usuarios con cáncer. La terapéutica convencional esta en desarrollo cada día en beneficio de los usuarios con cáncer, aumentando a la fecha la sobrevida y la calidad de la misma, sin embargo existe un rango indeterminado de usuarios donde los riesgos de la terapia convencional superan los beneficios, es aquí donde la terapias alternativas pueden jugar un papel importante como

*Diccionario de medicina. Facultad de Med. De la universidad de navarra. Ed. Espasa. 1999. Pág. 23. Madrid España.

**Buhning M., Saz P. introducción a la medicina naturista. (portada), ed. Paidós. 1997. Barcelona España.

***López G. V. Rodríguez P. M. Treviño G. C. Medicina complementaria y alternativa, Dic. 2004; vol. 6. (25) 265.

****Lima F, Jiménez K., León E. De Jesús L. Uso indiscriminado de la terapia convencional y alternativa en el manejo de pacientes con asma bronquial en Santo Domingo. P. 54.

*****Molina A., Luzardo N. Medicinas no convencionales en cáncer (resultados). Medicina (Buenos Aires) 2005; 65: 390-394. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n5/v65n5a02.pdf>

*****Spadacio C., Filice N., El uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con cáncer: Revisión Rev. Saúde Pública [en línea]. 2008, vol.42, n.1, p 158-164. disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102008000100023&lang=pt&tlng=en

parte del tratamiento paliativo del cáncer.

Por otro lado cabe destacar que el número de usuarios con cáncer ha incrementado, resaltando además que en su mayoría carecen de los conocimientos sobre los avances médicos/científicos en terapias convencionales por lo que optan por el empleo de métodos alternativos para dar seguimiento a su situación de salud; pudiendo esto significar un descenso en el uso de métodos terapéuticos convencionales, que conduce al mismo tiempo a respuestas y resultados estadísticos defectuosos e inesperados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal que buscó determinar el uso de terapias alternativas en usuarios con cáncer que asistieron al Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter. El lugar donde se efectuó nuestra investigación fue el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, localizado en la calle Correa y Cidrón, en la zona universitaria. Estuvo conformado por 1170 usuarios que asistieron a la consulta del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Enero 2011. Estuvo constituido por 550 usuarios con diferentes tipos de cáncer. La muestra estuvo conformada por 306 usuarios que asistieron en horario matutino a la consulta de seguimiento. Fue un muestreo no probabilístico, de tipo dirigido. Luego de aprobado el anteproyecto por la oficina de tesis de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), solicitamos por escrito el permiso para la realización de la presente investigación en la dirección general del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter. Luego de obtener el permiso por la dirección del instituto, se procedió a diseñar un cuestionario, tomando en cuenta cada una de las variables. El procedimiento para la recolección de la información fue de la siguiente manera: el equipo de investigadores debidamente identificados, se colocó en la sala de espera de la consulta de seguimiento y allí se abordaron los usuarios, explicándoles el objetivo de la investigación y la

importancia de su colaboración, obteniendo el consentimiento informado de forma verbal. Se procedió al llenado del cuestionario antes de la consulta, el mismo fue leído y llenado por los investigadores con las respuestas de los usuarios. Este proceso se llevó a cabo hasta la recolección total de la muestra seleccionada. Las informaciones obtenidas fueron procesadas mediante el programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS - Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)* que nos permitió la realización de tablas y gráficos, utilizando el programa *Microsoft Excel 2007*, seguido de un análisis teórico para una mejor interpretación de los resultados obtenidos. En esta investigación se respetó la identidad de las personas, los datos obtenidos fueron de uso científico exclusivamente, manteniendo la confidencialidad y la moral durante y después de la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter Según Criterios de uso de las Terapias Alternativas Enero 2011.

Criterios de uso	No.	%
No especifica	26	8.5
Mejorar los síntomas	192	62.7
Mejorar los efectos del tratamiento convencional	17	5.6
Curarse	71	23.2
Total	306	100.0

Fuente: Idem

En relación al criterio para el uso de la terapia alternativa, mejorar los síntomas alcanza la mayor frecuencia con un 62.7 por ciento.

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.

Tabla 2 Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Según Ubicación anatómica del cáncer y terapia alternativa, Enero 2011.

Ubicación anatómica	Terapia alternativa														Total				
	No específica		Acupuntura		Masajes		Reflexología		Hidroterapia		Herbología		Iridología		Homeopatía		Fitoterapia		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	No.	%	
Pulmón	2	25.0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	75.0	-	-	-	-	-	8	2.6
Colon	3	9.7	-	-	1	3.2	-	-	-	-	27	87.1	-	-	-	-	31	10.1	
Hígado	-	-	-	-	2	25.0	-	-	1	12.5	5	62.5	-	-	-	-	8	2.6	
Cerebro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100.0	-	-	-	-	4	1.3	
Próstata	7	43.7	-	-	-	-	-	-	2	12.5	7	43.7	-	-	-	-	16	5.2	
Cérvix	4	21.1	-	-	1	5.3	-	-	-	-	14	73.7	-	-	-	-	19	6.2	
Mama	18	9.7	1	0.5	10	5.4	1	0.5	17	9.1	135	72.6	2	1.1	1	0.5	186	60.9	
Páncreas	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	4	80.0	-	-	-	-	5	1.6	
Otros	6	20.7	-	-	2	6.9	-	-	-	-	20	69.0	1	3.4	-	-	29	9.5	
Total	40	13.1	1	0.3	16	5.2	2	0.7	20	6.5	222	72.6	3	1.0	1	0.3	306	100.0	

Fuente: Directa.

La ubicación anatómica más frecuente del cáncer en los pacientes asistidos fue la mama con 186 casos para un 60.9 por ciento, de los cuales 135 para un 72.6 por ciento fueron tratados con Herbología.

Tabla 3. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter Según Ubicación anatómica del cáncer en relación al sexo. Enero 2011

Ubicación anatómica	Sexo						Total	
	Femenino			Masculino			Total	
	No.	%	%	No.	%	No.	%	
Pulmón	7	87.5	1	12.5	8	2.6		
Colon	9	29.0	22	71.0	31	10.1		
Hígado	5	62.5	3	37.5	8	2.6		
Cerebro	4	100.0	-	-	4	1.3		
Próstata	-	-	16	100.0	16	5.2		
Cérvix	16	84.2	3	15.8	19	6.2		
Mama	183	98.4	3	1.6	186	60.9		
Páncreas	5	100.0	-	-	5	1.6		
Otros	23	79.3	6	20.7	29	9.5		
Total	252	82.4	54	17.6	306	100		

Fuente: Idem

El cáncer de mama registra en el sexo femenino su mayor presencia con un 98.4 por ciento de los casos; este mismo sexo obtuvo la mayor representación con un 82.4 por ciento del total de la población objeto de estudio.

Tabla 4. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter Según terapia alternativa en relación al sexo. Enero 2011

Terapia alternativa	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
No especifica	33	82.5	7	17.5	40	13.1
Acupuntura	1	100.0	-	-	1	0.3
Masajes	11	68.7	5	31.3	16	5.2
Reflexología	2	100.0	-	-	2	0.7
Hidroterapia	17	85.0	3	15.0	20	6.5
Herbología	184	82.9	38	17.1	222	72.6
Iridología	2	66.7	1	33.3	3	1.0
Homeopatía	1	100.0	-	-	1	0.3
Quiropraxia	-	-	-	-	-	-
Fitoterapia	1	100.0	-	-	1	0.3
Biomagnetismo	-	-	-	-	-	-
Ozonoterapia	-	-	-	-	-	-
Terapia neural	-	-	-	-	-	-
Total	252	82.4	54	17.6	306	100.0

Fuente: Idem

En relación al uso de la terapia alternativa, la herbología alcanzó un 72.6 por ciento, siendo usada un 82.9 por ciento por el sexo femenino.

Tabla 5. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter Según Ubicación anatómica del cáncer en relación a la edad (años). Enero 2011

Ubicación anatómica	Edad (años)										Total	
	0 – 10		11 – 18		19 – 40		41 – 65		Mayor de 66			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pulmón	-	-	-	-	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	2.61
Colon	-	-	-	-	8	25.8	19	61.3	4	12.9	31	10.13
Hígado	-	-	-	-	1	12.5	7	87.5	-	-	8	2.61
Cerebro	-	-	-	-	-	-	4	100.0	-	-	4	1.31
Próstata	-	-	-	-	3	18.7	12	75.0	1	6.3	16	5.23
Cérvix	-	-	-	-	2	10.5	15	78.9	2	10.5	19	6.21
Mama	-	-	3	1.6	35	18.8	109	58.6	40	21.5	186	60.78
Páncreas	-	-	-	-	-	-	4	80.0	1	20.0	5	1.63
Otros	4	14.3	-	-	3	10.3	16	57.1	5	17.2	28	9.48
Total	4	1.3	3	1.0	53	17.3	192	62.7	54	17.6	306	100

Fuente: Idem

En lo referente a la edad, el rango de 41 – 65 años obtuvo el mayor número de casos con un 62.7 por ciento. Del total de pacientes con cáncer de mama, el 58.6 por ciento correspondió a este grupo de edad.

Tabla 6. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter Según Terapia Alternativa en relación a la edad (años). Enero 2011

Terapia alternativa	Edad (años)										Total	
	0 – 10		11 – 18		19 – 40		41 – 65		Mayor de 66			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No específica	-	-	-	-	3	7.5	32	80.0	5	12.5	40	13.1
Acupuntura	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	0.3
Masajes	-	-	-	-	1	6.2	11	68.7	4	25.0	16	5.2
Reflexología	-	-	-	-	-	-	2	100.0	-	-	2	0.7
Hidroterapia	1	5.0	-	-	2	10.0	16	80.0	1	5.0	20	6.5
Herbología	3	1.3	3	1.3	47	21.2	126	56.8	43	19.4	222	72.6
Iridología	-	-	-	-	-	-	3	100.0	-	-	3	1.0
Homeopatía	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	0.3
Quiropraxia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fitoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	1	0.3
Biomagnetismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ozonoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia neural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4	1.3	3	1.0	53	17.3	192	62.7	54	17.6	306	100.0

Fuente: Idem

De los pacientes que usaron herbología como terapia alternativa se obtuvo el 72.6 por ciento de los cuales el 56.8 por ciento está dentro del rango de edad de los 41 a 65 años.

Tabla 7. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Terapia Alternativa en relación al Nivel Educativo. Enero 2011

Terapia alternativa	Nivel educativo										Total	
	Primaria		Secundaria		Universitaria		Técnico		Otros			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No específica	27	67.5	7	17.5	3	7.5	-	-	3	7.5	40	13.1
Acupuntura	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	0.3
Masajes	14	87.5	2	12.5	-	-	-	-	-	-	16	5.2
Reflexología	1	50.0	-	-	-	-	-	-	1	50.0	2	0.7
Hidroterapia	18	90.0	1	5.0	1	5.0	-	-	-	-	20	6.5
Herbología	141	63.5	56	25.2	8	3.6	4	1.8	13	5.9	222	72.6
Iridología	3	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1.0
Homeopatía	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	0.3
Quiropraxia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fitoterapia	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.3
Biomagnetismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ozonoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia neural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	205	67.0	68	22.2	12	4.0	4	1.3	17	5.6	306	100.0

Fuente: Idem

Del 67 por ciento de los usuarios que alcanzaron la primaria como nivel educativo, un 63.5 por ciento usó Herbología como terapia alternativa.

Tabla 8. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Según Tiempo de Diagnóstico de la enfermedad en relación su evolución. Enero 2011

Tiempo de diagnóstico (años)	Evolución						Total	
	In situ (Inicial)		Metastásico		Invasor			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<1	16	12.9	5	4.0	103	83.1	124	40.5
1 a 5	33	21.2	1	0.6	122	78.2	156	51.0
6 a 10	3	15.8	-	-	16	84.2	19	6.2
>10	2	28.6	-	-	5	71.4	7	2.3
Total	54	17.6	6	2.0	246	80.4	306	100.0

Fuente: Idem

El cáncer invasor es el más frecuente en la población en general con un 80.4 por ciento. El 51 por ciento tiene de 1-5 años con la enfermedad y de este total el 78.2 por ciento registra cáncer invasor.

DISCUSIÓN

Luego de dar a conocer los resultados de la presente investigación, en la cual fue necesaria la revisión total de los formularios de recolección de datos, pasamos a la discusión de los mismos. De la población total sometida a estudio un 55.64 por ciento usó terapia alternativa como parte de su arsenal terapéutico, este dato corrobora con un estudio realizado por Anatile Idoyaga Molina en el cual un 90 por ciento de los pacientes con cáncer sometidos objeto de estudio, utilizó medicinas no convencionales.¹⁵

De acuerdo a los resultados el criterio de uso de las terapias alternativas es predominantemente para mejorar los síntomas de la enfermedad con un 62.7 por ciento, seguido de aquellos que la usan para curarse con un 23.2 por ciento, este último dato corrobora con el estudio realizado por Nelson Filice y publicado por el Diario de la salud pública de Barrois donde se identificó como razón de uso de las terapias alternativas el deseo y esperanza de curarse de la enfermedad. Por otra parte encontramos un 5.6 por ciento de usuarios que usaron la terapia alternativa para mejorar los efectos secundarios de las terapias convencionales tal como se describe en el estudio de Nelson Filice donde resalta como razón biológica para el uso de terapia alternativa la mejoría de los efectos secundarios de la terapia convencional.⁷

En relación a la ubicación anatómica del cáncer, encontramos que el cáncer de mama fué el más frecuente con un 60.9 por ciento, este resultado coincide con las cifras establecidas por la OMS y el Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, que sitúan el cáncer de mama en el primer lugar de la lista de cánceres más frecuentes. Del 60.9 por ciento para el cáncer de mama un 72.6 por ciento utilizó herbología como terapia alternativa. En segundo lugar encontramos al cáncer de colon con un porcentaje de 10.1 por ciento, esta cifra no se relaciona con otros datos epidemiológicos obtenidos que sitúan el cáncer de colon en tercer lugar de la lista de frecuencia. En relación a la terapia alternativa más usada en usuarios con cáncer de colon encontramos que la herbología o fitoterapia obtuvo el primer lugar con un 87.1 por ciento a diferencia del estudio realizado por Anatile Idoyaga que muestra que: las principales medicinas y terapias complementarias /

alternativas consultadas fueron: yoga, reiki, reflexología, acupuntura, gemoterapia, dieta macrobiótica, antroposofía, fangoterapia, terapias lúdicas, homeopatía, hansi, simil hansi, oxigenoterapia, iridología, celuloterapia, nueva medicina, medicina energética. De estas terapias mencionadas en nuestro estudio la iridología solo alcanzo 1.0 por ciento siendo aplicado con mayor frecuencia en cánceres no especificados Y la acupuntura, solo obtuvo un 0.3 por ciento, que fue usada en usuarios con cáncer de mama.¹⁵

Según los datos epidemiológicos del MISPA para el 2010 con respecto al número de casos nuevos de cáncer registrado durante ese año se encontró un total de 2,949 neoplasias malignas de las cuales 2,009 se presentaron en el sexo femenino, este dato coincide con este estudio en el cual encontramos que el sexo más afectado fué el femenino con un 82.4 por ciento de los cuales 98.4 por ciento corresponde al cáncer de mama, a diferencia del sexo masculino que solo alcanzo un 17.6 por ciento, con cáncer de colon como el más incidente con un 71.0 por ciento.¹⁶

La distribución de uso de terapias alternativas en cuanto al sexo no marca gran diferencia ya que encontramos que de un 82.4 por ciento del sexo femenino el 82.9 por ciento uso herbología como terapia alternativa y de un 17.6 por ciento del sexo masculino un 33.3 por ciento uso herbología; estos datos corroboran con el estudio de Anatile Idoyaga Molina y sus colaboradores, en Buenos Aires que arrojó que del 90 por ciento de los usuarios que utilizaron medicinas no convencionales pertenecían a ambos sexos sin encontrar diferencias.¹⁵

Identificamos que el grupo de edad más afectado con cáncer fue el rango de 41-65 años con un 62.7 por ciento, de los cuales el cáncer de, hígado, páncreas y cérvix ocupan los primeros lugares con porcentajes comprendidos entre 78 y 87.5 por ciento entre sí. Seguido de este se encuentra el rango de edad de 66 ó más con un 17.6 por ciento de los cuales 21.5 corresponde al cáncer de mama. Estos confirman la edad (envejecimiento) como un factor de riesgo para el padecimiento de cáncer, tal como lo establece el instituto nacional de cáncer de los E.E. U.U. Este factor de riesgo ha sido confirmado además por otros estudios como es un estudio donde se determina la edad más afectada para el cáncer de próstata de un total de 224 pacientes en un rango entre 50-59 años para un 69.23 por ciento seguido del grupo etario de 60 años. Por otro lado según un estudio realizado sobre frecuencia de cáncer de mama en mujeres menores de 35 años,

se encontró que un 75 por ciento de cáncer de mama aparece después de los 40 años.

Del 72.6 por ciento de usuarios que utilizó la herbología como terapia alternativa un 56.8 corresponde a edades comprendidas entre 41-65 años. Sin embargo Anatlde Idoyaga en su estudio no encontró diferencia de edades para el uso de terapias alternativas sus resultados fueron que en los jóvenes (21-39 años) el número de medicinas consultadas fue de 2.4, entre los enfermos de mediana edad (40-65) de 2.5 y entre los enfermos de la tercera de edad (mayores de 65) de 2.3.¹⁵

Para el nivel educacional encontramos que la mayor parte de los usuarios solo alcanzo la primaria para un total de 67 por ciento, de estos usuario un 90.0 por ciento uso hidroterapia como terapia alternativa y un 63.5 por ciento utilizó la herbología. De los usuarios que cursaron la secundaria (22.2) por ciento solo un 25.2 por ciento utilizó herbología como terapia alternativa. Estos datos no se relacionan con estudios anteriormente realizados.¹⁵

En relación con el tiempo de diagnosticada la enfermedad la mayoría de los pacientes tiene de 1-5 años con el Diagnóstico que corresponde a un 51 por ciento, de los cuales 78.2 por ciento tiene un cáncer invasor. El cáncer invasor es predominante además con 83.1 por ciento en usuarios con menos de un año con la enfermedad que son el 40.5 por ciento del total de los usuarios investigados. No se encontró relación con estudios anteriores.

REFERENCIAS

1. Diccionario de medicina. Facultad de Med. De la universidad de Navarra. Madrid (España): Espasa ed. 1999.
2. Enfermedades neoplásicas. Estudio del paciente con cáncer: Harrison medicina interna. Pág. 2659.
3. Buhning M., Saz P. Introducción a la medicina naturista. (portada), ed. Paidós. 1997. Barcelona España.
4. López G. V. Rodríguez P. M. Treviño G. C. Medicina complementaria y alternativa, Dic. 2004; vol. 6. (25) 265.
5. Lima F., Jiménez K., León E. De Jesús L. Uso indiscriminado de la terapia convencional y alternativa en el manejo de pacientes con asma bronquial en Santo Domingo. P. 54.
6. Molina A., Luzardo N. Medicinas no convencionales en cáncer (resultados). Medicina (Buenos Aires) 2005; 65: 390-394. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n5/v65n5a02.pdf>
7. Spadacio C., Filice N., El uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con cáncer: Revisión Rev. Saude Pública [en línea]. 2008, vol.42, n.1, p 158-164. disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102008000100023&lang=pt&tlng=en
8. Atlas ilustrado de terapias alternativas. España. Ediciones Susaeta. 2007.
9. Bowman B, Russell R., Conocimientos actuales sobre nutrición. 8va ed. Publicación científica y técnica No 592; OPS Washington, DC: 2003.
10. Brenner Z, Cantwell M, Knaster M. et al. Enciclopedia de las medicinas alternativas, ed. En español, Barcelona (España): Editora Océano; 2002.
11. Cáncer [en línea]. Instituto nacional del cáncer: 2007 [10 de enero 2011]. URL disponible en: <http://www.cancer.gov/español>.
12. Donato, A. Terapias alternativas; concepto [en línea].

- mayo 2006. [20 de julio 2010]; URL disponible en: <http://www.salud.bioetica.org/terapialter.htm> Editora Elsevier; 2005.
13. Fundamentos de Quiropraxia [en línea]. Centro Ohani: 2005. [16 de noviembre 2010]. URL disponible en: <http://www.ohani.cl/quiropaxia.htm>.
14. Gottlieb B. Curas alternativas. 1ra ed. Washington (USA): Rodale ediciones; 2003.
15. Idoyaga A, Luxardo N. Medicinas no convencionales en cáncer. Medicina (B.Aires) Sep-Oct. 2005; 65 (13): Buenos Aires (argentina): P. 390-394. URL Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n5/v65n5a02.pdf>
16. Indicadores básicos de salud [en línea]. Mispas –Digepe: 2010. [5 de diciembre 2010]. URL disponible en: new.paho.org/dor/images/stories/archivos/indicadores_basicos_2010b.pdf
17. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hawser S, Longo D, Jameson L., et al. Harrison Principios de Medicina Interna 16 ta ed. [en línea]. Mexico: Editorial Mcgraw Hill; 2005 [5 de diciembre 2010] URL disponible en : <http://www.taringa.net/posts/ebooks-tutoriales/2151890/Principios-de-Medicina-Interna---Harrison-16Ed.html>
18. Kumar V, Abbas A, Fausto N, Patología estructural y funcional. 7ma ed. España:
19. Moritz A. Los secretos eternos de la salud (colección salud y vida natural) 1ra ed. Barcelona (España). Editora Obelisco; 2007.
20. Ozonoterapia [en línea]. Unidad de ozonoterapia del instituto vascular sala-planell centro médico teknon ; 2003. [10 de enero 2011]. URL disponible en <http://www.ozonoterapia.net/web/quees.htm>
21. Quimioterapia. [en línea]. The Oral Cancer Foundation: 2003. [3 de enero 2011], URL disponible en: www.oralcancerfoundation.org/facts/quimioterapia.htm
22. Ramos Mejia. Radioterapia. Rev. del Hospital General de Agudos J.M.– Buenos Aires (Argentina); 2003; VIII (2) 1-15 URL disponible en: www.ramosmejia.org.ar/r/200302/radioterapiamama.pdf
23. Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología estructural y funcional. 6ta ed. España: Editora McGraw Hill; 1999.
24. Sánchez G, Almonte L, García S. Frecuencia de Cáncer de próstata en pacientes menores de 60 años diagnosticados en departamento de urología del hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. (Tesis de grado) Universidad Autónoma de Santo Domingo (Rep.Dom). 2009.
25. Síntomas de cáncer [en línea]. University of Maryland Medical center: 2006. [13 de noviembre 2010]. URL disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/001289sym.htm
26. Vargas E., Reynoso E. frecuencia de cáncer de mama en mujeres menores de 35 años atendidas en el instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter, (Tesis de grado) Universidad Autónoma de Santo Domingo (Rep Dom): 2009.
27. Weil Andrew. La curación espontanea. 1ra ed. Barcelona (España): Ediciones Vintage español; 1995.
28. Winchester D.J; Winchester D.P. Cáncer de mama. Atlas de oncología clínica. 1ra edición. Ediciones Harcourt, 2011.
29. Yoga [en línea]. Naturamedic; Enero 2001 [2 de octubre 2010]. URL Disponible en: www.naturamedic.com/yoga-esp.htm.

FRECUENCIA DE EPISIOTOMÍAS. HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Zaida Kamile Gratereaux Jáquez,** Marian Carolina Guerrero,*
 Yessica Yenory Gerónimo Pérez,* Ruth Agüero de Robles.****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, cuyos datos se recolectaron retrospectivamente con el propósito de determinar la frecuencia de realización de episiotomías en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo enero- mayo 2010. El universo estuvo constituido por un total de 6,801 pacientes, con una muestra de 1,163 pacientes. La frecuencia de realización de episiotomías fue de un 17 por ciento. El grupo de edad con mayor cantidad de episiotomías realizadas corresponde a 16 a 20 años, con un 41 por ciento. 56 por ciento de las episiotomías fueron realizadas a pacientes primíparas. La menor cantidad de pacientes primíparas se encontró en el grupo de edad correspondiente a mayor o igual a 36 años. El 100 por ciento de las pacientes en el grupo de edad menor o igual a 15 años, eran primíparas. La mayor cantidad de pacientes primíparas se encontró en el rango de edad de 16 a 20 años con un resultado de 371 pacientes. La mayor cantidad de pacientes múltiparas se encontró en el rango de edad de 21 a 25 años, con 180 pacientes. El 95 por ciento de los partos fueron eutócicos. La mayor cantidad de recién nacidos oscilaron entre 3,001 y 3,500 con 517, para un 44 por ciento. Se realizó episiotomía medio-lateral en el 100 por ciento de los casos.

Palabras claves: episiotomía, frecuencia.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study was performed from which data was collected retrospectively for the purpose of determining the frequency of performing episiotomies in the *Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia*, during the period from January to May 2010. The universe of the research consisted of a total of 6,801 patients, with a population size of 1,163 patients. The episiotomy rate was 17 percent. The age group with the highest number of episiotomies corresponded to 16 to 20 years of age, accounting for 41 percent. 56 percent of episiotomies were performed on primiparous patients. The smallest amount of primiparous patients was found in the age group greater than or equal to 36 years of age. The 100 percent of the patients in the age group younger than or equal to 15 years were primiparous. Most primiparous patients were found in the age range of 16 to 20 years, resulting in 371 patients. The highest amount of multiparous patients were founds in the range between 21 and 25 years, with 180 patients. The 95 percent of births were

eutocic. The highest amount of new born was in the weight range of 3,001 and 3,500, with 517 patients equaling 44 percent. Medio-lateral episiotomy was performed in the 100 percent of patients.

Keywords: Episiotomy, rate.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía ha sido uno de los procedimientos cuya valoración ante los especialistas ha ido evolucionando con el tiempo; puesto que en un principio se entendía que su realización se traducía únicamente en beneficios maternos y fetales, mientras que hoy en día estos beneficios son ampliamente cuestionados, existiendo, sobre todo en países desarrollados, una marcada tendencia a la reducción de su uso.

En los países en vía de desarrollo, la propensión a regular el uso de la episiotomía no es tan marcada, puesto que, a pesar de las recomendaciones para su uso racional, en los países de América Latina, la tasa de realización de episiotomías en nulíparas varía de 69 a 96 por ciento, con una media de 94 por ciento, según Graham y colaboradores.***

Según datos recogidos en la encuesta sobre episiotomía realizada por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en España la tasa de episiotomía se situaba, en el año 2006, en un 61.43 por ciento.****

Un estudio realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción en Chile, mostró que se les realizó episiotomía al 64.9 por ciento de las primíparas atendidas en el hospital municipal de dicha ciudad.*****

La Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital J.R. Vidal de la ciudad de Corriente, Argentina, realizó en el año 2005 un estudio retrospectivo con una muestra de 4,255 primigestas, de las cuales se les realizó episiotomía a un total de 2,482; lo que corresponde a un 58.33 por ciento de las pacientes.*****

La Universidad de Cuenca en el año 2008 publicó los resultados de un estudio realizado tomando como muestra a 140 pacientes. De aquellas 70 pacientes a las que no se les realizó la episiotomía, una media de 8.75 más o menos 6.09 sufrió lesiones en el canal blando del parto, en comparación con las restantes 70 que se les realizó episiotomía, donde la

***Graham ID, et al, Birth. 2005; pág. 222

**** Melchor JC, et al, Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(9): 561.

*****Soto L Carmen, et al, Rev pág.100

*****Scetti M, 2005, pág. 8

* Médico general.
 ** MSP.

media fue de 16.8 más o menos 4.35.*

Alvino Sánchez, en su estudio "Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana", encontró que las pacientes a las que se les realizó episiotomía presentaron desgarros en un 33 por ciento, mientras que aquellas a las que no les fue realizada, presentaron desgarros en un 27 por ciento de los casos.**

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en Lima, Perú en el que la muestra estuvo constituida por un total de 25,044 pacientes de los que se registraron 246 casos de desgarre perineal posterior, de los cuales a 109 les fue realizada una episiotomía, mostró que las episiotomías aumentan el riesgo de desgarre perineal posterior.***

La inquietud por la cual surge esta investigación nace en la mera observación, como primer paso del método científico, al estar en contacto con el número de episiotomías realizadas en la práctica clínica diaria de algunos hospitales públicos de Santo Domingo. En este sentido, la pertinencia radica en evidenciar la frecuencia de episiotomías tanto en primíparas como multíparas, atendidas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, de manera tal, que el resultado de esta cifra pueda revelar la aplicación de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud en relación al uso restrictivo de la episiotomía, en uno de los centros de maternidad más concurridos de República Dominicana; o por el contrario, sugerir su aplicación; para optimizar así, el proceso de atención al parto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, cuyos datos se recolectaron retrospectivamente.

Demarcación geográfica.

El estudio tuvo como escenario el departamento de archivo del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, ubicado en el segundo nivel de dicho centro. Se encuentra localizado en la calle Pedro Henríquez Ureña número 49, teniendo como límites la Avenida México al norte, la calle Pedro Henríquez Ureña al sur, la calle Félix María Monte al este y la calle Benito Juárez, al oeste, en Santo Domingo, Distrito Nacional.

Tiempo de realización

El periodo de tiempo para la ejecución del proyecto de investigación comprendió los meses octubre – diciembre 2010.

Universo

El universo del estudio estuvo constituido por 6,801 pacientes cuyos partos fueron asistidos en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo enero- mayo 2010.

Población

La población estuvo constituida por 1,163 pacientes a las cuales les fue realizada episiotomía durante su trabajo de parto.

Criterios de inclusión

Pacientes a las que les fue asistido el parto en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, durante el periodo enero-mayo 2010.

Criterios de exclusión

Fueron excluidas de nuestra investigación, aquellas pacientes cuyos datos registrados en el libro de «nacimientos y partos» están incompletos.

Fuente de información

El libro de partos y nacimientos que se utiliza en la sala de expulsivos del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, a los fines de consignar los datos de las pacientes cuyos partos vía vaginal fueron asistidos en este centro de salud.

Método, técnica y procedimiento

Se procedió a llevar una carta dirigida al Dr. Héctor Mercedes, director del departamento de enseñanza del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia con la finalidad de que se les permitiera realizar el estudio a las investigadoras.

Luego de la aprobación se procedió a visitar el departamento de archivo revisándose las estadísticas del hospital del periodo enero-mayo 2010, para establecer así, el número de casos de usuarias cuyos partos fueron asistidos en este centro, en el mencionado periodo.

Para la recolección de datos se elaboraron tres formularios de 5 ítems cada uno, redactado en formato 8 ½ por 11 pulgadas, los cuales se denominan de acuerdo al objetivo que se deseaba medir:

Recolección de datos por día; para la recolección de los datos de cada paciente

Resumen de datos por día; para la suma de los datos diarios

Total de datos final; para la suma de los datos consignados en el formulario anterior, que se constituyen en los datos totales de cada variable observada.

Una vez proporcionados los libros de registro de partos y nacimientos por el personal de archivo, las investigadoras procedieron a recolectar las informaciones, las cuales fueron numéricas y textuales, el origen de la fuente fue secundario, con datos cuantitativos al usar las estadísticas del hospital y cualitativos los provenientes de los libros.

Plan de análisis y tabulación

Los datos recolectados diariamente, se plasmaron en el formulario Recolección de datos por día. Al final de cada día, se sumaron los datos recogidos por cada recolector y se plasmaron en el formulario Resumen de datos por día. Finalmente, el último día de recolección, se sumaron los datos plasmados en el último formulario citado, para así obtener las cifras totales correspondientes a cada una de las variables establecidas, que luego fueron consignados en el formulario de Total de datos final. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel.

Para la presentación de la información y permitir una mejor comprensión de los datos se utilizaron tablas y gráficos de barras, pasteles y conos. Para la digitación de los datos del presente estudio se utilizó el programa Microsoft Word.

El tiempo tomado para la recolección de datos fue de dos semanas puesto que el horario de trabajo del archivo es de 5 horas de lunes a viernes. Una vez recolectados, se procedió a tabular la información en una computadora Dell Vostro 1520, usando las tablas básicas del programa Microsoft Word 2007. Los cuadros resultantes de esta tabulación fueron copiados en Microsoft Excel 2007 para la creación de los gráficos

* Cárdenas et al, Revista colombiana salud libre. 2008. vol. 3.num 2

**Alvino Sánchez F, pág. 2

***Solis Almonacid N., Lima-Perú; 2006.

correspondientes. El tiempo tomado para la tabulación y la elaboración de cuadros y gráficos fue de un día; los cuadros y gráficos fueron copiados en Microsoft Word 2007 para ser incorporadas al trabajo de investigación.

Principios éticos

En la presente investigación se cumple el principio ético de confidencialidad, puesto que no se revelan los datos de índole personal de las usuarias. Los datos obtenidos solo fueron utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS

Cuadro I. Frecuencia de episiotomía, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010

Partos	N	%
Con episiotomía	1163	17
Sin episiotomía	5638	83
Total	6801	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro II. Frecuencia de realización de episiotomía según grupo de edad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Edad (años)	N	%
≤ 15	55	5
16 – 20	480	41
21-25	336	29
26 – 30	182	16
31 – 35	87	7
≥ 36	23	2
Total	1163	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro III. Distribución de las pacientes según paridad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Paridad	N	%
Primíparas	654	56
Múltiparas	509	44
Total	1163	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro IV. Distribución de las pacientes según tipo de parto, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Tipo de parto	N	%
Eutócico	1107	95
Distócico	56	5
Total	1163	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro V. Distribución de los neonatos según peso en gramos, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Peso (gramos)	N	%
< 1,500	15	1
1,500 – 2,000	9	1
2,001- 2,500	98	8
2,501- 3,000	360	31
3,001 – 3,500	517	44
>3,500	164	14
Total	1163	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro VI. Frecuencia del tipo de episiotomía, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Tipo de episiotomía	N	%
Mediano lateral	1163	100
Total	1163	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro VII. Distribución de paridad de la población estudio según grupo de edad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Edad en años (Intervalos)	Paridad		
	Primíparas	Múltiparas	Total
≤ 15	55	-	55
16 – 20	371	109	480
21-25	156	180	336
26 – 30	56	126	182
31 – 35	11	76	87
≥ 36	5	18	23
Total	654	509	1163

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro VII.1. Porcentaje de la Paridad según edad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Edad en años (Intervalos)	Paridad		
	Primíparas %	Múltiparas %	Total
≤ 15	100	-	100
16 – 20	77	23	100
21-25	46	54	100
26 – 30	31	69	100
31 – 35	13	87	100
≥ 36	22	78	100
Total	56	44	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de «Partos y Nacimientos», Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-mayo 2010.

Cuadro VIII. Distribución del tipo de parto según edad y paridad, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Edad en años (Intervalos)	Primíparas		Multíparas	
	Eutócico	Distócico	Eutócico	Distócico
≤ 15	55	-	-	-
16 – 20	356	15	105	4
21-25	149	7	172	8
26 – 30	51	5	115	11
31 – 35	10	1	72	4
≥ 36	5	-	17	1
Total	626	28	481	28

Fuente: Datos obtenidos de los libros de “Partos y Nacimientos”, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-mayo 2010.

Cuadro IX. Distribución del tipo de parto según edad y tipo de episiotomía*, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Edad en años (Intervalos)	Tipo de parto		
	Eutócico	Distócico	Total
≤ 15	55	-	55
16 – 20	461	19	480
21-25	321	15	336
26 – 30	166	16	182
31 – 35	82	5	87
≥ 36	22	1	23
Total	1107	56	1163

* EL 100% de las episiotomías son Medio-lateral.

Fuente. Datos obtenidos de los libros de “Partos y Nacimientos”, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-mayo 2010.

Cuadro X. Distribución tipo de parto según peso del producto al nacer, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-mayo 2010; según la edad.

Peso del producto al nacer (en gramos)	Tipo de parto		
	Eutócico	Distócico	Total
< 1,500	12	3	15
1,500 – 2,000	8	1	9
2,001- 2,500	91	7	98
2,501- 3,000	336	24	360
3,001 – 3,500	503	14	517
>3,500	157	7	164
Total	1107	56	1163

Fuente: Datos obtenidos de los libros de “Partos y Nacimientos”, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, enero-mayo 2010.

DISCUSIÓN

Todas las literaturas consultadas convergen en un criterio preciso, el uso de la episiotomía es necesario como procedimiento quirúrgico cuyo fin está dirigido a la protección del perineo, siempre y cuando, se analice detenidamente las indicaciones individualizando los casos, poniendo en una balanza la relación riesgo-beneficio.

Según Rodríguez Ferrer, a pesar de que la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más cuestionados en la actualidad, sigue siendo uno de los más comunes de la medicina occidental. En América Latina su incidencia alcanza un 94 por ciento entre las nulíparas.

Juste et al reportó que en Suecia la incidencia de episiotomía corresponde a un 9.7 por ciento, en contraste con los datos obtenidos en la presente investigación, que revelan un 17 por ciento, en tan solo un centro de salud.

Conforme a los resultados arrojados por la presente investigación, el grupo etéreo con mayor cantidad de realización de episiotomías, correspondió a 16 a 20 años, con un 41 por ciento. Datos muy similares obtuvieron Álvarez e Ignacio en su estudio del año 2008, en el que el grupo de edad predominante fue el de 15 a 19 años, con un 45 por ciento.

Debido a que la mayor cantidad de episiotomía se encontró en el grupo de 16 a 20 años, la mayoría de las variables tienen mayor frecuencia de aparición en este grupo; sin embargo, en este acápite analizamos cada variable en particular, su relación con las demás variables y la posible causa de dicha relación.

Los datos encontrados en la presente investigación concerniente a la paridad, muestran que el mayor número de episiotomías fue realizado en las pacientes primíparas, con un total de 56 por ciento; coincidiendo así con los resultados presentados por Bermejo, quien reportó un porcentaje de hasta 95.2 en nulíparas. Estos resultados se pueden deber, entre otras causas, a la falta de elasticidad del canal blando en las primíparas.

Una variable novedosa expuesta en este estudio es el tipo de parto que se presentó en las pacientes, siendo el más frecuente el parto eutócico, en un 95 por ciento. Esto así, contrario a lo que se esperaba, puesto que una de las indicaciones de episiotomía es la necesidad de acortamiento del periodo expulsivo, situación que se puede dar ante la presencia de distocia del parto.

Paradójicamente, el porcentaje de partos distócicos, no se encontró asociado al grupo de edad menor de 15 años a pesar de que constituyen en un grupo de alto riesgo obstétrico. En este grupo etéreo, el total de los partos fueron eutócicos.

En el presente estudio se encontró una asociación entre el peso del producto al nacer y la realización de episiotomías, encontrándose que el mayor número de episiotomías se realizaba a las pacientes cuyos productos tenían un peso entre 3001 a 3500 gramos, con un 44 por ciento. Estos datos coinciden con el planteamiento de Belmonte C. y cols, que describe la presencia de lesiones asociadas al peso del producto al nacer.

Dado que una de las causas de distocias fetales es la macrostomía, se esperaba encontrar una asociación entre el tipo de parto según su finalización y el peso del producto al nacer. Sin embargo, los datos obtenidos en la presente investigación no demostraron la existencia de tal asociación, puesto que en el grupo de peso mayor de 3,500 gramos, a penas se encontraron 7 casos de distocia, de un total de 164 individuos.

Es importante resaltar que el tipo de episiotomía realizada en

el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, es el mediolateral en un 100 por ciento. Esta tendencia es la misma desde el año 2008, según el estudio de Álvarez e Ignacio.

REFERENCIAS

1. Albino Sánchez F. Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones Asociadas, en Mujeres Nulíparas Atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. Rev Salud, Sexualidad y Sociedad [Internet]. 2009 [consulta 01 de agosto 2010]; 1(4): 1-4. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
2. Álvarez Holguín J, Ignacio Alberto R. Episiotomía restrictiva vs episiotomía de rutina en pacientes primigestas atendidas en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el periodo marzo 2008 – mayo 2008 (tesis doctoral). Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2008.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Episiotomy. ACOG practice bulletin; no. 71. 2006 [consulta 16 de enero 2011]; 107: 2-26. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/12892798/Episiotomy-SP>
4. Belmonte-Montes C, Cervera-Servín A, García-Vázquez J. Incontinencia fecal por lesiones ocultas de mecanismo de esfínter anal, y factores asociados en pacientes primíparas sin episiotomía media de rutina. Cir Ciruj [revista en internet]. 2006 [consulta 15 de enero 2011]; 74:449-455
5. Bermejo Fraile B. Estudios experimentales. Matr Prof. 2008; 9(1):15-20.
6. Bermejo Vidal M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital Ciudad de Coria entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. Matr Prof. 2009; 10(1): 5-9
7. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008 [consulta 10 de enero 2011]. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
8. Cárdenas H Oswaldo, Riera Bolívar, Flores D Carlos, Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador). Revista colombiana salud libre. 2008. vol. 3.num 2
9. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS: guía para la práctica básica. CLAP/SMR [revista en internet] 2010 [consulta el 28 de enero 2011]; volumen (1573). Disponible en http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201573.pdf
10. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. 2005; 32(3): 219-23.
11. Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matr Prof. 2007; 8(3-4):5-11
12. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(9): 559-63.
13. Montenegro Alonso MS, Blanco Nieves MI, Pereiro Bangueses MA, Barro Rochela E, Rico Padín B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Matr Prof. 2005; 6 (1): 30-32.
14. Moore K, Dalley A, Anatomía con orientación clínica. 4ta ed. Argentina: Panamericana; 2005.
15. Reporte del Ministerio de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Número de partos, nacimientos, cesáreas y abortos en adolescentes. 2010;1
16. Rodríguez Ferrer R. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa. Rev REDUCA. 2010; 2(1): 12-32
17. Scetti M, Serracani S, Zalazar L. Uso Selectivo de Episiotomía. Rev de Posgrado de la Vía Cátedra [Internet]. 2005 [consulta el 01 de agosto 2010]; 146(1): 6-9. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.htm
18. Schwarzc R, Sala S, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Argentina: El Ateneo; 2005.
19. Soto L Carmen, Teuber L Hilda, Cabrera F Clemencia, Marín N Miguel, Cabrera D Jorge, Da Costa S Mahal et al. Educación Prenatal y su Relación con el Tipo de Parto: Una Vía Hacia el Parto Natural. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2006 [citado 2010 Ago 20]; 71(2): 98-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200005&lng=es.doi:%2010.4067/S0717-75262006000200005
20. Solis Almonacid N. Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé entre enero del 2000 y diciembre del 2004. Lima-Perú; 2006.
21. Tomasso, Giselle, Althabe, FernandoCafferata, María L et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. Rev Obstet Ginecol Venez. [online]. jun. 2002, vol.62, no.2 [citado 21 Enero 2011], p.115-122. Disponible en la World Wide Web:<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322002000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732

El buen trato al paciente No sólo es un deber



FRECUENCIA DE NEFROPATÍA DIABÉTICA EN USUARIOS DEL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOCENTE, SEGURO MÉDICO PARA MAESTROS. DISTRITO NACIONAL, REPÚBLICA DOMINICANA.

Estela Espinal,** Oranny Gómez,* Jeimy Pichardo,* Belkys Matos,* Edith Ramírez.***

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, de carácter retrospectivo y de corte transversal sobre la frecuencia de la nefropatía diabética en los usuarios del servicio de hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros mayo 2009- mayo 2010. Santo Domingo, Distrito Nacional, en una población de 43 pacientes hemodializados. Para la obtención de la información se utilizaron las historias clínicas de los pacientes, las evoluciones y los resultados de laboratorio mediante la aplicación de un formulario. En dicha investigación se llegó a las siguientes conclusiones el 53.4 por ciento de los hemodializados presento nefropatía diabética. El sexo más afectado fue el masculino con un 56.5 por ciento. La nefropatía diabética fue más frecuente en el rango de edad > 60 años con un 52.1 por ciento. El 56.6 por ciento de los pacientes con nefropatía diabética llevaban una vida sedentaria. El 60.9 por ciento de los pacientes con nefropatía diabética consumían café como hábitos tóxicos. El tipo de diabetes que presento una mayor frecuencia fue la diabetes mellitus tipo 2 con un 91.3 por ciento. La complicación de la nefropatía diabética que más se presento fue la hipertensión arterial con un 39.1 por ciento.

Palabras claves: Nefropatía Diabética, Hemodiálisis, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

A descriptive investigation was realized, of retrospective character and of transverse term based on the frequency of the nephropathy diabetic in the users of the service of Hemodialysis in the Docente Seguro Médico para Maestro Hospital May 2009 – May 2010, Santo Domingo, National District, in a population of 43 hemodialysed patients. For the obtaining of the information the clinical histories of the patients were in use, evolutions and laboratory results through the application of a form. In such investigation we came to the following conclusions, 53.4 per cent of the hemodialysed presented nephropathy diabetic. The most affected sex was the masculine one with 56.5 per cent. The nephropathy diabetic was more frequent in the range of age > 60 years with 52.1 per cent. 56.6 per cent of the patients with nephropathy diabetic were taking a sedentary life. 60.9 per cent of the patients with nephropathy diabetic were consuming coffee as toxic habits. The type of diabetic that presented a major frequency was the mellitus diabetic type 2 with 91.3 per cent. The complication

of the nephropathy diabetic that was more present was the arterial hypertension with 39.1 per cent.

Key words: nephropathy diabetic, Hemodialysis, mellitus diabetic.

INTRODUCCIÓN

Junto con la neuropatía y la retinopatía, la nefropatía es una de las complicaciones más graves de la diabetes mellitus, en particular desde que se ha logrado prolongar la vida de estos pacientes con la insulina y los antibióticos. La diabetes mellitus es una pandemia creciente en el mundo y es así como la organización mundial de la salud ha estimado que la prevalencia actual de diabéticos en el mundo es de 130 millones y que en el 2025 serán aproximadamente 300 millones; para las Américas en el año 2000 se estimo que 35 millones de personas son diabéticas, de las cuales el 54 por ciento Vivian en América Latina y el Caribe; para el año 2025 se estima que existirán 64 millones de los cuales el 62 por ciento serán del área previamente señalada.***

En el momento actual, existe un aumento de la población con diabetes mellitus tipo 2 considerándose que corresponde al 90 por ciento del total de diabéticos, respecto al 10 por ciento con diabetes mellitus tipo 1, se estima que entre el 25-45 por ciento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 desarrollen nefropatía diabética, frente al 10-25 por ciento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.²

Por lo anterior, se deduce que es la diabetes tipo 2 la que proporcionalmente genera mayor admisión de pacientes para terapia de reemplazo renal. Es de resaltar que muchos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pasan desapercibidos y no detectados por años, lo cual no es inusual al realizar la atención medica por síntomas relacionados a la enfermedad renal y subsecuentemente hallar criterios para diagnosticar diabetes mellitus y nefropatía diabética.³

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo con carácter retrospectivo de corte transversal con el propósito de investigar la frecuencia de nefropatía diabética en usuarios del servicio de hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros mayo 2009-mayo 2010 Santo Domingo Distrito Nacional.

* Médico general.

** Asesora metodológica.

***,2,3 Veles, Hernán; rojas; William; Orrego Arturo; diabetes mellitus, en fundamentos de endocrinología. 6ta ed. fondo editorial CIB. Colombia 2004. Pág.243-295



Demarcación geográfica

Fuente: http://carolinamotaymas.blogspot.com/2009_09_01_archive.html

El Hospital Docente Seguro Médico Para Maestros está situado en la calle José Joaquín Pérez, esquina Josefa Perdomo, en el prestigioso sector de la ciudad de Santo Domingo, denominado Gazcue. La estructura física consta de un viejo edificio de dos niveles en el cual funcionaba el Centro Médico Cardiovascular, este fue adquirido por el seguro médico para maestros y remodelado para adecuarlo a la gran cantidad de afiliados que irían a demandar los servicios de salud, sin embargo, resultó muy pequeño, por lo que solo pudo instalarse de inicio los servicios de consultas externas y de medios diagnósticos.

Universo o población

Los pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis Hospital Docente Seguro Médico Para Maestros.

Muestra

Los pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico Para Maestros con nefropatía diabética y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Fueron incluidos todos los pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis siempre y cuando:

Todos los pacientes que fueron diagnosticados con nefropatía diabética.

Los expedientes completos al momento el estudio.

Los expedientes que contaban con las pruebas de laboratorio ideales para el diagnóstico de esta patología.

Criterios de exclusión: Fueron excluidos:

Todos los pacientes que no aparecieron los expedientes al momento del estudio.

Aquellos cuyos expedientes no estaban completos.

Los expedientes que no contaban con las pruebas de laboratorio.

Método, técnica y Procedimiento

Una vez el tema fue aprobado por la oficina de tesis de la universidad autónoma de santo domingo (UASD) y la gerencia hospitalaria se llevó a cabo la investigación correspondiente.

Para la recolección de la información se diseñó un formulario basado en preguntas cerradas, elaboradas de acuerdo con las variables bajo investigación y una vez recolectada la

información se procedió a su tabulación y posterior análisis.

Ya en al Hospital Docente Seguro Médico Para Maestros se procedió a la recolección de datos utilizando los record del hospital de la unidad de hemodiálisis, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Habiendo realizado toda esta recolección se procedió a su auditoria y posterior tabulación, utilizando cuadros y gráficos para la mejor comprensión del lector, con esto finalizado fueron dadas las conclusiones y recomendaciones que arrojaron los resultados de la investigación.

Principios éticos

En esta investigación cumplimos con los criterios éticos que mandan proteger la intimidad y la dignidad del ser humano, respetar el derecho del ser humano, sujeto de la investigación, debiendo prevalecer su interés por encima de los intereses personales.

RESULTADOS

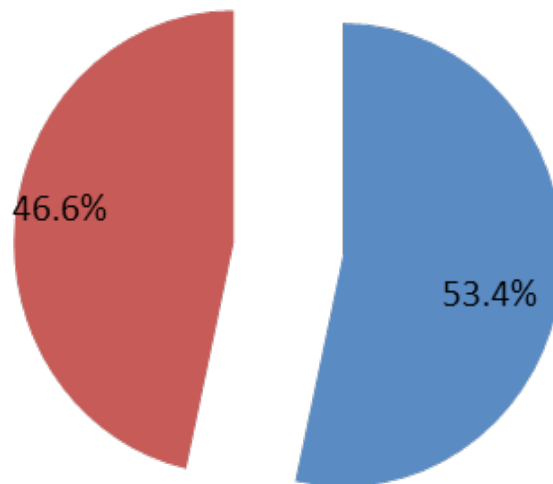
Cuadro 1. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de la Nefropatía Diabética

Nefropatía Diabética	Frecuencia	%
Sí	23	53.40
No	20	46.60
Total	43	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010 Distribución porcentual de la Nefropatía Diabética

Gráfico 1.



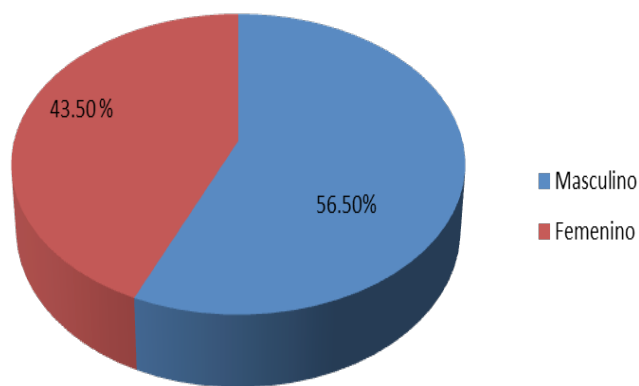
Fuente: Cuadro 1

Cuadro 2. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010 Distribución porcentual del Género

Género	Cantidad	%
Masculino	13	56.50%
Femenino	10	43.50%
Total	23	100%

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Gráfico 2. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010 Distribución porcentual del Género



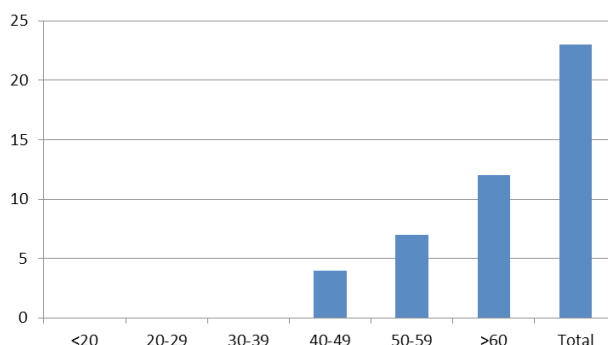
Fuente: cuadro # 2

Cuadro 3. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010 Distribución porcentual de la Edad

Edad	Cantidad	%
<20	0	0.00%
20-29	0	0.00%
30-39	0	0.00%
40-49	4	17%
50-59	7	30.50%
>60	12	52.10%
Total	23	100%

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010 Distribución porcentual de la Edad



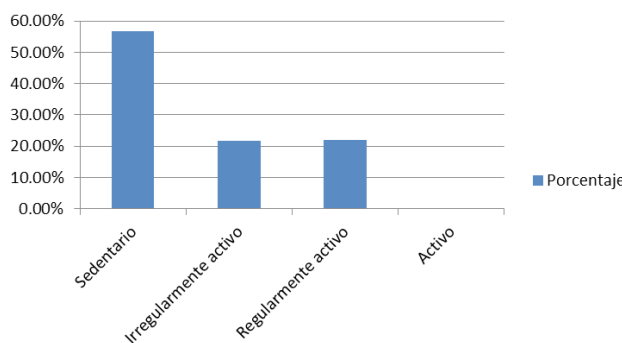
Fuente: cuadro # 3

Cuadro 4. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de la Actividad Física

Actividad física	Cantidad	%
Sedentario	13	56.60%
Irregularmente activo	5	21.70%
Regularmente activo	5	22%
Activo	0	0.00%
Total	23	100.00%

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Gráfico 4. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de la Actividad Física



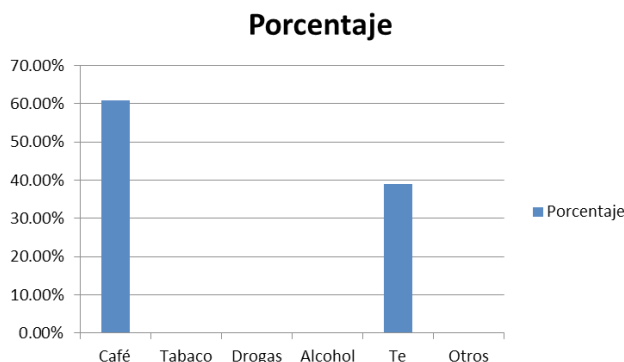
Fuente: cuadro # 4

Cuadro 5. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de los Hábitos Tóxicos.

Hábitos tóxicos	Cantidad	Porcentaje
Café	14	60.90%
Tabaco	0	0.00%
Drogas	0	0%
Alcohol	0	0.00%
Te	9	39.10%
Otros	0	0%
Total	23	100.00%

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de los Hábitos Tóxicos



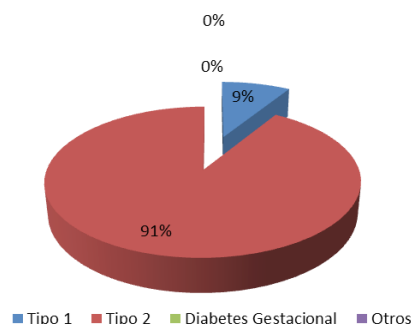
Fuente: cuadro 5

Cuadro 6. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de los Tipo de Diabetes Mellitus

Tipo de Diabetes Mellitus	Cantidad	Porcentaje
Tipo 1	2	8.70%
Tipo 2	21	91.30%
Diabetes gestacional	0	0%
Otros	0	0%
Total	23	100.00%

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Grafico 6. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de los Tipos de Diabetes Mellitus



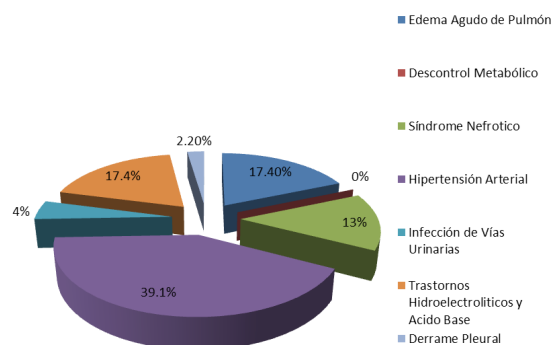
Fuente: cuadro # 6

Cuadro 7. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de las Complicaciones de la Nefropatía Diabética

Complicaciones de la Nefropatía Diabética	Cantidad	%
Edema Agudo de Pulmón	8	17.40
Descontrol Metabólico	0	0.00
Síndrome Nefrotico	6	13
Hipertensión Arterial	18	39.10
Infección de Vías Urinarias	2	4
Trastornos Hidroelectrolíticos y Acido Base	8	17.40
Derrame Pleural	1	2.20
Total	43	100.00

Fuente: Archivo del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros

Grafico 7. Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros Mayo 2009 - Mayo 2010. Distribución porcentual de los Hábitos Tóxicos



Fuente: Cuadro 7

DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es una pandemia creciente en el mundo y es así como la organización mundial de la salud ha estimado que la prevalencia actual de diabéticos en el mundo es de 130 millones y que en el 2025 serán aproximadamente 300 millones ocasionando esto en los pacientes que desarrollen nefropatía diabética*. En nuestro estudio La Frecuencia de Nefropatía Diabética en Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros fue de 53.4 por ciento, situándose así como la primera causa de insuficiencia renal crónica, en los pacientes de este centro médico, en relación con estudios realizados en los Estados Unidos que sitúan la diabetes como la principal causa de insuficiencia renal crónica

En nuestro estudio la frecuencia en cuanto al género nos revela que el género masculino fue el más frecuente de los cuales 13 de los pacientes presentaron nefropatía diabética con un 56.5 por ciento versus el género femenino que solo 10 pacientes presentaron nefropatía diabética para un 43.50 por ciento. Comparando con la literatura que nos muestra, que los hombres diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar nefropatía diabética con una relación hombre: mujer de 1.7:1 aunque a las mujeres se les diagnostica diabetes mellitus tipo 1 1.5 veces más que a los hombres.

El intervalo de edades que presento una mayor frecuencia de nefropatía diabética fue el de las personas mayores de 60 años con un 52.10 por ciento, concordando con el estudio realizado por los doctores Alba Cristina Herrera, Antonio Hernández y Lázara Méndez donde predominaron los diabéticos de la tercera edad (69 para el 67,09 por ciento).⁶

La mayor parte de la muestra bajo estudio vive una vida sedentaria con un 56.60 por ciento encontrando concordancia con el estudio realizado por Daniel Gutiérrez, Cleyne Rodríguez, Carlos Vázquez y Liliana Perdomo, en el año 2005, donde concluyeron que la falta de ejercicios físicos (sedentarismo) está muy directamente relacionada con la Enfermedad Renal Crónica.²

Concordando con un estudio realizado en República Dominicana los hábitos tóxicos específicamente el café tuvo mayor frecuencia que los otros hábitos tóxicos,** comparándose así con nuestro estudio donde el café tuvo una mayor frecuencia siendo consumido por el 60.9 por ciento de los pacientes.

De los pacientes hemodializados con nefropatía diabética el tipo de diabetes más frecuente fue la diabetes mellitus tipo 2 con una frecuencia de 91.3 por ciento demostrando así que la diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente en los pacientes con nefropatía diabética que la diabetes mellitus tipo 1. Comparado con un estudio hecho en República Dominicana en donde la diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente con un 85.7 por ciento que la diabetes mellitus tipo 1 con un 14.2 por ciento.^{***}

La hipertensión arterial tiene una compleja relación con la nefropatía diabética ya que es muy frecuente que los pacientes

hemodializados hagan este tipo de complicación por su insuficiencia renal Terminal que fue ocasionada por la diabetes mellitus en su mayoría la tipo 2****. En Usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Docente Seguro Médico para Maestros 18 (39.1 por ciento) presentaron hipertensión arterial como complicación, en concordancia con un estudio realizado en Barcelona, España por el doctor Pérez Maraver donde el 83 por ciento de los pacientes presento hipertensión arterial. ****

REFERENCIAS

1. Arthur c. Guyton. Anatomía fisiológica del páncreas. *En* Tratado de fisiología medica. 10 edición Jackson Mississippi, 2007:1063.
2. *Asociación americana de diabetes. Serie de educación clínica. Manejo médico de la diabetes insulina dependiente. 2da ed. Santiago j. b. editor. tratamiento con insulina 1994. Pág. 35-48*
3. Borrero, Jaime; Montero, Orlando. nefropatía diabética. *En* nefrología. 4^{ta} edición. Corporación para investigaciones biológicas.medellin, Colombia, 2003. pag.389.
4. Crespo Valdés N, Gonzáles Fernández R, Crespo Mojena N, Hernández Baguiristain JD. Caracterización de la Diabetes Mellitus. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2003; 19 (4):350-354.
5. Díaz Hernández O, Gonzales Vega H, García Jiménez ML, Villar Bermúdez C, De Armas Vega Y, Figueroa Rodríguez Y, et al. Factores de riesgo en pacientes revascularizados. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc.* 2002; 3(2):5-10.
6. Díaz Díaz O, Valenciaga Rodríguez JR, Domínguez Alonso E. Comportamiento epidemiológico de la Diabetes Mellitus en el municipio de Güines años 2002. *Rev Cubana Higiene y Epid.* 2004; 42(1):1-2.
7. Dis-Lois Martínez F, Canalejo HJ. Nefropatía Diabética. *En* Guías Clínicas. Madrid: Fisterra. 2003;3(11).p.273-279
8. Domínguez E, Seuc A, Aldana D, Licea M. Díaz O, López L. Impacto de la diabetes sobre la duración y calidad de vida de la población cubana: años 1990, 1995, 2000 y 2003. *Rev. Cubana Endocrinología* 2006; 17 (2).
9. Galán Morillo M, campos Morales M, Pérez Cárdenas S. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 horas de evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Rev Cubana Méd.* 2004; 43(5):1-2.
10. *González E. Ortiz M. Y Praga M. Diabetes Mellitus y riñón. Predictores de nefropatía y factores de progresión. Nefrología. Volumen XXI. Suplemento 2001; 3:46 – 51.*
11. Gustavo M, Zabala N, lis Zamora L, Gómez JP. Trabajo de revisión bibliográfica: Nefropatía diabética. *Rev Cubana Med.* 2003 Abr; 22:12-15.
12. *Harrison. T.R. nefropatía diabética. En principios de medicina interna. Vol. II. 16 ed. Mac graw hill interamericana. Chile. 2005: 2352.*
13. H. Rouviere, A. Delmas. Anatomía humana descriptiva topográfica y funcional. 10^{ma} edición. Masson París. 2000. Pág.465
14. Jara Albarrán A. Nefropatía diabética. *An Med Interna*

*World Health Organization. The Prevention of Diabetes Mellitus and Its Complications. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2008.

**Batista German M, Castillo Jaime Y, Pérez Sencion J, Viola. Francisco A. prevalencia de nefropatía diabética en el hospital docente padre billini enero 1999-enero 2004 Santo Domingo D.N

***Batista German M, Castillo Jaime Y, Pérez Sencion J, Viola. Francisco A. prevalencia de nefropatía diabética en el hospital docente padre billini enero 1999-enero 2004 Santo Domingo D.N

****Gustavo M, Zabala N, lis Zamora L, Gómez JP. Trabajo de revisión bibliográfica: Nefropatía diabética. *Rev Cubana Med.* 2003 Abr; 22:12-15
*****<http://www.tdr.cesca.es/TDX-1114106-163509/>

- (Madrid) 2001 Vol. 18, No.4, pp. 173-174
15. Langman. Embriología Médica con orientación clínica. 9 na edición. Editorial panamericana. Argentina 2004. Pág.33 9
 16. Licea Puig, Manuel e.; Nina Cruz, Virginia Romelia y Dominguez Alonso, Enma. Nefropatía diabética incipiente en diabéticos tipo 1 atendidos en el centro de atención al diabético y su relación con algunas variables clínicas y bioquímicas. *rev cubana endocrinol* [online]. 2006, vol.17, n.3 [citado 2010-07-29], pp. 0-0
 17. Mora C. Y Navarro JF: La diabetes mellitus o la realidad de un fracaso. *Nefrología*. Volumen 3. 2001; 1 – 2.
 18. Moore y cols, anatomía clínica. Anatomía del páncreas Pág. 197
 19. Ortega, Luz; Mendoza, Higareda; Pardo, Marco; Beltran, Elda. Implicaciones del sistema renina-angiotensina en la nefropatía diabética. *Rev Méd Inst Méx Seguro Soc*, 2007; 45(6) 68i-610.
 20. Ortuño J. Diabetes mellitus y Nefropatía Diabética. ¿Cuál es la magnitud del problema? *Nefrología*. Volumen XXI. Suplemento 2001; 3: 4 – 8.
 21. Quirantes Hernández A, López Granja L, Curbelo Serrano V, Jiménez Armada J, Quirantes Moreno A, Mesa Rosales M. Programa “Mejorar la calidad de vida del paciente diabético”. *Rev. Cubana de MGI* 2005; 21 (3-4).
 22. Ramseyer MG, Zabala N, Lis ZL Gómez RJ. Trabajo de Revisión Bibliográfica: Nefropatía Diabética. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2003 Abril; 126.p.12-15.
 23. *Robbins y cotran. Patologías de riñón. En patología estructural y funcional.6ta edicion. mcgraw Hill. Interamericana.Pag*
 24. Sellarés VL, Martín Conde ML. Insuficiencia Renal Crónica. En: Sellarés VL. *Manual de Nefrología*. 2da ed. Madrid: Elsevier Science; Ediciones Harcourt; 2002.p.173-192.
 25. Suárez Pérez R, García González R. Resultados de la existencia del programa de educación en diabetes a la APS en Ciudad de La Habana. *Rev. Cubana Endocrinología* 2005; 16.
 26. *Veles, Hernán; rojas; William; orrego Arturo; diabetes mellitus, en fundamentos de endocrinología. 6ta ed. fondo editorial CIB. Colombia 2004. Pág.243-295*
 27. Ugarte P., Francisca y Carranza B., Claudio. Nefropatía Diabética. *Rev. chil. pediatr.* [Online]. 2002, vol.73, n.5 [citado 2010-08-21], pp. 455-460.
 28. World Health Organization. The Prevention of Diabetes Mellitus and Its Complications. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2008 (en prensa).
 29. *An. Med. Interna (Madrid) v.18 n.4 Madrid abr. 2001 doi: 10.4321/S0212-71992001000400001 http://es.wikipedia.org/wiki/Nefropat%C3%ADa_diab%C3%A9tica*
 30. <http://www.monografias.com/trabajos57/clasificacion-actividad-fisica/clasificacion-actividad-fisica.shtml>
 31. <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/articles/448/1/Nefropatia-diabetica.html>
 32. <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/articles/419/1/Enfermedad-renal-cronica.-Comportamiento-en-la-diabetes-mellitus>

EFICACIA DEL TRATAMIENTO UTILIZADO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON SINDROME DEL TUNEL CARPIANO EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER.

Nelson R. García M, Pamela L. Fernández P, Nairoby Herrera H, Silvio Ant. Lorenzo, Juana Disla R.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de identificar la eficacia del tratamiento utilizado en personas diagnosticadas con síndrome de túnel carpiano. La población estuvo compuesta por 24 personas diagnosticadas con síndrome. Se utilizó la técnica de un cuestionario compuesto por 7 ítems. Dentro de los principales hallazgos de la investigación se pudo destacar que, el 91.7 por ciento de los casos correspondió al sexo femenino. El 41.7 por ciento se encontraba dentro del grupo de edad comprendido, entre, 50 – 54 años. El 25 por ciento de estas personas se desempeñaban como ama de casa. El síntoma de presentación de mayor relevancia fue la parestesia con un 33.3 por ciento. El 66.7 por ciento presentaron síntomas bilaterales. De los tratamientos el más utilizado fue, el tratamiento con inmovilización con férula más AINES con un 45.8 por ciento. Aunque de las personas tratadas conservadoramente el 67 por ciento requirió tratamiento quirúrgico posteriormente.

Palabras claves: tratamiento del síndrome del túnel carpiano.

ABSTRACT

It was made a descriptive, retrospective study, with the purpose of identifying the used treatment for patients with carpal tunnel syndrome. The population was compound by 24 people who had diagnosis of the above indicated syndrome. It was used a form of 7 items. Among the research's main findings it could be shown that 91.7 percent were from female gender; 41.7 percent were in the group of age between 50-54 years old. 25 percent of this people were housekeepers. The most frequent symptom was paresthesia in 33.3 percent. 66.7 percent had bilateral symptoms. The most used treatment was immobilization with splint plus AINES for 45.8 percent, even though, 67 percent of patients needed surgical treatment.

Key words: treatment for carpal tunnel syndrome.

INTRODUCCIÓN

El concepto de neuropatía por compresión es una enfermedad del nervio periférico ampliamente conocida y mencionada a menudo. Sin embargo, no alivia al médico de la necesidad de pasar por el debido proceso de diagnóstico diferencial. Por cierto que la neuropatía por compresión es un problema real y común, pero la denominación se ha usado para explicar también estados neuropáticos que tienen etiología más oscura.

La compresión mecánica y la irritación son factores físicos directos que pueden inducir una situación neuropática, pero

debe considerarse así mismo procesos subyacentes como diabetes, alcoholismo o enfermedad tiroidea como factores contribuyentes potenciales. Por esta razón resulta esencial una meticolosa historia clínica que incluya: ocupación del paciente, factores metabólicos, exposición a factores ambientales y aspectos social.*

Una lesión del nervio mediano que se presenta con debilidad o pérdida de la sensibilidad palmar puede estar localizada en cualquier lugar entre la muñeca y el agujero de conjunción en la columna. Por ello es importante evaluar cuidadosamente el nervio mediano en toda su longitud. Cuando se encuentra a nivel de la muñeca se denomina síndrome del túnel carpiano.**

El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía por compresión más frecuente. Se presenta con mayor incidencia en el sexo femenino, y entre las edades de 40 a 60 años.***

Cabe citar la investigación de Valdez, Luque y Pérez, Epidemiología del Túnel Carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante, 1996 – 2004, España 2006, donde se reportó que el 62.8 por ciento de los casos eran mujeres, de las cuales el 25 por ciento tenía menos de 30 años.****

En el estudio Vallenias, Salazar y Huerta, Síndrome del Túnel del Carpo. Correlación Clínica y Neurofisiológica, Perú 2006, arrojó las siguientes conclusiones: el 81 por ciento de los casos tenía entre 30 y 60 años, el sexo femenino tuvo un discreto predominio (53 por ciento); la ocupación manual predominó en 50 por ciento. Los síntomas y signos fueron parestesias, dolor y signo de Tinel. La electromiografía fue normal en 80 por ciento; 50 por ciento de pacientes tuvo una latencia mayor de 6 mseg o fue inexcitable, el 85 por ciento de los pacientes tuvo lesión significativa en la mano derecha, lo que lo relaciona con la actividad, por lo cual consideramos que es una patología ocupacional.*****

Cabe citar el estudio de Amor, Marcondes, Robazzi, Cruz, Marciale, Palucci, *et al.* Síndrome del Túnel Carpiano y su posible relación con el Trabajo, Brasil 2007, se evidenció que el 21 por ciento presentaba alteración neurológica concomitante a Síndrome del Túnel Carpiano. Las edades variaron de 31 a 42 (31.58 por ciento) y de 19 a 30 años (27.63 por ciento); 88.16

*McCarthy JG, May JW, Littler JW. Síndromes De Compresión Nerviosa. En: Cirugía Plástica Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1992. (La Mano; Part 1 - vol. 7). p. 593.

**Ibid.,p.594.

***Rodríguez C. Síndrome del túnel carpiano. Guías Clínica 2004; vol 4 (38): (3 paginas en pantalla) Disponible en: URL: www.fisterra.com.

****Valdez R, Luque A, Pérez V. Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante, 1996-2004. Revista Española de Salud Pública 2006; 80(4):395-409.

*****Vallenias P, Salazar R, Huertas M. Síndrome del túnel del carpo. Correlación clínica y neurofisiológica. An.Fac.Med.(Perú) 2006; 65(4):247-245.

por ciento eran mujeres, lo que coincide con lo encontrado en la literatura y 88,16 eran blancos. En cuanto a las actividades de trabajo, 53,95 por ciento ejercían actividades domésticas o relacionadas a la casa.*

La investigación realizada por Cumare, Colmenares, Del Rossi, Coldero, Escalona y Mujica, Morbilidad por Síndrome del Túnel Carpiano en Pacientes del Hospital Pastor Oropeza, Venezuela 2007, los resultados más relevantes se encontraron que el 78,7 por ciento de los pacientes pertenecían al sexo femenino, ubicándose la mayoría en el grupo etario entre 40 y 49 años. La ocupación más frecuente fue oficios del hogar (38.3 por ciento). De igual modo se evidenció que el síntoma principal fue el dolor (76.6 por ciento) seguido de parestesias (68,7 por ciento) y limitación funcional (42.5 por ciento). Aquellos pacientes con recurrencia la hicieron en su mayoría (50 por ciento) a los 20-29 meses de la intervención quirúrgica.**

La relevancia de este trabajo está determinada por la necesidad de una vez diagnosticado este síndrome, se aplique un tratamiento temprano y eficaz para poder lograr una recuperación funcional máxima del nervio; evitando una compresión notoria y persistente la cual provocaría daño nervioso permanente e irreversible. La mano es la herramienta que nos hace entes productivos y auto suficientes, ya que la necesitamos para todas las actividades que realizamos y una disfunción de ella conlleva a una dependencia de otras personas.

Con los datos obtenidos esperamos aportar información que sirva de utilidad al profesional de salud para elegir un tratamiento rápido y eficaz que ya se haya evaluado y confirmado su viabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo el cual busca identificar la eficacia del tratamiento utilizado en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier 2009-septiembre 2010.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en la unidad de cirugía de mano del departamento de cirugía plástica y reconstructiva del hospital. Este se encuentra localizado en la siguiente ubicación: calle Alexander Fleming no 1, ensanche La Fe, Distrito Nacional, República Dominicana.

Unidad de análisis

Personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano.

Universo

Estuvo constituido por 4,970 de personas que asistieron a consulta de cirugía plástica y reconstructiva.

Población

Estuvo constituido por 24 casos de personas con diagnóstico

*Amor C, Marcondes M, Robazzi M, Cruz C, Marciale M, Palucci M, et al. Síndrome del Túnel del Carpo y Su Posible Relación con el Trabajo. Cienc.Cuid. Saude 2007; 6(1):33-39.

**Cumare S, Colmenares N, Del Rossi M, Coldero R, Escalona M, Mujica M. Morbilidad por Síndrome del Túnel Carpiano en los Pacientes del Hospital Pastor Oropeza. Bol.Med.Postgrado 2006; 15(4):159-166.

Cumare S, Colmenares N, Del Rossi M, Coldero R, Escalona M, Mujica M. Morbilidad por Síndrome del Túnel Carpiano en los Pacientes del Hospital Pastor Oropeza. Bol.Med.Postgrado 2006; 15(4):159-166.

del síndrome de túnel carpiano.

Criterios de inclusión

Todas las personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano, que recibieron tratamiento en este centro de salud, cuyo expediente estuvo completo.

Criterios de exclusión

Todas las personas diagnosticadas con Síndrome del Túnel Carpiano, que no recibieron tratamiento.

Personas con diagnóstico de síndrome del túnel carpiano con expediente incompleto.

Personas que hayan sido diagnosticadas antes o después del período de la investigación.

Métodos, técnicas y procedimientos

Después de tener aprobado el anteproyecto en la oficina de tesis de la facultad de ciencias de la salud, se procedió a solicitar el consentimiento informado al departamento de enseñanza del hospital y obteniéndolo de forma escrita, se procedió a diseñar un cuestionario tomando en cuenta las variables pertinentes del estudio.

A partir de identificar el número de expedientes con el libro de consulta del departamento de cirugía plástica y reconstructiva, nos dirigimos al archivo del hospital para contactar los expedientes y así proceder al llenado del cuestionario.

Procesamiento de información.

Se procedió a tabular los datos obtenidos mediante el programa Microsoft Excel 2007, que permitió la realización de las tablas y de Microsoft Word 2007 para el informe teórico para mejor interpretación de los resultados.

Principios éticos

Los resultados obtenidos solo serán de uso confidencial para esta investigación, respetando la confidencialidad y la moral.

RESULTADOS

Tabla 1. Eficacia del tratamiento utilizado en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

Tratamientos	Frecuencia	%
Eficacia del tratamiento conservador	5	20,8
Eficacia del tratamiento quirúrgico	19	79,2
Total	24	100,0

Fuente: Expediente clínico de los archivos del hospital Salvador B. Gautier, pertenecientes a la consulta del departamento de cirugía plástica y reconstructiva.

El tratamiento que obtuvo una mayor eficacia fue el quirúrgico con un 79.2 por ciento de los casos.

Tabla 2. Tratamientos utilizados en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

Tratamientos utilizados	Frecuencia	%
Tc. inmovilización con férula y medicación con aines	11	45.8
Tc. inmovilización con férula e inyecciones de corticoesteroides	3	12.5
Tc. medication con aines	1	4.2
TQ. liberation abierta	9	37.5
Total	24	100

Fuente: IDEM

Podemos observar que el tratamiento más utilizado fue la inmovilización con férula y medicación con Aines.

Tabla 3. Tratamiento conservador y quirúrgico en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRURGICO	FRECUENCIA	%
TRATAMIENTO CONSERVADOR	5	20,8
TRATAMIENTO QUIRURGICO UNICO	9	37,5
TRATAMIENTO CONSERVADOR QUE LUEGO REQUIRIO EL TRATAMIENTO QUIRURGICO	10	41,7
TOTAL	24	100,0

Fuente: IDEM

Aquí se observa que en un 41.7 por ciento de las personas que recibieron tratamiento conservador luego requirieron tratamiento quirúrgico.

TABLA 4

Sexo predominante en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	2	8.3
FEMENINO	22	91.7
TOTAL	24	100

Fuente: IDEM

Podemos observar que el 91.7 por ciento de la población estudiada correspondió al sexo femenino.

TABLA 5

Edad más frecuente en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

Edad (años)	Frecuencia	%
40 - 44	3	12.5
50 - 54	10	41.7
55 - 59	5	20.8
60 - 64	2	8.3
≥65	2	8.3
TOTAL	24	100

Fuente: IDEM

El 41.7 por ciento de la población estuvo compuesta por personas en el rango de edad comprendido entre 50 – 54 años.

TABLA 6. Ocupación que más se relaciona a personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	6	25
SECRETARIA	3	12.5
PROFESORA	3	12.5
OPERADORA	2	8.3
COSERJE	2	8.3
ESTILISTA	1	4.2
OBRERO	2	8.3
ENFERMERIA	2	8.3
COMERCIANTE	1	4.2
N/E	2	8.3
TOTAL	24	100

Fuente: IDEM

El mayor porcentaje fue el de ama de casa con un 25 por ciento.

TABLA 7

Síntomas de presentación más común en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010.

SINTOMAS DE PRESENTACION	FRECUENCIA	%
PARESTESIA	16	50
DOLOR	13	40.6
DEBILIDAD MUSCULAR	3	9.7
TOTAL	32	100

Fuente: IDEM

El número de resultados fue mayor al número de casos

La parestesia fue el síntoma de mayor presentación con un 50 por ciento.

TABLA 8

PRESENTACION CLINICA	FRECUENCIA	%
BILATERAL	16	66.7
DERECHA	5	20.8
IZQUIERDA	3	12.5
TOTAL	24	100

Presentación clínica más relevante en personas diagnosticadas con síndrome del túnel carpiano en el Hospital Salvador B. Gautier 2009 – septiembre 2010. Fuente: IDEM

La presentación clínica bilateral fue la más relevante con un 66.7 por ciento.

DISCUSIÓN

El síndrome de túnel carpiano según los diferentes textos es la neuropatía periférica por compresión más frecuente, la cual afecta en mayor proporción al sexo femenino entre las edades de 40-60 años y está estrechamente relacionada a las ocupaciones que necesitan el uso repetitivo de las manos.

En este estudio el 91.7 por ciento de la población de estudiada correspondió al sexo femenino, esto coincide con el estudio realizado por Amor, Marcondes, et al, el cual evidenció que el 88.16 por ciento de los casos correspondían al sexo femenino.

Con relación a la edad el 41.7 por ciento estuvo entre el rango de 50-54 años, lo cual se diferencia de la investigación realizada por Valdez, Luque y Pérez, el cual arrojó que el 25 por ciento tenía menos de 30 años.

En cuanto a la ocupación las amas de casa fueron las de mayor porcentaje con un 25 por ciento, lo que se corresponde con el estudio realizado por Amor, Marcondes, et al., el cual 53,95 por ciento ejercía actividades domésticas o relacionadas a la casa.

El síntoma de presentación principal fue la parestesia en un 50 por ciento de los casos, lo que difiere del estudio realizado por Cumare, Colmenares, et al., el cual evidenció que el síntoma principal fue el dolor (76.6 por ciento).

En el 66.7 por ciento de la población de estudio la presentación clínica fue bilateral, lo que no se relaciona con el estudio de Vallenias, Salazar y Huerta en el que el 85 por ciento de los pacientes tuvo lesión significativa en la mano derecha, no así con la literatura la cual dice que la presentación clínica más frecuente es la bilateral en un 50 por ciento.

Con respecto al tratamiento el más usado fue la inmovilización con férula y medicación con AINES en un 45.8 por ciento, aunque el 66.7 por ciento de los tratados conservadoramente requirieron tratamiento quirúrgico lo que coincide con lo escrito por Canales, en su libro de texto Campbell Cirugía Ortopédica 10ª edición del año 2004, donde dice que los pacientes deben ser tratados conservadoramente en un principio aunque el tratamiento definitivo es el quirúrgico.

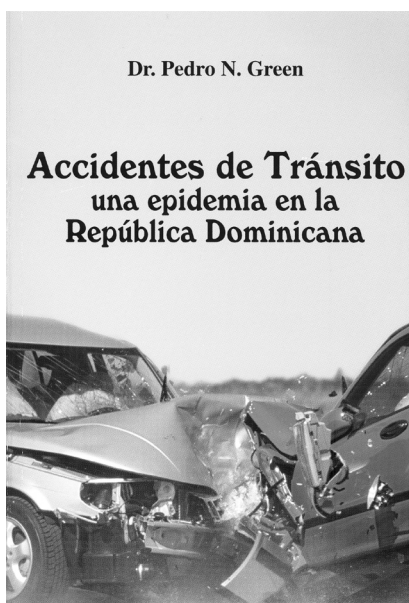
REFERENCIAS

1. Amor C, Marcondes M, Robazzi M, Cruz C, Marciale M, Palucci M, et al. Síndrome del túnel del carpo y su Posible Relación con el Trabajo. Cienc.Cuid.Saude

- 2007; 6(1):33-39.
2. Canale ST, Síndrome del Túnel Carpiano. En: Campbell Cirugía Ortopédica 10ª ed. Vol. 4 Memphis, Tennessee, Elsevier-Masson: Mosby 2004. P3761-3771.
3. Cranford C.S. Ho J.I. Kalainov D. M. y Harrigan B.J. síndrome del túnel carpiano. J Am Acad orthop surg (ed esp) 2007; 6: 504-515.
4. Cumare S, Colmenares N, Del Rossi M, Coldero R, Escalona M, Mujica M. Morbilidad por Síndrome del Túnel Carpiano en los Pacientes del Hospital Pastor Oropeza. Bol.Med.Postgrado 2006; 15(4):159-166.
5. Dammers JW, Roos Y, Giroa MM, Vermeulen M. inyección de metilprednisolona en pacientes con síndrome del túnel carpiano. Revista de Neurología. Mayo 2006; 253(5):574-7.
6. Doyle JR, Botte MJ. Anatomía Retinacular y el Canal Carpiano. En: Anamita Quirúrgica De La Mano Y Extremidad Superior Philadelphia: Amolca; 2006. p. 503-6.
7. Genis M.A. Síndrome Del Túnel Del Carpo. Revista Mexicana del Dolor (Serial online) 2007. Vol 1(4): (4 páginas en pantalla). Disponible en: URL: <http://www.ametd.com.mx/index>.
8. Herdon JH. Síndrome Del Túnel Del Carpo. En: Reconstrucción Quirúrgica De La Extremidad Superior México: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 507-16.
9. Latarget M, Ruiz Liard A. Nervus Medianus. En: Anatomía Humana 3eraed. Vol. 1 Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 700-7.
10. Latarget M, Ruiz Liard A. Ossa Carpi. En: Anatomía Humana 3eraed. Vol. 1 Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 529-32.
11. Lister G. Carpal Tunnel Syndrome. En: The Hand Diagnosis And Indications 3era ed. Edimburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 1993. p. 285-91.
12. McCarthy JG, May JW, Littler JW. Síndromes De Compresión Nerviosa. En: Cirugía Plástica Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1992. p. 587-98. (La Mano; Part 1 - vol. 7).
13. Parra F.E, Parra L.M, Tisotti P.V, Wille J.M. Síndrome del túnel del Carpo. Revista de Postgrado VIA Cátedra de Medicina (serial Online) 2007 septiembre; 173: (4 paginas en pantalla). Disponible en: URL: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista.173/4_173.
14. Piazzini DB, Aprile I, Ferrara PE, Bertolini C, Tonali P, Maggi L, et al. Revisión sistemática del tratamiento conservador del síndrome del túnel carpiano. Rehabilitacion clínica Abril 2007; 21 (4):299-314.
15. Rodríguez C. Síndrome del túnel carpiano. Guías Clínica 2004; vol 4 (38): (3 páginas en pantalla) Disponible en: URL: www.fisterra.com.
16. Rouvire H, Delmas A. Carpo. En: Anatomía Humana 11ava ed. Vol. 3 Barcelona: Masson s.a; 2005. p. 30-7
17. Rouvire H, Delmas A. Nervio Mediano. En: Anatomía Humana 11ava ed. Vol. 3 Barcelona: Masson s.a; 2005. p. 198-205.
18. Scholten RJ, Gerritsen AA, Uitdehaag BM, Bouter LM, van Gerder D, de Vet HC. Opciones de tratamiento quirúrgico para el síndrome del túnel carpiano (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
19. Schwartz SI, Shires G.T, Fischer J.S, Spencer F.C,

- Galloway A.C, Daly J. M. Neuropatía del Nervio Mediano. EN: Principios de Cirugía 8a ed Vol 2. Mexico. Mc Graw-hill Interamericana; 2007. p.1766-1770.
20. Silberman FS, Varaona O. Síndrome del túnel Carpiano. EN: Ortopedia y Traumatología 2da ed. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana; 2000. p.93-94.
21. Snell RS. Túnel Del Carpo. En: Anatomía Clínica Para Estudiantes De Medicina 6^{ed} Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 472.
22. Valdez R, Luque A, Perez V. Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante, 1996-2004. Revista española de Salud Pública 2006; 80(4):395-409.
23. Vallenas P, Salazar R, Huertas M. Síndrome del túnel del carpo. Correlación clínica y neurofisiológica. An.Fac. Med.(Perú) 2006; 65(4):247-245.

LIBROS · LIBROS · LIBROS

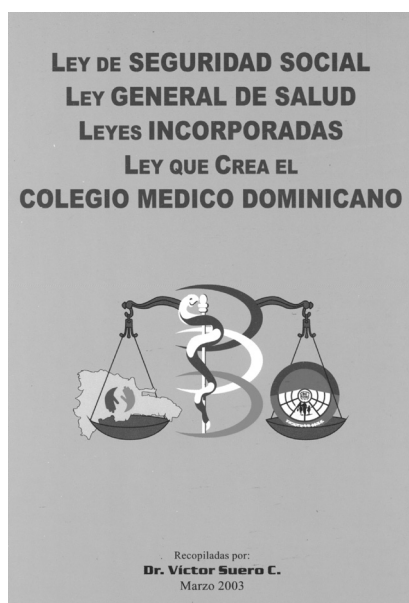


***Acidentes de tránsito:
una epidemia en
la República Dominicana***

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.

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.

FRECUCENCIA DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE
ALTAGRACIA.

Esteffani Priscila Ramos Camacho, Lesli Jessica Guillen Alcequiez, Mikhail Adolfo Hernández Díaz, Andrina Diosbeira Beato Ramos.

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue determinar la frecuencia de desnutrición en niños menores de 5 años en el Ensanche Altigracia de Herrera durante el periodo de octubre - diciembre del año 2010. Se trató de un estudio descriptivo y de corte transversal. El universo estuvo compuesto por 3398 Niños/as menores de 5 años obtenidos del registro del programa ampliado de inmunización (P.A.I) y se tomo una muestra constituida por 288 niños que cumplieron con los criterios de inclusión. Técnica: Se realizó una entrevista estructurada que se les aplicó a los padres de los niños a examinar y luego se procedió a tallar a los niños con el tallímetro de Shorr y a pesar en la balanza SECA (872). Resultados: 94 niños, correspondientes a un 32.64 por ciento, presentaron algún tipo y grado de desnutrición, constituyendo casi un tercio de la población. La desnutrición crónica con un 27.1 por ciento represento el tipo de desnutrición más frecuente en la población siendo el grado leve con un 19.1 por ciento el más común. La desnutrición global representó el segundo lugar con 14.9 por ciento y la desnutrición aguda el tercer lugar con un 8.3 por ciento. El sexo femenino con un 53.19 por ciento fue el sexo más afectado. El grupo etario con mayor presencia de desnutrición, fue el de 12 a 35 meses con un 53.2 por ciento.

Palabras clave: Frecuencia, desnutrición infantil, desnutrición crónica, desnutrición global, desnutrición aguda.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the frequency of malnutrition in children under 5 years of age in the Ensanche Altigracia de Herrera community, during the period October to December 2010. This was a descriptive as well as a cross sectional study. The universe was composed of 3398 children under the age of 5, obtained from the record of the expanded program on immunization (P.A.I. for its acronym in Spanish) and a sample of 288 children who met the inclusion criteria was taken. Technique: A structured interview was administered to parents of the young children that were to be examined and then proceeded to measure children with a Shorr stadiometer and to weight them on a Seca (872) scale. Results: 94 children, representing a 32.64 percent had some type and degree of malnutrition, constituting almost one third of the population. Chronic malnutrition with 27.1 percent represented the most common form of malnutrition in the population making the mild degree with 19.1 percent the most common. Meanwhile, global malnutrition came in second place with 14.9 percent and acute malnutrition in third place

with 8.3 percent were the most affected sex. On the other hand, the age group with a greater presence of malnutrition was 12 to 35 months with 53.2 percent.

Key words: Frequency, child malnutrition, chronic malnutrition, global malnutrition, acute malnutrition.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es una de las condiciones patológicas más comunes en niños y una de las que produce mayores repercusiones en estos, muchas de las cuales son irreversibles. Esta tiene diferentes causas, dentro de estas podemos citar, una ingesta inadecuada de alimentos tanto en cantidad como en calidad, o una deficiente utilización de estos por el organismo. Concomitantemente, existen factores de riesgo que condicionan la aparición de la enfermedad, de acuerdo a lo previamente citado se puede decir que la desnutrición es una enfermedad multifactorial. Esta condición es más frecuente en países en vía de desarrollo, ya que gran parte de la población está compuesta por personas con bajo nivel socioeconómico y es en estos países en que la pobreza reina.

Cabe citar el estudio de Gerardo Weisstaub MD, Richard Soria MD, Magdalena Araya MD sobre desnutrición primaria grave en un hospital pediátrico, en el cual durante el período evaluado se internaron aproximadamente 2500 niños, de los cuales se incluyeron 118 niños con desnutrición primaria grave de los cuales 56 eran niñas y 62 eran niños. En cuanto al tipo de desnutrición 75, para un 64 por ciento, presentaron desnutrición mixta, 31 para un 26 por ciento presentaron desnutrición tipo Kwashiorkor y solo 12 para un 10 por ciento presentaron desnutrición tipo marasmo.*

En un estudio realizado por la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007 la proporción de infantes con desnutrición crónica y aguda es mayor entre los de sexo masculino. Mientras el 9 por ciento de las niñas presentó desnutrición crónica, entre los niños se registro un 11 por ciento. Según esta investigación, la desnutrición crónica disminuye a medida que aumenta la duración del intervalo intergenésico, desde el 15 por ciento entre los nacimientos con un intervalo de menos de 24 meses a 8 por ciento entre los nacimientos con intervalos de 48 meses o más.**

En un estudio descriptivo y prospectivo realizado en la consulta de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar fueron analizados un total de 100 niños de 0-5 años, de los cuales

*Weisstaub G, Soria R, Araya M, Desnutrición grave en un hospital pediátrico, Rev. Soc. Bol Ped 2006; 45

**Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007. Rep. Dom. 2007. Vol 3. 586; 189.

63 equivalente al 63 por ciento se encontraron nutridos, mientras que 37 correspondientes al 37 por ciento presentaron algún tipo de desnutrición. Se demostró que de 21 niñas equivalentes al 56.8 por ciento, un 85.7 por ciento presentaba desnutrición leve, el 4.8 por ciento presentaba desnutrición moderada y el 9.5 por ciento presentaba desnutrición grave. Por otro lado de 16 niños equivalentes al 43.2 por ciento, un 75 por ciento presentaba desnutrición leve, el 18.5 por ciento presentaba desnutrición moderada y el 6.2 por ciento presentaba desnutrición grave.*

Yoclaudia Jiménez y colaboradores, realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el cual encontraron que de 692 niños que asistieron al hospital Juan Pablo Pina, 505 niños fueron eutróficos y 187 cursaron con diferentes grados de desnutrición, teniendo una mayor frecuencia la desnutrición leve con un 67.4 por ciento, seguido de la desnutrición moderada con un 24 por ciento y la desnutrición severa con un 8.6 por ciento. Además de que el 59.4 por ciento procedía de barrios y el 33 por ciento de campos, 49.7 por ciento eran femeninas y el 50.3 por ciento masculinos. ** Según el estudio “Avance hacia el objetivo de desarrollo del milenio 1 en América latina y el Caribe: la importancia de la elección del indicador de desnutrición”, se evidenció una disminución en la prevalencia de desnutrición infantil en la República Dominicana utilizando como indicadores de ésta el bajo peso y el retraso de desarrollo de crecimiento, presentando en 1991 un 8.5 por ciento de bajo peso y un 21.3 por ciento en retraso de crecimiento y ya para el 2007 un 3.1 por ciento de bajo peso y un 9.8 por ciento en retraso de crecimiento, revelándose de esta manera una disminución de más de un 50 por ciento en la desnutrición infantil en el país. ***

Esta investigación es de suma importancia debido a que la desnutrición además de ser un problema de envergadura mundial se ha convertido en un problema coyuntural en República Dominicana, extendiéndose en mayor o menor medida a todos los rincones de la isla, y contribuyendo a elevar la tasa de morbilidad y mortalidad en la población infantil, además de aumentar la estadia y costos en las instituciones de salud. Se llevó a cabo esta investigación en el Ensanche Altagracia de Herrera, Santo Domingo Oeste, ya que durante la rotación de los sustentantes por el ciclo social del internado se presenció la pobreza, el hacinamiento y otros factores sociopsicoambientales que pueden hacer a esta población mas vulnerable a este evento y la trascendencia que pueden tener éstos factores en el estado nutricional de la población infantil, motivando así a realizar un estudio de campo.

Con esta investigación se pretende concientizar a la población y el sector salud, sobre el impacto negativo tanto agudo como crónico de la desnutrición en la vida del infante, ya que es de suma preocupación que a pesar de ser una condición fácilmente prevenible y reversible, de no identificarse y tratarse a tiempo puede producir repercusiones irreversibles tanto en la salud como en el desarrollo físico, psicológico y social del infante.

*Galvez MC. Sanchez JA. Mateo IY. Frecuencia de desnutrición en niños de 0-5 años, Hospital Dr. Luis E. Aybar, julio-agosto 2008 [Tesis Doctoral]. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2008.

**Jiménez Y. Nina E. Frecuencia de desnutrición en niños pre-escolares en la consulta de pediatría del hospital Juan Pablo Pina, Enero-Marzo 2007, San Cristóbal, R.D. [Tesis Doctoral]. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2008.

***Lutter C. Chaparro C. Muñoz S. Progress towards millennium development goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of indicator for undernutrition, Rev de la Org Mun de la Sal. Vol. 89, enero 2011, 1-80

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con la finalidad de medir la frecuencia de desnutrición en niños menores de 5 años, Ensanche Altagracia, Octubre - Diciembre 2010.

Demarcación geográfica

La zona de estudio fue en el Ensanche Altagracia de Herrera, la cual está delimitada al sur por el Santo Domingo Country club, al norte por la autopista 6 de noviembre, al este por la avenida Isabel Aguiar, al oeste por el barrio Paraíso.

Tiempo de realización

Octubre – Diciembre 2010.

Universo

Estuvo constituido por 3,398 Niños/as menores de 5 años del Ensanche Altagracia de Herrera obtenidos a través del registro del Programa Ampliado de Inmunización (P.A.I) del Ministerio de salud pública y asistencia social.

Muestra

Estuvo constituida por 288 niños seleccionados a través de un cálculo muestral probabilístico, usando el programa de Epi-Info la aplicación de Stalcal, con una población de 3,398 niños a partir de una prevalencia esperada de un 9 por ciento, con un error muestral de un 0.05 por ciento y un nivel de confianza del 95 por ciento.

Criterios de inclusión

Niños de 0 – 4 años que viven en el Ensanche Altagracia.
Padres, cuidadores o tutores que accedieron a la entrevista.
Casas con números pares.
Padres, cuidadores o tutores que accedieron desvestir a los niños para realizar el examen físico y la toma de las medidas antropométricas.

Criterios de exclusión

Niños mayores de 4 años.
Niños que no viven en el Ensanche Altagracia.
Padres, cuidadores o tutores que no consintieron la entrevista.
Casas con números impares.
Padres, cuidadores o tutores ausentes.

Fuentes de información

La fuente de información estuvo constituida por los padres, tutores o cuidadores a quienes se les aplico el cuestionario y los niños que se les realizo el examen físico.

Consentimiento informado

Se elaboró, se suministró y se le explicó verbalmente paso por paso a cada padre, cuidador y tutor que participó en el estudio, describiendo así todos los procedimientos a los que fueron sometidos, las molestias y riesgos potenciales si así hubiera. Si el participante comprendió y aceptó lo ya explicado de manera verbal y por escrito, este deberá ser firmado por el participante y el investigador.

Método, técnica y procedimiento de la información

Método

Se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas

de selección múltiples y preguntas abiertas relacionado con las variables a estudiar. Además se obtuvieron las medidas antropométricas por medio de la balanza SECA (872), para obtener el peso de los niños y el tallímetro de Shorr para medir la talla, ambos recomendados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Técnica

Se realizó una entrevista estructurada que se les aplicó a los padres de los niños a examinar. Luego de esta se procedió a medir la talla de los niños con un tallímetro de Shorr, que consta de una tabla o mesa de aproximadamente 50 cm de ancho por 1 metro de largo, lleva fijo en sus costados una cinta métrica y en sus extremos consta de 2 planos, uno fijo y otro móvil. En esta técnica deben participar 2 adultos, para sujetar la cabeza del menor y para sujetar las rodillas permitiendo la elongación de las extremidades inferiores.

En el caso de los niños menores de 2 años se utilizó el tallímetro en posición horizontal, se ubicará la cabeza del menor en el plano fijo y el otro móvil, se desliza hasta alcanzar la planta de los pies del lactante. En el caso de medir niños mayores de 2 años se utilizó el tallímetro de Shorr en posición vertical y se colocó en una superficie plana y firme. Los niños se ubicaron descalzos y de espalda a éste, en el centro de su base, con los pies en paralelo y puntas levemente separadas en un ángulo de 45°, los talones, nalgas, omóplato y cabeza debían estar en contacto con la superficie posterior. La cabeza erguida cómodamente, sin elementos en el cabello que puedan dificultar o alterar la medición. Una línea horizontal imaginaria debe pasar por el conducto auditivo externo y el ángulo externo del ojo (línea de Frankfurt), los brazos deben colgar en forma natural. Después se desciende el tope superior del antropómetro o tallímetro de Shorr en ángulo recto, aplastando el cabello y haciendo contacto con el vértice de la cabeza. Luego se procedió a leer y registrar la medida.

Después de tallar se tomó el peso de los niños con una balanza electrónica SECA (872). Esta estuvo colocada en una superficie plana, firme y sin desnivel. Los niños menores de 2 años y quienes no podían sostenerse en sus propios pies, se pesaron junto con la madre de la siguiente manera, primero la madre se colocaba encima de la balanza y se registraba el peso de ésta, luego se reiniciaba la balanza y en este momento la madre debía sostener al niño, registrándose un nuevo peso que correspondía al del niño. En el caso de los niños mayores de 2 años, que podían sostenerse en sus propios pies, se colocaba al niño en la balanza con la menor cantidad de ropa posible y se procedía a registrar el peso.

Estandarización

El proceso de estandarización contempló la participación de las tres personas integrantes del equipo, se realizó en un grupo de 5 niños. Como punto de corte se utilizó una variabilidad menor de 0.5 cm de la talla y 0.2 kg para el peso para considerar un personal adecuado para iniciar la medición. En los casos donde el personal no cumplía con este requisito se procedía a capacitar nuevamente.

Para la medición de la talla se instruyó en las técnicas de medición de la talla, las cuales fueron explicadas en el manual de adiestramiento diseñado para estos fines.

Previo a la medición de la talla, se tenía que buscar una pared adecuada que presentara un ángulo de 90 grados con el piso, el cual era validado con la escuadra.

El niño se paraba de espaldas a la pared en el lugar donde

se colocó el tallímetro, con los pies juntos y en forma tal que la cabeza, espalda, glúteos y talones de los pies quedaran pegados a la pared.

Procurando que nada interfiera con la medición, se evitaron la presencia de elementos o accesorios en el cabello de las niñas y se sujetaba la cabeza del niño con la mano izquierda para que no la moviera y la conservara derecha, el encuestador, con la mano derecha, colocaba la escuadra o tope sobre la cabeza, sin apretar, para que no se agachase. Realizada la medición se procedía inmediatamente a anotarla.

Procedimiento

Se llevó el anteproyecto de tesis a la oficina de tesis para su aprobación, luego de aprobado el anteproyecto de tesis, se solicitó la carta de autorización de lugar donde se realizó la investigación en dicha oficina.

Luego se fue en dirección al subcentro Inocencio Díaz Piñero que es el centro asignado por la Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MESPAS) al Ensanche Altagracia, una vez aprobada la carta de autorización se tuvo una capacitación en el jardín infantil “Progresando” en el campus cede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), con el fin de estandarizar la forma de tallar y pesar a los niños, la cual fue impartida por la Dra. Amarilis Then, luego se hizo un recorrido por el Ensanche Altagracia guiándonos por medio de la cartografía de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) correspondiente al Ensanche Altagracia, con la finalidad de visitar las casas en búsqueda de niños menores de 5 años.

Una vez en la casa se le explicó a los padres, tutores o cuidadores el procedimiento a realizarse, luego que accedieron a la investigación se inició la entrevista a dicha persona, por medio de un cuestionario con preguntas abiertas y de selección múltiple, luego se midió la talla del niño utilizando como instrumento el tallímetro de Shorr y la balanza electrónica SECA (872) ambos recomendados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los programas Microsoft Word, que es el programa de procesamiento de palabras, en donde se digito la tesis; Epi-info., a través del cual se sacó la muestra; Antro, en el cual se calcularon las medidas antropométricas y Statistical Package for Social Science (SPSS), el cual fue utilizado para la tabulación de datos y gráficos.

Principios éticos

Los datos recolectados no incluyeron nombres, ni apellidos de los niños y niñas, ni de los padres, cuidadores o tutores y toda la información fue manejada de manera exclusiva por el equipo de investigación, el cual mantuvo la confidencialidad con los datos obtenidos.

RESULTADOS

Cuadro I

Frecuencia de desnutrición en niños menores de 5 años		
	Frecuencia	%
No presenta desnutrición	194	67.36
Presenta desnutrición	94	32.64
Total	288	100,00

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños el Ensanche Altagracia.

FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO II				
Tipo y grado de desnutrición				
		Frecuencia	%	%válido
Desnutrición aguda	Leve	20	6.9	83.3
	Moderada	4	1.4	16.7
	Total	24	8.3	100
Desnutrición global	Leve	36	12.5	83.7
	Moderada	7	2.4	16.3
	Total	43	14.9	100
Desnutrición crónica	Leve	55	19.1	70.5
	Moderada	18	6.3	23.1
	severa	5	1.7	6.4
	Total	78	27.1	100

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO IV						
Distribución entre desnutrición, edad y genero						
Genero		Grupo etario				Total
		de 23 meses	de 35 meses	de 47 meses	de 59 meses	
Femenino	Presencia de desnutrición	11	13	8	8	50
		22%	26%	16%	16%	100%
	Total	11	13	8	8	50
		22%	26%	16%	16%	100%
Masculino	Presencia de desnutrición	14	12	5	3	44
		31.80%	27.30%	11.40%	6.80%	100%
	Total	14	12	5	3	44
		31.80%	27.30%	11.40%	6.80%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO V					
Distribución entre desnutrición y peso al nacer					
		Peso al nacer			Total
		Menor de 2500 gramos	De 2500 a 4000 gramos	Mayor de 4000 gramos	
Presencia de Desnutrición	Conteo	9	84	1	94
	% con Presencia de desnutrición	9.60%	89.40%	1.10%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUCENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO VI									
Distribución entre desnutrición y orden de nacimiento									
		Orden de nacimiento							Total
		Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Mayor del sexto	
Presencia de desnutrición	Conteo	32	37	1	19	2	2	1	94
	% con Presencia de desnutrición	34%	39.40%	1.10%	20.20%	2.10%	2.10%	1.10%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUCENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO VII						
Distribución entre desnutrición e intervalo de nacimiento						
		Intervalo de nacimiento				Total
		primer nacimiento	menor de 24 meses	De 24 a 48 meses	mayor de 48 meses	
Presencia de desnutrición	Conteo	31	41	21	1	94
	% con Presencia de desnutrición	33%	43.60%	22.30%	1.10%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUCENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

Cuadro VIII					
Distribución entre tipo de lactancia en los primeros 6 meses con desnutrición					
		Tipo de lactancia			Total
		Exclusiva	Artificial	Mixta	
Presencia de desnutrición	Conteo	13	23	58	94
	% con Presencia de desnutrición	13.80%	24.50%	61.70%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUCENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO IX						
Distribución entre desnutrición y frecuencia de alimentación						
		Frecuencia de alimentación				Total
		1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	Más de 3 veces al día	
Presencia de desnutrición	Conteo	2	4	12	76	94
	% con Presencia de desnutrición	2.10%	4.30%	12.80%	80.90%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO X						
Distribución entre desnutrición y frecuencia de alimentación						
		Frecuencia de alimentación				Total
		1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	Más de 3 veces al día	
Presencia de desnutrición	Conteo	2	4	12	76	94
	% con Presencia de desnutrición	2.10%	4.30%	12.80%	80.90%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia.

FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ENSANCHE ALTAGRACIA OCTUBRE – DICIEMBRE 2010

CUADRO XII						
Distribución entre desnutrición y frecuencia de alimentación						
		Frecuencia de alimentación				Total
		1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	Más de 3 veces al día	
Presencia de desnutrición	Conteo	2	4	12	76	94
	% con Presencia de desnutrición	2.10%	4.30%	12.80%	80.90%	100%

Fuente: Entrevista a los padres, madre, cuidadores, tutores de los niños del Ensanche Altagracia

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de la muestra de 288 niños menores de 5 años del ensanche Altagracia, 94 niños correspondientes a un 32.64 por ciento presentaron algún tipo y grado de desnutrición, constituyendo casi un tercio de la población. Estos resultados se corresponden con aquellos obtenidos en la investigación realizada por Gálvez MC, Sánchez JA y Mateo IY, en el hospital Dr. Luis E. Aybar en el periodo de julio-agosto 2008, quienes arrojan que de 100 niños evaluados, 37 para un 37 por ciento presentan algún tipo de desnutrición.*

La desnutrición crónica con un 27.1 por ciento represento el tipo de desnutrición más frecuente en la población, siendo el grado leve con un 19.1 por ciento el más común, Mientras la desnutrición global represento el segundo lugar con 14.9 por ciento y la desnutrición aguda el tercer lugar con un 8.3 por ciento. Estos datos se correlacionan con los de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007 realizada por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) cuyos resultados muestran que la desnutrición crónica es la más frecuente, presentándose en un 10 por ciento de la población infantil desnutrida, mientras la desnutrición global y aguda representan el segundo y tercer lugar con un 3 y 2 por ciento respectivamente.**

El grupo etario más afectado fue el de 12 a 35 meses (1 a 2 años) mostrando una frecuencia de desnutrición de un

53.2 por ciento. Estos datos se asemejan con la investigación realizada en Guatemala por Pérez G. y Cateura D. sobre el comportamiento de la desnutrición infantil en el Hospital San Pedro Necta desde Enero-Abril del 2005 cuyos resultados muestran que entre las edades comprendidas de 1 a 3 años se concentra el 69 por ciento de desnutrición.***

El sexo femenino se constituyo el género con mayor frecuencia de desnutrición, representando un 53.19 por ciento del total. Dentro de este género la edad más afectada fue de 24 a 35 meses representando un 26 por ciento, mientras en el sexo masculino la edad más afectada fue de 12 a 23 meses representando un 31.82 por ciento. Este resultado se asemeja al estudio realizado en República Dominicana por Gálvez MC, Sánchez JA y Mateo IY sobre frecuencia de desnutrición en niños de 0-5 años en el hospital Dr. Luis E. Aybar en el periodo de julio-agosto 2008 para la tesis doctoral que muestra que el 56.8 por ciento de la población afectada era femenina. Por otro lado el estudio de Jiménez Y. Nina E. sobre frecuencia de desnutrición en niños pre-escolares en la consulta de pediatría del hospital Juan Pablo Pina muestra que el 50.3 de los desnutridos eran de sexo masculino. Probablemente el sexo no sea un factor influyente en la génesis de la desnutrición, por lo menos en nuestro país, por el hecho de que la mayor frecuencia de un sexo u otro en desnutrición fue debido a su

* Gálvez MC, op Cit.P.46

**Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007, op Cit. P. 226

***Pérez G. Cateura D. Comportamiento de la desnutrición infantil en el Hospital San Pedro Necta desde Enero-Abril de 2005 (tesis doctoral). Guatemala, 2005, (acceso 26 de enero del 2011), Revista científica .com (revista en internet). Disponible: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEulAEVupkHL.OgacvH.php>

predominio en la población estudiada.***

El peso al nacer que más se relacionó con desnutrición fue de 5 a 9 libras, constituyendo un 89.36 por ciento en contraste, los infantes con un peso al nacer mayor de 9 libras tuvieron una menor incidencia de desnutrición con un 1.06 por ciento. Estos datos se relacionan con los de la investigación de Jiménez Y. Nina E. Frecuencia de desnutrición en niños pre-escolares en la consulta de pediatría del hospital Juan Pablo Pina, Enero-Marzo 2007, San Cristóbal, R.D, que muestran que los niños con antecedentes de peso al nacer entre 5 a 9 libras presentan un mayor índice de desnutrición con un 93.1 por ciento. Esto probablemente sea debido a que la mayoría estos infantes adquirieron esta condición después de un crecimiento normal intrauterino.***

En el orden de nacimiento, los segundogénitos presentaron una mayor frecuencia de desnutrición evidenciándose esto con un 39.36 por ciento, seguido los primogénitos con un 34.04 por ciento. Estos resultados difieren del estudio realizado por Bravo R. Zapata D. en Santiago de Chile que muestra que la frecuencia de desnutrición aumenta notoriamente a partir del cuarto nacimiento, presentando un 29 por ciento de incidencia con el sexto nacimiento o los posteriores.****

El periodo intergenesico menor de 24 meses se asoció con una mayor tasa de desnutrición con un 43.62 por ciento de frecuencia, disminuyendo ésta incidencia a medida que el periodo se prolonga, presentando en el periodo de 48 meses o más un 1.06 por ciento. Estos resultados se correspondieron con los de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007 realizada por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) cuyos resultados muestran una disminución en la frecuencia de desnutrición desde un 15 por ciento en el intervalo de nacimiento menor de 24 meses hasta un 8 por ciento en el periodo de 48 meses o más. Esto probablemente es debido a que un periodo intergenesico más prolongado, permite al organismo de la madre, recuperarse de los cambios producidos en el embarazo previo de una manera más eficiente, proporcionando al nuevo infante un medio óptimo para su desarrollo y crecimiento intrauterino.****

La lactancia mixta en los primeros 6 meses de vida se constituyó el tipo de lactancia más frecuentemente vinculada con desnutrición con un 61.07 por ciento, mientras la lactancia materna exclusiva fue el menos frecuente asociado con la desnutrición, comprendiendo un 13.8 por ciento. Probablemente la combinación de lactancia materna con otros sucedáneos impide al niño obtener todos los nutrientes en la cantidad y calidad necesarios para su desarrollo, que seguramente obtendría con una lactancia materna exclusiva, como lo evidencia su menor incidencia de desnutrición. Estos resultados difieren del estudio de Gálvez M.C., Sánchez J.A. y Mateo I.Y. que muestran que los niños con una lactancia materna exclusiva presentan una mayor frecuencia de desnutrición.*****

Los infantes cuyas madres afirmaban que se alimentaban de 3 o más veces al día, presentaron un mayor índice de desnutrición con un 93.7 por ciento. Estos datos se correlacionan con los del estudio realizado por Gálvez MC, Sánchez JA y Mateo

IY que muestra que el 83.8 de los niños que comen 3 o más veces al día presentan desnutrición. Probablemente esto se deba a que a pesar de una mayor frecuencia de consumo, los alimentos eran de bajo valor nutritivo, aportando muy poca calidad a la alimentación balanceada que debe tener un infante en esta etapa de desarrollo.*****

La escolaridad materna básica o menor se vinculó con una mayor frecuencia de desnutrición infantil presentando un 58.51 por ciento, y disminuyendo la incidencia hasta un 3.19 por ciento en las madres con educación superior. Estos resultados coinciden con los de la investigación realizada en Guatemala por Pérez G. y Cateura D. sobre el comportamiento de la desnutrición infantil en el Hospital San Pedro Necta desde Enero-Abril del 2005 que muestran que se presentó desnutrición en el 77 por ciento de los niños cuyas madres presentaron una educación básica o menor. Esto probablemente se deba a que las madres con una menor escolaridad, no tienen el discernimiento suficiente para ofrecer a sus hijos un modelo de crianza y de alimentación que les permita alcanzar un desarrollo adecuado.*****

El ingreso monetario familiar menor de 7,500 pesos se asoció con una mayor frecuencia de desnutrición infantil, correspondiendo a un 70.22 por ciento del total de niños desnutridos y disminuyendo a medida que el ingreso monetario aumentó, presentando una incidencia menor de un 30 por ciento cuando el sueldo fue mayor de 7,500 pesos. Esto se correlaciona con el estudio realizado por Gálvez MC, Sánchez JA y Mateo IY sobre frecuencia de desnutrición en niños de 0-5 años en el hospital Dr. Luís E. Aybar en el periodo de julio-agosto 2008 para la tesis doctoral, cuyos datos muestran que un ingreso menor de 6,000 pesos se relacionó con una mayor tasa de desnutrición infantil para un 78.3 por ciento. Esto se debe a que un menor ingreso monetario se traduce en una menor capacidad de repartir el dinero entre las necesidades diarias y la compra de alimentos.*****

REFERENCIAS

1. Weisstaub G, Soria R, Araya M, Desnutrición grave en un hospital pediátrico, Rev. Soc. Bol Ped 2006; 45
2. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007. Rep. Dom. 2007. Vol 3. 586; 189.
3. Gálvez MC. Sánchez JA. Mateo IY. Frecuencia de desnutrición en niños de 0-5 años, Hospital Dr. Luís E. Aybar, julio-agosto 2008[Tesis Doctoral]. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2008.
4. Jiménez Y. Nina E. Frecuencia de desnutrición en niños pre-escolares en la consulta de pediatría del hospital Juan Pablo Pina, Enero-Marzo 2007, San Cristóbal, R.D. [Tesis Doctoral]. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2008.
5. Lutter C. Chaparro C. Muñoz S. Progress towards millennium development goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of indicator for undernutrition, Rev de la Org Mun de la Sal. Vol. 89, enero 2011, 1-80
6. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 200 millones de menores de 5 años malnutridos.

*Gálvez MC. op Cit. P. 50

** Jiménez Y. op Cit. P. 40

*** Ibidem. P. 43

****Bravo R. Zapata D. las metas del milenio y la igualdad de género. El caso Bolivia. Santiago de Chile: fondo de desarrollo de las naciones unidas para la mujer (UNIFEM), Unidad y desarrollo: 2005

***** Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2007, Up Cit. P 227

*****Gálvez MC. op Cit. P. 53

*****Gálvez MC. op Cit. P. 55

*****Pérez G. op. Cit.

*****Gálvez MC. op Cit. P. 48

- Argentina, Buenos Aires: Intramed; 2009.
7. Vázquez M. J., República Dominicana: En el camino hacia la erradicación de la desnutrición infantil. 1^{era} ed. Rep. Dom. : Guerrero y Vázquez; 2008.
 8. Fauci A S, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson J L, et al. Principios de medicina interna de Harrison: necesidades de nutrientes y valoración de la alimentación. 17^a ed. México 2009. Vol. 1 P. 437- 440.
 9. De La Mata C. Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. Rev. Méd. Rosario 74: 17 - 20, 2008. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/mata.pdf>
 10. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), 2007, Macro International Inc., Calverton, Maryland, EEUU, República Dominicana 2007. Resumen de resultados xxviii.
 11. Desnutrición Infantil, 2005 (revista en Internet), P. 1-2, disponible en: <http://148.239.1.151/uagwbt/nutriv10/guias/desnutricioninfantil.pdf>
 12. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, Protocolo para el tratamiento a nivel hospitalario de la desnutrición aguda severa. Guatemala, 2006. 49: 10
 13. Mataix J. nutrición y alimentación humana: nutrición hospitalaria, 2^a ed. España: editorial océano; 2007
 14. Medcenter, (revista en Internet), Desnutrición: definición de la terminología relacionada, datos epidemiológicos, fisiopatología, clasificación y tratamiento, además de una revisión sobre las principales formas de evaluación del estado nutricional. 2011, disponible en: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=1755&langtype=1034>
 15. Programa mundial de alimentos. Serie de informes sobre el hambre en el mundo (el hambre y los mercados). Reino unido, 2009
 16. Lorenzo M. Desarrollo y Desnutrición, (monografías en Internet) Up To Date; 2005 (Acceso el 26 enero del 2011). Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/053_ninez1/files/desarrollo_desnutricion.pdf
 17. Pérez S. G., Castañeda F. Criterios de McLaren en la desnutrición proteico-calórica. (monografía de Internet). Guatemala, Up To Date, 2000 (acceso el 26 de enero del 2011). Disponible en : <http://desastres.usac.edu.gt/apuntes/VOL-1--NUM-1/CRITERIOS%20DE%20MCLAREN.pdf>
 18. Suskind D. Murthy K. Suskind R. El niño malnutrido; aspecto generales. Resumen del 19^a seminario Nestlé nutrición. Nestlé, Suiza 2005.
 19. Leiva B. Inzunza B. Pérez H. Castro V. Jansana J.M. Toro T. et al, Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar; Scielo (revista de Internet). Vol.51 n.1 supl.51 P.6, Caracas, marzo, 2001(acceso 26 de enero del 2011). Disponible en: C:\Users\Junior\Desktop\hi\scielo.phpdesarrollo_cerebral_inteligencia.htm
 20. Calzada León R. Atención Familiar: Desnutrición. (Monografía en Internet). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Órgano informativo del departamento de medicina familiar, 2005(acceso el 26 de enero del 2011). Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol75/desnutricion.html>
 21. Cañete R. Cifuentes V. Valoración del estado nutricional: nutrición. 1^a ed. España ,2005
 22. Instituto de nutrición de centro América y Panamá, (INCAP), Manual de antropometría física Guatemala, 2007. 50: 5.
 23. Secretaria de estado de salud pública y asistencia social. Normas nacional para vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo del niño/ a de 0-5 años de edad. 1^a ed. República Dominicana 2009.
 24. Behrman R. E. Kliegman R. M. Jenson H. B. Tratado de Pediatría de Nelson: Inseguridad alimenticia, hambre y desnutrición. 18^a ed. Madrid: España. Elsevier. 2008, Tomo 1. 3376: 171
 25. Pérez G. Cateura D. Comportamiento de la desnutrición infantil en el Hospital San Pedro Necta desde Enero-Abril de 2005 (tesis doctoral). Guatemala, 2005, (acceso 26 de enero del 2011), Revista científica .com (revista en internet). Disponible: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEuIAEVupkHLOgacvH.php>
 26. Bravo R. Zapata D. las metas del milenio y la igualdad de género. El caso Bolivia. Santiago de Chile: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Unidad y Desarrollo: 2005

PRINCIPALES CAUSAS DE UROPATÍAS OBSTRUCTIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DR. FRANCISCO EUGENIO MOSCOSO PUELLO.

Rosmery Elizabeth Aquino Acosta,** Sobeida Cecilia Suriñach Melo,* Eridargo Matos Acevedo,* María Victoria Ferreras Rivas,* Sofia Khouri.****

RESUMEN

Se trató de un estudio prospectivo, de corte transversal y descriptivo acerca de las principales causas que producen uropatías obstructivas en pacientes asistidos en el Departamento de urología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo febrero – julio 2010. El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de las patologías obstructivas del aparato urinario. En el universo constituido por 309 pacientes asistidos por todas las causas de consultas urológicas, se recolectó la información en una población de 78 pacientes (26%) con diagnóstico de obstrucción del sistema urinario.

Palabras claves: Uropatías obstructivas – Causas – sistema urinario.

ABSTRACT

To executed at study prospective, descriptive and cross section of more important caused than your health urology blockage attended from Dr. Francisco Moscoso Puello Hospital, Santo Domingo, Dominican Republic, February – July 2010. To purpose to determinate than your health urinary system blockage more frequently. The universe was representing 309 patient. The sample was 78 patient (26%) with urology blockage diagnosis.

Keys Word: Urology blockage - caused - urinary system.

INTRODUCCION

Se define uropatía obstructiva a la presencia de un impedimento al flujo urinario, debido a cambios estructurales o funcionales, que van desde la pelvis renal a la uretra distal, que necesita un aumento de la presión proximal para transportar la orina más alta desde la zona de obstrucción, con o sin daño parenquimatoso renal asociado (3). En la reabsorción y secreción tubular solo una pequeña fracción de líquido y los solutos son filtrados en el glomérulo y eliminado a través de la orina. Cualquier proceso que provoque una interrupción del flujo urinario a través del tracto urinario superior, sea orgánico o funcional causaran una uropatías obstructiva, las causas pueden ser congénitas o adquiridas, unilateral, bilateral, extrínseca o intrínsecas, parietal, intraluminal. Para el diagnóstico es relevante la variable edad, en los niños se puede pensar en uropatía por anomalía congénita, en la edad adulta es frecuente encontrar litiasis, neoplasia ginecológicas

(10). Las uropatías obstructivas del tracto urinario superior se clasifican en: agudas y crónicas. Las uropatías del tracto urinario inferior en: retención aguda de orina (2) y retención crónica. La disminución de la excreción de iones puede causar acidosis metabólica, la evolución de la función renal dependerá de la duración y severidad de la entidad causal. Los cambios patológicos a nivel glomerular ocurren entre 3 – 4 semanas después de la obstrucción, después de 4 a 8 semanas se hace evidente la atrofia renal progresiva (4). La vejiga actúa como órgano amortiguador de la presión, produciendo un estiramiento de las paredes vesicales y un aplastamiento desde adentro hacia afuera, con una infiltración urinaria que afecta los órganos vecinos, se forma el globo vesical, con reflujo vesicorenal pasivo de graves consecuencias para el tramo urinario superior. (5) La obstrucción de las vías urinarias pueden conducir a una amplia gama de síntomas y signos, que van desde un cuadro asintomático, hasta variadas manifestaciones clínicas. La obstrucción aguda se asocia con dolor lumbar tipo cólico, irradiado a ingle, muslo homolateral, náuseas, vómitos, escalofríos, fiebre alta. En la crónica aparece síntomas inespecíficos de edema abdominal, tobillo, malestar general, anorexia, cefalea, aumento de peso, fatiga, disnea, uremia, cambios sensorial, temblores, hemorragias, diuresis forzadas, hematuria macroscópica, goteo miccional, dificultad para iniciar la micción, incontinencia por rebosamiento, globo vesical, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, nicturia anuria. Los datos de laboratorio pueden incluir hematuria, proteinuria, cristalurina, piuria y cilindros en orina. Baja concentración del sodio sérico, disminución entre creatinina en orina y en plasma. El diagnóstico debe confirmar la obstrucción, valorar la severidad y repercusión clínica, identificar el nivel y establecer las causas de la obstrucción. La ecografía renal y vesical, urograma excretor, renografía con diuréticos, ecografía Doppler, índice de resistencia renal, prueba de Whitaker, tomografía computarizada (8) y uroresonancia magnéticas son medios diagnóstico de gran ayuda actualmente.

El tratamiento dependerá de la entidad que produce el cuadro, generalmente está dirigido aliviar el dolor, reposo en cama, calor local, cateterismo uretral y uréter, nefrectomía. La función renal global puede influir en el urólogo para extirpar el riñón. Las complicaciones de infección en todo el sistema urinario son frecuente (7), a veces son difíciles de erradicar, aun cuando se ha corregido el cuadro obstructivo, los microorganismos degradan la urea, volviendo la orina alcalina, las sales de ácido forman cálculos renales o vesicales, hipertensión arterial, pionefrosis, presencia de aire abdominal, el resultado final puede ser insuficiencia renal.

* Médico general.

** Asesora metodológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal y descriptivo acerca de las principales causas que producen alopáticas obstructivas en pacientes asistidos en el Departamento de urología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo febrero – julio 2010.

El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de las enfermedades obstructivas del sistema urinario y sus causas, con el propósito de presentar la tesis de grado en medicina y contribuir a optimizar la calidad de vida de los pacientes renales. El universo estuvo constituido por 309 pacientes atendidos en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. La población objeto estuvo conformada por 78 pacientes, para un 26% de los paciente diagnosticados con obstrucción del sistema urinario, para el periodo del estudio, en edades mayores de 20 años y menores de 80 años, asistidos en el Departamento de urología. Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes que asistieron a la consulta y los que fueron ingresados en el periodo febrero – julio 2010.

Diagnosticados con obstrucción urinaria
Tener más de 20 años y menos de 80 años

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que fueron asistidos en emergencia en horarios no controlados por los investigadores. O quienes se negaron a la entrevista

Fue estructurado un cuestionario de recolección de información, aplicado a los pacientes incluidos en la muestra poblacional en el periodo de estudio. La información obtenida se procesó en Excel y presentados mediante tablas las variables que fueron analizadas.

RESULTADOS

Luego de recolectar los datos sobre las variables objeto del estudio, se presentan en los siguientes cuadros:

Cuadro 1. Distribución de casos por edad de los pacientes con uropatía obstructiva del Hospital Moscoso Puello 2010.

Edad: Años	Número	%
20 - 40	21	27
31 – 60	32	41
61 – 80	25	32
Total	78	100

Fuente: cuestionario aplicado a paciente

Cuadro 2. Distribución de casos por sexo de los pacientes con uropatía obstructiva del Hospital Moscoso Puello 2010.

Sexo	Numero	%
Masculino	63	81
Femenino	15	19
Total	78	100

Fuente: cuestionario aplicado a paciente

Es relevante que el 81 por ciento de los casos pertenecían al sexo masculino, en una proporción de cada 3 hombres por 1 mujer con diagnóstico de uropatías obstructiva.

Cuadro 3. Distribución de casos según causas de uropatía obstructiva en el Hospital Moscoso Puello 2010

Causas	Numerous	%
Litiasis	29	37
Hipertrofia prostática benigna	25	32
Tumores	8	11
Estrechez uretral	6	7
Quistes renales	2	2
Estenosis pieloureter	2	2
Trauma	2	2
Vejiga neurogena	2	2
Prostatitis aguda	1	1
Ureterocele	1	1
Total	78	100

Fuente: cuestionario aplicado a paciente

DISCUSIÓN

Un estudio realizado (2) en el servicio de bioquímica clínica del Hospital universitario Lozano Blesa, Zaragoza, dice que cerca del 10 por ciento de los norteamericanos presentan cálculos renales, ureterales o vesicales en algún momento de su vida, de los afectados el 30 por ciento requiere intervención quirúrgica, estos datos coinciden con los hallazgos encontrados, ya que de 309 pacientes asistidos en el Departamento el 26 por ciento requirió de intervención urológica por obstrucción, encontrándose la hipertrofia prostática benigna con un 32 por ciento, en segundo lugar, el sexo masculino fue el más afectado

CONCLUSIÓN

Con posterioridad al análisis de los resultados de esta investigación hemos llegado a los siguientes resultados:

El grupo de edad más afectado es de 41- 60 años de sexo masculino.

Dentro de las principales causas de uropatías obstructiva fueron los cálculos con 37 por ciento y en segundo lugar la hipertrofia prostática con un 32 por ciento, los tumores con un 11 por ciento, la estrechez uretral en un 7 por ciento

REFERENCIAS

1. Alonso, J. dolor urológico. 1995:94
2. Chicharro, J. uropatías obstructivas supervesical. 1995: 164
3. Diccionario España. 1999:1238
4. Fitzpatrick, J. hiperplasia benigna prostática, 1998: 1707
5. López, J. obstrucción del tracto urinario inferior: 2000:1309
6. Oliver, C. epidemiología de la hipertrofia prostática
7. Resel, L. urgencia en urología. 1995:161
8. Roca, A. Estudio ecograficos
9. Rodríguez, S. 1999: 43 indicaciones de nefrectomía, 2003: 174
10. Vesalio. Urología 1ra. Ed. Cap. 1. Pág. 16

MANEJO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN LOS PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL

Ivonne Olivares García, Aurora Pereyra Pinales, Marina Ramírez, Arlenys Batista, Juan Carlos Mercedes Zorrilla

RESUMEN

Objetivo: valorar el manejo del Síndrome de Guillain Barré en los pacientes que asistieron a la consulta de neurología en el Hospital Regional Juan Pablo Pina de San Cristóbal, Enero 2006 - Julio 2010. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. **Población estudiada:** se estudiaron los expedientes clínicos de los pacientes manejados por Síndrome de Guillain Barré que asistieron a la consulta en el período de estudio. **Técnica utilizada para el levantamiento de la Información:** Selección de las historias clínicas, revisión de los expedientes para adquirir los datos necesarios. **Examen estadístico de los resultados en base al juicio médico, Análisis e interpretación de los resultados.** Hallazgo más relevantes: Fueron vistos en la consulta de neurología en este centro de salud un total de 4,724 pacientes de los cuales 8 fueron tratados por el Síndrome de Guillain Barré, lo que representa un 0.2 por ciento del total de pacientes consultados. Otros hallazgos relevantes en este estudio son que un 38 por ciento se ubican entre los 21-30 años. Tanto las infecciones gastrointestinales como el virus de Inmunodeficiencia Humana se asociaron en un 30 por ciento con el desarrollo del Síndrome de Guillain Barré. **Conclusiones finales:** El 87 por ciento de los pacientes fueron manejados con esteroides y fisioterapia, los cuales evolucionaron de forma satisfactoria. Entre las complicaciones más frecuentes se destacan la disfunción vesical, la pérdida de la función automática y las arritmias cardíacas, representando cada una un 28 por ciento de las complicaciones. El 63 por ciento tenían más de cuatro semanas de evolución del cuadro clínico.

Palabras claves: Síndrome de Guillain Barré, Manejo, Polineuroradiculopatía inflamatoria.

ABSTRACT

Objective: To assess the management of Guillain Barré syndrome in patients attending the neurology service at the Hospital Juan Pablo Pina de San Cristobal, in January 2006 - July 2010. **Type of study:** Retrospective, descriptive, cross sectional. **Population studied:** We studied the medical records of patients managed by Guillain Barré syndrome who attended the consultation in the period of study. **Technique used for lifting of information:** Selection of medical records, review of records to acquire the necessary data. **Statistical review of the results based on medical opinion, analysis and interpretation of results.** **FIND More highlights:** They were seen in a neurology clinic in the total of 4,724 patients, of whom 8 were treated for Guillain Barre Syndrome, which represents 0.2

percent of all patients surveyed. Other important findings in this study are that 38 percent are located between 21-30 years. Both gastrointestinal infections like human immunodeficiency virus associated with a 30 percent to the development of Guillain Barre Syndrome. **FINAL:** 87 percent of patients were treated with steroids and physiotherapy, which progressed satisfactorily. Among the most common complications include bladder dysfunction, loss of the automatic function and cardiac arrhythmias, each representing 28 percent of the complications. 63 percent had more than four weeks of clinical improvement.

Key words: Guillain Barre Syndrome, Management, Polineuroradiculopatía inflamatoria.

INTRODUCCIÓN

Se considera que el síndrome de Guillain Barré ocurre como resultado de un proceso infeccioso agudo, en donde se presenta un descontrol del [sistema autoinmune](#).*

En el periodo 2000-2006 en República Dominicana se realizó un trabajo de investigación sobre el comportamiento clínico del síndrome de Guillain Barré en el Hospital Regional Juan Pablo Pina De San Cristóbal; el cual arrojó que de un total de 1824 pacientes atendidos en sala por el departamento de neurología durante el periodo de estudio, el 0.6 por ciento fue visto por presentar este síndrome. Los grupos de edades más afectados fueron los comprendidos entre 21 y 39 años del total de los casos. El 54.5 eran solteros, con una vida sexual activa. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (45.5 por ciento) y los procesos gripales (27.2 por ciento) fueron las infecciones que más coexistieron al momento de estos pacientes presentar el síndrome.

El 36.3 por ciento de los pacientes asistieron entre el cuarto y sexto día después de aparecer los síntomas y una cifra igual lo hizo entre el séptimo y noveno día. En el 45.4 por ciento de los casos los síntomas iniciaron con sensación de pesadez en ambas piernas mientras que un 36 por ciento con leve sensación de hormigueo.

En relación al diagnóstico el 100 por ciento fue confirmado con una punción lumbar y análisis del líquido cefalorraquídeo, lo cual dio como resultado una disociación albúmino citológica.

En el 100 por ciento de los pacientes fueron tratados con esteroides y fisioterapia, lo cual demostró la eficacia de este tratamiento, ya que sólo 1(9 por ciento) de los 11 pacientes

*Harrison, Principios De Medicina Interna, Kasper D. Fauci A. Longo D. Braunwald E. Hauser S. Jameson J. Editores, Síndrome de Guillain Barre y otras Neuropatías Medidas por Mecanismos Inmunitarios. McGraul-Hill Interamericana, 16a ed. Vol. II p. 2767-73 2005

expuestos al tratamiento falleció por ascenso del Síndrome de Guillain Barré (Síndrome de Landry).*

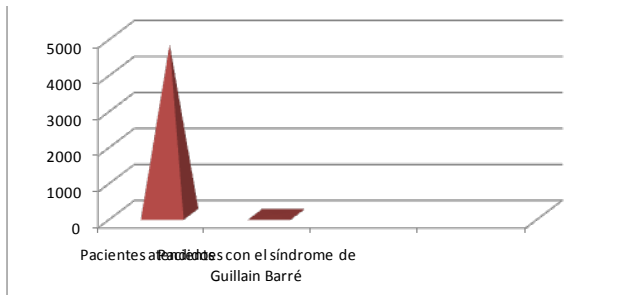
A pesar de lo desconcertante que pueda parecer el Síndrome de Guillain Barré debido a que es una entidad en muchos casos devastadora, a su gran variedad de signos y síntomas y la gran rapidez con la que evoluciona; llama la atención que una vez establecido el manejo adecuado los signos y síntomas comienzan a desaparecer, y la recuperación parcial puede producirse en unas pocas semanas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión total de los expedientes de los pacientes atendidos en la consulta de neurología en el Hospital Regional Juan Pablo Pina de San Cristóbal, Enero 2006 - Julio 2010.

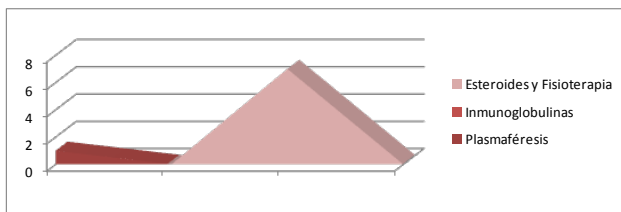
RESULTADOS

Gráfico I. Manejo del Síndrome de Guillain Barré en los paciente que asistieron a la consulta de neurología. Según el número de pacientes con Guillain Barré.



Fuente: tabla I

Gráfico II. 13% 87% Manejo del Síndrome de Guillain Barré en los paciente que asistieron a la consulta de neurología. Según el Manejo



Fuente: tabla II.

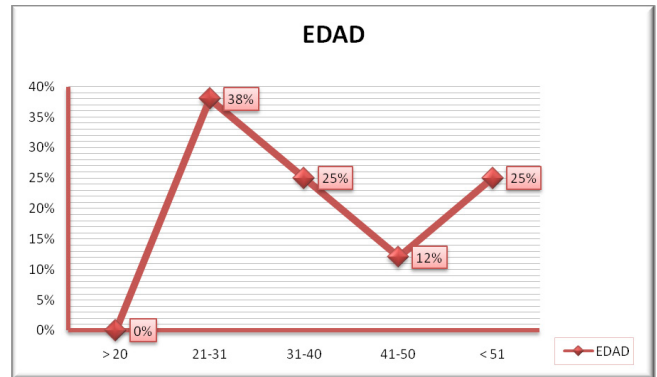
TABLA III
Manejo del Síndrome de Guillain Barré en los paciente que asistieron a la consulta de neurología. Según edad.

Rangos de Edad	Frecuencia	Porcentaje
> 20	0	0%
21-30	3	38%
31-40	2	25%
41-50	1	12%
< 51	2	25%
Total	8	100%

Fuente: Archivo General del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal

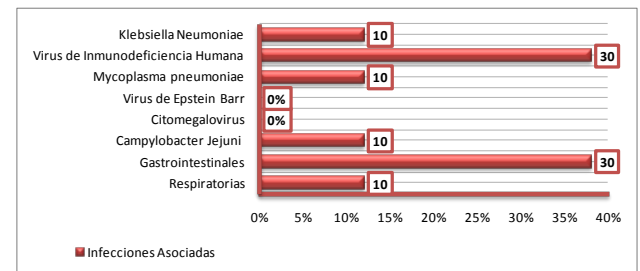
*Domenéch AP. Frías Alcántara A. Gómez Montilla E. Comportamiento Clínico del Síndrome de Guillain Barre en el Hospital Regional Juan Pablo Pina de San cristóbal, periodo 2000-2006

GRÁFICO III
Manejo del Síndrome de Guillain Barré en los paciente que asistieron a la consulta de neurología. Según edad



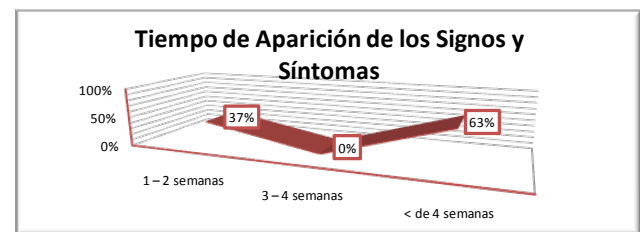
Fuente: Tabla III.

GRÁFICO IV
Manejo del Síndrome de Guillain Barré en los pacientes que asistieron a la consulta de neurología. Según Infecciones Asociadas.



Fuente: Tabla IV.

GRÁFICO V
Manejo del Síndrome de Guillain Barré en los paciente que asistieron a la consulta de neurología. Según Tiempo de Aparición de los Signos y Síntomas



Fuente: Tabla V.

8 pacientes con el Síndrome de Guillain Barre de un total de 4724 pacientes atendidos en la consulta de neurología durante el periodo citado.

El 87 por ciento de los pacientes fueron tratados con esteroides específicamente con Dexametazona, y fisioterapia. Solamente un paciente de la muestra recibió tratamiento con plasmaféresis.

La población más afectada fue la comprendida en el grupo de edad de 21- 30 años con un 38 por ciento del total de casos. Las infecciones gastrointestinales y por VIH ambas con un

30 por ciento fueron las más comunes en relación al SGB.

DISCUSIÓN

De un total de 4724 pacientes atendidos en la consulta de neurología durante el periodo enero 2006- julio 2010, 0.2 por ciento de estos presentaron el Síndrome de Guillain Barré. Esta cifra se encuentra por debajo de las estimaciones de prevalencia que se reportan en la literatura consultada durante el proceso de elaboración de esta investigación, en estas se estima que esta patología se presenta en alrededor de 0.6- 4 por ciento por millón de habitantes Este se puede deber a que este síndrome es una entidad muy difícil de diagnosticar.

El 87 por ciento de los pacientes fueron tratados con esteroides específicamente con Dexametazona, y fisioterapia, con una evolución favorable con remisión casi total en la mayoría de los casos. Este dato se contraponen a casi toda la literatura revisada en la cual a los esteroides se les considera como un medicamento controversial; esto debido a que los estudios realizados por diferentes grupos médicos no han podido demostrar diferencias significativas en el manejo del Síndrome de Guillain Barré utilizando estos medicamentos. Pero este dato concuerda con el estudio realizado en los años 2000-2006 en el mismo hospital objeto de nuestro estudio; en el cual el 100 por ciento de los pacientes del estudio fueron manejados con esteroides y fisioterapia obteniendo excelentes resultados. También se obtuvieron resultados favorables en la investigación realizada en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica en el año 1999 utilizando los esteroides como tratamiento para el SGB.

Solamente un paciente (13 por ciento) de la muestra recibió tratamiento con plasmaféresis, este paciente falleció en el área de cuidados intensivos del Hospital General Plaza de la Salud; debido al ascenso del síndrome hacia el tórax y las extremidades superiores, lo que comprometió su capacidad pulmonar y requirió de ventilación asistida.

La población más afectada fue la comprendida en el grupo de edad de 21- 30 años, con un 38 por ciento del total de casos, este se ubica dentro del rango establecido por la literatura revisada en la cual el grupo de edad más afectado es entre 15-35 años.

Las infecciones gastrointestinales y por VIH ambas con un 30 por ciento fueron las más comunes en relación al SGB en esta investigación. Cabe destacar que este dato coincide con los encontrados en estudios anteriores y en la literatura revisada en las cuales estas infecciones se hallaron presentes en el 60 por ciento de los pacientes con este síndrome. Esto debido a que como el virus VIH compromete el sistema inmunológico, y los pacientes que lo padecen siempre van a tener una mayor probabilidad de presentar cualquier enfermedad no solamente este síndrome.

El 63 por ciento de los pacientes que asistieron a la consulta de neurología con un cuadro de más de 4 semanas de evolución, lo cual se corresponde con estudios anteriores y con la literatura revisada ya que la gran mayoría de los pacientes acude al centro de salud cuando alcanzan su etapa de mayor debilidad.

REFERENCIAS

1. Adams RD, Victor M., Rooper AH., Principe's of Neurology. México DF: Mc Graw Hill, Interamericana 6^{ta}. ed. p. 530-35. 1999.
2. Amato AA. Guillain Barre Syndrome and Related Disorders. Rev. Mex. Neurocirugía 2005; 6(5): 455-69.
3. Borges Iturriza, J, Bastos M, Cotúa M situaciones clínica en neurología, Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Universidad Central de Venezuela 1^{ra} ed. P. 194-202, 2007. Bradley WG., Daroff R.B, Fenichel G.M, Neurología Clínica: Diagnóstico y tratamiento.vol, I, 4^a ed. P.275-78, 2006.
4. Brodry AJ. Stembach G. Varon J. Landry O. Guillain Barré Syndrome J. Emerg Med.1994;12:833-7
5. Consumer Health USA. Phoenix ORYX Vol. II, P. 405-8, 1997.
6. Contemporary Neurology series, Kissel J.T; Cornblath D.R., Mendell J. R.Diagnosis and Management of Peripheral Nerve Disorders P.145- 64, 2001.
7. Delano F. Roosevelt's Paralytic illness? J. med. Biogr. Goldman AS et al. What was the cause? ISBN 11: P.232-40,2003.
8. Gareth J. MB. Guillain Barre Syndrome- From Diagnosis to Recovery, 2007.
9. Harrison, Principios De Medicina Interna, Kasper D. Fauci A. Longo D. Braunwald E. Hauser S. Jameson J. Editores, Síndrome de Guillain Barre y otras Neuropatías Medidas por Mecanismos Inmunitarios. McGraw-Hill Interamericana, 16^a ed. Vol. II p. 2767-73 2005
10. Hughes RA. Raphael JC. Swan AV. Van Doorn PA. Intravenous Immunoglobulin for Guillain Barre Syndrome. Cochrane Database Syst. Rev. 2009; (1): CDOO 2063.
11. Jacobs CB. Rothbar PH. Vander Meche FG. The Spectrum of Antecedent Infections in Guillain Barre Syndrome: a case control study. Neurology 1998; 51(4):1110-6.
12. Jacoby DB. Youngson RM. Encyclopedi of Family Health, New York, Marshall Cavendish 3^a ed. P.728-29, 2005.
13. Jiménez Murillo L. Montero Pérez F. Compendio de Medicina de Urgencias, 2a ed. P. 211-12, 2006.
14. Kelly BJ. Luie JM. The diagnosis and management of neuromuscular disease causing respiratory failure. Chest 1991; 99; 1485.
15. Lannello S. Guillain Barre Syndrome, Pathological, Clinical, and Therapeutical Aspects, New York, Nova 1^aed. 2004.
16. Langton B. A First Step : Understanding Guillain Barre Syndrome, Canada, Trafford 1^aed. 2002
17. Leslayo Z. Famel O. Hernández Cáceres JL. Analisis del Comportamiento del Síndrome de Guillain Barre. Concesiones y Discrepancias. Rev. Neurol 2008; 46: 230-37, no. 4
18. Matías Marcos V, Urgencias Neurológicas, 1^aed.P.303-23, 2009.
19. Nogales J, Gaete A. Donoso R., Tratado de Neurología Clínica, Chile Editorial Universitaria 1^a ed. P 526-27, 2005.



FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD POR SANGRADO GASTROINTESTINAL. HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD.

Marcia I. Rodríguez M,** Carolina A. Then Duarte,* Dulce E. Aguiar Valdez,* Vivanda A. Barrera Taveras,* Melva E. Guzman Jimenez,* Idalia Victoria Arias.****

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, se realizó un estudio de tipo descriptivo de fuente retrospectiva en el Hospital General Plaza de la Salud durante el periodo junio 2009 a junio 2010, en una población de ciento trece (113) expedientes clínicos de los usuarios asistidos en la Unidad de Gastroenterología del referido Hospital. La técnica de recolección de la información utilizada, fue un cuestionario elaborado en base a los objetivos y las variables a estudiar. De los 113 expedientes clínicos consultados, el 42 por ciento presentó Úlcera Péptica como antecedente patológico, el 63 por ciento sangrado gastrointestinal alto; el 62 por ciento de los afectados correspondió al sexo masculino. El grupo de edad más afectado estuvo comprendido entre 50-59 años, el 50.4 por ciento no manifestó ningún síntoma; el 40.7 por ciento de los usuarios manifestó no tener ningún hábito tóxico y el 54.9 de los usuarios consumían café, alcohol, la combinación de ambos y tabaco. Finalmente, el 73.5 por ciento manifestó no haber usado ningún tipo de fármaco.

Palabras claves: sangrado gastrointestinal, morbimortalidad, úlcera péptica, melena.

ABSTRACT

In order to determine the factors associated with morbimortality from gastrointestinal bleeding, we performed a descriptive study of retrospectively source in the General Hospital Health Plaza during the period June 2009 to June 2010, in a population of one hundred thirteen (113) medical records of the health users in the gastroenterology unit of that hospital. The technique of gathering the information used was a questionnaire developed based on the objectives and variables to consider. Of the 113 medical records consulted, 42 percent showed as the main antecedent Peptic Ulcer, 63 percent upper gastrointestinal bleeding, 62 percent of those affected were male. The most affected age group was between 50-59 years, 50.4 percent did not show any symptoms, 40.7 percent of users said they did not have any toxic habit and 54.9 users consumed coffee, alcohol, the combination of both, and snuff. Finally, 73.5 percent said they had not used any drugs.

Key words: gastrointestinal bleeding, mortality, peptic ulcer, melena.

INTRODUCCIÓN

El sangrado gastrointestinal no es el síntoma de una patología, sino la Patología en sí misma. En algunos casos, la causa del sangrado gastrointestinal no es grave, pero es importante determinarla para poder tratarla. El sangrado puede originarse en uno o más de los órganos del tubo digestivo. Existen diversas causas que predisponen al sangrado gastrointestinal, como son las úlceras pépticas, varice esofágica, desgarramiento de Mallory Weiss, enfermedades diverticulares, enfermedades inflamatorias, consumo de analgésico antiinflamatorios, tumores, Angiodisplasia, neoplasias, siendo las úlceras la más frecuente.

Estos casos siguen viéndose con regularidad en los hospitales y por ser esta una patología que puede presentarse de forma asintomática retrasando su diagnóstico, esto hace que se complique el cuadro clínico. Es por esto y otras motivaciones que se realiza el presente estudio teniendo como propósito determinar los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal en los usuarios asistidos en el Hospital General Plaza de la Salud en el periodo junio 2009 a junio 2010. El sangrado gastrointestinal, en ocasiones, puede ser una situación de emergencia médica que provoca gran preocupación no solo al que la padece, sino también a sus familiares y al personal de salud.

El desarrollo de esta investigación está estructurado en cuatro capítulos. En el primero se hace referencia a todo lo relacionado a la problemática, a los objetivos y los antecedentes asociados al tema. El segundo está dedicado al marco teórico que sustenta los principales conceptos que en el estudio se derivan. En el tercer capítulo se definen todos los elementos relacionados a la metodología empleada y las variables. Finalmente, para dar respuesta a los objetivos se presentan los resultados obtenidos los cuales se detallan a continuación.

Antecedentes

Cruz y González (2008) del departamento de gastroenterología del hospital Enrique Cabrera, realizaron un estudio donde demostraron que durante ese año la mortalidad por hemorragia digestiva alta, fue de un 15 por ciento de los usuarios ingresados con esta patología. El 58.8 por ciento de estos fallecidos se asociaron al consumo de antiinflamatorios no esteroideos.***

Mejía y Mondragón (2006) realizaron una investigación

1 Cruz y González. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital «Enrique Cabrera». Rev. Cubana Cir. v.47 n.4 Ciudad de la Habana, sep.-dic. 2008. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

* Médico general.

** Asesora.

en el servicio de gastroenterología Dr. Meilach burstein, en el hospital nacional Daniel Carrión- callao. En el mismo, demostraron que el 11.1 por ciento del total de endoscopias realizadas se relacionó a episodios de sangrado digestivo alto, de los cuales el 11 por ciento de estos casos se asociaron con la hipertensión portal.*

Acosta, Rodríguez, y Fong (2007) en un estudio descriptivo, observacional y transversal en 40 ancianos con hemorragia digestiva alta, ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico quirúrgico Docente Doctor Ambrosio Grillo Portuondo de Santiago de Cuba, obtuvieron como resultados principales asociados al sangrado gastrointestinal y de mayor frecuencia: el sexo masculino, el grupo etario de 60 a 69 años, las enfermedades cardiovasculares asociadas, el consumo de alcohol y café como hábitos tóxicos y la ingestión de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y aspirina como fármacos ulcero génicos, donde la úlcera gastroduodenal fue la causa más frecuente de sangrado.**

Salvatierra, de la Cruz, Vidal, Rivera y Velarde (2006) realizaron un estudio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati en Perú, evaluando a 117 usuarios de ambos sexo, con una edad promedio de 57 años; en ese estudio, el 54 por ciento consumían antiinflamatorios no esteroideos, principalmente Aspirina, Ibuprofeno, Diclofenac y Naproxeno; el 31 por ciento consumieron simultáneamente más de un antiinflamatorio no esteroideos. El factor de riesgo asociado más determinante fue la edad mayor de 65 años. Respecto a los antecedentes patológicos, las enfermedades cardiovasculares fue muy importante en estos pacientes, mientras que la úlcera gástrica fue muy frecuente en el grupo que consumían esto medicamentos; en este grupo el 55.5 por ciento presentaron lesiones digestivas que evolucionaron asintomáticos antes de sangrar.***

Hernández, de la Torre y Sánchez (2006) realizaron un estudio descriptivo sobre la caracterización clínico-terapéutica del sangrado digestivo alto en el Hospital Doctor Salvador Allende, donde tomaron como fuente de información 161 historias clínicas de los usuarios egresados con este diagnóstico. El estudio reveló que el 73.3 por ciento de los usuarios con sangrado digestivo alto fueron mayores de 60 años de edad, no existiendo diferencias en cuanto al sexo; mientras que el café y el tabaquismo fueron los hábitos tóxicos más reportados; los antiinflamatorios no esteroideos fue el grupo farmacológico más relacionado con esta entidad y entre ellos, está el ácido acetilsalicílico, y la manifestación clínica más frecuente fue la melena, donde el 91,9 por ciento la pauta de tratamiento fue adecuada, así como el tratamiento en general.****

En Republica Dominicana, en un estudio descriptivo transversal de fuente retrospectiva realizado en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, se encontraron 101 usuarios diagnosticados con Sangrado Gastrointestinal. Los resultados

obtenidos mostraron que en relación con la edad y el sexo los grupos etéreos de 60 años o más fueron los más frecuentes para un 34.1 por ciento, siendo el masculino el sexo que más se afecto para un 81.2 por ciento. El 22 por ciento de los pacientes, tomaban café y alcohol. En cuanto a las causas, las úlceras fueron las más frecuentes con un 40.6 por ciento. En cuanto al método de diagnóstico, fue por clínica en un 100 por ciento de los casos*****.

Por otro lado, en un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Luís Eduardo Aybar, los resultados obtenidos indican una frecuencia de Helicobacter Pylori asociado con la Hemorragia Gastrointestinal de un 37.3 por ciento, donde el grupo de edad más afectado fue mayor de 60 años, el sexo más afectado fue el masculino con un 70.7 por ciento. El diagnóstico endoscópico más asociado fue la úlcera péptica con un 36.2 por ciento, donde la hematemesis con un 79.7 por ciento y la melena con un 75.6 por ciento fueron la sintomatología apreciada con mayor frecuencia. El 50.4 por ciento fue tratado con omeprazol, amoxicilina y cloritromicina*****.

Justificación

En la investigación se propone determinar los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal en usuarios que demandaron atención en el Hospital General Plaza de la Salud en el periodo de estudio, ya que el sangrado gastrointestinal condiciona una situación de emergencia médica que provoca gran preocupación al usuario, a los familiares y al personal de salud, a pesar del desarrollo de nuevas técnicas en el Diagnóstico y el tratamiento. La mortalidad por sangrado gastrointestinal puede deberse a las enfermedades asociadas y a que en la actualidad esta situación se presenta con mayor frecuencia en los usuarios de edad avanzada, lo que ha estimulado a los distintos grupos de trabajo a buscar nuevas alternativas terapéuticas para mejora el resultado en el tratamiento de esta patología.

Además, la contribución directa que este estudio tendrá en la ampliación de las referencias bibliográficas que existen sobre el tema en cuestión, las cuales actualmente son escasas en República Dominicana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizo un estudio descriptivo, de fuente retrospectiva de datos con el objetivo de determinar los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal en el Hospital General Plaza de la Salud, junio 2009-junio 2010.

Demarcación geográfica

Este estudio tuvo como escenario geográfico el Hospital General Plaza De La Salud, el cual está ubicado en el Distrito Nacional, República Dominicana, teniendo como límite:

Norte: calle recta final.

Sur: Avenida San Martín.

Este: Avenida Ortega y Gasset.

*****Silvia Félix, Yira Cuello y Fátima La Chapel. Causas y Frecuencia de Sangrado Gastrointestinal en el Hospital Juan Pablo Pina Enero 2006-Diciembre 2007. (Tesis de Grado para optar por el título de Doctor en Medicina) UASD. Santo Domingo, República Dominicana 2008.

*****Dionicia Reyes y Sagrario Pozo. Frecuencia de Helicobacter Pylori en Usuarios con Sangrado Gastrointestinal alto asistidos en el Centro de Gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luís Eduardo Aybar, Enero-Diciembre 2008. (Tesis para optar por el título de Doctor en Medicina) UASD. Santo Domingo, República Dominicana 2009.

* Mejía y Mondragón, Variación estacional del sangrado digestivo alto asociado a hipertensión portal. Rev. Gastroenterología. Perú v.26 n.3 Lima jul.-set. 2006. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp>

** Acosta, Rodríguez y Fong. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. MEDISAN 2009; 13(2). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san01209.htm.

*** Salvatierra, de la Cruz, Vidal, Rivera y Velarde. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. Rev. Gastroenterología, Perú v.26 n.1 Lima ene. /mar 2006. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v26n1.pdf>

**** Hernández, de la Torre y Sánchez. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr. Salvador Allende". Rev. Cubana Farmacia. v.41 n.3 Ciudad de la Habana. Sep.-dic. 2007. <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v41n3/far08307.pdf>

Oeste: Calle Salcedo

Tiempo de realización

La investigación se realizó en los meses octubre-noviembre del 2010, en la unidad de gastroenterología del Hospital General Plaza de la Salud.

Universo

El universo estuvo constituido por 41,520 usuarios asistidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General Plaza de la Salud.

Población

Estuvo constituido por 136 usuarios que fueron diagnosticado con sangrado gastrointestinal en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General Plaza de la Salud. De los cuales, se excluyeron veinte y tres (23) expedientes clínicos que estaban incompletos, por lo que la población final con la que se trabajó fue de 113 expedientes clínicos de los usuarios.

Criterios de inclusión y exclusión

Los usuarios con diagnóstico de sangrado gastrointestinal asistidos en la unidad de gastroenterología en el periodo de estudio. Esta información se obtuvo a través de los record clínicos de los usuarios que estaban completos y disponibles. En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron todos los usuarios asistidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General Plaza de la Salud que no cumplieron con el criterio de inclusión utilizado en esta investigación.

Fuente de información

Se utilizó como fuente de información los expedientes clínicos de los usuarios asistidos en la unidad de gastroenterología de dicho hospital durante el tiempo de estudio.

Métodos, técnicas y procedimientos.

En el estudio realizado se utilizó como herramienta de ayuda principal el método analítico y la síntesis a fin de dar respuesta a los objetivos planteados. Asimismo, se utilizó las técnicas del cuestionario y revisión bibliografía. En cuanto al procedimiento, Para el acceso a los expedientes y el manejo de los datos, se recibió previa autorización del Director y Jefe del servicio de gastroenterología del Hospital General Plaza de la Salud, el estudio se realizó mediante la recopilación de los datos obtenidos de los expediente clínicos de los usuarios. Se procedió al llenado del cuestionario estandarizado con todas las variables involucradas y que son el objeto de estudio de esta investigación.

Procesamiento y análisis de la información

Luego de recolectados los datos, fueron sometidos a revisión y procesamiento, utilizando los programas de computadoras

Excel para la tabulación de los datos y Word para la presentación del informe final.

Principios éticos

Confidencialidad: la identidad de los usuarios se manejó bajo estricto anonimato. Además que la información recogida se utilizó solo para fines científicos, jamás para otros fines.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, en el Hospital General Plaza de la Salud, Junio 2009 a Junio 2010.

Factores asociados	No. Usuarios	%
Úlceras Pépticas	47	42
Hemorroides Intestinal	14	12
Varices Esofágicas	12	11
Gastritis	10	9
Diverticulosis	10	9
Colitis Ulcerativas	7	6
Pólipos en el Colon	4	4
Otros	9	8
Total	113	100

Fuente: Estudio realizado sobre Factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, Hospital General Plaza de la Salud. Junio 2009-Junio 2010.

De un total de 113 expedientes clínicos, el 42 por ciento correspondió a úlceras pépticas. Seguido este factor de los que presentaron hemorroides intestinal con un 12 por ciento, un 11 por ciento los que fueron afectados por varices esofágicas y un 9 por ciento para aquellos usuarios que presentaron tanto gastritis como diverticulosis

Cuadro 2. Distribución de la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal en el Hospital General Plaza de la Salud, Junio 2009 a Junio 2010.

Tipo de Caso	No. Usuarios	%
Morbilidad	108	96
Mortalidad	5	4
Total	113	100

Fuente: IDEN

En cuanto al tipo de caso atendido, el 96 por ciento correspondía a usuarios que presentaron sangrado gastrointestinal y que permanecían vivos y el 4 por ciento a personas que fallecieron a causa de dicho sangrado al momento de realizar el estudio.

Cuadro 3. Distribución de los factores asociados a la morbilidad por sangrado gastrointestinal, de acuerdo a la edad y al sexo.

Edad	Sexo				Total General	
	F	%	M	%	No. Usuarios	%
20-29	4	3.5	7	6.2	11	9.7
30-39	5	4.4	9	8.0	14	12.4
40-49	1	0.9	14	12.4	15	13.3
50-59	8	7.1	11	9.7	19	16.8
60-69	8	7.1	9	8.0	17	15.0
70-79	8	7.1	10	8.8	18	15.9
80-89	8	7.1	7	6.2	15	13.3
90-99	1	0.9	3	2.7	4	3.5
Total	43	38	70	62	113	100

Fuente: IDEN.

En lo que se refiere al sexo y la edad, el 62 por ciento de los usuarios son masculinos y un 38 por ciento son femeninos. Por otra parte, el 16.8 por ciento de los usuarios afectados estuvo comprendido en el grupo de edad de 50 a 59 años, seguido de los que están entre 60-69 y 70-79 con un 15 y un 15.9 por ciento respectivamente

Cuadro 4. Distribución de los factores asociados a la morbilidad por sangrado gastrointestinal, de acuerdo a procedencia y religión.

Religión	Zona		Total usuarios	% Religión
	Rural	Urbana		
Indecisos	31	35	66	58.4
Católica	18	25	43	38.1
Evangélico	1	1	2	1.8
Adventista	1		1	0.9
Testigo de Jehová		1	1	0.9
Total	51	62	113	100
% Zona Procedencia	45.1	54.9	100	

Fuente: IDEN.

De acuerdo a la Zona de Procedencia y la Religión de los pacientes, el 58.4 por ciento de los usuarios no pertenecía a ninguna religión, seguidos de los que dijeron ser católicos con un 37.5 por ciento. El restante 3.5 por ciento dijo ser Evangélico, Adventista y Testigo de Jehová respectivamente.

Cuadro 5. Relación de los factores asociados a la morbilidad por sangrado gastrointestinal, según tipo de sangrado y la edad.

Edad	Tipo de Sangrado y Porcentaje				Total de Usuarios	
	Alto	%	Bajo	%	No. Usuarios	%
20-29	5	4.4	6	5.3	11	10%
30-39	8	7.1	6	5.3	14	12%
40-49	13	7.1	2	1.8	15	13%
50-59	8	7.1	11	9.7	19	17%
60-69	11	9.7	6	5.3	17	15%
70-79	12	10.6	6	5.3	18	16%
80-89	11	9.7	4	3.5	15	13%
90-99	3	2.7	1	0.9	4	4%
Total	71	63	42	37	113	100

Fuente: IDEN.

De acuerdo al tipo de sangrado, el estudio revela que el 63 por ciento de los usuarios presentaron sangrado gastrointestinal alto, siendo los usuarios del grupo de edad entre 40-49 y 70-79 años los más afectados con un 11.7 y un 10.5 por ciento respectivamente. Los que presentaron sangrado gastrointestinal bajo representan el 37 por ciento de la población en estudio. En este caso, el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 50-59 años con un 9.7 por ciento.

Cuadro 6. Distribución de los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, de acuerdo a los síntomas.

Síntomas	No. Usuarios	%
No Presentaron	57	50.4
Melena	28	24.8
Rectorragia	12	10.6
Hematemesis	8	7.1
Otros	8	7.1
Total	113	100

Fuente: IDEN.

En referencia a los síntomas manifestados por los usuarios asistidos, el 50.4 por ciento no presentaron síntomas, seguido de aquellos que presentaron como síntoma principal Melena con un 24.8 por ciento. El tercer síntoma que presentaron los usuarios fue la Rectorragia con un 10.6 por ciento.

Cuadro 7. Distribución de los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, según los hábitos tóxicos.

Hábitos Tóxicos	No. Usuarios	%
No Usaron	46	40.7
Café	19	16.8
Alcohol	19	16.8
Alcohol y Café	17	15.0
Alcohol, Café y Tabaco	7	6.2
Tabaco y Alcohol	3	2.7
Tabaco	1	0.9
Té		0.9
Total	113	100

Fuente: IDEN.

En cuanto a los hábitos tóxicos, el 40.7 por ciento de los usuarios asistidos dijeron no haber tenido ningún hábito tóxico. El 16.8 por ciento dijo haber tomado alcohol y café respectivamente. Un 15 por ciento describieron que tomaban tanto alcohol como café y el 6.2 por ciento eran tomadores de alcohol, café y fumaban al mismo tiempo.

Cuadro 8. Distribución de los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, de acuerdo al uso de fármacos.

Hábitos Tóxicos	No. Usuarios	%
No Usaron	83	73.5
Atenolol	6	5.3
Aspirina	5	4.4
Diclofenac	5	4.4
Otros	14	12.4
Total	113	100

Fuente: IDEN.

Referente al uso de medicamentos o fármacos, el 73.5 por ciento de los usuarios dijeron no haber usado ningún tipo de fármaco. El 5.3 por ciento utilizó Atenolol; el 4.4 por ciento dijo haber usado Aspirina y Diclofenac respectivamente. El 13.2 por ciento de los usuarios utilizó otro tipo de fármacos.

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos de los expedientes clínicos de los usuarios asistidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General Plaza de la Salud, dentro de los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal se encuentra las úlceras pépticas con un 42 por ciento. Esto concuerda con los datos arrojados por estudios realizados por Feliz, Cuello y La Chapel (2008); Reyes y Pozo (2009) en República Dominicana, los cuales determinaron que el diagnóstico endoscópico asociado fue la úlcera péptica con un 40.6 y 36.2 por ciento respectivamente.

Este estudio revela que el 62 por ciento de los usuarios asistidos eran del sexo masculino y el grupo de edad afectado estuvo comprendido entre 50 y 59 años con un 16.8 por ciento. Esta variable de la edad es aún más reveladora si se considera que el 64.9 por ciento de los usuarios tiene una edad comprendida entre 50 y 99 años. Esto corrobora con los estudios realizados por Feliz, Cuello y La Chapel (2008); Reyes y Pozo (2009) en República Dominicana, en el que se determina que el 81.2 y el 70.7 por ciento de los afectados respectivamente fueron usuarios del sexo masculino y el grupo de edad afectado era mayor a 60 años de edad en ambos estudios.

Por otra parte, están las demás variables sociodemográficas como la Religión y la Zona geográfica de donde procedían los usuarios. Esta investigación arrojó que el 54.9 por ciento procedía de la Zona Urbana y que el 58.4 por ciento de los que procedían de esta Zona estuvieron indecisos a la hora de describir la religión a la que pertenecían; el 38.1 por ciento reveló ser católico. De los 113 expedientes clínicos consultados, el 45.6 por ciento procedía de la Zona Rural. No fue posible discutir estas variables con otras investigaciones, ya que no se encontró documento alguno durante la revisión bibliográfica.

Referente a los hábitos tóxicos, se encontró que el 59.3 por ciento de los usuarios dijo tener algún hábito tóxico. En ese sentido, el café y el alcohol fueron las sustancias que los usuarios manifestaron haber consumido con un 16.8 por ciento respectivamente. Esto concuerda con los datos obtenidos por un estudio realizado en Cuba por Hernández, de la Torre y Sánchez (2006).

Entre los datos obtenidos, los síntomas manifestados entre los usuarios que asistieron al Hospital donde se llevo a cabo el estudio, está la melena con un 24.8 por ciento, coincidiendo de esta manera con el estudio realizado por Reyes y Pozo (2009) en República Dominicana, donde los resultados obtenidos revelaron que el 75.6 por ciento de los usuarios fue afectado por esta sintomatología.

Otros de los elementos encontrados sobre los factores asociados a la morbimortalidad por sangrado gastrointestinal, es que el 73.5 por ciento de los usuarios asistidos revelaron no haber usado fármacos y entre los principales que usaron se encuentran el Atenolol, la Aspirina, Enalapril, Plavix, Diclofenac, Pantecto y Propanolol. Esta última parte, corrobora con los resultados obtenidos por Acosta, Rodríguez, y Fong (2007) y su estudio realizado en Santiago de Cuba.

REFERENCIAS

1. A.D.A.M (Online Health Information) **Hemorragia Digestiva** (sitio de Internet) <<http://www.clinicadam.com/salud/5/003133.html>> [Noviembre 25, 2010]
2. Acosta González D, Rodríguez Fernández Z, Fong Estrada JA, Pagés Gómez O. **Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva alta**. MEDISAN 2009; 13(2). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san01209.htm
3. Bañares R., Ripoll C. **Varices esofágicas**. Revista española de enfermedades digestivas. V.96, No.12, diciembre 2004; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
4. Castro, Mario, Martínez, Carlos. Hormoza, José. **Poliposis adenomatosa familiar atenuada**: publicado en la Revista Colombiana de Gastroenterología. Sept. 2004, vol.19, no.3 ciudad de Colombia. Disponible en www.scielo.unal.edu.co/scielo.php.
5. Cruz Alonzo, Juan Ramón. Anaya González, Jorge Luís. Pampín Camejo, Luís Enrique. Pérez Blanco Dora, Lopategui Cabezas Ileana. **Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital «Enrique Cabrera»**. trabajo original presentado en el hospital general docente “Enrique Cabrera” .La habana, cuba. Publicado por la Revista Cubana de Cirugía, Rev. Cubana Cir. v.47 n.4 Ciudad de la Habana, sep.-dic. 2008. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
6. Feliz Silvia, Cuello Yira y Lachapel Fátima. **Causa y frecuencia de sangrado gastrointestinal en el Hospital Provincial Juan Pablo Pina enero 2006-diciembre 2007**. (Tesis para optar por el título de: Doctor en Medicina) UASD. Santo Domingo, republica Dominicana.2008.
7. Floch, Martin H. Netter, Frank. **GASTROENTEROLOGIA**. Elsevier MASSON primera edición 2006. Capitulo 156, pag.508-514.
8. Harrison, Tinsley. Kasper, Dennis I. Fauci, Anthony S. Logon, Dan L. Braunwald, Eugene. Hauser, Stephen. **PRINCIPIO DE MEDICINA INTERNA**. McGraw-Hill interamericana decimosexta edición 2006. Parte XII, Pág.1979-2055.
9. Jiménez, Agustín Julián, **Manual De Protocolos y Actuación en Urgencias**. Fiscam, Segunda Edición Capítulos 42,43 Pág.373-386
10. Latarjet, Michel; Ruiz, Alfredo. **ANATOMÍA HUMANA**. 4a edición. Buenos aires, 2008. www.tuolibrospdf.com/65367/anatomia-humana-latarget.
11. MedicinePlus (Un servicio Biblioteca Nacional Medicina Estados Unidos) Hemorragia Digestiva. (Sitio de Internet) <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003133.htm>> [Noviembre 25, 2010]

12. Mejía, Fernando. Mondragón, Elvio. Montes, Pedro. Monge, Eduardo. **Variación estacional del sangrado digestivo alto asociado a hipertensión portal**. Trabajo original presentado en el hospital nacional Daniel Carrión-callao. Lima, Perú. Publicado por la Revista de Gastroenterología del Perú, Rev. Gastroenterología. Perú v.26 n.3 Lima jul.-set. 2006. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp>.
13. Menally, Piter R. **Secretos de la Gastroenterología**. McGraw-Hill, interamericana editores 1998, capítulo 52, página 408.
14. Rego Hernández. José de Jesús, de la Torre. Christian Leyva, Pérez Sánchez. Magalys. **Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital “Dr. Salvador Allende”**. Trabajo original publicado por Revista Cubana de Farmacia, Rev. Cubana Farm. v.41 n.3 Ciudad de la Habana. Sep.-dic. 2007. <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v41n3/far08307.pdf>
15. Reyes Dionicia, Pozo Sagrario, y Rojas francisca. **Frecuencia de helicobacter pylori en usuarios con sangrado gastrointestinal alto asistido en el centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luís Eduardo Aybar enero-diciembre 2008**. (Tesis para optar por el título de: Doctor en Medicina).UASD. Santo Domingo. República Dominicana.2009.
16. Rockey DC: Hemorragia Digestiva, en Sleisenger and Fordtran: Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, 8^{va} Ed. 2006: Pág.226- 43.
17. Rodríguez, Carlos Enrique. **Epidemiología de la Hemorragia Digestiva**. Revista médica peruana.sep-dic. 2006, vol.23, no.3 .Disponible en www.scielo.org.pe/scielo.php.
18. Ruiz, Michel. liard, Alfredo. **ANATOMÍA HUMANA**. 4a edición, Buenos aires: médica panamericana, 2008. www.tuolibrospdf.com/65367/anatomia-humana-latarget.
19. Salvatierra Laytén Gustavo, de la Cruz Romero Liz, Paulino Merino Marja, Vidal Vidal. Vanesa, Rivera Dávila Cielo, Cano Chuquilin Alicia, Frisancho Velarde Oscar. **Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroides en Lima Metropolitana**. Trabajo original presentado en el hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.Lima, Perú. Publicado por la Revista científica de Gastroenterología del Perú, Rev. Gastroenterol. Perú v.26 n.1 Lima ene. /mar 2006. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v26n1.pdf>.
20. Seimour I. Schwartz, **Manual Principios De Cirugía**. Mcgraw-Hill, Interamericano Séptima Edición, Capitulo 22, Pág.620-623.
21. Severino, Fulgencio. Castillo Vargas, Julio Cesar. **Emergencias Médico-Quirúrgicas**. Impreso Mayobanex, segunda edición, capítulo 5, Pág. 253-259.
22. Sobotta. **ATLAS DE ANATOMÍA HUMANA Vol. I Y II**, editado por r. putz y r. rabst. Editorial médica panamericana, 22ª edición. Madrid, 2006. Disponible <www.ugr.es/~anatomia/eh/.../GUIA%20ANATOMIA_Terapia.pdf>.
23. Tortora, Gerard. Reynolds, Jerry .grabowski, Sandra. **PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA**. 7a. edición. México 2002. Disponible <www.fumc.edu.co/fumc/hermesoft/portal/home.../arc_4641.pdf>
24. Vargas, Armando. **GASTROENTEROLOGIA**. McGraw-Hill Interamericana, S.A. edición, capítulo 47-48, página. México 1998, segunda.293-3

FRECUENCIA DE MORTALIDAD MATERNA HOSPITAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTOBAL, REPUBLICA DOMINICA.

*Lisette Beriguete Encarnación,** Esther María Valdez Mariñez,* Dorka María Valdez Placencio,* Vianeidy Feliz Amaro,* Jiouanka Natalie Caceres William,* Rosa María Pichardo.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. En el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal 2004-2009. Con el objetivo de determinar las causas de las muertes maternas ocurridas en ese periodo de estudio. La población de estudio estuvo constituida por 39 pacientes fallecidas durante este periodo. Dentro de los resultados de mayor relevancia podemos citar que el año de mayor frecuencia fue el año 2009, con 12 casos. Por ara un 31 por ciento. El estado físico de la paciente más frecuente fueron embarazo y de igual manera puerperio con 15 casos para un 38 por ciento. Las edades más afectada fue la 20-24 años con 15 casos, para un 38 por ciento, el nivel básico fue donde se presentaron más casos 18 para un 46 por ciento., la edad gestacional fue 28-36 semanas con 16 pacientes para un 41 por ciento, la vía de desembrarzo de mayor frecuencia fue parto vaginal 20 pacientes para un 51 por ciento por ciento. Según el control prenatal 1-2 chequeo la tasa más alta fue de 14 pacientes para un 37 por ciento por ciento. el Trastorno Hipertensivo del embarazo fueron la causa más frecuente de la mortalidad materna con 9 pacientes para un 23 por ciento por ciento.

Palabras claves: Mortalidad materna, embarazo, parto, puerperio.

ABSTRACT

We performed a retrospective descriptive transversal study. Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal 2004-2009. In order to determine the causes of maternal deaths in that period of study. The study population consisted of 39 patients died during this period.

Among the most relevant results we can mention that the year of greatest frequency was 2009, with 12 cases. By are 31%. The physical condition of the patient was more frequent during pregnancy and puerperium as well as 15 cases to 38%. The most affected age was 20-24 years with 15 cases, 38%, the baseline was where there were more cases 18 to 46%. Gestational age was 28-36 weeks with 16 patients for 41% The route was the most frequently disengage from 20 patients for vaginal delivery, 51% percent. 1-2 According to the antenatal screening was the highest rate in 14 patients for 37% percent. The hypertensive disorders of pregnancy were the most frequent cause of maternal mortality in 9 patients for a 23% percent.

Key words: Death, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. Esta continué en la agenda mundial denota que el fallecimiento de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es un problema no resuelto. Pese a los avances registrados a la fecha, y a pesar de los distintos programas impulsados durante los últimos tiempos.

La mortalidad materna es un problema de salud pública de tal importante que ha motivado a que las instituciones, agencias y gobiernos de toda parte del mundo reaccionen ante esta tragedia. Es así, como se han elaborado múltiples estrategias y programas con el objeto de minimizar sus efectos.***

La organización maternidad sin riesgo en 1987, hizo importantes propuestas, en la actualidad esta formada por más de cien naciones, también la integran instituciones de cooperación técnica otras con aportes económicos, todas luchan por la protección de la madre y su hijo.

La OMS y la Federación Intencional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), también ha establecido alianzas desde 1982, con la participación de obstetras y ginecólogos conforman equipo de trabajo con todas las organizaciones interesadas e involucradas en esta problemática, mediante la promoción e incremento de la vigilancia y compromiso por la salud pública y social, en particular en los países en desarrollo.****

En un estudio realizado por Ramson E, Yinger N sobre Maternidad sin Riesgos: Como superar los obstáculos en la atención a la salud materna” se concluyó que el 43 por ciento de las mujeres presentan algún tipo de morbilidad durante su hospitalización para el parto y un 31 por ciento tiene, al menos, una complicación obstétrica o una patología médica pre-existente.*****

De la Cruz Ozuna, Cándida; Núñez Crispín, Altagracia y colaboradores sobre realizaron un estudio sobre las causas de mortalidad materna, donde durante el periodo se produjeron 53 muertes maternas distribuidas la edad de mayor frecuencia fueron las de 25-29 años con un 32 por ciento, seguido de

***Briones GJC, Díaz LPM Meneses CJ. Estrategia para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el estado de México. Revista de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. 2009. vol.23 n1. Pág. 1

****Mortalidad materna: evento en desarrollo. Rev. de obstet y ginecol de Venez. 2007. vol. 67 n.1: Pág. 1-2

***** Ramson E, Yinger N “Por una Maternidad sin Riesgos: Como superar los obstáculos en la atención a la salud materna” Population Reference Bureau , Julio 2006.

* Médico general

** Asesora Metodológica.

las de 30-34 años con un 21 por ciento, 5 pacientes, la causa más frecuente fue por hemorragias obstétricas en un 39.2 por ciento^{9*}.

Septimus, A.; De León, P.; Camacho, D.; Custodio, A.; realizaron un estudio sobre Comportamiento de la Mortalidad Materna en el Hospital Juan Pablo Pina San Cristóbal donde se produjeron durante este periodo 15 muertes maternas. Distribuidas por años el primer año 4 defunciones, el segundo año 4 defunciones, el tercer año 3 defunciones, el cuarto año 2 defunciones, el quinto y último año 2 defunciones.^{**}

La mortalidad materna se ha reducido en República Dominicana, aunque a un ritmo moderado, este se encuentra entre los países con alta tasa de mortalidad materna, con 159 muertes por cada 100,000 nacimientos donde las estadísticas muestran que las principales causas de muerte son la presión alta (frenesí), hemorragias, infecciones, y abortos. La tasa de mortalidad materna en países desarrollados es, en promedio, de 21/100.000 nacidos vivos (NV), y en los países en vías de desarrollo y los menos desarrollados las tasas son de 440 y 1.000/100.000 NV, respectivamente. Según la representante de la Oficina de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, califico de “muy alta” y “preocupantes” la tasa de mortalidad materna en el República Dominicana.

Esta cifra de mortalidad materna es consistente con el cuadro de causa de dicha mortalidad, donde la toxemia y sobre todo las hemorragias en los partos, representan proporciones elevadas del total de las causas de este tipo de muerte.

Es decir causas que sean claramente evitables con los cuidados sanitarios adecuados. Dado que la mortalidad materna continúa siendo un grave problema de salud pública y es una de las expresiones más evidente de la desigualdad a la que están sometidas las mujeres, el impacto que tiene la muerte de una mujer en el entorno social, familiar y económico, por ser el hospital Juan Pablo Pina uno de los principales centro de salud prestadores de atención materna en la República Dominicana se decide realizar el estudio en este centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

La población estuvo constituida por 39 expedientes de las pacientes embarazadas que murieron en el periodo de estudio. Se incluyeron aquellos expedientes de pacientes relacionados con la mortalidad materna en los años 2004-2009.

RESULTADOS

Años	Nº Defunciones	%
2004	4	10
2005	3	8
2006	4	10
2007	6	15
2008	10	26
2009	12	31
Total	39	100

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes con muerte materna en el periodo 2004-2009.

*De la Cruz Ozuna, Cándida; Núñez Crispín, Altagracia; Carlenis Pérez Beltre. Causa de mortalidad materna ocurrida en el Hospital Infantil San Lorenzo de los Mina en el Periodo de Enero 2004 Diciembre 2007. Tesis doctoral. UASD, Santo Domingo 2008.

**Septimus, A.; De León, P.; Camacho, D.; Custodio, A., Comportamiento de la Mortalidad Materna en el Hospital Juan Pablo Pina San Cristóbal 1997-2001. Tesis doctoral. UASD, Santo Domingo 2002.

CUADRO 2.

número de defunciones de acuerdo al estado fisiológico de la paciente en el hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante el 2004-2009

Estado	Nº de casos	%
Embarazada	15	38
Parto	7	18
Puerperio	17	44
Total	39	100

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes con muerte materna en el periodo 2004-2009.

Cuadro 3.

distribución porcentual de pacientes fallecidas según la edad en el hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante el 2004-2009

Edad (años)	Nº de casos	%
15-19	1	3
20-24	15	38
25-29	12	31
30-34	6	15
35-39	4	10
Total	39	100

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes con muerte materna en el periodo 2004-2009.

Cuadro 4

distribución porcentual de pacientes fallecidas según la edad gestacional de las pacientes atendidas en el hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante el 2004-2009

Edad gestacional (semanas)	Nº de casos	%
20-27	8	21
28-36	16	41
37-41	13	33
≥ 42	2	5
Total	39	100

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes con muerte materna en el periodo 2004-2009.

Cuadro 5.		
Distribución porcentual de pacientes fallecidas según vía de parto de las pacientes atendidas en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante el 2004-2009		
Vía de parto	Nº de casos	%
Vagina	22	56
Cesárea	17	44
Total	39	100

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes con muerte materna en el periodo 2004-2009.

Cuadro 6.		
Distribución porcentual de pacientes fallecidas según factores de riesgo de las pacientes atendidas en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante el 2004-2009		
Factores de riesgo	Nº de casos	%
Trastorno Hipertensivo del embarazo	9	23
Edema agudo de pulmón	3	8
Aborto	4	10
Hemorragia	9	23

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes con muerte materna en el periodo 2004-2009.

DISCUSIÓN

Al realizar un análisis de los resultados de esta investigación encontramos los siguientes:

Que la mortalidad materna fue incrementándose a medida que fueron pasando los años en el Hospital Juan Pablo Pina San Cristóbal 2004-2009. Fue nuestro propósito investigar con la finalidad de aportar información que ayude a decidir como disminuir las muertes maternas en este centro de salud.

Los datos encontrados en esta investigación, en el estudio nos muestra una prevalencia de 39 casos dichos resultados difieren con otros estudios similares en el cual la prevalencia es de 15 defunciones, Comportamiento de la Mortalidad Materna en el Hospital Juan Pablo Pina San Cristóbal 1997-2001. Y 53 muertes maternas, Distribución porcentual de pacientes fallecidas según la edad Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina para los años 2004- 2007.

Se observó que a las mujeres que se le practicó cesárea

tienen un gran riesgo de mortalidad esto depende de la calidad de los servicios hospitalarios.

El deterioro de la situación de salud, el ambiente social y el económico en el que se desempeñan las mujeres en edad reproductiva tiene repercusiones para la vida familiar económica del país.

Muchas de las muertes maternas se podrían prevenir si recibieran atención de salud adecuada durante el embarazo. El riesgo de morir por causas relacionadas por el embarazo y el parto es mayor en las mujeres que no reciben atención prenatal que para quienes la recibieron.

Finalmente consideramos que mejorando los servicios de salud reproductiva la posibilidad de acceso y cobertura sobre todo la calidad de los servicios junto a las mejoras socioeconómica de la población podremos disminuir los altos niveles de mortalidad materna

REFERENCIAS

- Alex Septimus, Patricia de León, Daniel Camacho, Antonia Custodio, Comportamiento de la Mortalidad Materna en el Hospital Juan Pablo Pina San Cristóbal 1997-2001. Tesis de Medicina UASD, Santo Domingo 2002.
- Briones GJC. Díaz LPM Meneses CJ. Estrategia para reducir la Mortalidad Materna Hospitalaria en el estado de México. Revista de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. 2009. vol.23 n1. Pág. 1
- Barnhart KT. Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2009;361:379-387.
- Candida De la Cruz Ozuna, Altigracia Nuñez Crispin, Carlenis Pérez Beltre. Causa de la Mortalidad Materna ocurrida en el Hospital San Lorenzo de los Mina en el periodo de Enero 2004 Diciembre 2007. Tesis de Medicina UASD, Santo Domingo 2002.
- Dr. De Jesús Disla L. Manual Practico de Obstetricia y ginecología, 2da. Edición ampliada, Marzo 1999. Pág. 19
- Faundez A; Control Prenatal. Obstetricia. Pérez Sánchez, Donoso Siña, Eds. Publicaciones técnicas mediterráneas Ltda. capítulo 12-Segunda Edición, pag156-167,1992
- G. Cunningham F. McDonald 6p, Norman 6, et al: William Obstetricia 21Va edición. Editorial medica panamericana, 2002, pag. 534-552-1090.
- Gómez R, Oyarzún E: Rotura prematura de membranas. Rev. Chil Obstet Ginecol 1991; 56(5): 372-38
- Houry DE, Salhi BA. Acute complications of pregnancy. In: Marx JA, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009: chap 176.
- Informe de la Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna año 2005.
- Jones, Howard w; Rock, John A. Te Linde. Ginecología Quirúrgica tomo 2.edición 9na.editora médica panamericana S.A.; año 2006. Pág. 728-730.
- Kenneth J. Leveno MD, F Gary Cunningham MD. Manual de Obstetricia complicaciones en el embarazo. 22va edición. The university of Texas. Editora McGraw-Hill. Año 2008. Pág. 269
- Khelili A, Amamou K, Salem. Therapeutic Ligation of hypogastric arteries: Color Doppler follow. J Radiol 2000 Jun; (6) : 607.10. Tratamiento médico y Quirúrgico

- de las hemorragias postparto y del alumbramiento. Ginecología Y Obstetricia Clinica 2003; 4 (2) 70-79.
14. Lisa M. koonin, M.N., M.P.H. Hani K. Atrash, M.D., M.P.H Roger W. Rochat, Deneux- Tharaux D, Berg C, Bouvier- Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, Alexander S, Wildman K, Breart G, Buekens P. Underreporting of Pregnancy – Related Mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol* 2005; .Pag 106:684-92.
 15. Limper AH. Overview of pneumonia. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap 97.
 16. Lobo RA. Ectopic pregnancy: Etiology, pathology, diagnosis, management, fertility prognosis. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Compressive Genecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007:chap 17.
 17. Mortalidad materna: evento en desarrollo. *Rev. De obstet y ginecol de Venez*. 2007. vol. 67 n.1: 1-2



ALTERACIONES SEXUALES EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN EL SECTOR LOS MINA.

*Adamanay guerrero *Belkis Laureano Pérez, *Milton Jimenez
* Samuel Hilario Rosa * Jenifer M Suero, * Carlos Ariel Alayon
* Kenia Feliz Félix. **Marlenis Y Glass

RESUMEN

Alteraciones Sexuales en Mujeres Histerectomizadas en Sector Los Mina, mayo – julio 2010. Estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con la finalidad de conocer el comportamiento sexual de las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía. Podemos establecer los siguientes resultados, el mayor porcentaje de mujeres histerectomizadas están comprendidas entre las edades de 51-60 años, casadas, en su mayoría con el grado académico perteneciente al nivel de educación secundaria. Con vida sexual satisfactoria en su gran mayoría. Gran parte de las mujeres sometidas a este procedimiento quirúrgico no recibieron ningún tipo de orientación. Con la siguiente investigación pudimos llegar a la conclusión que en sentido general las pacientes y sus parejas no reciben la información suficiente por parte del personal médico que las atiende, no expresándole como debe ser su sexualidad antes de la intervención, ni una vez insertada en la comunidad, lo que origina dudas y temores que impiden relaciones sexuales plenas; lo cual afecta en gran medida la estabilidad emocional y psicológica de esta pacientes.

Palabras claves: Alteraciones sexuales, histerectomía, sexualidad, ginecología.

ABSTRACT

Sexual behavior in hysterectomized women in Pedro area of Los Mina. May - July 2010. Descriptive, prospective cross-sectional with the aim of discovering the sexual altering behavior of women who have undergone hysterectomy. We can establish the following results, the highest percentage of women undergoing hysterectomy are between the ages of 51-60 years, married, mostly with the academic degree belonging to the secondary school level. With satisfying sex life mostly. Many of the women undergoing this surgical procedure did not receive any guidance. In the following investigation we conclude that generally speaking patients and their partners do not receive sufficient information from the medical staff treating them not as it should be expressing their sexuality before surgery, not once inserted into the community, which creates doubts and fears that prevent full sexual intercourse, which greatly affects the emotional and psychological stability of the patients.

Key words: sexual disorders, hysterectomy, sexuality, gynecology.

* Médicos Generales
** Médico Sonografista

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones sexuales que pueden ser originadas por una histerectomía no dejan de ser un tema importante en lo que concierne a la sexualidad de la mujer; Generalmente estas ocurren cuando no se ofrece una orientación adecuada acerca del procedimiento que se va a realizar o cuando la mujer no tiene la osadía de preguntar, si el mismo puede repercutir o no, en su sexualidad. Vamos creando nuestros propios mitos de forma prematura antes de la intervención, lo que nos provoca un daño psicológico y emocional que se refleja en actitudes inusuales que afectan la vida conyugal. Según Freud (1856-1939), la trascendencia de la sexualidad en los individuos, su teoría sobre la personalidad tiene como importancia el desarrollo sexual, ya que muchos médicos ignoran los aspectos subjetivos, psicosexuales, la aparición tardía de episodios depresivos. Comino Rafael, López G. Guillermo. Obstetricia y Ginecología 2da edición, España. Editorial Ariel, S.A, 2004. Pág. 4-11. González Merlo J; González Bosquet J., González Bosquet E. Ginecología 8va. Edición. España. Masson, S.A, 2003. Pág. 509-562. Kasper Dennis I., Fauci Anthony S., Longo Dan L., Braunwald Eugene, Hauser Stephen L., Jameson J. Larry. Harrison Principios de Medicina Interna Vol. I, 16va edición, México, D.F. Mcos, que resultan de esta intervención quirúrgica, que realizan la evolución bajo un análisis exclusivamente orgánico, descuidando la orientación psicológica previa al paciente.

La histerectomía, es la cirugía de mayor prevaencia en ginecología. Afecta a más del 20 por ciento de las mujeres, es decir una de cada 5 mujeres en algún momento de sus vidas se verá sometida a una histerectomía. La realidad de esta cirugía, causa gran impacto en la calidad de vida de la mujer, alterando su feminidad, provocando alteraciones psicológicas, aislamiento del entorno social. Rouviere H., Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva Topográfica y Funcional Tomo II. 10 ma. Edición, España. Masson 2004.

Rivero Mañas Sara, Borrás Valls J. J., La sexualidad en la menopausia. Instituto de psicología, Sexología y medicina. Espill. 2004 (on line) www. Espill. OrgUrrutia Maria T., Araya A., Villaroel L., Viñales D. Características y Evolucion de la Sexualidad en mujeres histerctomizadas. Rev. Chile Obstetricia Ginecologia. 2004. Dennestein L, Wood C and Borrows G D: sexual response following hysterectomy and oophorectomy. Obstet Gynecol, 1977, 49: 92-96. Vera Gamboa L. Historia de la Sexualidad Revista Biomed. Vol. 9/no.2 abril- junio 1998. Págs. 116-121. Las 10 falsas creencias Sexuales. Disponible en <http://www.Proyecto-salud.com.Ar/shop/> imprimimoticia. Asp notid = 1631.

La presente investigación tiene como objetivo conocer como la histerectomía afecta la relación de pareja siendo causa de alteración sexuales en las mujeres, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema, aportar las herramientas necesaria a los profesionales, para que le brinden una mejor orientación a las mujeres histerectomizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con la finalidad de conocer cuáles son las alteraciones sexuales que presentan las mujeres histerectomizadas en sector los Mina de . El universo en estudio estuvo constituido por 1143 mujeres que habitan en dicho municipio. La población estuvo compuesta por 233 mujeres activamente sexual con problemas o no Ginecológicos de tal grado que deban ser sometidas a una histerectomía. La muestra estuvo compuesta por 33 mujeres histerectomizadas con vida sexual activa. El cuestionario fue aplicado en un período de tres meses en los meses mayo-Julio 2010, luego de obtener la información, los datos fueron procesados. Se elaboró una encuesta de 14 preguntas dirigidas a investigar alteraciones sexuales. Las encuestas fueron llenadas en orden según las respuestas emitidas por las encuestadas, nosotras mismas hacíamos las preguntas a las mujeres en edad reproductivas y activamente sexuales.

RESULTADOS

En cuanto a los diferentes signos y síntomas que se pueden presentar después de realizarse la histerectomía, se pudo apreciar que la mayor parte de estas mujeres tuvieron diferentes tipos de manifestaciones tanto físicas como psicológicas destacando la resequedad vaginal con 20 casos presentados para un 60.6 por ciento, sin embargo, otra manifestación con valor representativo fue la tristeza como manifestación psicológica con 16 casos presentados para un 48.5 por ciento. (Ver cuadro 1).

Las encuestadas destacaron en su minoría presentar cambios en su relación conyugal con sus parejas, estas destacan que hubo variabilidad en el ritmo e intensidad de las relaciones sexuales, presentados después de la cirugía con 13 casos para un 39.4. Mientras que el por ciento restante de un 60.6 por ciento dicen que no han presentado ningún cambio dando a conocer que esta cirugía no es un factor de riesgo para los cambios en su vida sexual. (Ver cuadro 2.)

Según las Alteraciones sexuales de las encuestadas en su mayoría no han presentado desinterés sexual para 26 casos con un 78.8 por ciento. Estas describieron que está perdida en algunos casos se debe a no presentar disposición al momento del acto sexual. (Ver cuadro 3.)

Cuadro 1. Alteraciones Sexuales Según la presentación de Signos y Síntomas en Mujeres Histerectomizadas en el Sector los mina.

Tipo de Signos y Síntomas	Frecuencia	%
Ansiedad	0	0
Tristeza	16	48.5
Nerviosismo	0	0
Disminución de la libido	13	39.4
Resequedad vaginal	20	60.6
Ninguna	2	1

Fuente: Encuesta realizadas por las sustentantes.

Cuadro No. 2 Datos relacionados al Cambio en la relación conyugal en Mujeres Histerectomizadas en el Sector los Mina

Cambio	Descripción	Frecuencia	%
Si	Si Hubo variabilidad en el Ritmo e intensidad de las relaciones sexuales	13	39.4
No	Ningún Cambio	20	60.6
Total		33	100.0

Fuente: Encuesta realizadas por las sustentantes

Cuadro 3. Datos relacionados a Alteraciones Sexuales en Mujeres; Histerectomizadas según pérdida de interés sexual después de practicarse la cirugía en el Sector los Mina.

Perdida de interés sexual	Frecuencia	%
Sí	5	15.2
No	26	78.8
Algunas ocasiones	2	6.1
Total	33	100.0

Fuente: Encuesta realizadas por las sustentantes

DISCUSIÓN

Con respecto a las alteración sexuales según la presentación de signos y síntomas en mujeres histerectomizadas se destacó que la mayoría de las mujeres cursan con resequedad vaginal después de la histerectomía con un numero de 20 casos para un porcentaje de un 60.6 por ciento, otro signo con valor representativo fue la tristeza con 16 casos presentados para 48.5 por ciento; estos coincide con un estudio realizado por The Women’s Sexual Health Foundation en el 2006, titulado “La Histerectomía y su Respuesta Sexual”, en el que dice que la histerectomía se acompaña de alteraciones físicas y emocionales y que algunas mujeres admiten tener sensaciones de tristeza y de pena.

En lo que concierne al cambio en la relación conyugal se destaco que un mayor numero de mujeres no presentó ningún cambio en su vida conyugal lo que corresponde a un 60.6 por ciento, sin embargo una minoría del numero de encuestadas(13) tuvo variabilidad en el ritmo e intensidad de las relaciones sexuales lo que corresponde a un 39.4 por ciento; esto coincide con otro acápite del estudio mencionado anteriormente en donde dice que la respuesta sexual de cada mujer es diferente y que su cuerpo probablemente responderá de manera distinta a como lo hacia antes de la cirugía.

Con respecto a la pérdida de interés sexual después de la histerectomía obtuvimos 26 casos en los que no se presento esta alteración para un 78.8 por ciento, mientras que solo en 5 casos si hubo perdida del interés sexual lo que corresponde a un 15.2 por ciento; esto se corrobora con un estudio prospectivo de 38 mujeres realizado por prasersawat (1995) sometidas a histerectomía total abdominal observó que considerando en general la calidad de las reacciones después de la intervención, el comportamiento sexual de la mayoría de las mujeres permanecía inalterado: el 67 por ciento no había cambiado : el 21por ciento era mejor y 12 por ciento era peor .

En cuanto la posibilidad de tener orgasmos después de la cirugía se destacó que el mayor número de mujeres (23) si logra alcanzar sus orgasmos lo que corresponde a un 69.7 por

ciento mientras que una pequeña parte (2) no lo ha logrado para un 6.1 por ciento.

Según la frecuencia con que sostenían relaciones sexuales antes y después de la cirugía, las encuestadas destacan que sus relaciones sexuales no han tomado rumbo contrario después de haberse practicado dicha cirugía para un 60.6 por ciento para 20 casos de igual valor en los dos tiempos; a diferencia de un estudio publicado en noviembre del 1999 en Journal of the American Medical Association, el cual dio seguimiento a las experiencias de 1,101 mujeres durante los primeros dos años después de una hysterectomía. Los resultados fueron sorprendentemente positivos. En general, la frecuencia del grupo de estudio en cuanto a las relaciones sexuales incrementó después de la cirugía y el número de mujeres que experimentaron dolor durante el sexo disminuyó del 41 al 15 por ciento.

REFERENCIAS

1. Comino Rafael, López G. Guillermo. Obstetricia y Ginecología 2da edición, España. Editorial Ariel, S.A, 2004. Pág. 4-11.
2. González Merlo J; González Bosquet J., González Bosquet E. Ginecología 8va. Edición. España. Masson, S.A, 2003. Pág. 509-562.
3. Kasper Dennis I., Fauci Anthony S., Longo Dan L., Braunwald Eugene, Hauser Stephen L., Jameson J. Larry. Harrison Principios de Medicina Interna Vol. I, 16va edición, México, D.F. Mc Graw-Hill interamericana editores S.A. de C.V. 2006 Pág. 621- 626.
4. Rouviere H., Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva Topográfica y Funcional Tomo II. 10 ma. Edición, España. Masson 2004.
5. Rivero Mañas Sara, Borrás Valls J. J., La sexualidad en la menopausia. Instituto de psicología, Sexología y medicina. Espill. 2004 (on line) www. Espill. Org.
6. Urrutia María T., Araya A., Villaroel L., Viñales D. Características y Evolución de la Sexualidad en mujeres hysterectomizadas. Rev. Chile Obstetricia Ginecología. 2004.
7. Dennestein L, Wood C and Borrows G D: sexual response following hysterectomy and oophorectomy. Obstet Gynecol, 1977, 49: 92-96.\
8. Vera Gamboa L. Historia de la Sexualidad Revista Biomed. Vol. 9/no.2 abril- junio 1998. Págs. 9:116-121.
9. Las 10 falsas creencias Sexuales. Disponible en <http://www.Proyecto-salud.com.Ar/shop/imprimirnoticia.Asp?notid=1631>.



El tabaco es perjudicial para la salud.

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



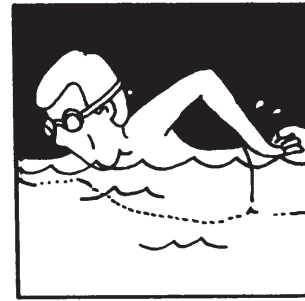
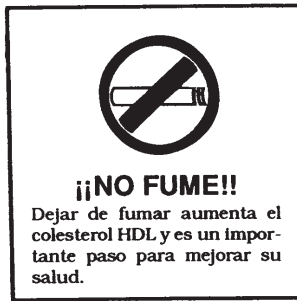
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

CALIDAD DEL TRIAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD.

Ana Mercedes Moreno Reynoso,** Daniela Doraliza Mejía Díaz,* Víctor Francisco Méndez Del Rosario,* Virgilio Rodríguez Caamaño.****

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de evaluar la calidad del Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, durante el periodo 10 de octubre-8 de noviembre 2010. La población del estudio estuvo compuesta por todos los pacientes objeto de Triage. Se obtuvo 220 pacientes entrevistados evaluados por el Triage, predominando el sexo femenino con un 59.5 por ciento, siendo el grupo de edad de 66 y más años el más frecuente. El 57.7 por ciento tuvo un tiempo de espera antes del Triage menor o igual a 10 minutos, el 87.7 por ciento tuvo un tiempo de duración del Triage menor o igual a 5 minutos y el 100 por ciento recibió atención del médico en un tiempo menor o igual a 2 horas. La respuesta fractil para el tiempo de atención del médico se cumplió en 96.36 por ciento de los pacientes evaluados por el Triage. La tanda de mayor demanda fue la nocturna en el 40.5 por ciento de los casos. El 94.5 por ciento de los pacientes expresó no haber recibido comunicación acerca del tiempo de espera para recibir atención del médico. El 70.9 por ciento de los pacientes destacó que su satisfacción fue muy bueno o bueno con respecto al tiempo de espera y el 83.1 por ciento con el tiempo para recibir atención del médico.

Palabras claves: Triage, calidad del Triage, respuesta fractil, demanda por tanda, satisfacción del paciente.

ABSTRACT

It was made a descriptive, prospective and transversal cut study with the purpose of evaluation the Triage quality of Emergency Service at Plaza de la Salud General Hospital, during the period October 10th – November 8th 2010. The population of study was formed by all patients' purpose of triage. 220 interviewed patients that were evaluated in triage, being the female gender the most frequent with 59.5 percent, being the group of age of 66 and beyond the most frequent. 57.7 percent had waiting time before triage of less than or equal 10 minutes, 87.7 percent had a triage duration of less than or equal to 5 minutes and 100 percent received physician's assistance in a time of less than or equal 2 hours. The fractile response for the physician's assistance was fulfilled in 96.36 percent in patients evaluated by triage. The most summoned working turn was nocturne in 40.5 percent of cases. 94.5 percents of patients stated that they did not received information about

the waiting time for receiving physician care. 70.9 percent of patients expressed their satisfaction as good or very good regarding the waiting time and 83.1 percent for receiving medical assistance.

Keywords: Triage, triage's quality, fractile response, working turn summon, patients' satisfaction.

INTRODUCCIÓN

El Triage es un proceso de valoración clínica, que ayuda a clasificar a los pacientes en función de su gravedad antes de recibir una valoración diagnóstica y terapéutica completa. Debe hacerlo, en un tiempo corto y de forma rápida y efectiva, una enfermera o un médico, para direccionar al paciente a las salas de observación o consultorios, donde son atendidos de acuerdo con la prioridad definida en la primera evaluación. La calidad del Triage se basa en la competencia profesional de quien la realiza, la dedicación del tiempo suficiente y la reevaluación periódica.

En los últimos años se han registrado estudios tendentes a valorar la calidad en la aplicación del Triage, tal es el caso de los investigadores Gómez Jiménez y *et al.*, que en el 2003, en Andorra, realizaron un estudio sobre la evaluación de la aplicación del Triage de los Departamentos de Emergencia Canadienses y Escala de Agudeza, sobre la base de cuatro indicadores de calidad y la tasa de respuesta fractil, en una muestra de 32,261 pacientes encontrando que el 0.15 por ciento correspondió al nivel I, el 3.26 por ciento al nivel II, el 19.76 por ciento al nivel III, 50.42 por ciento al nivel IV y el 26.41 por ciento al nivel V, con tasas de respuesta fractil de 61.70 por ciento, 91.50 por ciento, 93.10 por ciento, 89.40 por ciento y 97.60 por ciento respectivamente. El 85.3 por ciento fue clasificado en menos de 10 minutos y el 98.2 por ciento tuvo una duración del Triage de menos de 5 minutos. Para 2004, Núñez y *et al.*, en México, realizaron un estudio cuasi-experimental cuyo objetivo fue determinar el impacto del Triage en el Departamento de Emergencias en pacientes mayores de 15 años, encontrando que el 71 por ciento acudió de forma espontánea. Tenían un promedio de edad de 48.5 años más o menos 20.5 y 60 por ciento eran del sexo femenino. Según las categorías de Triage: 0.3 por ciento correspondían a la categoría I; 7.4 por ciento, 42.8 por ciento, 31.1 por ciento y 18.4 por ciento a las categorías II, III, IV y V respectivamente. El 73 por ciento estuvo muy satisfecho con tiempo de espera y 63 por ciento con el tiempo de espera para la atención al aplicar el Triage.

En la República Dominicana existen algunos servicios de

* Médico general
 ** MSP

emergencia que implementan el Triage de manera formal o informal en sus procesos de atención. En el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud este proceso es realizado por un médico emergenciólogo; esta función algunas veces se mezcla con la atención y el tratamiento de los pacientes. Sin embargo, no existen reportes de evaluación de la calidad de esa implementación.

El término "Triage" o "Triage" no es un vocablo aceptado por la Real Academia de la Lengua Española. Para fines de la investigación se utilizó este vocablo con J término que en castellano sería el de Triage, en correspondencia con el término francés y anglosajón *Triage*.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

El Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud se encuentra ubicado en el Ensanche La Fe, Distrito Nacional, República Dominicana. Limita al norte con la calle Arturo Logroño, al sur con la avenida San Martín, hacia el este con la Avenida Ortega y Gasset, al oeste con la calle Pepillo Salcedo.

La recolección de la información se realizó en un periodo de 30 días, comprendido desde el 10 de octubre hasta el 8 de noviembre 2010.

La población del estudio estuvo compuesta por todos los pacientes evaluados por el Triage que asistieron al Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo de 10 de octubre - 8 de noviembre 2010.

La fuente de información es directa, a partir de los pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Todos los pacientes que asistieron al Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud durante las tandas y los días escogidos en el periodo de estudio y evaluados por el Triage. Todos los pacientes que asistieron al servicio de emergencia, pero no fueron evaluados por el Triage.

Pacientes que abandonaron el servicio sin ser clasificado o sin recibir atención médica.

Pacientes menores de 16 años de edad.

Pacientes con patologías ginecoobstétricas, quirúrgicas y traumatológicas.

Se solicitó la aprobación para la realización de la investigación mediante una comunicación expedida por la Oficina de Tesis de Grado, en representación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo a las autoridades correspondientes del Hospital General de la Plaza de la Salud.

Una vez obtenida la autorización, se diseñó un formulario de recolección de la información tomando en cuenta cada una de las variables del estudio. Es un formulario con preguntas abiertas y cerradas, donde se valora: edad, sexo, tanda, motivo de consulta, tiempo de espera antes del Triage, tiempo de duración del Triage, tiempo para recibir atención del médico, nivel de Triage, destino del paciente evaluado por el Triage, comunicación al paciente y grado de satisfacción del paciente.

El proceso utilizado para la recolección de la información fue el siguiente:

Iniciada la recolección de la muestra en la tanda correspondiente (ver anexo II), previa sincronización de los relojes de los investigadores, se informó al paciente y/o sus familiares a su llegada al Servicio de Emergencia

mediante el consentimiento informado verbal el propósito de la investigación y que en la misma no se utilizan nombres. Luego de obtener el consentimiento por parte del paciente o el familiar, se procedió al llenado de las variables generales. Se le entregó al paciente una mini ficha con: número de formulario, fecha, tanda y hora de llegada, sólo en los casos de mayor demanda del servicio.

Luego de la atención inicial del paciente en Sala de Triage, se procedió al llenado de las preguntas sobre si hubo comunicación por parte del personal de salud acerca del tiempo de espera, el grado de satisfacción del paciente con el tiempo de espera y el grado de satisfacción del paciente con respecto al tiempo de atención médica.

Los datos obtenidos en los formularios de recolección de la información fueron procesados y analizados con el programa Excel Microsoft Office 2007 y el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*/ Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 11 para Windows. Los resultados obtenidos fueron presentados en el programa Word Microsoft Office 2007 con tablas y gráficos adecuados para cada tipo de variable con medidas estadísticas descriptivas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa para posteriormente llegar a sus conclusiones y finalmente la emisión de las recomendaciones pertinentes. La investigación se realizó bajo los principios de la ética: confidencialidad, consentimiento informado y justicia. Se mantuvieron en la absoluta confidencialidad los datos personales de los pacientes, previo consentimiento informado verbal. Los datos personales obtenidos se utilizaron única y exclusivamente con interés científico, siendo sólo utilizada la información requerida para la realización de la investigación. Se respetó el derecho de autoría de las bibliografías consultadas. Los resultados obtenidos no fueron objeto de manipulación ni de alteración alguna.

RESULTADOS

Tabla 1. Clasificación de los pacientes evaluados por el Triage según la edad y el sexo en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Edad (años)	Sexo				Total	%
	F	%	M	%		
16-25	24	10.9	13	5.9	37	16.8
26-35	19	8.6	20	9.1	39	17.7
36-45	20	9.1	18	8.2	38	17.3
46-55	22	10.0	14	6.4	36	16.4
56-65	20	9.1	9	4.1	29	13.2
≥66	26	11.8	15	6.8	41	18.6
Total	131	59.5	89	40.5	220	100.0

Fuente: Pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Tabla 5. Distribución de los motivos de consulta de los pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Motivo de Consulta	Frecuencia	%
Cefalea y Mareos	50	22.7
Dolor	44	20.0
Problemas abdominales y digestivos, incluida la hemorragia digestiva	35	15.9
Dolor torácico	19	8.6
Tos o Dificultad Respiratoria	17	7.7
Fiebre	15	6.8
Focalidad neurológica	8	3.6
Absceso, Celulitis y Erupciones Cutánea	6	2.7
Lesiones y traumatismos	5	2.3
Consulta	5	2.3
Hipertensión Arterial	4	1.8
Palpitaciones	3	1.4
Síntomas oculares	3	1.4
Síntomas urológicos	2	0.9
Paro Cardíaco Respiratorio	1	0.5
Convulsiones	1	0.5
Ansiedad	1	0.5
Alteración del estado de consciencia	1	0.5
Total	220	100,0

Fuente: Pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Tabla 6. Distribución de los pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud según el nivel de Triage 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Nivel	Frecuencia	%
Nivel I: Resucitación	4	1.8
Nivel II: Emergencia	14	6.4
Nivel III: Urgencia	91	41.4
Nivel IV: Menos urgente	48	21.8
Nivel V: Ninguno	63	28.6
Total	220	100.0

Fuente: Pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Tabla 7. Tasa de respuesta fractil de los pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Tiempo para recibir atención del médico	Nivel									
	Nivel I	%	Nivel II	%	Nivel III	%	Nivel IV	%	Nivel V	%
Inmediato	2	50.00	5	35.71	10	10.99	7	14.58	14	22.22
≤ 15 Min	2	50.00	7	50.00	68	74.73	38	79.17	40	63.49
≤ 30 Min			2	14.29	9	9.89	2	4.17	6	9.52
≤ 60 Min					4	4.40	1	2.08	3	4.76
Total	4	100.00	14	100.00	91	100.00	48	100.00	63	100.00
Respuesta Fractal	50.00%		85.71%		95.61%		100.00%		100.00%	
Recomendada	98%		95%		90%		85%		80%	

Fuente: Pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Tabla 9. Demanda de Triage por tanda en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

Tanda	Frecuencia	%
Matutina	57	25.9
Vespertina	74	33.6
Nocturna	89	40.5
Total	220	100,0

Fuente: Pacientes evaluados por el Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud 10 de octubre-8 de noviembre 2010.

DISCUSIÓN

De los 220 pacientes entrevistados que fueron evaluados por el Triage, según las tandas y los días seleccionados, 131 correspondieron al sexo femenino para un 59.5 por ciento y 89 al sexo masculino para un 40.5 por ciento. Estos se aproximan con los resultados de García Pavón y Núñez y *et al*, donde el 54.6 por ciento y el 60 por ciento respectivamente eran del sexo femenino. Por un aspecto cultural las mujeres asisten más al médico que los hombres.

El grupo de edad más frecuente fue el de 66 y más años con un 18.6 por ciento. Este grupo de edad tiene el mayor número de visitas a las salas de emergencia, además son más frecuentes las enfermedades crónicas y su mayor prevalencia. Contrario a los resultados del estudio de García Pavón donde el grupo más frecuente correspondió al de 20-40 años con un 37.10 por ciento.

Antes de ser evaluado por el Triage el tiempo de espera en la mayoría de los pacientes fue de menor o igual 10 minutos, con un 57.7 por ciento. El estudio de Gómez Jiménez y *et al* reporta que el 85 por ciento esperó menos de 10 minutos para ser evaluado por el Triage. La literatura recomienda que este tiempo sea menor o igual a 10 minutos en el 95 por ciento de los pacientes, facilitando la ordenación del trabajo y disminuyendo la ansiedad del paciente. Conforme a esta recomendación se determinó una diferencia de 37.3 por ciento de los pacientes con relación a las directrices de referencia. Esto representa una oportunidad de mejora para el servicio en beneficio de los pacientes.

El 87.7 por ciento de los pacientes tuvo un tiempo de duración del Triage menor o igual a 5 minutos. Esto se aproxima a los resultados del estudio de Gómez Jiménez y *et al* en el cual el 98 por ciento de los pacientes tuvo un tiempo de duración del Triage menor o igual a 5 minutos. Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea menor o igual a 5 minutos en 95 por ciento de los pacientes clasificados. Conforme a esta recomendación se determinó una diferencia de 7.3 por ciento de los pacientes, que se aproxima a las recomendaciones establecidas.

El tiempo para recibir atención del médico se llevó a cabo en menos de 2 horas en el 100 por ciento de los pacientes. Esto coincide con la literatura consultada donde se establece que al menos un 90 por ciento de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en menos o igual a 2 horas desde su clasificación y el 100 por ciento en menos o igual a 4 horas.

El motivo de consulta más frecuente fue la cefalea y mareos con un 22.7 por ciento, seguido de dolor en un 20.0 por ciento, problemas abdominales y digestivos, incluida la hemorragia

digestiva con 15.9 por ciento y dolor torácico en 8.6 por ciento de presentación en el servicio. En los resultados del estudio de García Pavón fueron registrados según el sexo, encontrándose que el dolor fue el motivo de consulta más frecuente con un 33.16 por ciento de presentación, seguido de los traumatismos con un 16.26 por ciento, disnea y tos con un 13.03 por ciento y las cefaleas y mareos con un 9.19 por ciento. Los pacientes encuadrados en estas categorías presentan niveles de urgencia variable y para su correcta asignación del nivel de prioridad depende de los cambios en los signos vitales, temperatura, escala del dolor y mecanismo de la lesión. Estos conocimientos permiten establecer dinámicas de mejora en los cuidados y uso de los recursos que se deben ofrecer a los problemas más relevantes de acuerdo al nivel de Triage asignado.

La distribución por niveles de los pacientes fue para el nivel I un 1.8 por ciento, el nivel II un 6.4 por ciento, el nivel III un 41.4 por ciento, el nivel IV un 21.8 por ciento y el nivel V un 28.6 por ciento. Estos resultados se parecen a los resultados del estudio de Gómez Jiménez y *et al* en los niveles I, II y V con frecuencias de 0.15 por ciento, 3.26 por ciento y el 26.41 por ciento respectivamente. Son contrarios en los niveles III y IV donde fueron de 19.76 por ciento y 50.42 por ciento respectivamente. La mayoría de los pacientes corresponden al nivel IV y V. Las causas más frecuentemente señaladas en la literatura que justifican esta demanda innecesaria son: el déficit existente en la atención primaria y la falta de educación sanitaria de la población esto provoca que los pacientes recurran a los servicios de emergencia, en busca de atención y medicamentos que la institución provee dentro del servicio que presta desvirtuando la verdadera función de esta área.

La respuesta fractil para el tiempo de atención del médico se cumplió en el 96.36 por ciento de los pacientes evaluados por el Triage; la tasa de respuesta fractil para el nivel I fue de 50 por ciento, para el nivel II fue de 85.71 por ciento; el nivel III presentó una tasa de 95.61 por ciento, mientras que los niveles IV y V tuvieron tasas de 100 por ciento. No se encontraron pacientes con tiempo para recibir atención del médico mayor de 60 minutos. Esto coincide con los resultados obtenidos por Gómez Jiménez y *et al*, quienes reportan que se cumplieron los objetivos de tiempo en el 92.3 por ciento de los casos, obteniendo 61.70 por ciento, 91.50 por ciento, 93.10 por ciento, 89.40 por ciento y 97.60 por ciento para los niveles I, II, III, IV y V respectivamente. La respuesta fractil no alcanzó las recomendaciones establecidas en los niveles I y II, lo cuales deben ser atendidos de forma inmediata por su elevada morbi-mortalidad. Una correcta clasificación evitará el perjuicio de tiempos de espera prolongados, evitando demoras en la atención de aquellos pacientes que presentan mayores riesgos, teniendo en cuenta que todo este proceso se ve influenciado por los recursos humanos, materiales y organizativos del propio servicio. Los datos de respuesta fractil implican la necesidad de cambios en el proceso de la atención, en el diseño del sistema o, a veces la reconsideración de la validez del objetivo. Esto representa una oportunidad de mejora para el servicio en beneficio de los pacientes.

El destino más frecuente de los pacientes evaluados por el Triage fue el cubículo de observación con un 29.1 por ciento. Es el cubículo de mayor disponibilidad de cama dentro del Servicio de Emergencia, además de contar con equipo de monitorización de los signos vitales, temperatura y dispensación de oxígeno.

La tanda de mayor demanda de los pacientes evaluados por el Triage fue la nocturna en el 40.5 por ciento. En la literatura

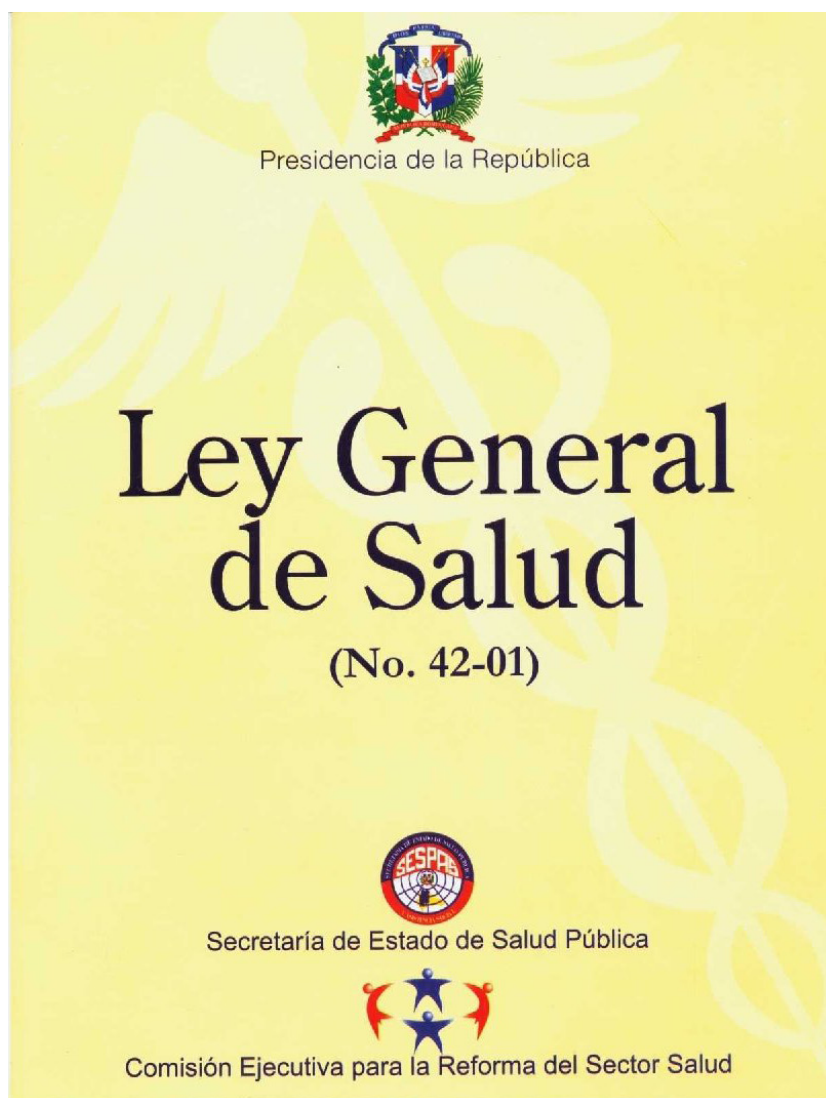
consultada no se encontraron estudios que tomaran en cuenta esta variable. El aumento de la demanda de atención en la tanda nocturna se asocia con la falta de educación sanitaria de la población, el tiempo de espera breve y deficiencia en la consulta externa, siendo el área de emergencia la única opción asistencial.

El 94.5 por ciento de los pacientes expresó no haber recibido comunicación por parte de personal de salud acerca del tiempo para recibir atención contra el 5.5 por ciento que dice haberla recibido. Uno de los objetivos que persigue el Triage es disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención y el tiempo de espera probable. Es mayor la satisfacción cuando los pacientes se les informa sobre su condición de salud, el plan de estudios, el tratamiento a seguir y se muestra además una actitud amable y cálida.

El 70.9 por ciento de los pacientes destacó que su grado de satisfacción era Muy bueno o Bueno con el tiempo de espera y el 83.1 por ciento con el tiempo de espera para recibir atención del médico. Estos resultados coinciden con el estudio de Núñez y *et al* donde el 73 por ciento estaba muy satisfecho con tiempo de espera y 63 por ciento con el tiempo de espera para recibir atención al aplicar el Triage. Se ha podido demostrar que la percepción del tiempo de espera es más importante que el tiempo de espera real al determinar la satisfacción del paciente con el servicio. Si los tiempos de espera son mayores que los que el paciente espera o considera apropiados, se genera insatisfacción sin importar el tiempo que haya transcurrido.

REFERENCIAS

- Bergés Casa E. Prioridad en la atención en servicios de Urgencias pediátricos. Estudio para la elaboración y aplicación de una escala de clasificación de pacientes [tesis doctoral] Sevilla: Universidad de Sevilla; 2004.
- Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, *et al*. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *CJEM* [revista en Internet] 1999 [acceso 2 de octubre de 2010]; 1(3): p 2. Disponible en: www.triagefirst.com/downloads/libfiles/CTASImplementation.pdf.
- Bullard M, Unger B, Spencer J, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. *CJEM* [revista en Internet] 2008 [acceso 1 de agosto de 2010]; 10(2):136-142. Disponible en: www.triagefirst.com/downloads/libfiles/CTASRevisions.pdf.
- Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Brasil: Organización Panamericana de la Salud, 2001 [acceso 2 de diciembre de 2010]; Disponible en: www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf.
- Calvache Gaviria AN. **Atención de urgencias pediátricas: Sistemas de clasificación para la atención. El Hospital** [revista en Internet] 2010 [acceso 2 de diciembre de 2010]; 66(1):12-15. Disponible en: www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_74875_HTML.html?idDocumento=74875.
- Charlo Molina T. Mesa Debate: “Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria”. *Vox Paediatrica* [revista en Internet] 2004 [acceso 29 de enero de 2010] 12(2); 7-14. Disponible en: www.spaoyex.org/voxpaeiatrica/pdf/Voxpaed12.2pags7-14.pdf.
- Commonwealth of Australia. *Emergency Triage education kit: Triage workbook* [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia; 2007 [acceso 15 de diciembre de 2010]; Disponible en: www.health.gov.au/publicat.html.
- Cornejo Marroquín C, Arnáiz Arnáiz M, De Los Santos Izquierdo JM. Triage en un Servicio de Urgencias Hospitalarias 2008; *Ciber Revista* [revista en Internet] 2008 Julio- Agosto [acceso 27 de diciembre de 2010]; 2(0): p 8. Disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre/pagina8.html.
- Félix Félix LE. Curso Básico: Metodología de Investigación en Salud. Santo Domingo: Alfa y Omega; 2000.
- García Pavón AJ. Triage en el Servicio de Emergencia, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón G, Diciembre 2007 [tesis doctoral]. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua; 2008.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index, Versión 4: Implementation Handbook. AHRQ Publicación No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Mayo 2005.
- Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de Triage estructurado de urgencias y emergencias. *Emerg* [revista en Internet] 2003 [acceso 12 de diciembre de 2010]; 15: 165-174. Disponible en: www.Triajeset.com/acerca/archivos/revision_Triage_estructurado.pdf.
- Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, Borrás M. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? *CJEM* [revista en Internet] 2003 [acceso 2 de noviembre de 2010]; 5(5): 315-322. Disponible en: www.cjem-online.ca/v5/n5/p315.
- Gómez Jiménez J. Sistema Español de Triage. XV congreso Nacional SEMES; Valencia, Junio 2003.
- Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el Triage estructurado. *Emerg* [revista en Internet] 2006 [acceso 25 de diciembre de 2010]; 18:156-164. Disponible en: www.semes.org/revista/vol18_3/5.pdf.
- Holtermann K, Ross González AN. Triage Hospitalario, Flujos de pacientes y punto de contacto del Departamento de Emergencias con el SSEM. En: Holtermann K, Ross González AN, Coordinador. Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- Hospital General de la Plaza de la Salud. Procedimiento para Facturación y Cobro a Usuarios de Servicios en el área de Emergencia. Santo Domingo: Hospital General de la Plaza de la Salud; 2011. Número de informe: GF-PR005.
- Hospital General de la Plaza de la Salud [Página principal en Internet]. Santo Domingo: Hospital General de la Plaza de la Salud; [acceso 2 de febrero de 2011]. Historia del Hospital. Disponible en: www.hgps.com.do/nosotros/historia.asp



COMPLICACIONES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA CORONARIA Y STENT FARMACOACTIVO, CLÍNICA CORAZONES UNIDOS.

**Sagrario J. Díaz J, Lisandro Cuevas A, Alejandrina del Orbe S, Herminia M. Brito D, Melida J. Garabitos N, María del Rosario.*

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue determinar las complicaciones en pacientes con síndrome coronario tratados con angioplastia coronaria y stent farmacoactivo, clínica corazones unidos julio 2006 - julio 2009. Se realizó un estudio tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal, que abarcó a todos los pacientes con dicha patología. El universo estuvo conformado por 134 pacientes con síndrome coronario agudo los cuales se realizaron angioplastia con stent liberadores de fármacos, de los cuales 44 de estos presentaron complicaciones. la recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de un formulario con preguntas cerradas de opciones múltiple conteniendo los objetivos y las variables de la investigación. Para extraer los resultados del archivo general y unidad de hemodinámica de la clínica corazones unidos. De las complicaciones que se derivan de la angioplastia coronaria la de mayor frecuencia fue el encarcelamiento con un total de treinta y cuatro coma uno por ciento (34,1%), seguido del espasmo arterial con veintinueve coma cinco por ciento (29,5%), la mayor frecuencia de casos de complicaciones se presentó en pacientes con edades comprendidas entre 61-70 años con un cuarenta y cinco coma cinco por ciento (45,5%), el sexo masculino fue el más afectado con un sesenta y ocho por ciento (68%). El síndrome coronario agudo de mayor relevancia fue la angina inestable con un cincuenta y cuatro coma seis por ciento (54,6%).

Palabras claves: Angioplastia Coronaria, Síndrome Coronario Agudo, Stent Liberador de Fármaco.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the complications in patients with coronary syndrome treated with coronary angioplasty and drug-eluting stent, clinical hearts united in July 2006 - July 2009. We performed a retrospective descriptive study of cross section, which included all patients with this disease. The universe consisted of 134 patients with acute coronary syndromes which were performed angioplasty drug eluting stent, of which 44 of these complications. Data collection was performed by applying a form with multiple choice closed questions containing the objectives and research variables. To remove the results of the general file and Hemodynamic clinic hearts united. Complications resulting from coronary angioplasty was the most frequent imprisonment with a total of thirty-four point one percent (34.1%), followed by arterial spasm with twenty-nine point five percent (29.5%)

), the larger frequency of complications occur in patients aged 61-70 years with a forty-five point five percent (45.5%), male sex was the most affected with a sixty-eight percent (68%). Acute coronary syndrome was the most important unstable angina with a fifty-four point six percent (54.6%).

Key words: coronary angioplasty, acute coronary syndrome, drug-eluting stent.

INTRODUCCIÓN

La Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea es un método diseñado para incrementar el flujo sanguíneo miocárdico, este se considera paliativo y no curativo, y debe considerarse como un procedimiento complementario y no competitivo en la relaciones con cirugía cardiovascular. Este se asocia a riesgo potencial como daño miocárdico, eventos vasculares o muerte.”⁽¹⁾

En los últimos 25 años la creación de técnicas nuevas (como la colocación de endoprótesis), los esquemas medicamentosos nuevos y los refinamientos en la práctica, gracias a la medicina “basada en evidencias”, la Angioplastia Percutánea se ha convertido de un método curioso en la variedad dominante de revascularización coronaria.”⁽²⁾

A pesar del desarrollo técnico, del avance en el método utilizado y de la creciente experiencia del cardiólogo intervencionista, se siguen presentando complicaciones durante y después del procedimiento. La tasa de esta varía entre los distintos centros y en ellos intervienen factores demográficos, el volumen de pacientes que maneja cada institución y de la experiencia del grupo médico. Actualmente se ha reconocido una disminución en la incidencia de complicaciones Isquémicas Intrahospitalarias.”⁽³⁾

En grupo de alto riesgo las complicaciones mayores son: La muerte, el infarto agudo del miocardio, evento vascular cerebral, taponamiento cardíaco y hemorragia importante.”⁽³⁾

Harrison, T. Intervención Coronaria Percutánea. EN Principios de Medicina Interna. (17^{va} ED.) México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A., 2008, Vol. II, P. 1544-1548.

Alonso Sánchez, J; Angulo Ortiz, J; Santezana, H... (et al). Cateterismo Cardíaco en el paciente agudo. EN Manual de Urgencias Cardiovascular (3^{ra} ED.) México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A., 2007, P. 355 – 363.

Braunwald, E. Intervención Coronaria Percutánea y Valvular. EN Tratado de Cardiología. (7^{ma} ED.) Madrid España: Elsevier España S.A., 2006, Vol. II, P. 1367 – 1396.

*Médico General

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal.

Demarcación geográfica.

El centro se encuentra localizado, en la calle Padre Fantino Falco No 21, Ensanche Naco, Santo Domingo Distrito Nacional. Está delimitado al Norte por la calle Tételo Vargas, al Sur por la calle Padre Fantino Falco, al Este por la Avenida Ortega y Gasset y al Oeste por la calle Manuel E. Perdomo.

Tiempo del estudio.

La investigación abarcó un periodo de estudio comprendido desde el 1ro de Julio del año 2006 al 30 de Julio del año 2009.

Universo de estudio

Un total de 134 pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo y que se les realizó Angioplastias Coronarias con Stent Liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006 - Julio 2009.

Muestra

Un total de 44 casos de los cuales 24 eran del sexo femenino y 20 masculino, estos presentaron complicaciones en el momento y/o después del procedimiento.

Criterios de inclusión

Se tomaron los siguientes parámetros:

Pacientes que cursen con Síndrome Coronario Agudo.

Que se realizaron la Angioplastia Coronaria con Stent Liberadores de Fármacos en la Clínica Corazones Unidos Julio 2006 - Julio 2009.

Que presentaron las complicaciones durante y/o después del procedimiento.

Criterios de exclusión.

Que se realicen las Angioplastias Coronarias con Stent Convencionales en la Clínica Corazones Unidos Julio 2006 - Julio 2009.

Pacientes \leq 40 años de edad.

Unidad de análisis

Los datos fueron extraídos de los expedientes clínicos de los pacientes que presentaron Síndrome Coronario Agudo, los cuales fueron tratados con Angioplastia Coronaria con colocación de Stent Liberados de Fármacos en la Unidad de Hemodinamia de la Clínica Corazones Unidos.

Consentimiento Informado

Luego de haber seleccionado el problema de investigación, se procedió a la realización del perfil de investigación en donde fue analizado y aprobado por la oficina de tesis de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Posteriormente se presentó al Director y/o Sub-director de la Clínica Corazones Unidos la carta de aprobación de la investigación, para solicitar el permiso correspondiente, e iniciar la recolección de los datos, y así dar respuesta al problema de investigación para finalmente concluir con el protocolo.

Método e instrumento de recolección de datos

Se elaboró un formulario con preguntas cerradas de selección múltiple de los objetivos y las variables de la investigación.

Procesamiento y análisis de la información.

Los resultados de la investigación se procesaron en el editor de texto Microsoft Office Word 2007 y en Microsoft Office Excel 2007.

Principios éticos

Considerando los principios de Bioética Médica se le informó al Director de la Clínica Corazones Unidos Dr. Luis Rafael Cuello Mainardi y al jefe de la unidad de Hemodinamia Dr. José Luis Peña Reyes, sobre las intenciones y el carácter científico del estudio. Por tanto los resultados serán manejados con estricta discreción, por lo que los datos obtenidos son totalmente confidenciales permaneciendo bajo la responsabilidad de los autores.

RESULTADOS

Total de Pacientes estudiados.

Tabla 1. Pacientes complicados y no complicados.

Pacientes con Síndrome Coronario Agudo	Frecuencia	%
Complicado	44	33
No complicado	90	67
Total	134	100

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los que se realizó Angioplastia Coronaria con Stent liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006- Julio 2009.

Edades en la cuales se presentaron con mayor frecuencia las complicaciones.

Tabla 2.

Edad (años)	Frecuencia	%
41-50	7	15.9
51-60	8	18.2
61-70	20	45.5
\geq 71	9	20.4
Total	44	100,0

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los que se realizó Angioplastia Coronaria con Stent liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006- Julio 2009.

Edades con mayor presentación de complicaciones.

Sexo que tuvo más incidencia de lesiones arteriales y estenosis.

Tabla 3.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	14	32
Masculino	30	68
Total	44	100

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los que se realizó Angioplastia Coronaria con Stent Liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006- Julio 2009.

Sexo que tuvo más incidencia.

Tiempo que pasa desde que se realiza el procedimiento hasta el momento que el paciente presenta los síntomas y posibles complicaciones.

Tabla 4

Tiempo	Frecuencia	%
Durante la intervención	39	88.6
1 ^{ra} 48 h.	0	0
49 h.- 1 ^{er} mes.	1	2.3
2 ^{do} mes- 6 ^{to} mes	2	4.5
7 ^{mo} mes- 1 ^{er} año.	1	2.3
1 ^{er} año-2 ^{do} año	0	0
≥2 ^{do} año.	1	2.3
Total	44	100,0

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los que se realizó Angioplastia Coronaria con Stent Liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006 - Julio 2009.

Tiempo transcurrido desde la realización del procedimiento hasta el momento de aparición de la complicación.

Síndrome que presento mayor relevancia en paciente complicados.

Tabla .5.

Síndrome Coronario Agudo	Frecuencia	%
Infarto Agudo del Miocardio con elevación del ST	12	27.2
Infarto Agudo del Miocardio sin elevación del ST	8	18.2
Angina Inestable	24	54.6
Total	44	100,0

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los que se realizó Angioplastia Coronaria con Stent Liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006 - Julio 2009.

Síndrome que presento mayor relevancia.

Complicaciones más frecuente presentada en pacientes con síndrome coronario agudo.

Tabla 6.

Complicaciones	Frecuencia	%
Trombosis	8	18.2
Perforación Coronaria	2	4.5
Reestenosis	2	4.5
Disecciones vasculares	5	11.3
Choque Cardiogénico	0	0
Evento Vascular Cerebral	0	0
Taponamiento Cardíaco	0	0
Hematomas Locales	3	6.8
Espasmo arterial	13	29.5
Encarcelamiento	15	34.1
Muerte	2	4.5
Total de pacientes	44	100,0

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los que se realizó Angioplastia Coronaria con Stent Liberadores de Fármacos, Clínica Corazones Unidos Julio 2006 - Julio 2009.

Complicaciones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo

DISCUSIÓN

Al concluir la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

El intervalo de edad más afectada fue el de los pacientes con edades comprendidas entre los 61 a los 70 años para un cuarenta y cinco como cinco por ciento (45,5%), lo que es relativamente similar a lo datos publicados por Domínguez Franco A. y colaboradores en la Revista Española de Cardiología, los cuales revelaron que las edades más afectadas fueron 60 a 74 años para un cuarenta y nueve como dos por ciento (49,2%).

Se pudo evidenciar en cuanto al sexo que el más vulnerable es el masculino, con un sesenta y ocho por ciento (68%), lo que difiere con los estudios consultado como es el caso del estudio de Membreño Mann y colaboradores que reporto que existe una relación de 3:1 de afectación para el sexo masculino para un setenta y siete como cinco por ciento (77,5%).

Dentro de los resultados obtenidos con relación al tiempo de aparición de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos al procedimiento encontramos que una gran mayoría las presento durante la intervención para un ochenta y ocho como seis por ciento (88,6%).

Si nos referimos a los pacientes con Síndrome Coronario Agudo el que tuvo mayor presentación fueron los que cursaron con Angina Inestable en un cincuenta y cuatro como seis por ciento (54,6%) lo que tiene una diferencia en relación con los resultados publicados por Membreño Mann y colaboradores en la Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva que reportaron que un cuarenta y siete por ciento (47%) de los pacientes que son intervenidos por un cuadro de Angina Inestable.

En cuanto a las complicaciones presentadas en los pacientes debido a la Angioplastia Coronaria fueron el encarcelamiento 15 casos para un treinta y cuatro como uno por ciento (34,1%), con relación al espasmo arterial se presentaron 13 casos para un veintinueve como cinco por ciento (29,5%) y la trombosis 8 casos para un dieciocho como dos por ciento (18,2%). Para los primeros citados sin antecedentes previos, sin embargo en el estudio publicado en la Revista Archivos Dominicanos de Cardiología por Pérez Reyes y colaboradores sobre trombosis de Stent medicados Clínica Fundación Corazones Unidos, se reporta una tasa moderada de Trombosis de Stent Medicados.

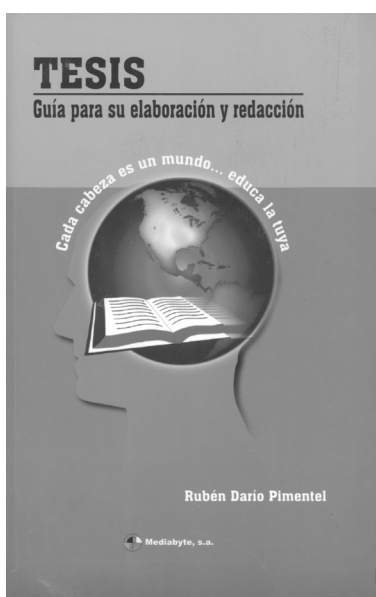
REFERENCIAS

1. Baim D. Intervención Coronaria Percutánea. En: Harrison, T, editor Principios de Medicina Interna. 17^{va} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2008, Vol. II, P. 1544-1548.
2. Alonso SJ, Angulo OJ; Santezana, H, En: Cateterismo Cardíaco en el Paciente Agudo. Manual de Urgencias Cardiovascular 3^{ra} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2007, P. 355-363.
3. Popma JJ, Kuntz RE, Baim DS. Intervención Coronaria Percutánea y Valvular. En: Braunwald, E, Editor Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. II, P. 1367-1396.
4. Hernández, A R; Fernández, Vázquez, F; Moreu Burgo, J; López Palop, R. Cardiología intervencionista Revista española de cardiología. Feb.2007; 60(1):19-32.

5. Membreño Mann, J; Monares Zepeda, E; Colín Espinoza, V... (et al). Evolución de los Síndromes Coronarios Agudos (SICA) manejados con Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) Primaria en la Unidad de Terapia Intensiva «Dr. Mario Shapiro» del Centro Médico ABC. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 21(3):131-134, Julio-Septiembre, 2007.
6. Fernández de Castro, R; López Luciano, J... (et al). Análisis Retrospectivo del Uso de Stents Liberadores de Tacrolimus (Janus, Sorin) en el Síndrome Coronario Agudo (SCA) en República Dominicana. Archivos Dominicanos de Cardiología. 39(1): 65-66, Enero-Julio, 2007.
7. Mingo, S; Goicolea, J; Nombela, L... (et al). Angioplastia Primaria en nuestro medio. Análisis de los retrasos hasta la reperfusión, sus condicionantes y su implicación pronóstica. Revista Española de Cardiología. 62(1):15-22, Enero, 2009.
8. Albertain, M; Cura, F; Padilla, L; Thierer J... (et al). Uso de Stent Liberador de Droga para el Tratamiento de la Reestenosis Intrastent en la práctica diaria. resultados de un centro de alto volumen de la Argentina. Revista Argentina de Cardiología. 75(4) Julio-Agosto, 2007.
9. Sarmiento Ricardo, A. angioplastia de bifurcación coronaria: ¿un stent o dos? ¿stent convencional o liberador de droga? Revista Argentina de Cardiología. Sept./oct. 2008. 76(5): 339-340.
10. Martí Sánchez, D; Dedieu, N; Salido Tahoces, L; Mestre Barceló, J. L; Pey Illera, J. Trombosis del stent. Revista Clínica Española. Enero 2008, 208(1):29-3
11. Peña Reyes, J; Greo, W; Lamas, M. Trombosis de Stent Medicados Clínica Fundación Corazones Unidos. Archivos Dominicanos de Cardiología. 39(1):67, Enero-Julio, 2007.
12. Palomo Villada, J; Padilla Padilla, F; Reyes Cisneros, F... (et al). Resultados de la plantación de Stent Coronario en Angioplastia Primaria en el Infarto Agudo del Miocardio. Revista Mexicana de Cardiología. 15 (2): 66-74, Abril -Junio, 2004.
13. Domínguez Franco A; Jiménez Navarro M; Hernández García J... (et al). Comparación de los resultados clínicos a medio plazo de los Stents Fármacoactivos frente a la Cirugía de Revascularización Coronaria en una población no seleccionada de Pacientes Diabéticos con afección multivaso. Análisis mediante propensity score. Revista Española de Cardiología. 62(5):491-500, Mayo, 2009.
14. Dussaillant N G; Marchant D E; Donoso P H... (et al). Práctica contemporánea de la angioplastia coronaria en Chile. Informe final del Registro Nacional de Angioplastia Coronaria (RENAC) 2001-2002. Revista médica de Chile. 132(8): 913-922, Agosto, 2004.
15. Rouvière, H; Delmas A. Corazón y vasos del tronco. En: Anatomía Humana. 11^{va} ed. Barcelona España.: Masson S.A.; P. 140-143.
16. Moore, K; Dalley, A. Tórax. En: Anatomía con orientación clínica. 4^{ta} ed. Philadelphia. EE.UU.: Editorial Medica Panamericana.; 2005, P.136-138.
17. Lane GE, Holmes DR. Intervención Coronaria Percutánea Primaria en el Tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio. En: Braunwald, E, editor. Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. II, P. 1227-1280.
18. Antman EM, Braunwald E. Infarto de Miocardio con elevación del ST: Anatomía Patológica, Fisiopatología y Manifestaciones Clínicas. En: Braunwald, E, editor. Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. II, P. 1141-1165.
19. Canon CP, Braunwald E. Angina de Pecho Inestable e Infarto del Miocardio sin elevación del ST. En: Harrison, T, Principios de Medicina Interna. 17^{va} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2008, Vol. II, P. 1527-1532.
20. Antman EM, Braunwald E. Infarto del Miocardio con elevación del segmento En: Harrison, T, editor. Principios de Medicina Interna. 17^{va} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2008, Vol. II, P. 1532-1544.
21. Baim DS, Grossman W. Harrison, T. Cateterismo Cardiaco y Angiografía con Finalidad Diagnostica En: Harrison, T, editor. Principios de Medicina Interna. 17^{va} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2008, Vol. II, P. 1471-1477.
22. Antman EM. Infarto de Miocardio con elevación del ST: Tratamiento En: Braunwald, E, editor. Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. II, P.1166 -1226.
23. Alonso SJ, Angulo OJ, Santezana H. Tratamiento de la Angina Inestable e Infarto Agudo del Miocardio sin elevación del segmento ST. En: Manual de Urgencias Cardiovascular 3^{ra} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2007, P. 96 -106.
24. Alonso SJ, Angulo OJ, Santezana H. Infarto Agudo del Miocardio con elevación del segmento ST. En: Manual de Urgencias Cardiovascular 3^{ra} ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A; 2007, P. 107-127.
25. Davidson CJ, Bonow RO. Cateterismo Cardiaco. En: Braunwald, E, editor. Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. I, P. 395 - 421.
26. Lane GE, Holmes DR. Intervención Coronaria Percutánea Primaria en el tratamiento del infarto Agudo de Miocardio. En: Braunwald, E, editor. Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. I, P. 1027 - 1242.
27. Reyes P. Angioplastia Primaria en el Infarto Agudo del Miocardio En: Severino, F; Castillo Vargas, J, editores. Emergencias Médico Quirúrgicas. 2da ed. Santo Domingo, República Dominicana.: Impresos Mayobanex; 2006, P. 98 – 91
28. Douglas JS, Kim III SB. Percutaneous Coronary Intervention En: Fuster, V; Alaxander, R; O'Rourke, R. Percutaneous, editors. Hurst's the Heart. 10th ed. U.S.A: McGraw-Hill Interamericana; 2001, P. 1437-1460.
29. González de PR. Cardiopatía Isquémica. En: Cardiodinámica. 3^{ra} ed. Santo Domingo, República Dominicana.: Editora Centenario; 1999, P. 365 - 374.
30. González de PR. Cardiopatía Isquémica. En: Cardiodinámica. 3^{ra} ed. Santo Domingo, República Dominicana.: Editora Centenario; 1999, P. 365 - 374.
31. Cannon CP, Braunwald, E. Angina Inestable e Infarto de Miocardio sin elevación del ST. En: Braunwald, E, editor. Tratado de Cardiología. 7^{ma} ed. Madrid España: Elsevier España S.A; 2006, Vol. I, P. 1243 – 1280.

32. Ureña, P; Minaya, M. Los Stents Recubiertos de Sirolimus son beneficiosos en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). Boletín Médico de CEDIMAT. 16(3):1 - 3, Marzo 2004.
33. Gonzales Pliego, J. Desencadenantes de Síndromes Coronarios Agudos. Relaciones Fisiopatológicas. Revista de Cardiología de México. 76(2): 208 - 216, Abril - Junio 2006.
34. Ellis SG. Drug-Eluting and Bare Metal Stents En: Topol, E, editor. Textbook of Interventional Cardiology. 5th ed. Philadelphia PA: Saunders Elsevier; 2008, P. 255 - 270.
35. Sizemore BC, Khuddus MA, Anderson RD. Elective Intervention for Chronic Coronary Syndromes: Stable Angina and Silent Ischemia. En: Topol, E, editor. Textbook of Interventional Cardiology. 5th ed. Philadelphia PA: Saunders Elsevier; 2008, P. 287 - 301.
36. De Feyter PJ. Percutaneous Intervention for Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. En: Topol, E, editor. Textbook of Interventional Cardiology. 5th ed. Philadelphia PA: Saunders Elsevier; 2008, P. 305 - 318.
37. Schomig A, Ndrepepa G, Kastrati A. Coronary Interventions in Acute ST-Segment Elevation. En: Topol, E, editor. Textbook of Interventional Cardiology. 5th ed. Philadelphia PA: Saunders Elsevier; 2008, P. 321 - 343.
38. Park SJ, Kim YH. Percutaneous Intervention for Left Main Coronary Artery Stenosis. En: Topol, E, editor. Textbook of Interventional Cardiology. 5th ed. Philadelphia PA: Saunders Elsevier; 2008, P.393 - 414.
39. Murphy JG, Barnes GW. Coronary Stents. En: Murphy, J; Lloyd, M, editors. Mayo Clinic Cardiology. 3th ed. Rochester, Minnesota: Mayo Clinic Scientific Press and Informa Health Care; 2007, P.1489 - 1502.
40. Pérez, M; Valdez, I. Impacto del Uso de Stents Recubiertos en la Morbimortalidad de Pacientes con Enfermedad Coronaria en comparación con Stents Regulares: Seguimiento a 7 años. Archivos Dominicanos de Cardiología. 39(1): 60, Enero-Julio, 2007.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



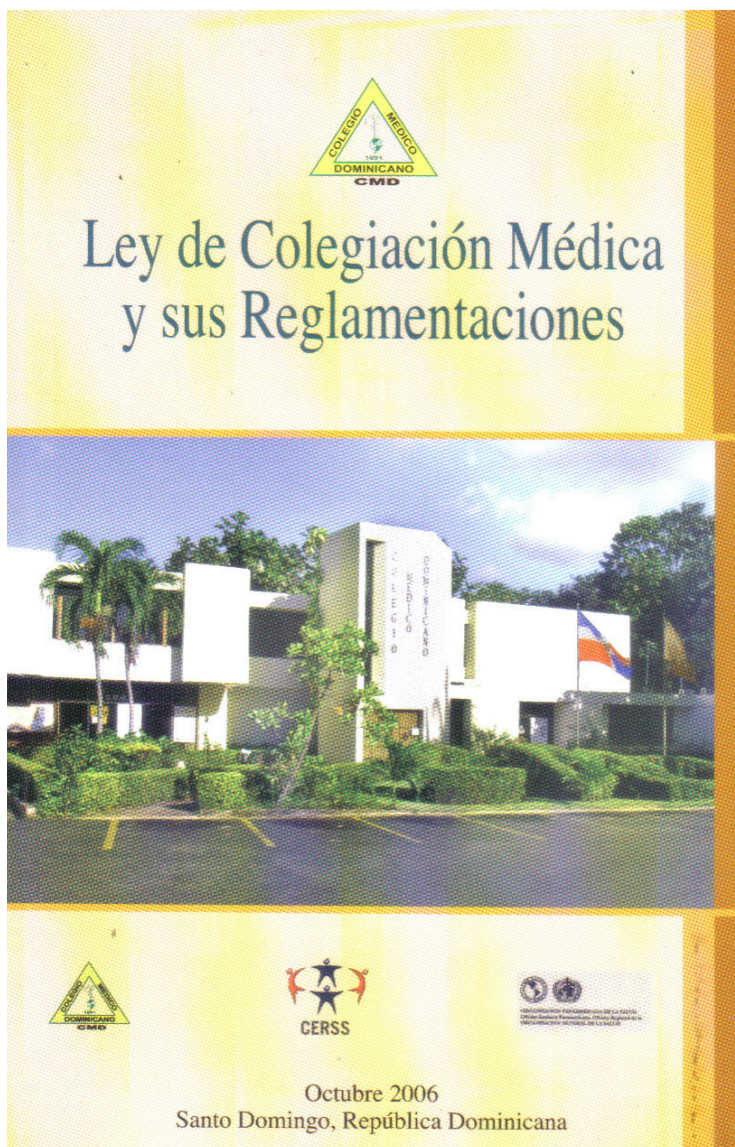
Tesis.

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.



FRECUENCIA DE COLITIS ULCERATIVA EN PACIENTES INGRESADOS POR EL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER.

Yolanda Valerio Quiroz,** Juan L. Olivare Carrera,* Ancelmo Gil Arias,* Elizabeth Ayala,* Aracelis Lantigua.*

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con la finalidad de determinar la frecuencia de Colitis Ulcerativa (CU) en los pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS). 2000-2009.

De 2,902 pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología en el periodo 2000-2009, solo 16 (0.55 por ciento) pacientes resultaron con la enfermedad de Colitis Ulcerativa, en los años 2002 y 2003 se observó la mayor frecuencia 5 (31.25 por ciento). La edad de mayor frecuencia fue \geq de 60 años, 7 (43.75 por ciento), seguida de 50-59 años, con 3 (18.75 por ciento). Proporción hombre/mujer 1.6:1, 10 (62 por ciento) pacientes de sexo masculinos y 6 (38 por ciento) pacientes femeninas. El porcentaje más alto del nivel de escolaridad se presentó en el nivel primario con 11 (68.96 por ciento) pacientes. Los signos y síntomas más frecuentes fueron: rectorragia 12 (75.49 por ciento), diarrea 9 (56.49 por ciento) y dolor abdominal 7 (43.85 por ciento). El área anatómica de mayor afectación fue la rectosigmoide 9 pacientes (56.49 por ciento), seguida de colon descendente 4 (25 por ciento). En las complicaciones, encontramos que el sangrado masivo en el colon fue la más frecuente 9 (56.49 por ciento) pacientes, seguido de enfermedad hepática 4 (25 por ciento). El tratamiento farmacológico fue el tratamiento a seguir por todos los pacientes correspondiendo a un 100 por ciento. En la procedencia encontramos una igualdad entre la zona rural y urbana, correspondiendo cada uno a un 8 (50 por ciento).

Concluimos que: la Colitis Ulcerativa tuvo su máxima incidencia entre las edades 50 y 69 años. es una enfermedad tratada casi en su totalidad por tratamiento farmacológico, logrando así la estabilización de los pacientes ya que estos llegan mayormente con: rectorragia, diarrea y dolor abdominal de tipo cólico, teniendo como complicación principal un sangrado masivo en el colon y solo si se complica el paciente sería tratado quirúrgicamente.

Palabras claves: Frecuencia, Colitis-Ulcerativa, Gastroenterología.

ABSTRACT

There was a descriptive, retrospective study with the purpose of determining the frequency of Ulcerative Colitis (UC) in patients admitted to the department of Gastroenterology of the Dr. Salvador B. Gautier Hospital 2000-2009.

Of 2,902 patients admitted to the gastroenterology department 2000-2009, only 16 (0.55 percent) of the patients resulted with the disease of Ulcerative Colitis; in the years of 2002 and 2003, the highest frequency showed 5 (31.25 percent). The most common age were those patients \geq ages of 60, being 7 of them (43.75 percent), followed by those between the ages of 50 to 59 with 3 of them (18.75 percent). Ratio of men to women 1.6:1, 10 (62 percent) male patients and 6 (38 percent) female patients. The highest percentage of school age children was in the primary grades with 11 (68.96 percent) patients. The most common signs and symptoms were: rectal bleeding 12 (75.49 percent), diarrhea 9 (56.49 percent), and abdominal pain 7 (43.85 percent). The most affected anatomical area was the Rectosigmoid with 9 patients (56.49 percent), followed by descending colon 4 (25 percent). In complications, it was found that massive colon bleeding was the most frequent with 9 patients (56.49 percent), followed by hepatic disease with 4 patients (25 percent). Pharmaceutical treatment was the norm in treating all patients, with one hundred percent. They did not find a difference in the number of cases involving rural and urban areas, each area having 8 (50 percent).

We concluded that: Ulcerative Colitis had the greatest incidence in patients between the ages of 50 and 69. It is a disease that can be treated almost entirely with pharmaceutical treatments, making possible the healthy stability of patients that suffered mostly of rectal bleeding, diarrhea, and abdominal pain like colic, having as a major complication a massive colon bleeding, which would only be treated surgically if getting major complication.

Key words: Frequency, Ulcerative Colitis, Gastroenterology.

INTRODUCCIÓN

La Colitis Ulcerativa es una enfermedad muy poco frecuente con signos y síntomas asociados a otras enfermedades, su forma de presentación nos simula otras entidades el cual es tratado distorsionalmente, hasta que es diagnosticado definitivamente. Los pacientes que cursan con esta enfermedad son ingresados por presentar rectorragia, diarrea y dolor abdominal de tipo cólico. La edad, la procedencia y la clase socioeconómica son condicionantes socio demográficas de la Colitis Ulcerativa. La ocurrencia de pancolitis tiene una afectación importante en la calidad de vida de estos pacientes siendo el tratamiento farmacológico el de mayor elección, pero no el único a considerar, ya que la nutrición, los ejercicios y la preparación psicológica podría mejorarle la vida, para enfrentarse ante la sociedad, estos factores le alargarían y mejorarían la vida a

* Médico general

estos pacientes, teniendo presente que es una enfermedad de la segunda década de vida.

Según Khorrami M., Enero del 2005, Madrid, España; refirió que la frecuencia de displasia es menor que la esperada y no sustenta los programas de vigilancia en los pacientes de Colitis Ulcerativa; aunque por el pequeño número de pacientes no se pueden sacar conclusiones firmes; A todos los enfermos se les sometió cada 18/24 meses a una colonoscopia con múltiples biopsias para detectar displasias epiteliales en el que se incluyó 39 pacientes desde Enero de 1994 hasta Diciembre del 2003. La mitad de ellos eran varones. La edad media fue de 52 (± 13) años. La duración media de la CU fue de 15 ± 8 años. 13 (35 por ciento) pacientes sufrían una colitis izquierda y 26 (65 por ciento) una pancolitis o colitis extensa. Se detectó la presencia de displasia leve en 4 pacientes, en uno de ellos en dos ocasiones (13 por ciento) la incidencia de displasia leve fue de 1.3 por ciento pacientes por año de vigilancia.¹ Y Paz Bastida, Noviembre del 2007, España; Determinó algunas variables fenotípicas y farmacológicas que pueden tener una notable influencia en el perfil de efectos secundarios y por tanto en la efectividad de los inmunosupresores tiopurínicos de la enfermedad inflamatoria intestinal. En 118 cursos en los que la indicación fue la inducción de la remisión clínica, ésta se alcanzó en el 62 por ciento de los pacientes y se mantuvo durante una media de 52 meses. La enfermedad perianal fue la única variable que se asoció con una peor respuesta. En el 34 por ciento de los cursos se detectaron efectos adversos y éstos fueron la principal causa de retirada del fármaco.²

En nuestro país la Dra. Mercedes Marrero Abreu y colaboradores, Enero-Diciembre del 2008, Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004; refieren que la prevalencia de Colitis ulcerativa fue de 8.6 por ciento. En el año 2000 se observó la mayor frecuencia (24/71) para 33.8 por ciento, seguido del año 2003 (17/71), para un 23.9 por ciento. Los pacientes procedentes de la región sur del país fueron los más afectados (27/67) al área rural, seguidos del Distrito Nacional (20/67) donde 52.2 por ciento correspondió al área urbana. El nivel de instrucción de los pacientes diagnosticados con colitis ulcerativa se observó que la mayor frecuencia correspondió al nivel primario (12/59), seguido del nivel secundario (21/59). La rectorragia fue el signo más frecuente (59/71), al igual que la diarrea, seguidos del dolor abdominal (43/71); el compromiso hepático y articular fueron los más frecuentes (2/71) respectivamente, seguidos de compromiso biliar, ojos y piel (1/71) pacientes; la rectosigmoide fue el área anatómica más afectada (43/71), seguida del colon descendente (26/71), no teniendo una diferencia significativa en las demás áreas anatómicas del colon. El cáncer fue la complicación más frecuente (5/71).³

Es nuestro propósito adquirir mayores conocimientos que nos permitan garantizar la efectividad en el manejo de esta patología, así como poder orientar a los pacientes de los principales factores de riesgo y al mismo tiempo aportar a la comunidad científica y a la sociedad datos actualizados que reflejan nuestra realidad en torno a este padecimiento. La actitud del médico ante sus pacientes debe rebasar el mero aspecto científico-técnico y alcanzar un abordaje biopsicosocial. Hemos elegido el Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) para este estudio por tratarse de un centro de atención general donde acuden personas de diferentes extractos sociales y procedentes de diferentes regiones del país

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con la finalidad de determinar la frecuencia de Colitis Ulcerativa en los pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS). 2000-2009.

Demarcación geográfica

La revisión se realizó en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS). Ubicado en el Ensanche La Fe, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado al sur por la calle Alexander Fleming, al norte por la calle Genard Pérez, al oeste la calle Juan 23 y al este la calle 39.

Universo o población

Todos los pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS). 2000-2009, siendo estos 2,902 (dos mil novecientos dos) pacientes.

Muestra

Está constituida por todos los pacientes a los cuales se les realizaron una colonoscopia, siendo estos 432 pacientes, de los cuales 27 pacientes fueron diagnosticados con Colitis Ulcerativa, y solo 16 (0.55 %) expedientes fueron encontrados y cumplieron con los criterios de inclusión respectivamente.

Criterios de inclusión

Pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS). 2000-2009.
Pacientes diagnosticados con Colitis Ulcerativa.
Pacientes cuyos expedientes se encontraron completos.

Criterios de exclusión

Pacientes que no están diagnosticadas con Colitis Ulcerativa.
Pacientes cuyos expedientes se encontraron incompletos.
Expedientes no encontrados.

Procedimiento y análisis de la información

Tras la aprobación del tema nos dirigimos a la dirección y a la oficina de enseñanza del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) para adquirir las firmas de las cartas que nos permitirían continuar con la investigación; luego nos dirigimos al departamento de estadísticas, para dar inicio a la recolección de datos y continuamos con la revisión en el archivo de este centro donde se identificaron los expedientes de los pacientes con Colitis Ulcerativa.

Fuentes de información

Datos recopilados en cuestionarios, aplicados a las historias clínicas de los expedientes existentes en el archivo de este centro de salud.

Técnicas y recolección de datos

La recolección de los datos se realizó mediante un cuestionario aplicado a los expedientes e historias clínicas obtenidas de los archivos del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS). 2000-2009. Los datos están basados en preguntas que contienen las variables sujetas al estudio, incluyendo datos personales de los pacientes.

Principios éticos y bioéticos

Los resultados expuestos en este estudio solo serán utilizados para fines científicos, por lo que bajo los principios de la ética y bioética de la medicina nos comprometemos a no revelar los datos personales de los expedientes estudiados.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución según reportes por años.

Años	Cantidad	%
2000	0	0.00
2001	1	6.25
2002	5	31.25
2003	5	31.25
2004	0	0.00
2005	1	6.25
2006	1	6.25
2007	2	12.50
2008	1	6.25
2009	0	0.00
Total	16	100.00

Fuente: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución por años encontramos 5 pacientes en los años 2002 y 2003, correspondiendo a un 31.25 por ciento; 2 pacientes en el año 2007, con un 12.50 por ciento; 1 paciente en los años 2001, 2005, 2006 y 2008, con un 6.25 por ciento, la frecuencia es de 0.55 por ciento.

Cuadro 2. Distribución según la edad.

Edad (años)	Cantidad	%
≤19	0	0.00
20-29	2	12.50
30-39	2	12.50
40-49	2	12.50
50-59	3	18.75
≥60	7	43.75
Total	16	100.00

Fuente: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución por edad encontramos 7 pacientes mayores de 60 años, correspondiendo a un 43.75 por ciento; 3 pacientes en las edades de 50 a 59 años, con un 18.75 por ciento y 2 pacientes en los rangos 20 y 29, 30-39 y 40-49 años, correspondiendo a un 12.50 por ciento.

Cuadro 3. Distribución según el sexo.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	10	62.00
Femenino	6	38.00
Total	16	100.00

Fuente: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución por sexo encontramos 10 pacientes de sexo masculinos correspondiendo a un 62 por ciento y 6 pacientes femeninas con un 38 por ciento.

Cuadro 4. Distribución según el grado de escolaridad.

Grado de escolaridad	Cantidad	%
No grado	2	12.5
Primaria	11	68.96
Secundaria	1	6.25
Tecnico	1	6.25
Universitario	1	6.25
Total	16	100.00

Fuentes: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución por grado de escolaridad encontramos 11 pacientes en el grado de la primaria, correspondiendo a un 68.96 por ciento; 2 pacientes en el renglon de no grado, con un 12.5 por ciento; de 1 paciente en el grado de la secundaria, tecnico y universitario.

Cuadro 5. Distribución según los signos y síntomas.

Signos y síntomas	Cantidad	%
Rectorragia	12	75.18
Diarrea	9	56.49
Dolor abdominal de tipo cólico	7	43.85
Fiebre	3	18.86
Pérdida de peso	2	12.50
Tenesmo	1	6.25
Secreción de moco	1	6.25
Anorexia	0	0.00
Náuseas	0	0.00
Vómitos	0	0.00

Fuentes: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución por signos y síntomas encontramos 12 pacientes que presentaron rectorragia, correspondiendo a un 75.49 por ciento; 9 pacientes que presentaron diarrea, con un 56.49 por ciento; 7 pacientes que presentaron dolor abdominal de tipo cólico, con un 43.85 por ciento; 3 pacientes que presentaron fiebre, con un 18.86 por ciento; 2 pacientes que presentaron perdida de peso, con un 12.5 por ciento; de 1 paciente que presentaron tenesmo y secrecion de moco, con un 6.25 por ciento.

Cuadro 6. Distribución según la localización en el colon.

Localizacion	Cantidad	%
Proctosigmoiditis	9	56.49
Colitis izquierda	4	25.00
Colitis extensa	2	12.50
Proctitis	1	6.25
Pancolitis	0	0.00
Total	16	100.00

Fuentes: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución por la localización en el colon encontramos que 9 pacientes llegaron con proctosigmoiditis, con un 56.49 por ciento; 4 pacientes llegaron con colitis izquierda, con un 25 por ciento; 2 pacientes llegaron con colitis extensa, con un 12.5 por ciento; 1 paciente llegó con proctitis, con un 6.25 por ciento; y 0 paciente con pancolitis, con un 0 por ciento.

Cuadro 7. Distribución según las complicaciones presentadas.

Complicaciones	Cantidad	%
Sangrado masivo en el colon	9	56.49
Enfermedad hepática	4	25.00
Cáncer	1	6.25
Inflamación de las articulaciones	1	6.25
lesiones en el ojo	1	6.25
Espondilitis anquilosante	0	0.00
Estrechamiento del colon	0	0.00
Complicaciones de la terapia con corticosteroide	0	0.00
Insuficiencia en el crec. y desarrollo sexual de los niños	0	0.00
Ulceras bucales	0	0.00
Piodermia gangrenosa	0	0.00
Desgarros en el colon	0	0.00

Fuentes: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a las complicaciones encontramos que 9 pacientes sufren de sangrado masivo en el colon, correspondiendo a un 56.49 por ciento; 4 pacientes sufren de enfermedad hepática, con un 25 por ciento. 1(6.25 por ciento) paciente padeció de cancer, al igual que inflamación de las articulaciones y lesiones en el ojo, y ninguno de los pacientes sufrieron de espondilitis anquilosante, estrechamiento del colon, complicaciones de la terapia con corticosteroide, insuficiencia en el desarrollo sexual de los niños, úlceras bucales, piodermia gangrenosa y desgarros o agujeros en el colon, con un 0 por ciento.

Cuadro 8. Distribución según el tratamiento farmacológico o quirúrgico.

Tratamiento	Cantidad	%
Farmacológico	16	100.00
Quirúrgico	0	0.00
Total	16	100.00

Fuentes: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución según el tratamiento farmacológico y quirúrgico, encontramos que todos los

pacientes se sometieron al tratamiento farmacológico, con un 100 por ciento; y que ninguno llegó a someterse al tratamiento quirúrgico.

Cuadro 9. Distribución según la procedencia.

Procedencia	Cantidad	%
Rural	8	50.00
Urbana	8	50.00
Total	16	100.00

Fuentes: de los expedientes de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) 2000-2009.

En cuanto a la distribución según la procedencia encontramos una igualdad entre la zona rural y urbana, correspondiendo cada uno a un 50 por ciento.

DISCUSIÓN

Tras el análisis exhaustivo de los resultados y teniendo en cuenta los objetivos y la hipótesis planteada presentamos los resultados de la investigación que nos ha permitido conocer la frecuencia de colitis ulcerativa en pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS) en el 2000-2009. En cuanto a la muestra obtenida 16 pacientes en 10 años, ingresados por el departamento de gastroenterología, (cuadro 1), debemos destacar que se registran 27 pacientes ingresados por colitis ulcerativa de los cuales 11 expedientes no fueron encontrados. La frecuencia de Colitis Ulcerativa resultó 0.55 por ciento, lo cual al relacionarlo con las estadísticas internacionales resultado baja, como era de esperarse por ser una enfermedad propia de países del norte como Estados Unidos, Reino Unido, Noruega y Suecia.¹ Nuestros resultados difieren con la investigación de Arin L. y compañeros en Marzo del 2008 en el servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Navarra, España entre 2001 y 2003, 10.29, casos/100.000 habitantes/año respectivamente;¹ la investigación de Torrejon Herrera y compañeros el 5 de Febrero del 2009, en el centro de investigación Biomédica en Red de Enfermedades Digestivas y hepáticas (CIBERehd, España), Unidad de atención Crohn-Colitis (UACC), Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España entre 1999 y 2007, el número de pacientes ha aumentado progresivamente, y actualmente es de 1,784 pacientes;² reportan estas dos investigaciones un aumento progresivo de pacientes con Colitis Ulcerativa en los últimos años y este por ciento es mucho más elevado que los resultados obtenidos en nuestra investigación; además nuestros resultados demuestran la mayor cantidad de pacientes en los primeros años, resultando así una disminución en los últimos años. Y corrobora con la investigación de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, la prevalencia de Colitis ulcerativa fue de 8.6 por ciento.²

Con lo referente a la edad, esta coincidió con las literaturas revisadas. La edad media fue de 52 (±14) años (cuadro 2). Estos resultados se corroboran con los estudios internacionales como nacionales de: Khorrami M., y colaboradores en Enero del 2005, Hospital Universitario de La Princesa (H. U. P.). Madrid, España, Enero 1994- Diciembre 2003, reportando la edad media de 52 (±13) años;² Martínez A. y colaboradores en Junio del 2007, Hospital Xeral Cies, España, reportando la edad media de 51.7 años;² Torrejon Herrera y colaboradores

el 5 de Febrero del 2009, en el centro de investigación Biomédica en Red de Enfermedades Digestivas y hepáticas (CIBERehd, España), Unidad de atención Crohn-Colitis (UACC), Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España entre 1999 y 2007, reportando la mayoría menores de 50 años.¹ Y de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, entre las edades 30-39 años (32.4%), seguido de mayor o igual a 60 años con (24.1%).¹ Estas investigaciones al igual que la nuestra coinciden en las edades de mayor afectación.

La proporción entre hombres/mujeres es de 1.6:1 (cuadro 3). Estos resultados se corroboran con los estudios de: Martínez A. y otros en Junio del 2007, Hospital Xeral Cíes, España, resultándole 65 por ciento masculinos y 35 por ciento femeninas.¹ No siendo así con los resultados de: Khorrami M., y colaboradores en Enero del 2005, Hospital Universitario de La Princesa (H. U. P.). Madrid, España Enero 1999 -Diciembre 2003, resultándole la mitad varones;¹ Torrejon Herrera y colaboradores el 5 de Febrero del 2009, en el centro de investigación Biomédica en Red de Enfermedades Digestivas y hepáticas (CIBERehd, España), Unidad de atención Crohn-Colitis (UACC), Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España entre 1999 y 2007; resultándoles una distribución igual por sexos.¹ Y de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, masculino 50.7 por ciento y femenino 49.3 por ciento.² Estas tres últimas investigaciones difieren en el sexo de mayor afectación.

En cuanto a la distribución por grado de escolaridad encontramos que la mayor cantidad de pacientes alcanzó el nivel primario (cuadro 4), corroborando con los resultados de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004. Con un nivel primario en 50.8 por ciento.¹ Este resultado difiere en parte con la literatura.²

Las manifestaciones clínicas de la Colitis Ulcerativa encontradas en este estudio coinciden con las expresadas en revisiones de la literatura mundial.^{1,2,3} Las cuales expresan que la rectorragia, diarrea y dolor abdominal de tipo cólico son los signos y síntomas más frecuentes en pacientes padecientes de esta enfermedad (cuadro 5). Corroborando este estudio con el de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, con rectorragia y diarrea 27.8 por ciento y dolor abdominal 20.2 por ciento.¹

En cuanto a la localización anatómica (cuadro 6). Esto corrobora con el estudio ya realizado en nuestro país por Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, con el área rectosigmoide 40.1 por ciento y colon descendente 24.2 por ciento.¹ Mientras que difieren con los estudios internacionales de: Khorrami M., y otros en Enero del 2005, Hospital Universitario de La Princesa (H. U. P.). Madrid, España Enero 1994-Diciembre 2003, reportando afectación en todo el colon o hasta el colon transversal;¹ Martínez A. y otros en Junio del 2007, Hospital Xeral Cíes, España, reportando colon descendente;¹ al igual que Huamán R., y colaboradores, en Marzo del 2009, Unidad de atención Crohn-Colitis (UACC), Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España.¹ Estas tres investigaciones no coinciden en el área anatómica más afectada.

En cuanto a las complicaciones (cuadro 7). Estos se corroboran

con los de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, La rectorragia y la diarrea fueron los signos más frecuentes 27.8 por ciento, seguidos del dolor abdominal 20.2 por ciento; el compromiso hepático y articular fueron los más frecuentes 2 (28.5%) respectivamente, seguidos de compromiso biliar, ojos y piel 1 (14.2%) pacientes.¹ En relación al cáncer tenemos 1 paciente (6.25%), los cuales corroboran con los resultados del antecedente nacional arriba mencionado e internacional de Khorrami M., y colaboradores en Enero del 2005, Hospital Universitario de La Princesa (H. U. P.). Madrid, España Enero 1994-Diciembre 2003, reportando una incidencia menor que lo esperado en displasia, correspondiendo a 1.3 por ciento.¹ Y difieren a los del Dr. Manuel Paniagua Estévez y colaboradores, en Diciembre del 2005, que expresan un 41 por ciento de displasia.²

El tratamiento farmacológico es el tratamiento a seguir por todos los pacientes (cuadro 8). Este resultado corrobora con el de Torrejon Herrera y colaboradores del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Digestivas y hepáticas (CIBERehd, España), Unidad de atención Crohn-Colitis (UACC), Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España el cinco de Febrero 2009, que tienen un seguimiento de tratamiento farmacológico.²

En cuanto a la distribución según la procedencia encontramos una igualdad entre la zona rural y urbana (cuadro 9). Estos estudios corroboran con los de Mercedes Marrero Abreu y compañeros en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período de 2000-2004, donde 52.2 por ciento correspondió al área urbana.²

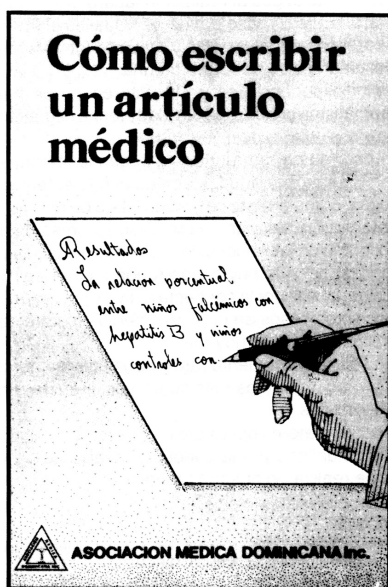
REFERENCIAS

1. Estudio piloto sobre la vigilancia endoscópica de la displasia y del cáncer colorrectal en la colitis ulcerosa de larga evolución [Revista Española de Enfermedades Digestivas 2005 Junio; 97(1): 16-23.]. Disponible en: <http://www.scielo>.
2. Optimización del método inmunomodulador con azatioprina o 6-mercaptopurina en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal [Gastroenterología y Hepatología, Noviembre 2007; 30(9):511-6 (gbastidap@sepd.org)]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org>.
3. Colitis Ulcerativa en el centro de Gastroenterología: experiencia de cinco años [Archivos de Gastroenterología de la República Dominicana, Vol.16, Nos. 1-3,; 57-62].
4. Investigadores de la universidad de granada (ugr) descubren marcadores celulares que indican la presencia de colitis ulcerosa [Foro de celiacos y relacionados Antonio Ríos Guadix departamento de biología celular facultad de ciencias de la (ugr) arios@ugr.es]. Disponible en: <http://www.celiacos>.
5. Displasia en pacientes con colitis Ulcerativa [Revista Cubana de Medicina v.44 n.5-6 Ciudad de la Habana Septiembre-Diciembre 2005 (Publicado por Editorial Ciencias Médicas, ecimed@infomed.sld.cu)]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo>.
6. Utilidad de la ecografía en la valoración de la extensión de la colitis ulcerosa. [Revista Española de Enfermedades Digestivas, Julio 2007 Madrid; v.99 (n.7):382-7(david.martinez.ares @ sergas.es)]. Disponible en: <http://www.scielo>.
7. Resultados funcionales a largo plazo luego de la coloproctectomía con reservorio ileal en pacientes

- con y sin complicaciones postoperatorias [Acta Gastroenterología Latinoamericana. Septiembre 2007; 37(3):143-9(uagualdrini@fibertel.com.ar)]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org>.
8. Aptitud de vida después de proctocolectomía restaurativa con reservorio ileoanal en J en pacientes con colitis ulcerativa [Cir. Ciruj. Noviembre-Diciembre 2007; 75 (6): 449-452(gesierra21@yahoo.com)]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>.
 9. Altas tasas de incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en Navarra. Resultados de un estudio prospectivo y poblacional [Gastroenterología y Hepatología. Marzo 2008 ;31(3):111-6. (antseon.ARIN@Terra.es)]. Disponible en: <http://www.linkinhub.Elsevier.com>.
 10. Reservorio ileal con anastomosis depósito anal por colitis ulcerosa: Complicaciones y resultados funcionales a largo plazo [Revista Médica Chilena. Abril 2008; 136(4):467-74]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org>.
 11. Identifican variantes genéticas que aumentan el riesgo de colitis ulcerosa [Revista Nature Genetics, 30 ABR 08]. Disponible en: <http://www.nature.com>,Jano.es.\
 12. *Eficacia del mantenimiento con azatioprina sin ciclosporina oral tras un brote grave de colitis ulcerosa refractario a esteroides intravenosos* [Gastroenterología y hepatología. Mayo 2008; 31(5):280-284]. Disponible en: <http://www.cat.inist.e>
 13. Identifican los marcadores genéticos asociados con el riesgo para la colitis ulcerosa [*Investigación gastrointestinales, Genética Noticias*]. Disponible en: <http://www.molecularstation.com>.
 14. Ensayan nuevo medicamento para la Colitis Ulcerosa [Revista World Journal of Gastroenterology. Universidad de Alcalá, Plaza de San Diego, s/n, 28801. Alcalá de Henares (Madrid)]. Disponible en: <http://www.accumalaga.es>.
 15. Sistema endocannabinoide es distinto en el tejido del colon de los pacientes con colitis ulcerosa. [Revista Cannabinoid medicines, Boletín de la IACM (Internacional Association for Cannabinoid Medicines), del 16 de Septiembre de 2009. Fuente: Marquéz L, et al. PLoS One 2009; 4(9):e6893]. Disponible en: <http://www.cannabis-med.org>.
 16. *Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de Atención Crohn-Colitis* [Gastroenterología y Hepatología. Febrero 2009, 32(2):77-82]. Disponible en: <http://www.ua-cc.org> y www.linkinhub.elsevier.com.
 17. *Factores predictivos de mala respuesta precoz a la ciclosporina endovenosa en la colitis ulcerosa grave corticorretractaria* [Revista Española de Enfermedades Digestivas, Marzo 2009, 101(3):163-71]. Disponible en: <http://www.scielo>.
 18. Personas que sufren de enfermedad intestinal inflamatoria activa tienen muchas más probabilidades de desarrollar coágulos sanguíneos [Revista The Lancet. *Artículo por HealthDay* (HealthDay News/DrTango), edición en línea del 9 de febrero, traducido por *Hispanicare*.] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov>.
 19. Más evidencias asocian fármaco acné con enfermedad intestinal [Revista de Gastroenterología de NUEVA YORK, (American Journal of Gastroenterology, online 30 de marzo del 2010)]. Disponible en: <http://www.nature.com>.
 20. **Manifestaciones orales de la enfermedad inflamatoria intestinal.** Dres. S. V. Lourenc, T.P. Hussein, S.B. Bologna y col *J Eur Acad Dermatol Venereol* [2009 Jun 22,... 12 Abr. 10.articulos intramed] Disponible en: <http://www.intramed.net>.
 21. Colitis ulcerosa. [Enciclopedia libre wikipedia, 21 May 2010]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org>.
 22. Enfermedad de Crohn. [Enciclopedia libre wikipedia, 14 May 2010]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org>.
 23. **Historia de la Enfermedad EII.** [Publicado por ACCU-CADIZ , viernes 5 de Febrero de 2010, **I Jornada sobre la EII” (Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) en Jerez de la Frontera**]. Disponible en: <http://accucadiz.blogspot.com>.
 24. Tracto gastrointestinal. [El 10 Dic. 2009, *Wikipedia, la enciclopedia libre*]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Tracto_gastrointestinal.
 25. *Aparato Digestivo, Intestino grueso (colon) como está formado.* Dr.: José Luis Bondi Buenos Aires - Argentina, [bondij@ciudad.com.ar]. Disponible en: <http://www.bondisalud.com>.
 26. H. Rouviere, A. Delmas. Anatomía Humana, Descriptiva, Topográfica Y Funcional. Abdomen, aparato digestivo y peritoneo (intestino grueso). Décima edición. MASSON, S.A., Paris, Barcelona 1999. Tomo II: 364-388.
 27. Anatomía del aparato digestivo, *El intestino grueso (primera parte)*. **Elizabeth Karina Bayo**. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-anatomia-aparato-digestivo>.
 28. Colon. Artículo la Enciclopedia Libre Universal en Español [recomienda el uso de Mozilla Firefox, (<http://www.mozilla.org>)]. Disponible en: <http://enciclopedia.us.es/index.php/Colon>.
 29. **Trastornos Gastrointestinales**, Biología del aparato digestivo, **Sección 9**, Capítulo 99 [Copyright ©2005 manual Merck Sharp & Dohme de España, S.A. Madrid, España]. Disponible en: <http://www.msd.es/publicaciones>.
 30. Digestión intestinal. Fernando D. Moreno [Biología *educación* media; J. M. Jerez A, J. J. Lopez ,A. Tristotti, Atlas del cuerpo humano; Dr. Toni Smith. Enciclopedia *microsoft* encarta 99, de *Internet*] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/apdi/apdi2.shtml> - 50k
 31. Colitis Causada Por Medicamentos Y Estrés. Junior Solis. Disponible en: <http://www.findrxonline.com/articulos-medica/colitis.html> - 17k
 32. Mark H. Beers, MD. Nuevo Manual Merck (De Información Médica General). Enfermedades Inflamatorias Del Intestino. Segunda edición. MMIX Editorial Océano. España. Volumen I. Cap. 126: 888-896.
 33. Colitis. [Anuncios google, *Copyright* ©1999-2010 Botanical-online]. Disponible en: <http://www.botanical-online.com/medicinalscolitis.htm> - 22k.
 34. Colitis. Dr. Rodolfo Alfaro Murillo [Hospital San Juan de Dios, Costa Rica, Febrero 2004]. Disponible en: <http://www.binass.sa.cr/poblacion/colitis.htm> - 8k.
 35. La Colitis Ulcerosa [*Tipos de colitis ulcerosa* enero de 2009]. Disponible en: <http://www.elmanana.com>.

36. Tinsley R. Harrison. Principios De Medicina Interna. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Decimoquinta edición. Mc Graw-Hill Interamericana editores, S. A. de C.U. México D. F. 2002. Volumen II. Cap. 287: 1961-1977.
37. Seymour I. Shwartz, M. D. Principios De Cirugía. Enfermedades Inflamatorias Del Intestino. Séptima edición. Mc Graw-Hill Interamericana editores, S. A. de C.U. México.2000. Volumen II. Cap. 26: 1398-1416.
38. Takeshi Takahashi M. Cirugía, Bases Clínicas y Prácticas. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Primera edición. Mc Graw-Hill Interamericana editores, S. A. de C.U. México D.F...2002. `Cap. 29: 330-333.
39. Coutney M. Townsend, Jr., M. D. Tratado De Cirugía (Fundamentos Quirúrgicos de las practicas quirúrgicas modernas). Enfermedad Inflamatoria Intestinal Del Colon. Decimoséptima edición. MMIV Elsevier Inc. España. 2005. Cap. 48: 1425-1443.
40. Coutney M. Townsend, Jr., M. D. Tratado De Patología Quirúrgica. Colitis Ulcerativa. Decimosexta edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2003. Volumen II. Cap. 46: 1088-1095.
41. Daniel H. Cooper, MD., Manual Washintog De Terapéutica Médica. Efermedad Inflamatoria Intestinal. Trentidoava Edición. Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins. España. 2007. Cap. 16: 370-372.
42. Fred. F. Ferri, M.D, F. A. C. P. Ferri Consultor Clínico De Medicina Interna (claves diagnostica y de tratamiento). Colitis Ulcerativa. Nueva edición. MMIX Editorial Océano. España: 163.
43. Dennis L. Kasper. MD., Tensley R. Harrison. Manual De Medicina. Enfermedades Inflamatorias Intestinales. Decimosexta edición. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. 2005. Cap. 151: 788-792.
44. Hernan Velez A., Gastroenterología, Hepatología-Nutrición. Colitis Ulcerativa. Tercera edición. Colombia printed. Colombia. 1990. Cap. 22:186-188.
45. Mark S. Sabatine, MD, MPH. Medicina De Bolsillo. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Lippincott Williams y Wilkins. España. 2008. Cap. III-81: 81-83.
46. Gerard M. Doherty, M. D., Washington Cirugía. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Edición Original. MARBAN. España. 2005. Cap. 16: 280-282. Vargas Domínguez.
47. Marcel M. Brombart. Radiología Gastrointestinal. Enfermedades Inflamatorias e Intestinales. Primera edición. Ediciones Toray, S. A., España. 1982. Cap. 4: 43-104.
48. Michael J. Zinner. Operaciones Abdominales. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Decima edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina. 1998. Cap. 41: 1162-1191.
49. Coutney M. Townsend, Jr., M. D. Manual Del Tratado De Cirugía. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad De Crohn (EC). Decimosexta edición. MMIIW.B. Saunders Company, an Elsevier Imprint. España. 2003. Cap. 44: 507-509.
50. Peter R. Mc Nally, Do, FACP, FACG., Secretos de la Gastroenterología. Colitis Ulcerativa. Segunda edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2003. Cap. 44: 336-342.
51. Hernan Velez A., Gastroenterología y Hepatología. Enfermedades Inflamatorias del Intestino. Quinta edición. Editora fondo editorial CIB. Colombia. 2004. Cap. 19:120-139.
52. Bruce E. Jarnell, MD. Cirugía. Enfermedades Inflamatorias del Intestino. Cuarta edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2002. Cap. 13: 298-303.
53. M. Michael Wolfe, MD., Terapéutica de los trastornos digestivos. Tratamiento de las Enteropatías Inflamatorias. México. 2001. Cap. 48: 617-644.
54. H. Duran Sacristán. Compendio de Cirugía. Cirugía de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Enfermedad De Crohn y Colitis Ulcerosa. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. 2002. Cap. 127:688-692.
55. Douglas S. Katz MD. Secretos de la Radiología. Enfermedades Inflamatorias Del Intestino. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1999. Cap. 30:176-180.
56. Tinsley R. Harrison. Manual De Medicina. Enfermedades Inflamatorias Intestinales. Decimosexta edición. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. 2005. Cap. 151: 788-792.
57. Alden H. Harken, M. D., Secretos de la Cirugía. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Cuarta edición. Mc Graw-Hill Interamericana. 2002. Cap. 50: 179-181.
58. David C. Sabiston J. R. M. D., Tratado de Patología Quirúrgica. Colitis Ulcerativa. Decimoquinta edición. Mac Graw-Hill Interamericana. 1999. Cap. 32: 1072-1087.
59. Gastroenterología. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Mc Graw-Hill Interamericana. Colombia. 2001. Cap. 7: 171-178.
60. Fernando Caballero Martínez. Diccionario de Medicina. Signo y Síntoma. Edición 2000. Brosmac. España. 2000: 292 y 297.
61. Joaquín Prado P. de Morales Filro. Revista Brasileira de Medicina. Doença Inflamatoria Intestinal. Sección de Gastroenterología. Grupo editorial Moreira JR. Volumen 66. No. 11. Noviembre 2009: 410-419.
62. Luis Chechter y Sergio Stuhr D. Revista Brasileira de Medicina. Como diagnosticar y tratar Síndrome do Intestino irritavell (SII). Grupo editorial Moreira JR. Volumen 66. No. 4. Abril 2009. Cap. 74: 74-80.
63. Manual de Harrison. Digestivo y cirugía general. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tema 21: 43-47.
64. Gastroenterología. Colitis Ulcerativa. Segunda edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1998. Cap. 37: 243-247.
65. Harrison online. Parte XII. sección 1. Cap. 276.

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.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE APLICACIÓN DEL TRIAJE EN MÉDICOS/AS INTERNO/AS DE LAS DIFERENTES UNIVERSIDADES DE SANTO DOMINGO.

*Menki Mambrú Sosa**; Betzaida Castro*; Ruth Ventura*;
Dahianara Mateo Ortega*; Dayanara De la Cruz*; Fernando Peña.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal; con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de los principales de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes Universidades de Santo Domingo abril-junio 2010.

Las Universidades incluidas en nuestro estudio son: La Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Universidad Iberoamericana (UNIBE), Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA) y el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). El universo estuvo constituido por todos los médicos/as internos/as inscrito en las diferentes universidades (1,247), la muestra fue el diez por ciento para un total de 124 internos/as. Se les aplicó un formulario para la recolección de los datos.

Los resultados obtenidos fueron: El mayor porcentaje según el sexo correspondió al femenino con un 71.0 por ciento, ya que éste representa el mayor porcentaje en la población universitaria. En cuanto al nivel de conocimiento los internos/as de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), predomina un conocimiento deficiente en un 38.4 por ciento, regular en un 18.2 por ciento, en contraste con los internos/as de las demás universidades, debido a que está metodología no está incluida en nuestro plan de estudios. En relación a las fuentes utilizadas para obtener conocimiento el internet obtuvo el 43.4 por ciento y un 32.3 las conferencias y 24 por ciento no utilizó ninguna fuente, en contraste con los internos/as con las demás universidades incluida en la investigación ya que el 95 por ciento obtuvo conocimiento de éste método a través de una asignatura incluida en su plan de estudio en cuanto a su implementación el hospital Salvador B. Gautier obtuvo 41.9 por ciento y el 18.5 por ciento de los internos/as no han visto implementar éste método en ningún hospital durante el internado rotatorio, dando evidencia que el conocimiento es directamente proporcional a la aplicación. En relación a la aplicación directa de los internos/as predominó la poca aplicación de éste método en un 63 por ciento y el 25 por ciento nunca lo aplicó, siendo la falta de conocimiento el principal limitante en la puesta en práctica de éste método. El 61 por ciento de los internos/as reconocen los beneficios de la utilización de éste método, dicho resultado resulta contradictorio en comparación con el nivel de conocimiento de los internos/as y el 58 por ciento de todos los internos/as tiene cierta confusión sobre prioridad de atender a los pacientes, los cuales reconocen una situación de emergencia y/o urgencia,

existiendo confusión en cuando el concepto de estos dos términos. Con relación al impacto negativo en la no aplicación de éste método la muerte por demora en la atención ocupa el 95.1 por ciento corroborado por los internos/as como el principal impacto negativo en la no utilización de éste método.

Palabras claves: Triage, conocimiento, aplicación y médicos/as internos/as.

ABSTRACT

We performed a prospective descriptive study cross sectional with the aim of assessing the level of knowledge of the main application in medical triage / as internal of the different Universities of Santo Domingo April to June 2010.

The universities included in our study are: Universidad Autonomic de Santo Domingo (UASD) Iberoamericana University (UNIBE), Universidad Technologic de Santiago (UTESA) and the Institute Technologic de Santo Domingo (INTEC). The universe consisted of all physicians internal enrolled in different universities (1,247), the sample was ten percent for all of 124 internal. They were given a form to collect data.

The results were: The highest percentage by sex corresponded to a 71.0 percent female. As the level of knowledge of internal of the Autonomous University of Santo Domingo (UASD), a predominantly poor knowledge in a 38.4 percent, 18.2 percent regular inmates found with the other prisoners. In relation to the sources used the internet to gain knowledge gained 43.4 percent and 32.3 percent lectures and 24 do not use any source, in terms of implementation, the hospital Salvador B. Gautier obtained were 41.9 percent and 18.5 percent has not been implement this method in any hospital during the rotating internship. In relation to the direct application of internal predominance the limited application of this method by 63 percent and 25 percent never implemented. 61 percent recognized the benefit of using this method and 58 percent of all internal is some confusion about priority of care for patients.

Key words: triage, knowledge, application and medical internal.

INTRODUCCIÓN

El triaje o triage en ingles. Es un método de clasificación, selección y jerarquización de los pacientes, el cual describe un proceso médico de toma de decisiones utilizando el ejercicio clínico.

* Médico general
** Asesor

Esencial para priorizar la atención médica en función de las necesidades terapéuticas y disponibilidad de los recursos. Éste permite identificar el momento oportuno de atención médica adecuada a cada paciente, identificando así rápidamente a los pacientes en situaciones de riesgo vital, estableciendo unos tiempos de atención y asistencia predefinidos en función al nivel de urgencia del paciente.

Éste método ofrece grandes beneficios en su utilización:

Reduce la movilidad

Captación pertinente del paciente afectado

Disminuye el uso inadecuado de los recursos

Mayor desenvolvimiento del equipo de salud

Disminuye la congestión del servicio de urgencia, mejorando el flujo del paciente dentro del mismo

Priorizando así la atención médica en el menor tiempo posible ya que el tiempo puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

El triaje es factible en diversas situaciones, en los servicios de emergencias donde uno de los problemas es la sobredemanda de los usuarios; éste determina la atención de los pacientes privilegiando a los más graves, no guardando relación con el orden de llegada. Y en situación de demanda masiva con atención a múltiples víctimas, se utiliza éste método, ya que es rápido y efectivo dando privilegio a los/as pacientes con mayor posibilidad de supervivencia según el estado de gravedad y la disponibilidad de los recursos.

Las dificultades crecen y la problemática se potencia cuando se manifiestan las limitaciones o incapacidades del personal de salud debido a la falta de conocimiento y pericia para la toma de decisiones.

La experiencia indica que la pobre implementación de éste método y la planificación insuficiente, limitan la capacidad de respuesta y la intervención rápida del equipo de salud en el momento oportuno, en tal sentido consideramos importante las nociones de los médicos internos sobre el triaje.

Por ende la finalidad de desarrollar esta investigación es puntualizar la situación de los médicos/as internos/as de las diferentes universidades incluida en nuestros estudios, en cuanto nivel de conocimiento y aplicación del triaje, es de gran importancia iniciar un conjunto de estrategias dirigidas a formar médicos/as con la preparación adecuada y los conocimientos necesarios para la aplicación de éste método.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente fue un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes Universidades de Santo Domingo. Abril-Junio 2010.

El universo estuvo constituido por todos los médicos/as internos/as inscrito en las diferentes universidades incluida en nuestro estudio, la muestra fue el 10 por ciento par aun total de 124 internos/as.

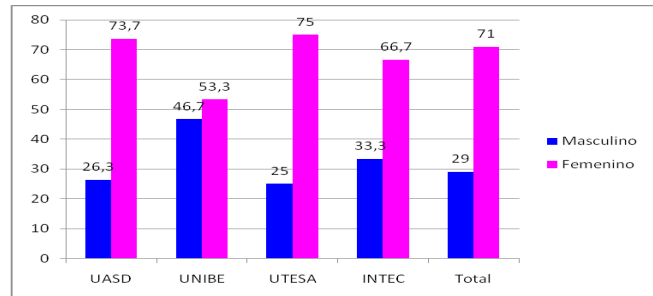
Se elaboró un formulario que consto con un total de 17 ítems, tomando en cuenta las variables y los objetivos planteados en nuestra investigación, el cual se utilizo como instrumento de recolección de datos.

Nos distribuimos la recolección de la información entre tres estudiantes del internado rotatorio de la facultad de ciencia de la salud de la universidad Autónoma de Santo Domingo, y nos desplazamos a los diferentes hospitales donde los internos/as de las diferentes universidades reciben docencia. Los datos e informaciones obtenidas fueron procesados de

manera electrónica, utilizando los programas de computadora Microsoft Word y Microsoft PowerPoint versión 2007. El análisis de la información se realizó con medidas estadísticas tales como: Frecuencia y Porcentaje, para su posterior de análisis y presentación de conclusiones.

RESULTADOS

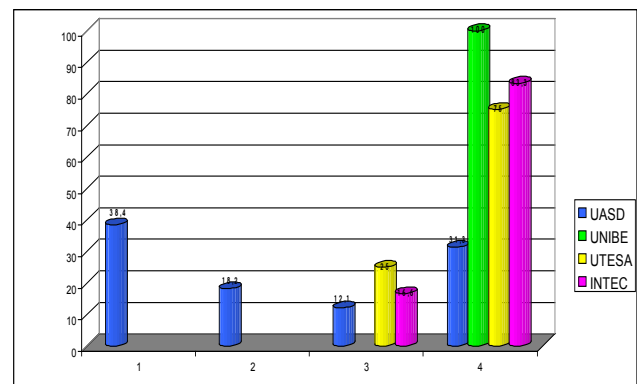
Gráfico I. Distribución de los médicos/as internos/as por universidad según el sexo



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

El presente gráfico nos muestra que de nuestra población en estudio, el sexo femenino obtuvo mayor porcentaje 88 internos/as para un (71%) y 36 internos/as para un (29.0%) correspondiente al sexo masculino.

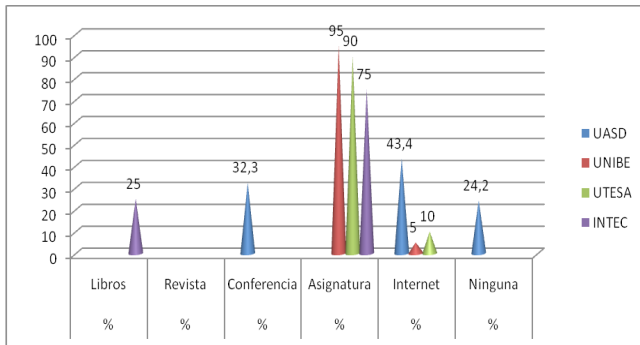
Gráfico II. Porcentaje del nivel del conocimiento de los médicos/as internados/as sobre el triaje por universidad



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

En el gráfico se puede comprobar que los internos/as de la Universidad Autónoma de Santo Domingo no poseen conocimiento necesarios en cuanto a esta metodología un (38.4%) posee conocimiento deficiente y el (18.2%) posee conocimiento regular, en comparación con los internos/as de universidades los cuales poseen buen y excelente conocimiento sobre éste método.

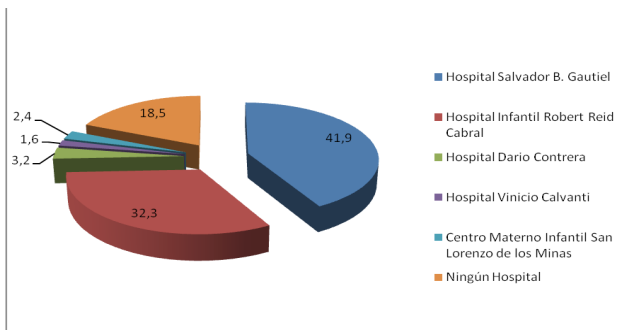
Gráfico III. Distribución de los médicos/as internos/as por universidad según las fuentes utilizada para obtener los conocimientos



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

De los 99 médicos/as internos/as en estudios de la (UASD) el (43.4%) la fuente utilizada para adquisición de conocimiento fue el Internet; y un (32.3%) a través de conferencia, y el (24.2%) no tenía conocimiento sobre este método, en tanto los internos/as de las demás universidades obtienen conocimiento a través de una asignatura en su plan de estudio llamada “**emergencia pediátrica**” (95%) los internos de (UNIBE), (90%) los internos/as de (UTESA) y un (75%) de los internos/as de (INTEC) y el otro (25%) a través de libros.

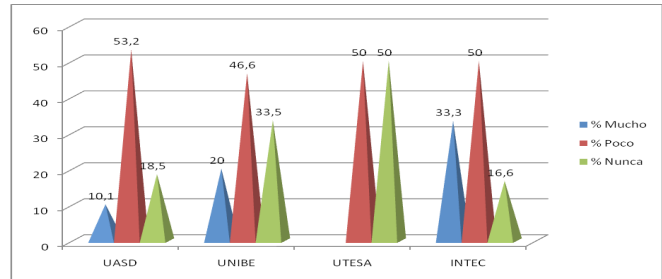
Gráfico IV. Distribución de los médicos/as internos/as, según percepción en la implementación en los hospitales.



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

Se observa en el gráfico que el mayor porcentaje en implementación de este método corresponde al Hospital Salvador B. Gautiel con un (41.9%) y le continua el Hospital Robert Ried Cabral con un (32.3%) y un (18.5%) no han visto implementar este método en ningún hospital durante el internado rotatorio, los hospital con menor porcentaje en la implementación según los médicos/as internos/as fueron: Vinicio Calvanti (1.6%), Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas (2.4%) y Dario Contrera (3.2%).

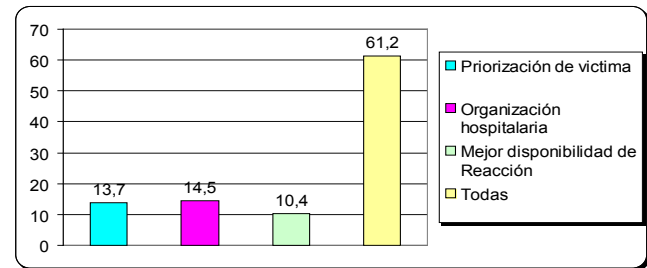
Gráfico V. Distribución por universidad de los médicos/as internos/as según la aplicación directa de este método en los hospitales.



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

Se aprecia que el (63%) de los internos/as ha aplicado este método en pocas ocasiones, el (12%) en varias ocasiones y el (25%) nunca lo ha utilizado durante su internado rotatorio en los diferentes hospitales.

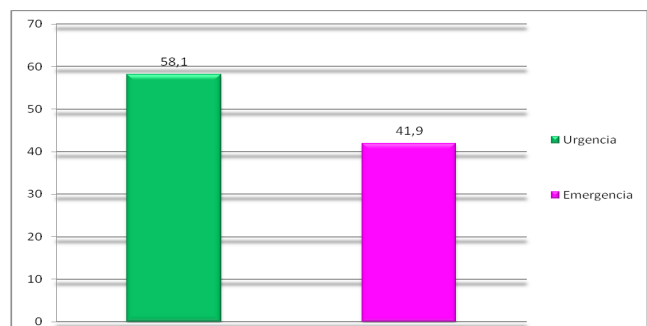
Gráfico VI. Distribución de los médicos/as según beneficio de la aplicación del triaje.



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

De los médicos/as internos/as encuestado el (61.2%) posee conocimiento preciso sobre los beneficio en la implementación de este métodos.

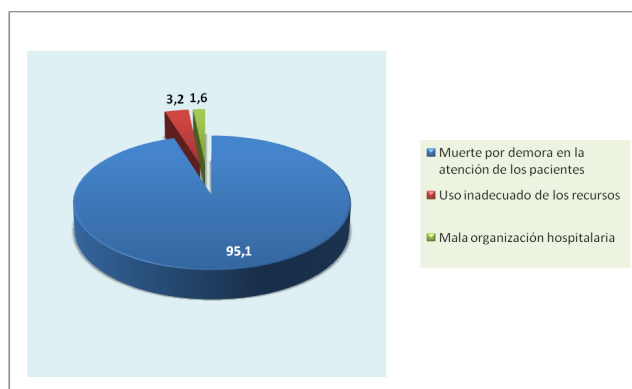
Gráfico VII. Distribución de los médicos/as internos/as según prioridad de atención de los pacientes



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

En el siguiente gráfico se aprecia que 72 internos/as para un (58.0%) posee cierta confusión con esto dos terminos y sólo 52 internos/as para un (42%) reconoce una situación de emergencia.

Gráfico VIII. Distribución de los médicos/as internos/as según percepción sobre los impactos negativos que provocan la no utilización del triaje



Fuente: Cuestionario sobre evaluación del nivel de conocimiento de los principios de aplicación del triaje en médicos/as internos/as de las diferentes universidades de Santo Domingo Abril-Junio 2010.

En el presente gráfico se aprecia con relación al impacto negativo en la no aplicación de éste método que la muerte por demora en la atención de los pacientes ocupa el 95.1%, siendo éste el principal impacto negativo en la no utilización de éste método, seguido del uso inadecuado de los recursos con un 3.2 por ciento, y con un 1.6 por ciento mala organización hospitalaria.

DISCUSIÓN

Después de plantearnos un problema de investigación donde se tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre la aplicación del triaje en los médicos/as internos/as de las diferentes universidades incluida en nuestro estudio (UASD, UNIBE, UTESA e INTEC) Abril-Junio 2010. Se procedió a elaborar una herramienta (formulario) que permitirá la recolección y posterior análisis de los datos escogido tomando en cuenta las variables y los objetivos planteado en la investigación.

El sexo predominante es el femenino con 71.0 por ciento, seguido del masculino con 29.0

En cuanto al grado de conocimiento acerca de los principios de aplicación del triaje de los médicos/as internos/as por universidad, los internos/as de la (UASD) obtuvieron conocimiento deficiente un 38.4 por ciento y 18.1 por ciento conocimiento regular, el 12,1 por ciento posee buen conocimiento y el 31,3 por ciento excelente conocimiento sobre éste método, en cuanto a los internos/as de los demás universidad incluida en éste estilo tienen excelente conocimiento, (ver cuadro II).

De los 99 internos/as de la (UASD) el 43.3 por ciento utilizan el internet para adquirir conocimiento sobre éste método y un 32.3 a través de conferencia, en tanto que el 24.2 por ciento no tiene conocimiento sobre éste método por lo tanto no utilizó ninguna fuente. Los 25 internos/as de las demás universidades todas obtienen excelente conocimiento a través de una asignatura de su plan de estudio llamada: "Emergencia pediatría", (ver cuadro III).

Con relación a la implementación del triaje en los hospitales fue evidente su poca utilización obteniendo mayor porcentaje en el Hospital Salvador B. Gautiel con un 41.9 por ciento

seguido por Hospital Infantil Robert Cabral con un 32.3 y el manos porcentaje lo obtuvo el Hospital Vanicio Calventi con un 1.6 por ciento, (ver cuadro IV).

Con relación a la aplicación directa de los médicos/as internos/as observamos que el 25 por ciento nunca lo aplicó durante su internado rotatorio y sólo el 63 por ciento lo aplicó en poca ocasiones, y solo el 12 por ciento lo aplicó de manera paulatina, (ver cuadro V).

En cuanto a los beneficios obtenidos con la aplicación del triaje el 61.2 por ciento posee conocimiento claro sobre ello, lo cual nos da a entender que la población reconoce los beneficios de su utilización, (ver cuadro VI).

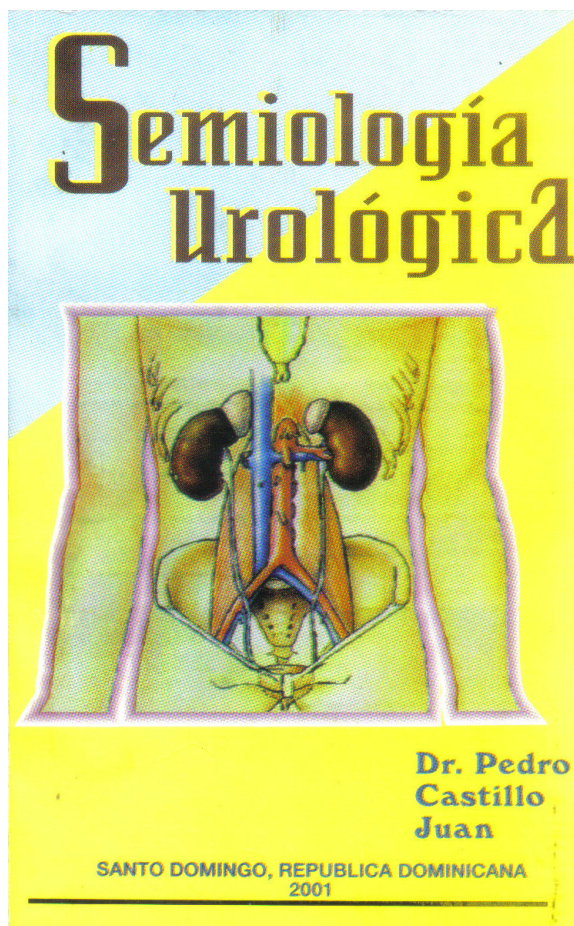
Al analizar la prioridad de atención de los pacientes los médicos/as internos/as reflejan dificultad para diferenciar una emergencia en cuanto al concepto se refiere, el 58 por ciento prioriza una urgencia y solo el 42 por ciento una emergencia, (ver cuadro VII).


Con relación al impacto negativo en la no aplicación de éste métodos se observó que la muerte por demora en la atención de los pacientes ocupa el 95.1 por ciento siendo éste el principal impacto negativo en la no utilización de éste métodos, seguido del uso inadecuado de los recursos con un 3.2 por ciento, (ver cuadro VIII).

REFERENCIAS

1. Amor Santoyo, Salvador; Bustos Córdova, Edgar. urgencia en pediatría. 5ta ed. México. Mc Graw-Hill interamericana.2002.pag31
2. Esta información fue obtenida a través de una entrevista hecha al Dr. Josué Gabriel Ortiz, jefe del departamento de emergencia del Hospital salvador Gotiel. El día 22 de junio del 2010.
3. Rodríguez Soler Alberto; Pelaez Corres, María; Jiménez Gudarrama, Luis; Manual de triaje prehospitalario Ira, Ed. Barcelona: El server; 2008. P. 4-7 [Consultado 25 de mayo de 2010]. Disponible en:
4. <http://books.google.com.do/books?id=ZhOzjSfNhtIC&printsec=frontcover&dq=manual+de+traje.prehospitalario:consultado10/08/2010hora7:15p.m>.
5. Gonzalez Arcos Pedro; Castro Delgado Rafael. Manual de medicina de urgencia y emergencia. 1ª Ed. Universidad de Oviedo. España. 2009. P. 139-140. [Consultado 25 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://books.google.com.do/books?id=VI4TPsQNncIC&pg=PA45&dq=manual+de+traje+prehospitalario:consultado10/08/2010hora7:15p.m>.
6. www.mebe.org/01/TriaED.htm;consultado11/08/2010hora7:15p.m.
7. Descripción del sistema Manchester - Grupo Español de Triaje [Internet]. [Consultado 10 de Julio de 2010]. Disponible en: <http://www.triajemanchester.com/Descripcion.htm>.
8. Tintinalli, Judith E. medicina de urgencia. 6ta Ed. México. Mc Craw-Hill Interamericana. 2006. P. 2306-2307
9. www.monografia.com/trabajos/epidemiologia2/epidemiologia2.shtml;consultado10/08/2010hora10:15p.m.
10. <http://definición.de/conocimiento;consultado10/08/2010hora10:30p.m>.
11. GómezMontero, Franklin.La investigaciónbiomédicaenelcontextopost-moderno.1raEd.santodomingo.RepublicaDominicana.Búho; 2006Pag44-49.seriepubli

- cacionesGómezMonteroNº9.
12. www.telemedik.com/articulo.php?id=239, consultado 20/07/2010, hora 4:00p.m.
 13. <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Temas/4218:consultado16/08/2010,hora12:10a.m>
 14. www.emaemergencia.com.ar/emergenci_urgencia.html:consultado16/08/2010,hora12:10a.m
 15. [http://www.semes.org/urgenciologos/ue.html:consultado16/08/2010,hora12:10p.m.](http://www.semes.org/urgenciologos/ue.html:consultado16/08/2010,hora12:10p.m)
 16. [Http://portal.veracruz.gob.mx/potal/page_pageid=1945,4321316&_dad=portal&_schema=portal:consultado16/08/2010,hora12:20p.m.](http://portal.veracruz.gob.mx/potal/page_pageid=1945,4321316&_dad=portal&_schema=portal:consultado16/08/2010,hora12:20p.m)
 17. [http://es.wikipedia.org/wiki/Triaje:consultado15/08/2010,hora:10:30.](http://es.wikipedia.org/wiki/Triaje:consultado15/08/2010,hora:10:30)
 18. http://oasis.dit.upm.es/~jantonio/personal/cruzroja/documentos/apendices_Triaje.html:consultado15/08/2010,hora3:15
 19. [http://tododeiure.atspace.com/leyes/cordoba/9036.htm:consultado14/08/2010,hora5:00p.m.](http://tododeiure.atspace.com/leyes/cordoba/9036.htm:consultado14/08/2010,hora5:00p.m)
 20. http://oasis.dit.upm.es/~jantonio/personal/cruzroja/documentos/apendices_Triaje.html:consultado16/08/2010,hora3:25p.m
 21. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-Triaje.htm>
 22. [http://www.enferurg.com/articulos/gestionrac.htm:consultado15/08/2010,hora2:30p.m.](http://www.enferurg.com/articulos/gestionrac.htm:consultado15/08/2010,hora2:30p.m)
 23. [http://usuarios.multimania.es/fjferia/newpage.html:consultado13/08/2010,hora1:50p.m.](http://usuarios.multimania.es/fjferia/newpage.html:consultado13/08/2010,hora1:50p.m)
 24. [http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo171/capitulo171.htm:consultado19/08/2010,hora8:00p.m.](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo171/capitulo171.htm:consultado19/08/2010,hora8:00p.m)
 25. [http://usuarios.multimania.es/fjferia/newpage.html:consultado19/08/2010,hora5:45p.m.](http://usuarios.multimania.es/fjferia/newpage.html:consultado19/08/2010,hora5:45p.m)
 26. Descripción del sistema Manchester-Grupo Español de Triaje [Internet]. [Consultado 09 de Julio del 2010]. Disponible en: <http://www.triajemanchester.com/Descripción.htm>:

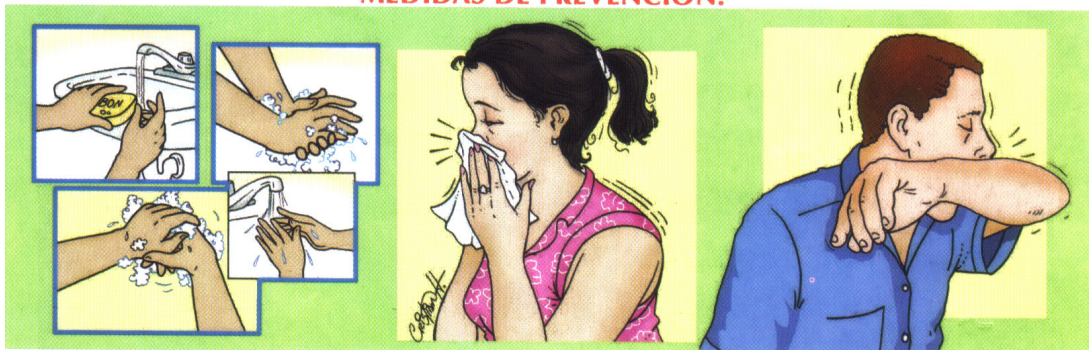




¿Qué es la influenza o gripe A H1N1?

**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



ASOCIACIÓN DOMINICANA DE MÉDICOS
& ADMINISTRADORES DE RIESGOS DE SALUD, INC.



CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES ACERCA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

*María Ysabel Manzueta,** Bienvenida Sánchez Martínez, *Odalís De Jesús,* Willna De la Rosa Brito,* Yohanna Muñoz Gómez,* María Luis Sánchez.***

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el conocimiento que tienen los pacientes respecto a la hipertensión arterial, se realizó un estudio descriptivo, incluyéndose a los pacientes que asisten a la Consulta de Cardiología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Diciembre 2010. La población estuvo representada por 300 pacientes, la información se obtuvo a través de una encuesta, por medio de la entrevista. Hallazgos más relevantes: Los factores de riesgos más conocidos fueron el consumo de tabaco y de sal con 99.6 por ciento y 99.0 por ciento respectivamente. Los grupos de edad fueron entre 60-69 y \geq a 70 en un 29.6 por ciento respectivamente. El sexo más frecuente fue el femenino en un 74.0 por ciento. El cumplimiento del tratamiento fue de un 89.0 por ciento. El cumplimiento de la asistencia a las consultas médicas en la población de estudio fue de 85.7 por ciento.

Palabras claves: Hipertensión arterial, conocimiento, factor de riesgo.

ABSTRACT

In order to determine the level of awareness among patients about high blood pressure, we performed a descriptive study, including patients attending the cardiology clinic of Dr. Francisco Moscoso Puello Hospital, December 2010. The population was represented by 300 patients, information was obtained through a survey, through the interview. Key findings: The best known risk factors were consumption of snuff and salt with 99.6 percent and 99.0 percent respectively. The age groups were between 60-69 and \geq 70 in 29.6 percent respectively. The more frequent sex was female in 74.0 percent. Compliance with treatment was about 89.0 percent. Compliance assistance for medical consultations in the study population was 85.7 percent. Conclusion.

Key words: Hypertension, knowledge, risk factor.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial es la elevación persistente de las cifras de tensión arterial sistólica y/o diastólica por encima de los valores igual o mayor a 140mmHg (sistólica) y 90mmHg (diastólica) registrada en tres consultas separadas, con tres tomas promedio en cada visita.

Luciano A. Johanna E, y colaboradores realizaron un

estudio observacional retrospectivo de corte transversal en una Unidad de Atención Primaria en San José de Ocoa en el periodo Febrero-Abril del 2007, con el propósito de investigar la incidencia de hipertensión arterial, en el cual obtuvieron 517 pacientes que acudieron a la consulta de dicho centro de salud en el periodo antes mencionado, encontrando que 153 pacientes cursaban con algún grado de Hipertensión Arterial, es decir, el 29.5 por ciento; el sexo más frecuente afectado por esta condición fue el femenino con un total de 118 para un 77.12 de los pacientes afectados, la edad más frecuente en nuestro estudio fue 60 años o más con un 34.93 por ciento. El estadio de Hipertensión Arterial que tuvo mayor incidencia fue el pre-hipertenso con 66 casos, seguido del estadio 2 de Hipertensión con 49 casos. La familia de medicamentos más usada fueron los inhibidores de los canales de calcio con 57 ocasiones de uso; finalmente la monoterapia fue usada por 57 pacientes como método en el tratamiento de la Hipertensión Arterial.

De acuerdo a un estudio descriptivo retrospectivo, realizado por Román Pedro W. y colaboradores en la clínica rural del Cupey de la provincia Puerto Plata, R.D. durante el periodo Enero-Abril del año 2007, con el objetivo de determinar la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica en esta comunidad. De una población de 317 pacientes, 80 resultaron ser hipertensos, lo que corresponde a un 25.2 por ciento.

El sexo más frecuente fue el femenino con un 62 por ciento de todos los hipertensos. Entre los factores pre-disponentes a la Hipertensión Arterial, la herencia estuvo presente en el 87 por ciento de todos los hipertensos y los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y cigarrillo) en el 85 por ciento de los pacientes.

Según un estudio realizado por Ogando Moreno, Benjamín; Pacheco Perdomo, Mary; Pacheco Perdomo, Jenny Altigracia, et al, de tipo prospectivo, de carácter descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar la Incidencia de Hipertensión Arterial en la Clínica Rural de la Canela, provincia San Cristóbal, República Dominicana, durante el periodo de Abril-Octubre 2003. Se selecciono una muestra de 67 pacientes, donde se encontró que, el sexo más afectado fue el femenino con 37 pacientes, para un 55 por ciento de los pacientes hipertensos. La edad más afectada fue la comprendida entre los pacientes mayores de 70 años, con 24 casos, para un 35 por ciento, demostrando esto que la Hipertensión es más frecuente en personas en edad adulta. Al comparar estudios similares en otras poblaciones con Hipertensión Arterial en Latinoamérica donde se concluyo que la incidencia fluctúa entre 15 y 20 por ciento, arrojando este

* Médico general

** Asesora metodológica.

estudio a una frecuencia inferior.

Es de vital importancia la elaboración de este estudio, ya que la Hipertensión Arterial es uno de los principales motivos de consultas cardiológicas debido al aumento de los pacientes con esta enfermedad, la cual deja a varias personas incapaces para ser productivos ante la sociedad y cierta cantidad de muertes en todo el mundo.

Además de miles de personas sometidos a un tratamiento farmacológico exponiendo a ciertos órganos de su cuerpo a la reacción de dichos medicamentos, como lo son el hígado y el estomago, riñón entre otros.

Aunque la Hipertensión tiene carácter genético, según las literaturas consultadas, no se puede ignorar que existen varios factores externos que incrementan la probabilidad de padecer la enfermedad y factores que empeoran el pronóstico y control de esta entidad patológica. Por tal motivo es de interés estudiar el Conocimiento y Control de Hipertensión Arterial en los Pacientes de la Consulta de Cardiología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Diciembre 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de determinar el Conocimiento acerca de la Hipertensión Arterial que tienen los Pacientes que asisten a la Consulta de Cardiología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Diciembre 2010.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello; ubicado en la Av. Nicolás de ovando, esq. Josefa Brea, Ens. Luperon. Santo domingo, República Dominicana.

Población y muestra

Estuvo constituido por 300 pacientes hipertensos que acudieron a la consulta de Cardiología durante el periodo de estudio realizado, en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello.

Criterios de inclusión

Fueron incluidos pacientes los cuales cursan con hipertensión y se dieron cita en el periodo de estudio.

Pacientes que toman medicamentos indicados por su médico.

Técnica y procedimiento para la recolección de la información

Se elaboró un formulario de recolección de datos, en el cual se contemplaron las principales variables, edad, sexo, conocimientos factor de riesgo. Se solicitó la aprobación de la propuesta de investigación a la oficina de tesis, luego de contar con esta, se presentó a la dirección del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello para su aprobación, con el permiso otorgado, con el formulario se procedió a entrevistar a los pacientes que asistieron durante ese periodo de estudio.

Análisis de la información.

Recolectada la información, se procedió a la tabulación, se utilizaron los programas de computadoras Microsoft Word, Excel, y PowerPoint, se presentaron los resultados en frecuencia y porcentajes, cuadros y gráficos para su mayor comprensión.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de la población de estudio según Conocimiento que tiene acerca de la Hipertensión Arterial.

Conocimiento	Conoce		No conoce	
	Frecuencia.	%.	Frecuencia.	%
Acerca de los Factores de riesgos.	197	65.6	103	34.4
Acerca del daño del tabaco	299	99.6	01	0.4
Acerca del Consumo de Sal	297	99.0	03	1.0
Acerca de la dieta que debe llevar.	247	82.3	53	17.7

Fuente: Entrevista apacientes Hipertensos del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello.

Cuadro 2. Distribución de la población de estudio según edad y sexo.

Edad (años)	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
30-39	09	3.0	03	1.0
40-49	42	14.0	11	3.8
50-59	44	14.7	13	4.3
60-69	73	24.3	16	5.3
≥70	54	18.0	35	11.6
Total	222	74.0	78	26.0

Fuente: Ídem

Cuadro 3. Distribución de la población de estudio que refiere haber recibido información por parte del médico acerca de Hipertensión Arterial.

Informacion	Recibe		No recibe	
	Frecuencia.	%	Frecuencia.	%
Acerca de complicaciones.	226	75.3	74	24.7
Acerca del desarrollo de esta enfermedad en sus hijo.	236	78.7	64	21.3
Acerca de la obesidad	295	98.3	05	1.7

Fuente: Ídem

Cuadro 4. Proporción de pacientes hipertensos y el Cumplimiento del Tratamiento.

Cumplimiento del tratamiento.	Frecuencia	%
Siempre	267	89.0
A veces	28	9.3
Nunca	05	1.7
Total	300	100

Fuente: Ídem

Cuadro 5. Pacientes Hipertensos y el Cumplimiento con la Asistencia a Consulta Médica de Cardiología

Asistencia a consulta EMDICA.	Frecuencia	%
Asiste regularmente	257	85.7
No asiste regularmente	43	14.3
Total	300	100,0

Fuente: Ídem

DISCUSIÓN

Del total de 300 pacientes que asistieron a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello en el periodo Diciembre 2010, los factores de riesgos más conocidos fueron el consumo de tabaco y de sal, con un 99.6 por ciento y 99.0 respectivamente. Disociándose con un estudio de Factores de Riesgos y algunas variables sanguíneas en pacientes hipertensos, en Policlínica Guillermo Tejas Silva, realizado por Palacio A. et al, en donde solo el 65 por ciento tenía conocimiento sobre el consumo de tabaco.

Los grupos de edad más frecuentes fueron de 60-69 años y \geq de 70 años respectivamente con 29.6 por ciento, que coincide con un estudio acerca de Incidencia de Hipertensión Arterial realizado por Ogando B et al en donde el grupo de edad más frecuente fue el de \geq 70 años, esto nos demuestra que a mayor edad mayor incidencia de hipertensión.

El sexo más frecuente fue el femenino con un 74 por ciento, esto coincide con el estudio de Prevalencia de Hipertensión realizado por Román Pedro et al en donde el sexo más frecuente fue femenino con un 77.76 por ciento, esto nos confirma que las mujeres hasta los 50 años están protegidas por los estrógenos, pero esta protección desaparece después de los 50 años.

La población que tiene información acerca de la obesidad fue de 98.3 por ciento, esto demuestra que dichos pacientes no ponen en práctica la información, dado que el 60 por ciento de los hipertensos son obesos, según un estudio realizado por Kotchen, Theodore.

El cumplimiento del tratamiento de los pacientes fue de un 89 por ciento, disociándose rotundamente con estudio de Calidad del Tratamiento Antihipertensivo en una Área de salud

en Venezuela, por Ramírez Yenis, en donde la población que ocupó el 88 por ciento fue la que no tomaba los medicamentos diariamente.

El cumplimiento de la asistencia a consultas médicas de los pacientes fue de 257 casos para un 85.7 por ciento, esto refleja que dichos pacientes están cuidando su salud y que reciben una buena calidad del servicio de salud.

REFERENCIAS

- Baraito Pérez A. Ejercicio, Piedra Angular de la Prevención Cardiovascular. Rev. Esp. Cardiol. Online. Mayo 2008; 61 (5); 514-28.
- Cortes o Prevención de la Hipertensión Arterial en la Infancia y la adolescencia. Prev. Infand 2006:1-19.
- Cruz E, Sueliz O, Jiménez R. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en Pacientes de 35-60 Años de Edad en el Hospital Dr. Luis Eduardo Sybar. Rev. Med. Dom. 2006; 66(3): 244-246.
- Díaz Adonis. El 30% de la Población Tiene Presión Alta. Diario Libre. Lunes 27 de Septiembre 2010; Pág. 14.
- Ferri, Fred F. Consultor Clínico de Medicina Interna, Claves Diagnosticas y Tratamiento, Nueva ed. España: Editora Oceano, 2007. Pág. 433-434.
- Giuseppe M, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Grassi G, Ruilope L. et al Guía de Practica Clínica para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Revista Española de cardiología Online. Septiembre, 2007; 60 (9):968-694.
- Guía de Atención de la Hipertensión Arterial Disponible en: Médicosgeneralescolombianos.com/Hipertensión.
- Harrison Online, Mc Graw-Hill; Enfermedades del Aparato Cardiovascular; 16ª ed.; 2006; pág. 669.
- Jesurum Cesar. Tratamiento y Seguimiento de la Hipertensión Arterial y Sistémica. En: Martínez P, Coordinador. Cardiología en Atención Primaria. 2ª ed. Santo Domingo: Centenario; 2008. Pág. 225-230.
- Kaplan, Norman M. Hipertensión Sistemática: Mecanismo y Diagnóstico. En: Brounwald's Cardiología 7ª ed. España: El Sevier; 2006. Pág. 953-63.
- Stramba-Badialeet Marco. Estrategias Actuales para Reducir el Impacto de las Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer. Rev. Esp. Cardiol. Noviembre 2006; 59 (11): 672-80.
- The Task Force for the Monogement of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) Guidelines 2007, Guidelines for the monogement of Arterial Hypertension.
- Ureña Rivera, Mildred Ileana. Hipertensión Arterial Diagnóstico. Cardiología en Atención Primaria. 2ª ed. RD. Editora Centenario S.A. 2008. Pág. 217.



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

¿QUÉ ES?

Enfermedad diarreica producida por el vibrión colérico.

Atendiendo a los criterios empleados para clasificarlos, se distinguen dos variedades importantes; clásico y El Tor.

El cólera ha producido importantes pandemias (esto es, epidemias globales).

CAUSAS

El cólera se transmite por vía fecal-oral; las heces contaminadas contaminan a su vez el agua de riego o bebida.

Los síntomas del cólera se deben a una toxina, que provoca la secreción de líquido hacia el interior del tubo digestivo.

SÍNTOMAS

El síntoma cardinal es la diarrea:

Empieza tras uno a dos días

De apariencia característica:

- Acuosa

- "En agua de lavar arroz" (grisácea, turbia, con restos de moco)

Muy abundante (hasta 250 ml/Kg.; 15 litros para una persona de 60 Kg)

Indolora

Sin fiebre

Pueden aparecer vómitos

La pérdida de agua y electrolitos provoca:

Calambres musculares

Debilidad

Deshidratación

FACTORES DE RIESGO

Bebida de agua o toma de verduras y frutas sin las condiciones higiénicas adecuadas.

Hacinamiento y pobreza.

Desnutrición

PREVENCIÓN

Evitar o desinfectar el agua y las verduras y frutas de higiene dudosa:

Poner una pastilla de lejía (se venden para consumo humano y una variable cantidad de agua en las farmacias de los aeropuertos y otras) para la cantidad de agua que se vaya a tomar.

Alternativamente hervir.

Remojar la verdura o frutas crudas en agua con una pastilla de lejía durante el tiempo que aconsejan las instrucciones.

Lavarse minuciosamente las manos antes de comer o manipular alimentos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la clínica.

Puede ser necesario realizar análisis de sangre para descartar complicaciones.

Por motivos epidemiológicos puede ser útil realizar análisis de heces.

Para una información detallada en inglés, Información para viajeros de la O.M.S..

Tratamiento

El fundamento del tratamiento es la adecuada rehidratación.

Medidas Generales

El paciente estará en reposo y cómodo.

Si no tiene vómitos, se repondrán líquidos mediante una solución glucosalina.

Si tiene vómitos o deshidratación severa, se le deberán administrar los líquidos por vía intravenosa inicialmente.

Medicación

No suele ser necesaria.

Actividad

Reposo hasta la recuperación.

Dieta

Ver medidas generales y prevención.

POSIBLES COMPLICACIONES

El cólera puede ser mortal, por deshidratación.

PRONÓSTICO

FRECUENCIA DE HEPATITIS B EN ADULTOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA DE SAN CRISTÓBAL.

Jovanna Mejía,** Cesar Dominguez* Yudelka Cuevas,* Felix Carvajal,* Manuel Mejía.****

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la frecuencia de Hepatitis B en pacientes adultos que asisten a la consulta externa de gastroenterología del Hospital Juan Pablo Pina, marzo-julio 2009, San Cristóbal, República Dominicana, se realiza un estudio de tipo retrospectivo. El universo estuvo constituido por 811 usuarios que asistieron a la consulta externa de gastroenterología de este centro hospitalario durante el periodo de estudio. La recolección de datos de este estudio se obtuvo mediante un instrumento de investigación basado en un cuestionario que plantea los objetivos propuestos. Como hallazgo podemos señalar que los resultados fue de 40 usuarios que tenían diagnóstico de hepatitis B para un 4.93 por ciento. El sexo más afectado fue el masculino con un 55 por ciento. En cuanto al grupo de edad los que tienen de 18 a 29 años fueron los de mayor porcentaje con un 50 por ciento. El 80 por ciento de los casos proceden de la zona rural. Dentro de las manifestaciones clínicas predominó la epigastralgia con un 30 por ciento. El factor de riesgo más común fue la cirugía con un 32.5 por ciento y, en cuanto al tiempo de identificado tenemos que el periodo de 0 – 12 meses es el más frecuente con un 55 por ciento. Sugerimos profundizar el estudio sobre este tema en esta población.

Palabras claves: Frecuencia de Hepatitis B en pacientes adultos.

ABSTRACT

With the aim to determine the frequency of Hepatitis B in adult patients who are present at the external consultation of gastroenterology of the Hospital Juan Pablo Pina, in March - July, 2009, San Cristobal, Dominican Republic, a study of type is realized retrospectivo. The universe was constituted by 811 users who were present at the external consultation of gastroenterology of this hospitable center during the period of study. The compilation of information of this study was obtained by means of an instrument of investigation based on a questionnaire that raises the proposed aims. Since find we can indicate that the results it belonged 40 users who had diagnosis of hepatitis B for 4.93 per cent. The most affected sex was the masculine one with 55 per cent. As for the group of age those who are from 18 to 29 years old were those of major percentage with 50 per cent. 80 per cent of the cases they come from the rural zone. Inside the clinical manifestations it predominated over the epigastralgia with 30 per cent. The

most common factor of risk was the surgery with 32.5 per cent and, as for the time of identified we have that the period of 0 - 12 months is the most frequent with 55 per cent. We suggest to deepen the study on this topic in this population.

Key words: Frequency of Hepatitis B in adult patients

INTRODUCCIÓN

La Hepatitis B es una patología viral que causa infección aguda, con un periodo de incubación de 40 a 160 días. Se asocia a anomalías clínicas, bioquímicas y serológicas. El virus de la hepatitis B es una causa importante de hepatitis aguda y crónica. La mayoría de las personas que adquieren el virus de la hepatitis B se recupera sin consecuencias. Esta forma de infección, que dura menos de 6 meses, se conoce como hepatitis B aguda. Por el contrario, cuando la infección perdura por más de 6 meses, se conoce como hepatitis B crónica.⁷

En México se realizó un estudio por Valdespino, JL., et, al sobre la prevalencia de la infección y el estado de portador de la hepatitis B en adultos y determinaron que las seroprevalencias de anti-HBC y HbsAg fueron de 3.3 por ciento y 0.21 por ciento, la edad más afectada fue de más de 50 años. En otro estudio realizado en Chile por Pereira, et, al se determinó que la población de mayor riesgo son los adultos jóvenes (25-35 años).

La prevalencia de la infección crónica varía desde más de 10 por ciento de la población en el sudeste Asiático, china, el área Amazónica, y África subsahariana, a menos 1 por ciento en Europa Occidental y América del Norte. 45 por ciento de la población mundial vive en áreas de alta endemicidad. La epidemiología es variable según la región: prevalencia alta cuando hay HBsAg en más de 7 por ciento de la población, media entre 2 y 7 por ciento de la población, y baja cuando es menor de 2 por ciento de la población.

La frecuencia de la misma ha sido la motivación principal de este estudio, con la finalidad de establecer la frecuencia en la población adulta de san Cristóbal que asiste al Hospital Juan Pablo Pina.

Se realizó una revisión de distintos aspectos del virus, comenzando con un recuento bibliográfico para seguir con breves comentarios sobre su virología, clínica y patogénesis, y centrándonos finalmente en aspectos demográficos, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y el tiempo de los pacientes con diagnóstico de hepatitis B.

Nuestro estudio se realiza en la consulta externa de gastroenterología del Hospital Juan Pablo Pina con el

* Médico general.

** Gastroenterólogo.

propósito de determinar la frecuencia de hepatitis B en dicho centro hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Esta investigación es de tipo retrospectivo y se realiza en el período marzo- julio, año 2009 con el objetivo de determinar la frecuencia de hepatitis B en pacientes adultos que asisten a la consulta externa de gastroenterología del Hospital Juan Pablo Pina.

Demarcación Geográfica.

Este estudio se realiza en la consulta externa de gastroenterología del Hospital Juan Pablo Pina el cual se encuentra localizado en la provincia de San Cristóbal.

Sus límites son:
Al este la calle Santome
Al oeste la calle Juan Tomas Díaz
Al norte la calle Manuel María Seijas y
Al sur la calle Presidente Billini.

En este centro funcionan los departamentos de parasitología, epidemiología, malaria,... y se ofrece servicios de emergencia (de niños y de adultos), pediatría, laboratorio, maternidad, medicina general, medicina interna, cirugía, cardiología, curas, ginecología, internamiento y muchos otros. Para realizar todos estos servicios el Hospital Juan Pablo Pina cuenta con 186 doctores, 308 enfermeras.

Universo

El universo está constituido por en total 811 pacientes, que demandaron atención en la consulta externa de gastroenterología en el período ya señalado.

Muestra.

La muestra está compuesta por 220 pacientes que se les mando a realizar la prueba de la Hepatitis B.

Criterios de inclusión.

Pacientes que demandan atención en la consulta externa de gastroenterología de dicho centro hospitalario en el tiempo de estudio.

Pacientes adultos sin importar edad determinada en este ciclo de vida ni sexo.

El criterio diagnóstico utilizado fue:

HBsAg positivo más de seis meses.

HbsAg negativo y anti-Hbs positivo.

DNA-VHB <105 copias/ml.

Valores de normales de transaminasas de forma persistente, y Biopsia hepática con nula o mínima actividad necroinflamatoria.

Criterios de exclusión.

Pacientes que no tengan diagnóstico de hepatitis B, aunque esten en la consulta externa.

Pacientes menores de 18 años.

Fuente de datos.

El instrumento de recolección de información es un cuestionario el cual contiene preguntas necesarias para medir las variables del estudio.

Fue construido a través del proceso de operacionalización de las variables, para de esta manera otorgarle los requisitos de confiabilidad y validez.

Plan de análisis.

Luego de tabular los datos, se digitaron en el programa Word con la finalidad de realizar cuadros donde se resuman las variables según las frecuencias, los cuales fueron analizados por los sustentantes del estudio, los que nos permitió medir el grado de cumplimiento de los objetivos, recomendaciones y conclusiones.

Procedimientos.

Reunión con los asesores clínico y metodológico para elegir el tema de investigación.

Aprobación del tema mediante una carta dirigida al departamento de tesis.

Luego se visitaron tres universidades con la finalidad de verificar la existencia de temas iguales y obtener certificación mediante sello.

Después de aprobado el tema se visitó el departamento de enseñanza del Hospital Juan Pablo Pina mediante una carta dirigida al jefe de enseñanza, con la finalidad de que en la institución de estudio nos dieran acceso a la investigación.

Previa aprobación para realizar el estudio se asistió a la consulta de gastroenterología

Realizamos el diseño del cuestionario basándose en los objetivos y las variables alcanzables para su medición e interpretación, estructurando un cuestionario de 7 preguntas.

Se realizó la distribución de los cuestionarios para ser aplicados por los propios sustentantes en un período de 5 meses, visitando el hospital tres veces a la semana, visitando la consulta de gastroenterología.

Principios éticos.

Tanto los nombres de los pacientes como sus números de expediente clínico fueron omitidos en la presentación del informe final, al fin de conservar la confidencialidad de estas. Los cuestionarios de recolección de datos completados a cada paciente fueron destruidos luego de realizado el procesamiento de la información.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de pacientes en pacientes que asisten a la consulta externa de gastroenterología del Hospital Juan Pablo Pina, marzo – julio 2009.

Total de pacientes vistos en consulta.	total de pacientes con diagnóstico de hepatitis B	%
811	40	4.93

Fuente: Estudio realizado sobre hepatitis B, consulta externa de gastroenterología, Hospital J.P.P San Cristóbal

La frecuencia de pacientes con diagnóstico de hepatitis B, tenemos que de 811 pacientes vistos en la consulta entre los meses marzo- julio 2009, 40 tienen diagnóstico de hepatitis B para una frecuencia de 4.93 por ciento.

Cuadro 2. Frecuencia de pacientes con diagnóstico de hepatitis B según la edad.

Edad	Frecuencia	%
18-29	20	50.0
30-39	8	20.0
40-49	7	17.5
50-59	4	10.0
≥60	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: idem

El 50 por ciento corresponde al intervalo de edad de 18-29, el 20 por ciento de los casos corresponden a la edad de 30-39 años, el 17.5 por ciento corresponde a la edad de 40-49 años, el 10 por ciento corresponde a la edad de 50-59 años.

Cuadro 3. Frecuencia de pacientes con diagnóstico de hepatitis B con relación al sexo

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	22	55
Femenino	18	45
Total	40	100

Fuente: idem

El 55 por ciento corresponde al sexo masculino y el 45 por ciento corresponde al sexo femenino

DISCUSIÓN

La República Dominicana, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un país con una prevalencia intermedia por tener de 2 a 7 por ciento de su población, pero estas cantidades se suelen alterar si los estudios son realizados en regiones endémicas de hasta un 8 a 20 por ciento.

La presente investigación ha permitido conocer la frecuencia de hepatitis B en pacientes adultos que asisten a la consulta externa de gastroenterología del hospital Juan Pablo Pina, según los resultados obtenidos, el 4.93 por ciento de los pacientes tienen hepatitis B. Al comparar este hallazgo con los resultados señalados por Loza et al, sobre la frecuencia de marcadores serológicos de hepatitis viral B y C en pacientes que ingresan por primera vez al programa de hemodiálisis en el Hospital Cayetano Heredia en Perú, los resultados sugieren baja frecuencia de los marcadores serológicos VHB y VHC.

Existe un margen de diferencia porcentual a favor del sexo masculino con un 55 por ciento, este hallazgo no coincide con el reportado por Germana, Frías en un estudio sobre la determinación del antígeno de superficie de hepatitis B en una muestra de trabajadores de la salud de instituciones seleccionadas del distrito nacional y el municipio de Haina periodo febrero 2004. La cual encontró que el sexo femenino era el más afectado.

De acuerdo a la edad, se puede apreciar en este estudio que la proporción es mayor en la población económicamente activa (18-29) debido a que se exponen a un mayor riesgo. Los cuales estuvieron representados por un 50 por ciento. Este

hallazgo difiere con Germán, Pichardo y colaboradores en un estudio sobre anticuerpos contra hepatitis B en una muestra de personas hemodializadas en el periodo agosto 2002 a mayo 2003 en el cual la edad promedio es de grupo de edades mayores de 40 años, pero es similar al estudio realizado por la OPS en el 2007 el cual encontró una prevalencia mayor en el grupo de 15 a 25 años.

De acuerdo a la procedencia de los pacientes se pudo observar la mayoría de los casos se presentan en demandantes de la zona rural, teniendo esto de razón de ser el hecho de que son los que mayormente demandan servicio.

En un estudio llevado a cabo por Franco y colaboradores sobre la incidencia de hepatitis B en el Hospital Juan Pablo Pina en el 2005 determinaron que los signos y síntomas más frecuentes fueron fiebre e ictericia y los factores de riesgo más destacados fueron cirugía, al compararlo con nuestro estudio encontramos que difieren en cuanto a los signos y síntomas que en el de nosotros es más frecuente la Epigastralgia y la flatulencia pero concuerda con relación con los factores de riesgo que es cirugía.

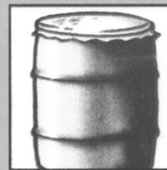
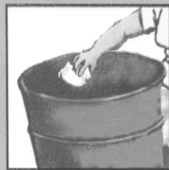
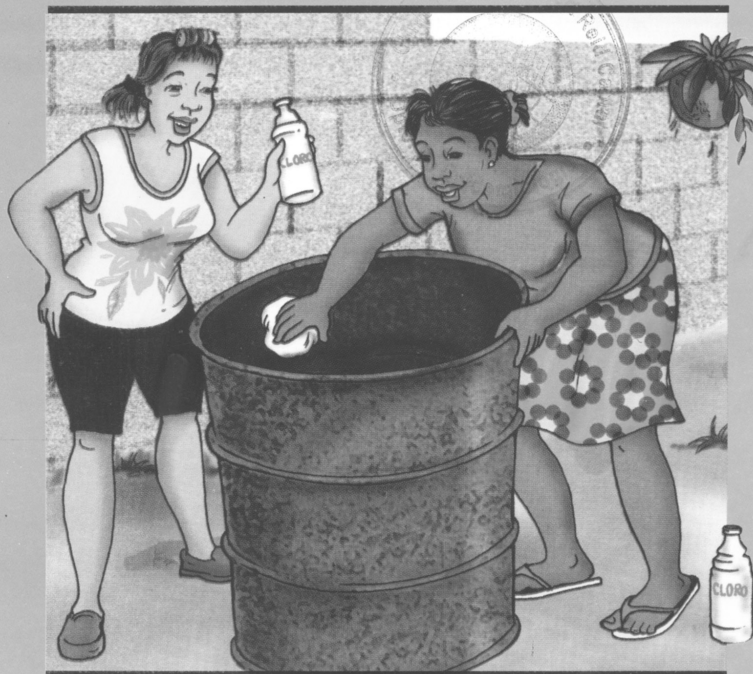
En cuanto al tiempo de identificado se observa que el periodo de 0 a 12 meses es el de mayor porcentaje con un 55 por ciento.

REFERENCIAS

1. Patlak M, Blumberg B, Hilleman M, Rutter W. La hepatitis B: una enfermedad debilitadora. (la historia de la hepatitis B). National Academy of sciences. [en línea] se consigue en [www7.nationalacademies.org/spanish/beyond_discovery/bio-007529-06 HTML](http://www7.nationalacademies.org/spanish/beyond_discovery/bio-007529-06_HTML).
2. Reyes-Romero H, Navarro-Rojas P. Enfermedades infecciosas virales. Venezuela, dislinimed, 1999; 327-366.
3. Kumate J. et al. Manual de Infectología. 15 va ed. México. Calli diseño; 1999; 116-117.
4. http://fai.unne.edu.ar/biología/viruslocal/estructura_y_clasificacion.Htm.
5. Rivera, MRF, Zavala M, Arenas E. Prevalencia de seropositividad para VIH, Hepatitis B y C en donadores de sangre. Rev. Gaceta medica de México 2004; 140(6)
6. Loza M, et al, Frecuencia de marcadores serológicos de hepatitis viral B y C en pacientes que ingresan por primera vez al programa de hemodiálisis en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Rev. Gastroenterología. 2005. 25(4).
7. Botero CR, Gutiérrez O, Alvarado J. Gastroenterología. Bogotá (Colombia): Mcgraw-Interamericana editores, SA. De CV; 2006. Vol. II. 2007-2024.
8. Marcellin M.D, et al. Tenefovir disoproxil fumarate versus adefovir dipivoxil for chronic hepatitis b. Rev. New England Journal of medicine. 2008. (23).
9. Torales TA, González s, Castañeda JL, Gómez B. Hepatitis Viral. Infectología clínica pediátrica. 7ª ed. México: Mcgraw-Hill interamericana, SA; 2004; 553-575.
10. Vélez H; et al. Gastroenterología hepatología-nutrición, 3ra ed., Colombia, 1990. 436.

Cloro untao Tanque tapao

¡Tu compromiso por la salud!



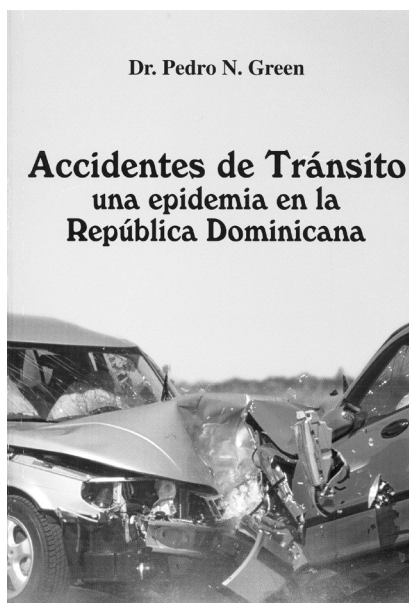
1.- Untamos Cloro por dentro del tanque y por encima del nivel del agua.

2.- Esperamos 15 minutos para que el Cloro actue y terminamos de llenar el tanque.

3.- Tapamos bien nuestro tanque.

CASOS CLÍNICOS

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.

USO DE TERAPIA VAC® EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS COMPLEJAS POR FRICCIÓN: REPORTE DE CASO

Mercedes Acosta S A, ** Sabala R,**** Estévez Hernández R E,*****
Pache B,*** Morales Pérez R.***

RESUMEN

Los traumatismos por accidentes de vehículos de motor constituyen una causa importante de morbi-mortalidad en la República Dominicana. Presentamos el caso de un masculino de 33 años, quien al sufrir caída de un vehículo en movimiento, queda atrapado, y es arrastrado aproximadamente 400 metros por éste, lo que le produjo heridas importantes a nivel de cara lateral de miembro superior e inferior izquierdos. Para acelerar el proceso de curación, decidimos instaurar terapia VAC® al paciente, conjuntamente con desbridamiento quirúrgico periódico y antibioterapia específica. El paciente se le realizó un autoinjerto cutáneo, lográndose el cierre completo de sus heridas.

Reinvidicamos el uso de la terapia VAC® para el manejo de estas lesiones masivas, con diferentes grados de profundidad.

Palabras claves: Terapia, Vac®, debidamente quirurgico periódico.

ABSTRACT

Traumas from motor vehicle accidents constitute an important cause of morbi-mortality in the Dominican Republic. We present the case of a 38 year old male, who after falling from a moving vehicle, gets trapped, and is dragged approximately 400 meters, producing in him important wounds in the lateral part of his upper and lower left limbs. To accelerate the healing process, we decided to initiate VAC® therapy on the patient, along with periodical surgical debridement and specific antibiotic therapy. A cutaneous autograft was done, obtaining complete resolution of his wounds.

We recommend the use of VAC® therapy for the management of these massive lesions, we different degrees of depth.

Key words: Vae®, Therapy, periodical surgical de midement.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos por accidentes de vehículos de motor constituyen una causa importante de morbi-mortalidad en la República Dominicana. Las lesiones que se pueden producir van de simples laceraciones o contusiones, hasta la muerte misma. Los cirujanos plásticos debemos estar listo para enfrentar traumas complejos, con afecciones de múltiples tejidos, a los fines de lograr reconstruir a los pacientes, y reintegrarlos a la sociedad en el menor tiempo posible, y con

un mínimo de compromiso funcional.

CASO CLÍNICO

Se trata de masculino de 33 años de edad, con antecedentes mórbidos conocidos de diabetes mellitus II, y quirúrgicos negados; quien se presenta a nuestro centro de salud vía sala de emergencia, referido de un centro de salud regional tres días después de haber recibido traumatismos múltiples en miembro superior e inferior izquierdo.

Paciente refiere a su llegada, que al desplazarse en su localidad, se monta en el parachoques de una camioneta sin que el conductor se percatara, y que al cabo de unos minutos se cae de la misma, quedándose atrapado de ésta con su pie derecho, por lo que fue arrastrado sobre el pavimento sobre su lado izquierdo por una distancia aproximada de 400 metros, dejándolo en las condiciones que se presentan debajo: Se calculó el área lesionada en un 15 por ciento de superficie corporal. El paciente es admitido al centro, donde se procede a desbridar, y se interconsulta con los departamentos de ortopedia, nefrología, infectología, cirugía general, endocrinología, psicología y medicina interna. Se comienza antibioticoerapia empírica con ciprofloxacina más metronidazol, y se instaura terapia VAC® en modo continuo, a 100mmHg. El paciente se sometió a curas más cambio de VAC® en quirófano cada 4 días. Durante dicho período paciente presenta hemocultivo positivo para *E. faecalis*, por lo que se coloca en esquema de imipenem más cilastatina, lográndose resolución del cuadro.

A los 30 días se realiza primer injerto, en todo el miembro inferior, con una integración de 85 por ciento tras su primera cura. 15 días después, se realiza injerto cutáneo de las lesiones del miembro superior., con una integración superior al 90 por ciento Diez días después, se decide egresar el paciente, por lo que se logró la curación completa en 55 días.

Actualmente se encuentra con sus heridas totalmente curadas, y recibiendo terapia física para ampliar sus rangos de movimiento en las extremidades lesionadas.

* Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica,Reconstructiva y Estética del Hospital Dr. Salvador B. Gautier

** Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético

*** Residente de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética



DISCUSIÓN

Los traumas complejos por accidentes de vehículo de motor requieren de un manejo multidisciplinario, donde el cirujano plástico debe tener un papel preponderante para lograr una adecuada reconstrucción de los tejidos lesionados.

En el caso que nos ocupa identificamos múltiples lesiones de profundidad variable a nivel de extremidades. Ésta condición hace que estos traumas se comporten como una “quemadura por fricción”, donde evidenciamos lesiones que se limitaron a dermis, y otros que afectaron tejidos profundos como músculo y hueso. El hueso cubital izquierdo fue “desgastado” durante el trauma, por lo que amerita mantener una férula a nivel del antebrazo a los fines de estabilizar la muñeca.



La principal complicación de éstos pacientes es la infección, debido a la solución de continuidad presente en la piel. La instauración de terapia VAC® nos permite tener mayor control de las secreciones, y sumado a las curas quirúrgicas y la antibioterapia específica nos permite disminuir a su mínima expresión dicha complicación. Por otro lado, la colocación del sistema VAC® sobre las zonas injertadas ayudan a una mejor integración del injerto, al producir una presión homogénea de todo el injerto sobre el lecho receptor, a la vez que succiona toda secreción que pudiera interponerse entre el injerto y el lecho receptor.



CONCLUSIONES

Las lesiones por fricción producidas durante un accidente de vehículo de motor pueden producir lesiones importantes que pudieran comportarse como una quemadura en sus diferentes grados. La terapia VAC® puede auxiliarnos en la reconstrucción de éstas lesiones, al estimular la producción de tejido de granulación abundante, y de buena calidad, a la vez que nos ayuda al control de las secreciones de las mismas, y luego de injertado, nos facilitan la integración de los injertos de piel debido a que estimula una mejor interfase entre el injerto y su lecho receptor.

Entendemos que el uso de la terapia VAC® es una herramienta importante a tomar en cuenta en nuestro arsenal de opciones terapéuticas para el manejo de heridas complejas, ya que ella nos puede auxiliar durante todas las fases de la reconstrucción.

REFERENCIAS

1. Scherer, S. et al: "The Mechanism of Action of the Vacuum-Assisted Closure Device". *Plas Reconstr Surg.* 2008, 122:3 (786-797).
2. Orgill, D.; Bayer, L.: "Update on Negative-Pressure Wound Therapy". *Plas Reconstr Surg.* 2011, 127:1S (105S-115S).
3. Morykwas, M. et al: "Vacuum-Assisted Closure: State of Basic Research and Physiologic Foundation". *Plas Reconstr Surg.* 2006, 117:7S (121S-126S)
4. Argenta, L. et al: "Vacuum-Assisted Closure: State of Clinic Art". *Plas Reconstr Surg.* 2006, 117:7S (127S-142S)
5. Emsen, I: "Unusual Burn Case: Melted Tar Burns". *Plas Reconstr Surg.* 2007, 119:1 (449-450)
6. Menéndez, A.; Ordaz Cortes, J.: "Uso de terapia VAC® para tratamiento de heridas por mordedura de araña reclusa café". *Cir Plast Iberolatinoam.* 2011, 37:3 (295-298)
7. Silva Bueno, M.; et al: "#Tratamiento de la fascitis necrosante por E. Coli mediante desbridamiento quirúrgico y terapia VAC®, a propósito de un caso". *Cir Plast Iberolatinoam.* 2011. 37:2 (131-136)

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



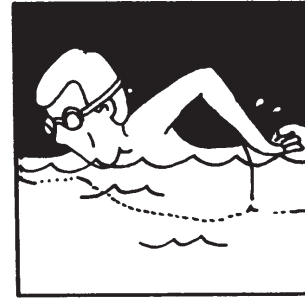
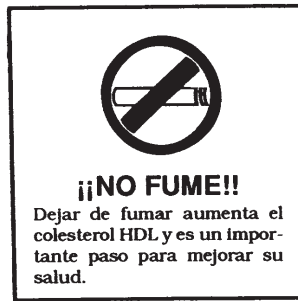
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

TETRALOGÍA DE FALLOT SEVERA EN NEONATO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Pura E. Pérez,** Wildry Domínguez, * Yeimi Isabel Balbi.**

RESUMEN

La tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente en la población general, con una incidencia general de 0,1/1.000 nacidos vivos.

El eje morfológico diagnóstico es el desplazamiento anterior izquierdo del septo infundibular hacia la vía de salida ventricular derecha durante el periodo de embriogénesis, lo que causa complejo de cabalgamiento aórtico, comunicación interventricular, estenosis subpulmonar e hipertrofia ventricular derecha.

Sin intervención quirúrgica, su supervivencia al año alcanza 66% y sólo 10% a 15% en más de veinte años. La presentación clínica es variable y depende del grado de estenosis pulmonar; cuando ya es significativa en la etapa neonatal o en lactantes menores de tres a seis meses, pueden aparecer crisis de hipoxemia que requieren intervención médica o quirúrgica de urgencia.

Palabras claves: Tetralogía de Fallot, Neonato.

ABSTRACT

The tetralogy of Fallot is the most frequent cyanotic congenital heart disease in the general population with a general incidence of 0.1/1000 live births.

The morphologic diagnostic axis is the left anterior displacement of the infundibular ventricular septum towards the right ventricle way out- during the embryogenic period that causes aortic override, ventricular septal defect, subpulmonary stenosis and right ventricular hypertrophy. Without surgical intervention, survival is 66% in 1 year and only 10% to 15% in > 20 years. Clinical presentation is variable and depends on the grade of pulmonary stenosis; when it is already significant in the neonatal period or in infants < 3 to 6 months, hypoxemic crisis that may require urgent medical or surgical intervention may appear.

Key words: Tetralogy of Fallot, Neonato

INTRODUCCIÓN

La tetralogía de Fallot es una cardiopatía frecuente y puede representar hasta el 11-13% de todas las cardiopatías congénitas clínicas, junto con la transposición de grandes arterias es la cardiopatía cianótica más frecuente. Hoy día el diagnóstico de Fallot suele realizarse en el periodo neonatal, siendo el soplo sistólico rudo precordial el signo que con más frecuencia motiva la valoración cardiológica. Este soplo está

provocado por la estenosis pulmonar y característicamente aparece ya en la primera exploración del recién nacido. Ocasionalmente, el cierre del ductus provoca la aparición de cianosis en los primeros días de vida, si la estenosis pulmonar es muy severa. Es más habitual, sin embargo, que la cianosis se presente en las semanas siguientes a lo largo del primero-tercer mes de vida debido al aumento progresivo del grado de estenosis pulmonar.

Dentro del curso de la enfermedad ocurre una eventualidad conocida como crisis hipóxica; dado que el flujo pulmonar está condicionado por el equilibrio entre las resistencias sistémicas y pulmonares, si las resistencias sistémicas caen por alguna razón, el flujo de sangre se desviará hacia la aorta, disminuyendo la cantidad de sangre que llega a la pulmonar, lo que compromete la oxigenación, y al disminuir el aporte sanguíneo pulmonar, ocasiona aumento de la cianosis y pérdida del conocimiento por hipoxemia aguda.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 7 días de edad, mestizo, de procedencia urbana, el cual desde el segundo día de vida presento cianosis y rechazo a los alimentos, es llevado vía emergencia a un hospital de Misas debido a que presento dificultad respiratoria que fue de leve a moderada intensidad de cuatro horas de evolución. Se recibe un paciente hipoactivo, hipotérmico, en periodos de apnea, con signos de deshidratación severa que lucía gravemente enfermo.

Signos vitales:

Frecuencia cardíaca: 100 l/m Frecuencia respiratorio: 39 r/m Temp.: 35 c

Al examen físico (datos relevantes)

Cabeza: normocefálica, pelo bien implantado y distribuido, fontanelas deprimidas.

Boca: Labios simétricos, mucosa oral reseca, sin saliva, mucosa oral cianótica.

Tórax: simétrico, hipodinámico, con retracciones inter y sub costales.

Corazón: ruidos cardiacos regulares, disminuido en intensidad y tono, no se ausculto soplo.

Piel: marcada cianosis.

Diagnósticos de ingreso:

Sepsis neonatal tardía grave

Shock séptico.

A las dos horas de estancia en el centro presenta paro cardiorrespiratorio irreversible, declarándose su muerte.

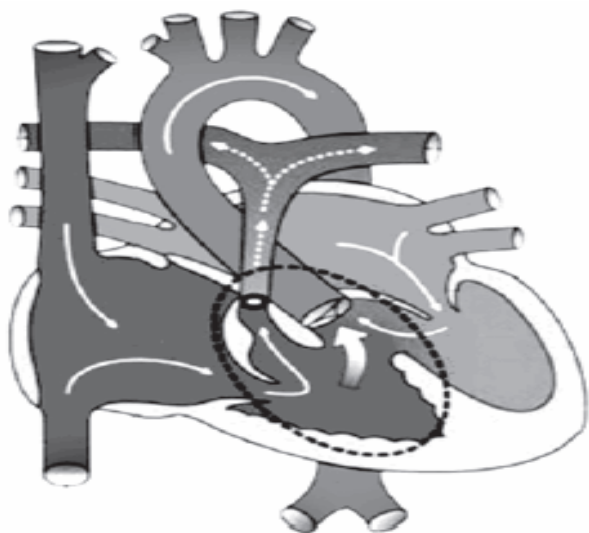
* Residentes de cuarto año de pediatría del hospital Luis E. Aybar .

Posteriormente se realizó autopsia que reveló que el paciente cursaba con una Tetralogía de Fallot severa.

DISCUSIÓN

El Fallot es una cardiopatía frecuente y puede representar hasta el 11-13% de todas las cardiopatías congénitas clínicas (1 de cada 8500 nacidos vivos). Junto con la transposición de grandes arterias es la cardiopatía cianótica más frecuente. En aproximadamente el 16% de los casos se asocia a una microdelección del cromosoma 22. En esta cardiopatía no se desarrolla el cono subpulmonar.

Las características anatómicas clásicas de esta patología incluyen: estenosis infundibular pulmonar (EP), cabalgamiento aórtico, comunicación interventricular (CIV), hipertrofia ventricular derecha (HVD). En la práctica clínica son dos los elementos anatómicos esenciales del Fallot clásico: EP y CIV.



La fisiopatología del Fallot consiste en el paso de sangre desaturada del ventrículo derecho al ventrículo izquierdo y aorta a través de la CIV, causando cianosis. El paso de sangre desaturada a la circulación sistémica y por tanto la cianosis, es tanto mayor y más acusada cuanto más severa sea la estenosis pulmonar. El grado de estenosis pulmonar es el factor determinante de la clínica (precocidad e intensidad de la cianosis y crisis hipoxémicas). Debido a la existencia de un gran defecto ventricular no restrictivo, las presiones del ventrículo derecho y del izquierdo son las mismas. La presión de la arteria pulmonar y el flujo a través de la válvula pulmonar son inversamente proporcional al grado de obstrucción infundibular: a mayor estenosis, menor flujo pulmonar; esto causa un incremento en la presión ventricular derecha y provoca un mayor cortocircuito de derecha a izquierda a través de la comunicación interventricular.

En el cuadro clínico se observan grados variables de cianosis al nacimiento. En aquellos pacientes sin gran obstrucción infundibular el Diagnóstico se realiza fuera del periodo

neonatal; estos pacientes pueden ser levemente cianóticos en reposo y elevar la cianosis al llanto o al esfuerzo. La cianosis se presenta a medida que se incrementa la obstrucción infundibular con la edad.

En los pacientes con obstrucción infundibular grave, se presenta cianosis desde el nacimiento; puede incrementarse y ocasional una crisis cianótica. Estos episodios se caracterizan por un inicio súbito de irritabilidad, polipnea e incremento de la cianosis; se deben a espasmos infundibular. A medida que le flujo pulmonar disminuye, el paciente se torna mas cianótico e hipóxico, con disminución del Ph. Esto provoca un incremento en la resistencias vasculares pulmonares y una disminución en la resistencia vasculares sistémicas, lo que contribuye a una menor perfusión pulmonar. La crisis pueden ocasionar pérdida de la conciencia, crisis convulsivas, daño cerebral y si no son controladas, el fallecimientos de los pacientes.

Los pacientes con tetrología de fallot tienen un soplo expulsivos en el borde paraesternal izquierdo, con el componente pulmonar del segundo ruido disminuido en relación directa con el grado de obstrucción. El electrocardiograma es inespecífico y muestra desviación del QRS a la derecha con hipertrofia ventricular derecha. La radiografía de tórax clásica en la T. Fallot muestra un corazón de tamaño normal con crecimiento ventricular derecho, excavación del arco de la arteria pulmonar, decremento del flujo pulmonar y en un tercio de los casos, un arco aórtico a la derecha (corazón en zapato zueco). El Diagnóstico definitivo se obtiene por la realización de un ecocardiograma, en el cual es posible definir la anatomía de la enfermedad, el grado de obstrucción infundibular pulmonar y las malformaciones asociados.

Los pacientes con tetralogía de fallot que presentan cianosis desde el nacimiento por lo general tienen gran obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho así como hipoplasia de las arterias pulmonares. Estos pacientes deben recibir prostaglandina E1 para su estabilización y Diagnóstico adecuado.

El tratamiento quirúrgico de una T. Fallot sintomática en el periodo neonatal requiere de la realización de una fistula sistémico pulmonar para asegurar una adecuada oxigenación pulmonar y permitir el desarrollo de la vasculatura pulmonar hipodesarrollada.

REFERENCIA

1. Medina J. Tetralogía de Fallot. Archivos argentinos de pediatría. Vol.109 no.1 Buenos Aires. Jan. /feb. 2011.
2. Rodríguez M, Villagra F. Tetralogía de Fallot. Protocolos de la sociedad de cardiología pediátrica. [Internet]. 2005. [cited 2012 Jan 5]. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_fallot.pdf
3. Rodríguez Weber M, Udaeta Mora E. Neonatología Clínica. México: 1ra Ed. McGraw-Hill interamericana., 2004. 556-557.
4. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson tratado de pediatría. Madrid, España. 17a.ed. Elsevier España. 2004. 1524-1528 p.
5. López A, Sayari A. Emergencia en cardiología Pediátrica. Colombia. 1ra Ed. Distribuna LTDA. 2010: 25-44.

CRISIS DE STAKES ADAMS: A PROPÓSITO DE UN CASA

*Ivonne Brevè Gonzàles,** Wascar J. Suero Alcàntara,* Marcos Caraballo Gómez,* Rosanna Pineda Contreras,* Daniel Castro,* Waldo Suero Alcàntara,** Joel Ramos.***

RESUMEN

Se presenta caso clínico de paciente femenina con historia de hipertensión arterial de larga data, la cual presenta sintomatología neurológica, cuya investigación arroja una alteración de la conducción auriculoventricular, tipo crisis de Stokes-Adams.

Palabras claves: Stokes-Adams, Bloqueo Auriculoventricular, sistema cardiovascular.

ABSTRACT

We present a clinical case of a female patient with longterm history of arterial hypertension which presents neurological symptoms, further investigation revealed an alteration of the atrioventricular conduction, resembling a Stokes-Adams crisis.

Key words: Stokes-Adams, atrioventricular block, cardiovascular system.

INTRODUCCIÓN

La crisis de Stokes-Adams, fue nombrado así por dos médicos Irlandeses, Robert Adams (1791-1875) y William Stokes (1804-1877). El síndrome de Stokes-Adams se define como una pérdida de conocimiento que a veces se acompaña de convulsiones y relajación de esfínteres debida a una asistolia u otra arritmia de corta duración. Se debe a bloqueo A-V en un 50-60% de los casos, bloqueo seno auricular en un 30-40% y taquicardias o fibrilaciones paroxísticas en un 0-5%. Esta definición no incluye los episodios de síncope vasovagal o epilepsia, puesto que los pacientes con crisis de Stokes-Adams pueden convulsionar durante periodos de isquemia cerebral. Las manifestaciones clínicas de las arritmias que disminuyen la fracción de eyección varía desde pérdida de visión, hasta pérdida de conciencia. La ausencia de una aura separa las crisis de Stokes-Adams de las convulsiones de origen cerebral.¹

El bloqueo A-V se produce cuando hay algún impedimento en la conducción del impulso entre la aurícula y el ventrículo.² Clásicamente se divide en bloqueo A-V de primer grado o conducción A-V prolongada, que se caracteriza por un intervalo PR>0,20 segundos y es un retraso en la conducción auriculoventricular.³ No tienen importancia clínica. El bloqueo de 2º grado es una forma de bloqueo cardíaco incompleto, en el cual algunos pero no todos los latidos auriculares se bloquean

antes de llegar al ventrículo.⁴ Se divide en tipo I de Mobitz o con fenómeno de Wenckebach que se caracteriza por un alargamiento progresivo del PR hasta que un impulso queda bloqueado. Es raro que progrese a bloqueo cardíaco completo y si lo hace, el bloqueo suele tolerarse bien, ya que el latido de escape surge del haz de Hiss proximal y proporciona un ritmo estable. En el bloqueo de 2.º grado tipo II de Mobitz no hay modificaciones del PR y la conducción fracasa de forma brusca.³ Es un bloqueo peligroso por su tendencia al bloqueo inestable y a la parada cardíaca como ocurrió con el caso que presentamos.

Historia clínica
 Datos generales:
 Nombre: TF
 Ocupación: Ama de casa
 Sexo: Femenina
 Raza:
 negra
 Edad: 80 años
 Hora:
 10: 00 A.m.
 Escolaridad: 3ero primaria
 Religión:
 Católica
 E. civil: Viuda
 Fecha:
 11/10/ 11
 Procedencia: Higüey
 Sala:
 UCI CV/2
 Residencia: Sabana Perdida

Motivos de consulta:
 Mareos
 Movimientos involuntarios de las extremidades superiores e inferiores
 Pérdida del tono postural

Historia de la enfermedad actual
 Paciente femenina de 80 años de edad con antecedentes mórbidos conocidos de Hipertensión Arterial tratada de forma regular, diagnosticada hace 41 años, quien se encontraba estable hasta aproximadamente unos 3 meses, cuando inicia cuadro clínico caracterizado por, Mareos descrito por la paciente "sensación de pérdida de las fuerzas" los cuales se le presentaban en actividades cotidianas de higiene del hogar, mejorando con el reposo hasta desaparecer. En algunas ocasiones se acompañaban de movimientos involuntarios de las extremidades quien dice que tenían una duración de 1 a 2 minutos como sacudidas, de igual manera, ocasionalmente se acompañaban de pérdida del tono postural y pérdida del

* Médico general

** Médico residente de cardiología

conocimiento, con una duración de 1 a 3 minutos, sin localidad o relajación de los esfínteres al finalizar los eventos (refiere la hija), motivos por los cuales acude a nuestra emergencia donde previa evaluación se decide su ingreso.

Antecedentes Personales Patológicos

Niñez: refiere sarampión, no recuerda la edad, Niega faringoamigdalitis a repetición, difteria, tos ferina.

Adolescencia: Niega asma, ETS, TB, amigdalitis

Adultez: refiere HTA, (HEA).

Antecedentes Hospitalarios: 1 ocasión hace aproximadamente 2 años, por cuadro similar.

Antecedentes Quirúrgicos: Histerectomía y ooforectomía por miomatosis en 1976

Antecedentes Transfusionales: Negados

Antecedentes Traumáticos: Negado

Antecedentes Alérgicos: Negado

Antecedentes Medicamentosos: Enalapril 20mg cada 12 horas, amlodipina 10 mg cada 12 horas, furosemida 40 mg cada 12 horas, ácido valproico 500 mg cada 12 horas, clopidogrel 75 mg cada 24 horas.

Antecedentes psiquiátricos: Negados

Antecedentes personales no patológicos

Tabaco: Fumador de cigarrillo de 1 caja, desde la adolescencia hasta hace 21 años, cuando abandona el hábito tabáquico por voluntad propia.

Café: ocasional y también lo dejó en 1990.

Alcohol: Negado

Drogas ilegales: Negadas

Té: Negado.

Antecedentes heredo familiares

Padre: Falleció "Edema en una pierna"

Madre: Falleció "Desconoce la causa"

Hermanos: total 5, 3 hembras 1 falleció y por hepatopatía alcohólica, 2 varones homicidio y hepatopatía viral

Hijos: (4) 2 Fallecido en la niñez desconoce la causa. Restos sin patología aparente.

Cónyuge: Falleció por Ca Próstata a los 72 años.

Ingresos mensuales: pensión.

Vivienda: casa con paredes de block, techo de concreto, 3 habitaciones, 1 baño intradomiciliario, agua potable para uso doméstico y agua purificada para el consumo humano, desechos depositado en fundas plásticas y recogidas por el ayuntamiento.

Menarquia: 12 años Telarquia: 13 años Pubarquia: 13 años Menopausia: a los 43 Cx Histerectomía y ooforectomía

Revisión por sistemas:

Constitucional: Niega debilidad, Pérdida de peso, anorexia, fiebre.

Sistema cardiovascular: Niega edema de miembros inferiores, claudicación intermitente, disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, dolor torácico.

Sistema respiratorio: Niega tos, disnea, hemoptisis y epistaxis.

Sistema gastrointestinal: Niega náuseas, vómitos, singulto, epigastralgia, constipación, ictericia, rectorrhea, disfagia, odinofagia, flatulencia, hematemesis, melena, tenesmo, coluria, acolia.

Sistema genitourinario: Niega hematuria, disuria, polaquiuria, cambios en el chorro de la orina, esfuerzo para

iniciar la misión.

Sistema endocrino metabólico: Niega poliuria, polifagia, ganancia de peso, polidipsia, intolerancia al frío calor.

Sistema neurosensorial: Refiere mareos (HEA), movimientos involuntarios (HEA) niega disartria, hemiplejía, cefalea, convulsiones, afasia, parestias, parestesias, trastornos de la sensibilidad y los sentidos.

Sistema musculoesquelético: Niega mialgias, causalgias, artralgias, rigidez matutina, lumbalgia.

Hematopoyético: Niega equimosis, petequias, hematomas, sangrados espontáneos.

Examen físico

(de emergencia) (11/10/11) 1: 30 am

Estado general: Paciente consciente en persona orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio, afebril, eupneica, manejando unas constantes vitales de

TA: 120/70 mmHg FC 50 l/m FR 23 R/M T e m p 37 C

Tórax: Simétrico, normodinámico, no retracciones intercostales o subcostales, no dressler, no harzer, no thrill, apex en 6to espacio LMCI, matidez hepática a 8cm del 6to espacio intercostal con LMCD. Timpanismo en espacio de traube.

Corazón: ritmo regula, ruidos cardiacos disminuidos en tono e intensidad, no soplos audibles. No R3 o R4.

Pulmones: Ventilados, Murmullo vesicular audible, no estertores agregados, normoresonantes a la percusión.

Abdomen: semigloboso expensas de tejido adiposo, peristalsis adecuada, depresible, manejable, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas, no organomegalias, timpanismo en traube.

Ext. Inferiores: simétricas, móviles, pulsos periféricos, femorales, poplíteos y pedios adecuados, no edema, no cambios tróficos, datos negativos de onicomicosis.

Tacto Rectal: no realizado por condición de la paciente.

Neurológico: Esferas superiores conservadas en nivel, alteradas en contenido, no rigidez de nuca, no kerning, no brudzinsky, sin lesiones aparente de pares craneales, sensibilidad superficial y profunda conservada, fuerza muscular presente no valorable en grados, ROT 2/2 en todos los miembros, marcha y coordinación no valorada. Glasgow RO 4/4 FV 5/5 RM 6/6.

Examen físico

Examen Físico UCI Cardiovascular 11/10/11

Paciente consciente, orientada en persona tiempo y espacio, eupneica, hidratada, que luce estable con unas vitales:

TA 130/ 70 mm Hg FC 48 l/m FR 18 R/m

Temp 37 C

Tórax: Simétrico, normodinámico, no retracciones intercostales o subcostales, no dressler, no harzer, no thrill, apex en 6to espacio LMCI, matidez hepática a 8cm del 6to espacio intercostal con LMCD. Timpanismo en espacio de traube.

Corazón: ritmo irregular, ruidos cardiacos disminuidos en tono e intensidad, soplo sistólico 4/6 en foco mitral y tricuspídeo que se irradia al pulmonar, no presencia de R3 o R4.

Pulmones: Ventilados, Murmullo vesicular audible, no estertores agregados, normoresonantes a la percusión.

Abdomen: globoso expensas de tejido adiposo, peristalsis adecuada, depresible, manejable, no doloroso a la palpación

superficial ni profunda, no masas, no organomegalias, timpanismo en traube.

Ext. inferiores: simétricas, móviles, pulsos periféricos, femorales, poplíteos y pedios adecuados, no edema, no cambios tróficos, datos negativos de onicomiosis.

Tacto Rectal: no realizado por condición de la paciente.

Neurológico: Fisiológico

Examen físico: cardiología

Estado General: Cociente, orientada en TEP, afebril, hidratada, eupneica, cooperadora, que luce crónicamente enferma.

Peso: 70 KG SC: 1.8 mts² TA: 170/70 mm Hg

FC: 50 l/m FR: 18 r/m Temp: 37 G

Piel y Anexos: Buena turgencia de piel y mucosas, no lesiones primarias ni secundarias.

Cabeza: Normocefálica, pelo de buena implantación y forma, no masas ni hundimientos óseos.

Ojos: Simétricos, no lesiones palpebrales, conjuntivas rosadas, escaleras anictéricas, pupilas isocóricas foto reactivas, no secreciones.

Oídos: Pabellón auricular normo inserto, no dolor a presión de trago, ni tracción de antitrago, conducto auditivo externo permeable, no secreciones.

Nariz: Tabique nasal central, narinas permeables, no pólipos ni secreciones.

Boca: Labios simétricos, mucosa oral húmeda, lengua normoglosa, paladar adecuado, paladar blando y duro sin lesiones, exodoncia parcial, no lesiones gingivales, caries aisladas, con mala higiene oral, lengua normoglosa, amígdalas eutróficas.

Cuello: cilíndrico, móvil, tráquea central, no IVY, no reflujo hepatoyugular, pulsos adecuados en intensidad y forma bilateral, tiroides eutrófica.

Tórax: Simétrico, normodinámico, normoexpansivo bilateralmente, sin retracciones subcostales e intercostales, no dresser, no hazer, no thrill, ápex en 6to EII con LMCI, no

palpable de diámetro, matidez hepática a 8 cm a partir de, frémito táctil bilateral adecuado.

Corazón: Ritmo regular, ruidos cardiacos de tono e intensidad adecuados, RI> R2, soplo meso-tele sistólico, eyectivo, rudo, en 4to espacio intercostal línea para esternal izquierda y 2do espacio intercostal línea paraesternal derecha 4/6, que se irradia en mayor intensidad a cuello y también a apex aunque en menor intensidad, no R3 o R4

Pulmones: Ventilados, murmullo vesicular adecuados, no estertores agregados, resonantes a la percusión.

Abdomen: semigloboso a expensa de panículo adiposo, cicatriz por cirugía previa, peristalsis adecuada, no doloroso a la palpación, no masas, no visceromegalia, timpánico en el espacio de traube. No soplos.

Extremidades Inferiores: Simétricas, móviles, pulsos periféricos de adecuada intensidad y forma, con cambios tróficos, edema unilateral del miembro inferior izquierdo de ++ blando que no deja fovea, no doloroso, que mejora a la elevación y rectificación de la pierna y empeora con la bipedestación.

Neurológico: Paciente con esfera superior conservada en nivel y contenido, no datos de irritación meníngea, no lesión evidente de pares craneales, sensibilidad superficial y profunda conservada, FM 5/5 miembros izquierdos, 5/5 en miembros derechos, ROT2/2, en todos los miembros, Escala de Glasgow: RO: 4/4 RV: 5/5 RM: 6/6 (15/15)

Fondo de ojo: Vasos de salida central de buena distribución y calibre. Retina sin alteraciones.

Diagnóstico Etiológico: Esencial, Aterosclerótico.

Diagnostico Anatómico: Cardiovascular

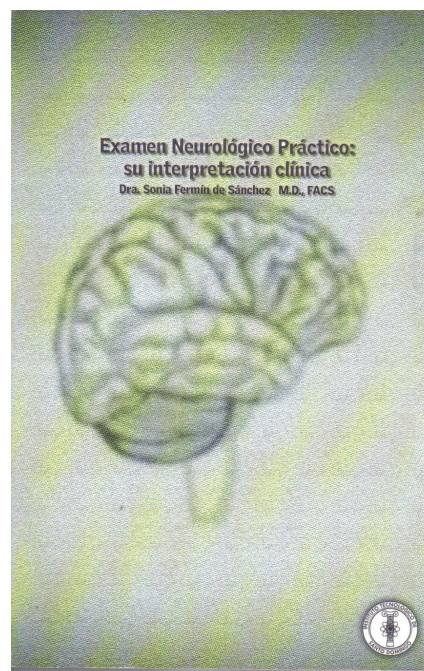
Diagnostico Funcional: Crisis de Stokes Adams

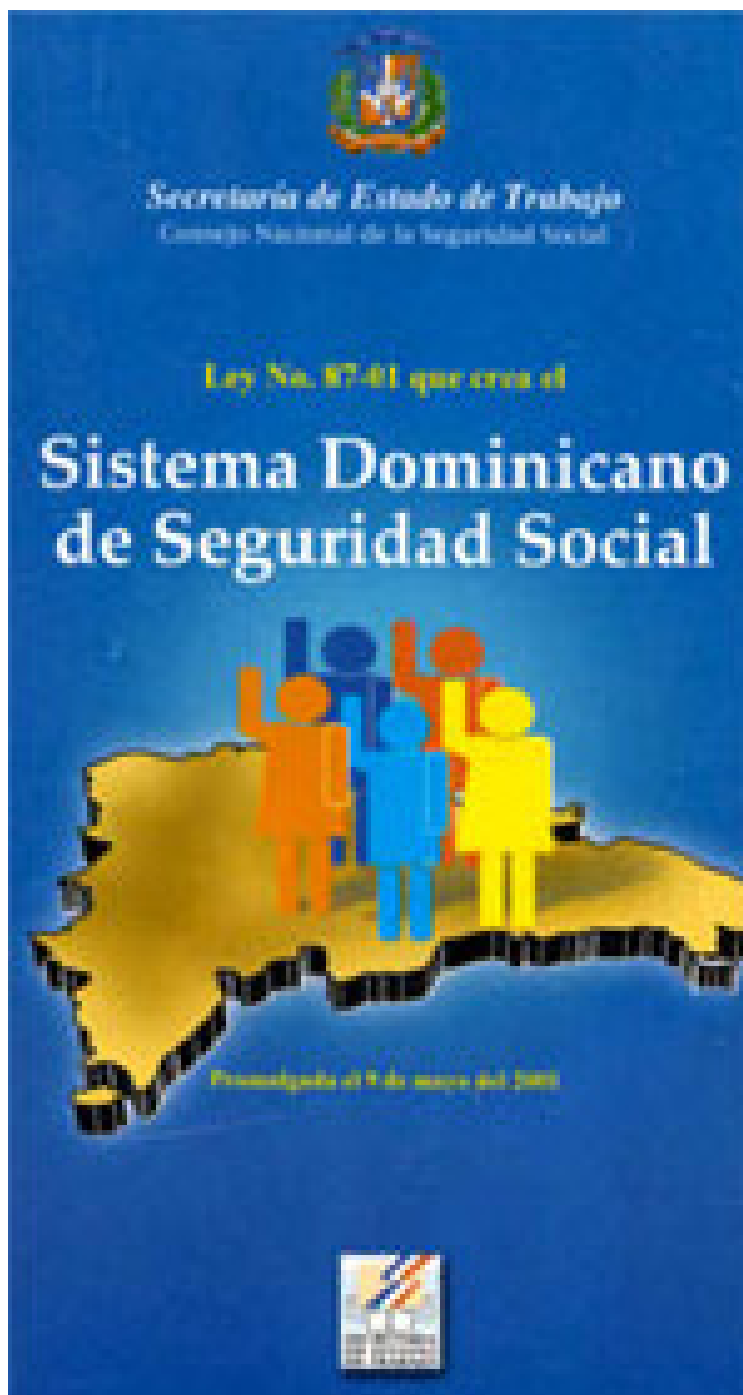
Bloqueo AV Completo

HTA II

Estatus cardiovascular: Comprometido.

Pronóstico: Reservado.





SÍNDROME NEFRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

José Reynoso,** Angélica Grullón, ****Géral Gauteraux,
*****Solangie Rondón.***

RESUMEN

El síndrome nefrótico es el síndrome renal más frecuente en pediatría y está constituido por edema generalizado, oliguria, proteinuria, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. La incidencia anual de esta enfermedad en los niños varía entre 2-7 casos nuevos por 100,000 habitantes en la población general. Se encuentra en niños 2 a 6 años. Por lo que aprovechamos el caso de una paciente de 1 años de edad con un síndrome nefrótico en debut.

Se puede observar en el curso de una enfermedad renal primaria o de una enfermedad sistémica que afecta también al riñón. Abarca un amplio espectro de enfermedad que van desde la nefrosis congénita o enfermedades micro quística del recién nacido hasta glomerulopatía membranosa.

Palabras claves: síndrome nefrótico, esteroides, lesiones mininas, proteinuria masiva.

ABSTRACT

The nephrotic syndrome is the most common renal syndrome in children and consists of generalized edema, oliguria, proteinuria, and hyperlipidemia. The annual incidence of this disease in children ranges between 2-7 newcases per 100,000 in population general. Found in children 2 to 6 years. As we take the case of a 1 year old with nephrotic syndrome in debut.

It can be seen in the course of a primary renal disease or systemic disease that also affects the kidney. Covers a wide spectrum of disease ranging from congenital nephrosis or microcystic disease of the newborn to membranous glomerulopathy.

Key words: Nephrotic syndrome, steroid, minor injuries, massive proteinuria.

INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico es el síndrome renal más frecuente en pediatría y está constituida por edema generalizado, oliguria, proteinuria, hipoalbuminemia e hiperlipidemia.

Abarca un amplio espectro de enfermedades microquísticas del recién nacido hasta glomerulopatía membranosa del adulto. En niños el síndrome nefrótico más característico se denomina idiopático o primario.

La proteinuria es el signo marcador del síndrome, con una magnitud superior a 40mg/m²/h o relación proteína / creatinina

en una muestra aleatoria de orina superior de 0.25g proteína/ mmol. la proteinuria en rango nefrótico es aquella superior a 3.5 g/24hr/1.73m².

La intensidad de la proteinuria provoca un descenso profundo de la seroalbumina que supera la capacidad de la síntesis en el hígado con la consiguiente hipoalbuminemia. El edema generalizado, es consecuencia de la presión coloidosmótica de la sangre y la acumulación de líquido en el espacio intersticial.

La hiperlipidemia, aumento de los triglicéridos, colesterol y lipoproteínas de baja densidad, se producen por mayor síntesis de lipoproteínas en el hígado, transporte anormal de las partículas de lípidos circulantes y disminución de su catabolismo. Estos pacientes son susceptibles a infecciones, sobretodo, por neumococo y estafilococo; se debe a la pérdida urinaria de inmunoglobulinas o de los factores del complemento de bajo peso molecular. Otras de sus complicaciones abarcan la trombosis, en especial la trombosis de la vena renal, insuficiencia renal, alteraciones endocrinológicas.

Se debe conocer la causa del síndrome nefrótico y la gravedad del mismo. Presentan un pronóstico favorable, aunque hay datos de mal pronóstico como Factores de mal pronóstico: corticorresistencia, menores de 1 año, componente de hematuria, glucosuria, insuficiencia renal, hipertensión arterial, hipocomplementemia persistente.

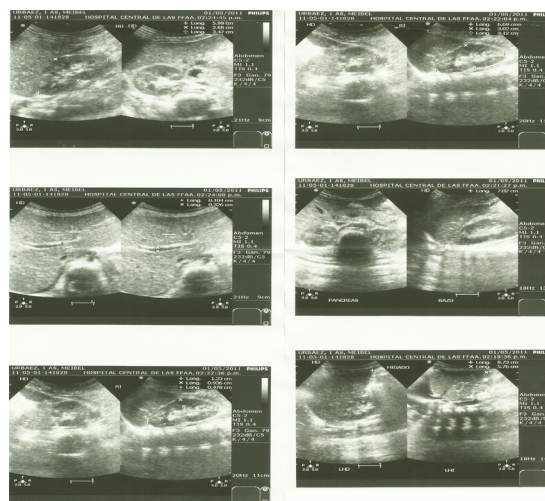


Figura A- presenta ambos riñones de contornos regulares, tamaño conservado y adecuada relación cortico-medular.

* Médico Pediatra, E.N Jefe de sala clínica.

** Médico Residente de 3er año de Pediatría, Jefa de Residente.

*** Médico Residente de 1er año de pediatría.

CASO CLÍNICO.

Paciente femenina de 1 año de edad, se presenta vía emergencia con historia:

-edema palpebral bilateral que ha ido aumentando de 2 días de evolución.

-fiebre no termometrada sin predominio de horario, que cedían al uso de antipiréticos orales tipo acetaminofen de 1 día de evolución.

-Disminución de la diuresis de 1 día de evolución.

Paciente con antecedentes perinatales de: nacimiento por parto eutócico, valorada en 39 semanas, ingresada al momento del nacimiento por antecedente materno de morbilidad infecciosa. Sin antecedentes mórbidos ni heredo familiar conocidos.

Al examen físico, como hallazgos positivos, presenta:

-ojos: edema palpebral bilateral.

-Pulmones: estertores roncus dispersos en ambos campos pulmonares.

Se realizan analíticas las cuales reportan:

Hemograma

GB: 15.8 x10mm³

Seg: 47%

Lin: 47.7%

Hb: 13 g/dl.

Hct: 37.1 %.

VCM: 71fl

HCM: 24.7pg.

Plan: 153 x10mm³.

ERS: 22mm/hrs.

Falcemia: negativa.

Tipificación: O rh (+).

Examen de orina: albumina 3+.

Triglicéridos: 468 mg/dl.

Colesterol: 254 mg/dl.

Complemento C3 y C4: normales

Electrolitos séricos:

Sodio: 140 mmol/L

Potasio: 3.14 mmol/L

Calcio: 1.08mmol/L



Figura B. Se observa edema palpebral bilateral y a nivel facial, característico del síndrome necrótico.

Albúmina sérica: 1.9 mg/dl.

Proteínas totales: 4.3 mg/dl.

Globulina: 2.8 mg/dl.

Urea: 14 mg/dl

Creatinina: 0.6mg/dl.

Glicemia: 106 mg/dl.

Fonografía abdominal que presenta hallazgos: derrame pleural derecho leve.

Se ingresa con diagnóstico de síndrome necrótico.

Se maneja con:

Líquidos en restricción hídrica.

Prednisolona 2 mg/k/d.

Furosemida 0.25mg/k/ds.

Paciente evolucionó favorablemente y se realizó su seguimiento en el área de nefrología pediátrica.

DISCUSIÓN

Se estima que hay dos a siete casos de síndrome necrótico por cada 100,000 niños, y es 15 veces más frecuente en niños que adultos.

El término describe la asociación de proteinuria, edemas periféricos, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia, como el caso de nuestra paciente. El tratamiento depende del padecimiento subyacente que está causando el síndrome nefrótico. Sin embargo, algunas terapias son comunes al síndrome nefrótico. Independientemente de la causa subyacente. Los cambios de la dieta comprenden una dieta con bajo contenido de sodio y de grasa, con aumento de la proteína. A menudo se prescriben complementos nutricionales (en especial vitamina D y hierro).

Durante la fase edematosa de la enfermedad y el tratamiento con corticoides surgen complicación que agravan el cuadro clínico, siendo las más comunes, infecciones y accidentes tromboembólicos. Entre las más importantes se encuentra la peritonitis primaria, la celulitis o erisipela y la sepsis.

Entra el tratamiento para el síndrome necrótico se encuentran los corticoesteroides; el 80-90 % de los casos experimentan recidivas, de estos, el 50% presenta recidivas frecuentes. La inmunosupresión se consigue en estos pacientes a base de otros fármacos además de los corticoides y se utilizan para prolongar la remisión. Se analizaron 20 estudios los cuales concluyeron que la utilización de ciclofosfamida o clorambucilo redujo la posibilidad de recidivas nefróticas, en comparación con el uso de la prednisona aislada.

En pacientes resistentes a los corticoides pueden ser tratados con agentes inmunosupresores o no inmunosupresores como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina II.

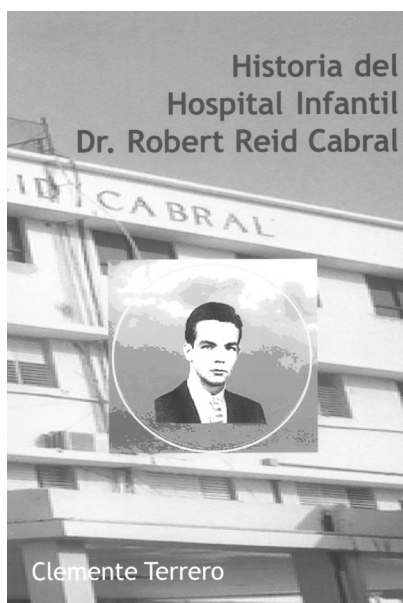
En el caso de nuestra paciente, de acuerdo a las diversas etiologías se puede pensar, por la edad de inicio del cuadro, en el síndrome necrótico primario con lesiones glomerulares mínimas, suele ocurrir en algunos niños al año de edad, con las mismas manifestaciones clínicas.

REFERENCIAS

1. Borrego R., Jaime; Montero C., Orlando (2003). *Nefrología: Fundamentos de medicina* (Cuarta

- edición). Corporación para investigaciones biológica «Véase página 340»
2. . Gordillo G. Nefrología Pediátrica. Mosby Doyma Libros 2009.
 3. . Churg J, Aviv R, White H. Pathology of the Nephrotic Syndrome. A report for the International Study of Kidney Disease in Children. *Lancet* 1970; 1: 129.
 4. Ortiz A. Factores de permeabilidad vascular en el síndrome nefrótico idiopático. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55: 4-8.
 5. International Study of Kidney Disease in Children. Nephrotic syndrome in children: prediction of histopathology from clinical and laboratory characteristics at time of diagnosis *Kidney Int* 1998; 159-65.
 6. Tune B, Mendoza S. Treatment of the Idiopathic Syndrome: regimens and outcome in Children and Adults. *J Am Soc Nephro* 1977; 8(5).
 7. Nash M, Edelmann C, Berstein J et al. Minimal change nephrotic syndrome, diffuse mesangial hypercellularity, and focal glomerular sclerosis. *Pediatric Kidney Disease*. Little Brown and Co 1992.
 8. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
 9. <http://www.clinicadam.com/salud/5/001554.html>
 10. <http://zapateando2.wordpress.com/2008/03/28/el-indice-de-suicidios-ha-aumentado-60-en-el-planeta-oms/>
 11. Sheikahazadi A, kiani M, Ghadyani m. Electrocutation-Related Mortality, A survey of 295 Deaths in Tehran, Iran Between 2002 and 2006. *Rev Am J Forensic Med Pathol*. 2010; 31(1): 42-45.

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.

LA GESTIÓN HOSPITALARIA PARA EL PERSONAL DE SALUD

La gestión hospitalaria hoy día se constituye en un elemento fundamental en la búsqueda de lograr hacer del centro hospitalario un instrumento eficiente, moderno, sostenible y al servicio de los sectores sociales mayoritarios de cualquier nación. Por ello se establece que la nueva gerencia en salud se debe manejar con un concepto empresarial en la búsqueda de obtener grandes beneficios sociales.

Según nuestra opinión, este libro será de gran provecho para varias audiencias fundamentales. Una son los estudiantes de Ciencias de la Salud, económicas, derecho y otras disciplinas relacionadas con la gestión sanitaria, los posgraduados que vayan a gestionar servicios de salud, particularmente los médicos, enfermeras, así como los profesionales de la gestión: Autoridades de Salud Pública, propietarios de servicios sanitarios, políticos de servicios de salud, gestores, profesionales y suministradores sanitarios, evaluadores y expertos en calidad y cualquier persona relacionada o interesada por la gestión de los servicios de salud.

Dr. Gilberto Serrulle
Presidente de la Comisión de Salud
Cámara de Diputados

El autor cuestiona la visión tradicional sobre cómo dirigir y administrar un hospital, un departamento, un servicio... y en consecuencia propone un modelo actual de cómo gestionar, qué se gestiona y cómo medir lo que se gestiona... cómo se adquiere y se pierde la salud, cómo se la recupera y se la mantiene, subyacente tras la mayoría de las políticas y actividades mediante las cuales los miembros de las sociedades modernas tratan de mejorar su salud individual y colectiva.

Dr. Albertys Enriquillo Matos
Presidente de FUNDIMESO

Por el momento, creemos, existe un grado considerable de incompreensión de la importancia de los distintos indicadores y determinantes de la salud y sus relaciones con la gestión hospitalaria. Gran parte de la confusión proviene de que alguna gente va por ahí vendiendo conceptualizaciones simples de fenómenos complejos: una dieta mejor, más ejercicio, menos estrés, mejor asistencia médica, ingeniería genética —cada una es un remedio sencillo con una etiqueta atractiva y fácil de comprender. El problema radica en que, cuando se las ofrece como explicaciones de por qué algunas personas reciben buena atención y otras no, resultan simplistas e incompletas. De eso trata este libro, de llevar la comprensión y crear conciencia acerca del cumplimiento de las leyes, para evitar que cada personal de salud tenga su propia norma.

Dr. Víctor Terrero
Diputado provincia Barahona.

El libro está a la venta en Centro Cuesta del Libro (C/ Abraham Lincoln esquina 27 de Febrero), en Tesahurus, en la Abraham Lincoln 305 esq. Ave. Sarasota, Tel. (809) 508-114, e-mail: thesaurus@codetel.net.do; en Fundimeso (c/Pedro A. Bobeá 02, suite 208, Bella Vista, Tel. (809) 534-6076, en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, tel. (809) 684-2610, e-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

Recientemente el ministerio de Salud Pública y asistencia Social puso en circulación «Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas». Este reglamento corresponde al Decreto núm. 434-07 del 18 de agosto de 2007.

En el capítulo XI, artículo 48 dice: «La persona designada para ocupar el cargo de director (a) o de subdirector (a) del Centro debe reunir, además de los requisitos establecidos en el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), los siguientes»

Egresado de una universidad reconocida por la Secretaría de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología (MESCYT).

Haber realizado en una institución acreditada y/o reconocida por el país, cursos de pos grado en

, a nivel de especialización o maestría de acuerdo con el ámbito de las competencias que deberá desarrollar.

Para cumplir con este mandato, la Fundación Dominicana de Investigación y Servicios Médicos social, Inc. (FUNDIMESO) conjuntamente con la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) iniciaó un diplomado en gestión hospitalaria.

El 7 de febrero de 2009, se inició el primer diplomado de Gestión hospitalaria para el personal de salud, en el edificio Biblioteca Central UNPHU, Ave. John F. Kennedy, km 6½, Distrito Nacional, República Dominicana. En ese I diplomado participaron 43 personas. A seguidas se inició el II diplomado con la participación de 27 personas; el 30 de enero de 2010, se inició el III diplomado de gestión hospitalaria, donde participan 43 personas proyectado a terminar el 8 de mayo del presente año. Está fijado para el sábado 5 de junio el inicio del IV diplomado de Gestión hospitalaria, en el cual participarán 40 personas.

El objetivo fundamental de este diplomado es: Ofrecer el medio teórico-práctico idóneo para que los directores, administradores, encargados de departamentos y demás personal de hospitales, reciban las orientaciones académicas

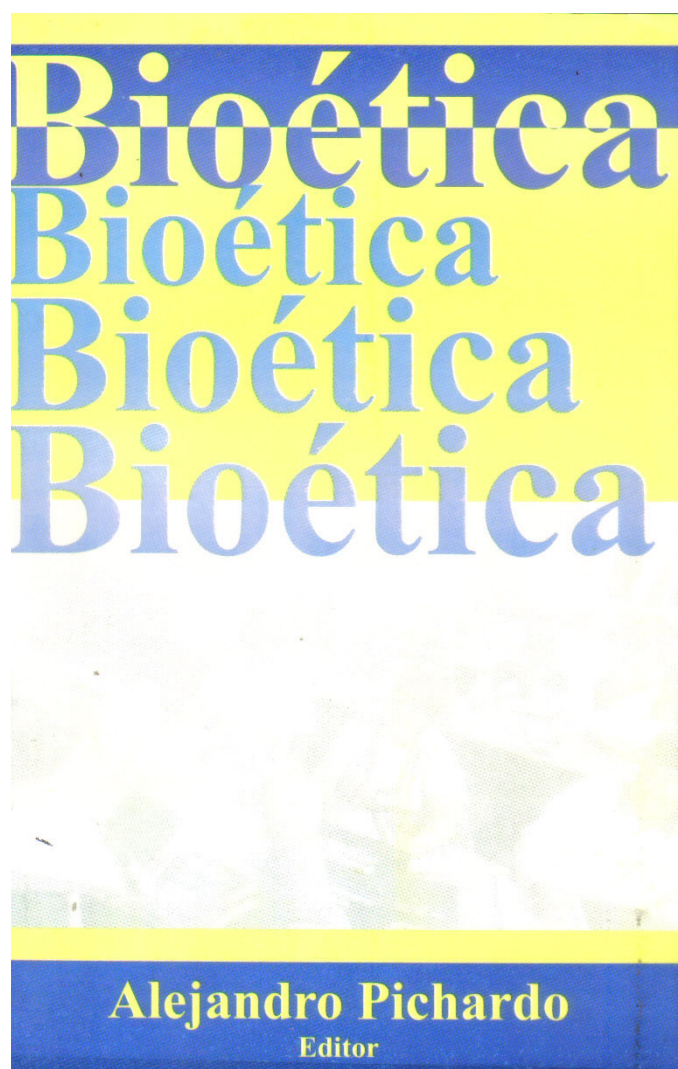
de lugar y puedan hacer una gestión diaria del hospital acorde con los nuevos tiempos, y para adecuarse a los requisitos establecidos en el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas (Decreto Presidencial núm. 434-07, del 18 de agosto de 2007).

Aprendiendo para mejorar

Un total de 111 personas empleadas del ministerio de Salud han participado y obtenido el certificado correspondiente al Diplomado de Gestión hospitalaria para el personal de Salud. Entre los gastroenterólogos egresados de este diplomado están: Mirna Font-Frías, Directora del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar; Genis Luis Félix,

ayudante de la Consulta externa del referido Centro; Yisset Guzmán, ayudante del servicio de endoscopia del centro; Aleydi Miosotis Frías, ayudante de gastroenterología del SEMMA Santo Domingo; Mirian Caraballo, coordinadora de Gastroenterología de SEMMA Santo Domingo.

Algunos directores han participado: Dr. Carlos De los Santos, director de la unidad de Quemados; Dra. Luisa Lafontaine, ex directora del hospital Dr. Luis E. Aybar; Dr. Adolfo Rojas, director del hospital docente Padre Billini; Dra. Mitha Santana, directora del área V de salud de la Región metropolitana; Dra. Rebeca Fernández, directora del hospital municipal de Villa Duarte.



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, Miniel-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 remitieran 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, escribálos en letras los que sean hasta doce.

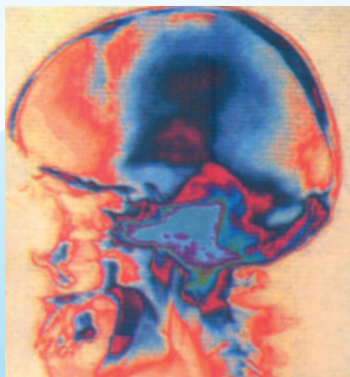
* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".



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