



Revista Médica Dominicana

Vol. 71

Septiembre/diciembre, 2010

No. 3

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-N° 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:
EDITORAL MONTE, S.A.
Tel. 809.531.2644
Miguel Angel Monclus No.464
Bella Vista, Santo Domingo, R.D.

© 2011

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Senén Caba

EDITOR

Dr. Fernando Fernández

COMITÉ EDITORIAL

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

EX-EDITORES

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



COLEGIO DE MÉDICOS DOMINICANOS

Ley 68-03

Junta Directiva Nacional

2010-2011

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



Revista Médica Dominicana

Vol. 71

Septiembre/diciembre, 2010

No. 3

CONTENIDO

EDITORIAL

- 5 .La atención primaria de salud como modelo de equidad y eficacia de los sistemas de salud. *Rubén Dario Pimentel.*

TRABAJOS ORIGINALES

- 9 .Características del síndrome de burnout en profesores de la facultad de ciencias de la salud, universidad autónoma de santo domingo, sede central. Verano 2009. *Karina Estrella Gómez, Juan Pablo Lagos Cruceta, Sandro Balbi Hernández, Rosa Mariela Mirambeaux Villalona, Eduardo José Moore Sánchez, Ana Isolina de la Cruz.*
- 15 .Factores de riesgo de úlcera péptica. Centro de gastroenterología. Ciudad sanitaria doctor luis eduardo aybar. *Marcos Caraballo Gómez, Erick Cuello Sánchez, Rosanna Pineda Contreras, Rafael Montero.*
- 19 .Consumo de tabaco en estudiantes de la educación secundaria del liceo victor garrido, distrito nacional. *José Lara Brea, Aracelis Lantigua, Nassidith Ramírez, Rubén Dario Pimentel.*
- 25 .Respuestas terapéuticas de los pacientes diagnosticados con el virus de la hepatitis c manejado con interferón que asisten al programa de hepatopatías crónicas del hospital regional universitario José María Cabral y Báez. *Erik Álvarez, Juan José Batista, Dahiana Antonia Pichardo, Paola Arisleyda Gomez, Luis Alfredo Almonte, Ibelise Toribio.*
- 29 .Frecuencia de factores predisponentes a la amputación de miembros inferiores en pacientes con pie diabético. Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. *Pedro Anibal Gomera Leger, Rodolfo Alarcón Lugo, Kreemly Gabriel Pérez Cohen, Ricardo Jefferson Blanchery Méndez, Jonathan Alberto Lara Taveras, Juan Isidro Ramírez Rodríguez.*
- 33 .Prevalencia de la enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini. *Atagracia Valdez, Fausto A. Medina, Paloma Núñez, Alba Hidalgo, Carina Concepción.*
- 37 .Frecuencia y factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional, en el hospital maternidad nuestra señora de la alta gracia. *Biannet Portorreal Mancebo,* Carlos Gabriel Valenzuela,* Danae E. Távarez Parra,* Juan Carlos Valenzuela,* Jorge Luis Medrano,* Yuderka Lerebours Mateo.***
- 41 .Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los habitantes de 15-79 años de la sección Juan Barón, municipio Sabana Grande de Palenque. *Orquidia de Jesús Bello, Melsa Alcántara, Elisabeth Bello Rosario, Luisa I. Araujo López, Indira Derisel Távarez, Anibal Gomera.*
- 45 .Percepción de la calidad de vida de enfermos con lupus eritematoso crónico que asisten a la consulta del instituto dermatológico y cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert Díaz. *Ladismir Matos Acosta, Alba Matos del Villar, Leisa Araujo López, Orquidia de Jesús Bello, Fredy Padua Ruiz, Rosa Pichardo.*
- 49 .Vacunación contra hepatitis b, difteria y tétanos en el personal de salud de la república dominicana. *Eduvigis Suarez*

- Núñez, Aura Patricia Rodríguez, Elvis Joel Florentino, Sara María Oviedo, José M. Díaz, Virginia Espadilla Santos, Clemente Terrero.*
- 53 .Prevalencia de trichomonas vaginalis en la clínica rural del arroyo al medio. *Dewey Ventura José, Carlos Daniel Tavera Ramos, Davis Junior Pineda Santos, Leonela Vicente Nivar, Cristian Alejandro Santana, Félix Joaquín González.*
- 55 .Percepción de riesgo de cáncer ginecológico en pacientes de edad reproductiva, hospital de la mujer dominicana. *María M. Marte Fabián, Eddy Almonte, Mislina Yean Contreras, Olga L. Lebrón, Dorca Paredes, Ruth Agüero.*
- 59 .Diagnóstico y manejo de pacientes intoxicados por plaguicidas en hospitales de tercer nivel de la república dominicana. *Emelinda del R. Tejada R, George A. Matos F, Katia E. Méndez.*
- 65 .Incidencia de neonatos pretérminos con relación a los nacidos vivos, centro materno infantil san lorenzo de los mina. *Lidia Abréu Paredes, Denny Santana Fabián, Enriqueta Henríquez Severino, Evangelista Castillo Martínez, Tania Francisca Encarnación R., Ángel María Pérez Disla.*
- 69 .Reacciones adversas postransfusionales en pacientes asistidos en el hospital Dr. Salvador B. Gautier. *Roccio Mordan Lebrón Eduardo Agüero Rodríguez, Dignora Alcántara,*Miguelina Batista P, Giselle L. Candelaria de la Cruz, Ángel Díaz.*
- 73 .Frecuencia de infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral. *Josué González Liriano, Jheinson Rodríguez, Ronald Bruno, María Teresa Reynoso Concepción, Neury Josefina Pérez Reyes.*
- 79 .Prevalencia de amigdalitis aguda en la clínica rural de arroyo al medio. *María Ignacia Montero Morillo, Yaritza Ogando Berroa, José Ignacio Adames Bautista, Stephanie Anety Bautista Ferreras, Marisela Ramírez Lara, Carmen Ramos.*
- 83 .Comportamiento del síndrome coronario agudo en adultos menores de 45 años en el hospital docente Padre Billini. *Aneyis Alcántara, Milvio Pérez, Dinanyelis Martínez.*
- 87 .Distorsiones cognitivas de personas que viven con VIH que asistieron al centro sanitario de santo domingo. *Victor Rabiére Estrella Ventura, Ayirden Morrobel Lebrón Mesa.*
- 93 .Enfermedad hipertensiva gestacional en adolescentes. Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal. *Fátima Elizabeth Rodríguez Sánchez, Laritza Esther Rincón Ramírez, Héctor R. Mateo de la Cruz, Cristian Arias Ramírez, Luz Astani Ruiz Rodríguez, Yuderka Lerebours, Demetrio Dios del Toro.*
- 99 .Dismenorrea en mujeres de edad reproductiva que asistieron a la unidad de atención primaria angostura. *Domingo Conrado Mateo del Rosario, Francisco Alberto Carvajal Montero, Pablo Roberto Carvajal Matos, Mildry Yazmin Peña Paniagua, Juan Carlos Martínez Castillo*
- 103.Frecuencia y factores de riesgo de gangrena de fournier hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. *Julissa Patiño Jiménez, Víctor Rafael Tapia Vicioso, Diamny Gómez Peralta, Alejandra*

Rosario Méndez.

107. Abordaje y adherencia al tratamiento con insulina vs. Hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos tipo 2 en debut en el hospital general de la plaza de la salud. *Aybar Nicasio, Galv Eumy, Ovalles José, Peña Chanaly, Matos, Quelin.*
111. Factores de riesgos y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta en la maternidad nuestra señora de la altagracia. *Licet Altagracia Adn Cordero, Alfonsina Adam Suero, Yuderca Aragon Pérez, Omar Nelson Guerrero, Vinicio Dagoberto Mejía Tapia.*
117. Conocimientos y prácticas en el uso de las pruebas de embarazo caseras en estudiantes del liceo ramón emilio Jiménez, santo domingo. *Katherine Ozoria, ngel Pacheco, Hernán Mercedes, Muriel Andujar, Aimée Collado.*
119. Etiología y comportamiento del síndrome febril en los pacientes atendidos en un hospital de santo domingo. *Feliz Ruiz, Sterling; Francés Matos, Sachenka; Fliz Ramírez, Genis; Mateo Sánchez, Cynthia*
123. Frecuencia y descripción del hábito de fumar en estudiantes del liceo secundario profesor juan de jesús reyes. Zona urbana del municipio mao, provincia valverde, república dominicana. *José Espinal Cedeño, Altagracia Ibe Báez, Patricia R. Saint-Hilaire R, Rubén Darío Pimentel.*
131. ndice de infección en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital docente dr. Francisco E. Moscoso Puello. *Julissa Polanco Cruz, Carmen Natalia. Vásquez, Francisco Almonte, Liliana Crystal Ventura, * Adalgisa Almonte, *Mario Uffre.*
135. Malformaciones congenitas en recién nacidos, hospital central de las fuerzas armadas. *Dra. Danyd Moquete Mendez, Dra. Jacqueline Reyes Brito, Dra. Luz Celeste Acosta Acosta, Dra. Gricel Cedano Rosario.*

CASOS CLÍNICOS

141. Leiomomas. Reporte de un caso tratado quirúrgicamente y revisión de la casuística en el idcp. *Rosaura Abréu, Mariana González D, Denny Martínez, Teresa Feliz P.*
145. Colgajos como alternativa valiosa en cirugía plástica: revision de casos. *Otoniel Díaz, Pablo García, Manuel Díaz, Tania Medina, Lissette Cheas.*
149. Aneurisma de la aortica ascendente a propósito de un caso. *Atahualpa Duarte.G. Manuel lopez. Keila Villa, Francisco Viola ., Dania Solano.*
153. Sedación y anestésicos usados en cirugía de cara en el hospital dr. Dario contreras, santo domingo. *Ana Delia Torres, José Antonio Félix Jiménez, Nsida Rodríguez, Lady Figari.*

Página Web

Les anunciamos a todos los colegas que desde el pasado 9 de diciembre de 2005, el CMD tiene disponible para sus afiliados, en el país y el mundo su página web. La dirección de nuestra página web es [www. colegiomedicodominicano.org](http://www.colegiomedicodominicano.org) Aquí se recoge la historia de la antigua AMD, hoy Colegio Médico Dominicano, sus fundadores, su primer presidente Dr. Manuel Durán Bracho, la ley 68-03, sus reglamentaciones, las leyes 87-01, 42-01, entre otros aspectos.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO MODELO DE EQUIDAD Y EFICACIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

Rubén Darío Pimentel*

En este número, aparece un artículo titulado: Características del síndrome de Burnout en profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo, sede central. Verano 2009. Este tipo de publicación no es común en nuestro medio, razón por la cual, editorializamos en este número de la Revista Médica Dominicana acerca de la Medicina del trabajo.

La OMS define la Medicina del Trabajo como «La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado posible de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno; así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo».

Por otra parte la Comisión Nacional de la Especialidad, define la Medicina del Trabajo como «La especialidad médica que tiene como fin principal el estudio del riesgo y la patología que, derivados de las circunstancias del trabajo, pueden incidir sobre la salud humana, y la adopción de todas las medidas necesarias para su preservación». Su misión es fundamentalmente preventiva y, subsidiariamente, pericial y asistencial.

Patologías de origen laboral

Las normas de prevención de riesgos laborales de la OMS define como «daños derivados del trabajo»: las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo». Sin embargo, tradicionalmente se ha considerado los «costos económicos» y los «costos humanos» como la consecuencia de la actividad laboral.

Los «costos humanos», en los enfoques clásicos de seguridad e higiene, son considerados los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales; respondiendo así a un concepto restringido de salud, en cuanto «ausencia de enfermedad o lesión física».

El concepto de salud ha evolucionado y se ha ampliado notablemente, considerándola la OMS como: «el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad», posteriormente la OIT definía la salud laboral como «el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad de los trabajadores como consecuencia de la protección frente a

riesgo». Bajo ésta perspectiva, Regnier en 1979 clasificaba los «costos humanos» en:

1. Accidentes de trabajo.
2. Trastornos o enfermedades debidas al ambiente físico (ambiente-térmico y sonoros, vibraciones, iluminación, polución atmosférica).
3. Fatiga muscular ligada al trabajo (estático o dinámico) y a la postura (debida a la actividad y a la concepción del puesto).
4. Fatiga mental ligada a las actividades sensoriales, cognitivas e intelectuales.
5. Fatiga, morbilidad y trastornos generales (laborales y extralaborales) debidos al trabajo nocturno y/o por turnos.
6. Falta de autonomía temporal (dificultad o imposibilidad de regular su tiempo de trabajo), debida al ritmo de trabajo, a la imposibilidad de interrumpir la actividad o de alejarse del puesto de trabajo.
7. Falta de autonomía decisional, de responsabilidad ligada a la división del trabajo y a la concepción de los procesos de producción.
8. Dificultades o imposibilidad de comunicación, por alejamiento espacial, razones de ambiente sonoro o exigencias de la propia actividad.
9. Falta de interés del trabajo, por tratarse de tareas parcelarias, estandarizadas o repetitivas y, en general, por tener que realizar actividades que no permiten utilizar y desarrollar sus conocimientos y su capacidad intelectual.
10. Relaciones de trabajo conflictivas con compañeros y mandos, debidas al funcionamiento mismo de los equipos, a la organización del trabajo y al estilo de mando.
11. Incertidumbre frente al futuro, a menudo a muy corto término, en lo que concierne, (además de la garantía de empleo), a los cambios de actividades de equipos, horarios, evolución del puesto, promociones posibles, etc. (resultante de una información defectuosa y de una mala gestión personal).

Daños derivados del trabajo

Dentro de los esquemas ya clásicos de la Medicina del Trabajo, las alteraciones de la salud de los trabajadores, es decir las patologías ocasionadas por las condiciones de trabajo, se clasifican en: patologías específicas o inespecíficas, según exista o no una clara relación de causa-efecto entre las condiciones de trabajo y las alteraciones del estado de salud del trabajador.

En la patología laboral específica, en la que existe una relación directa entre el trabajo y las lesiones o alteraciones funcionales del trabajador. La constituyen los accidentes de

*Jefe de investigación. Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria, Dr. Luis E. Aybar.

trabajo y las enfermedades profesionales.

En la patología laboral inespecífica, existe una influencia o relación con el trabajo. La constituyen las enfermedades del trabajo; y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

El accidente de trabajo es de origen súbito, violento, imprevisto y de origen externo al trabajador. La enfermedad profesional es de instauración lenta, gradual y previsible. Es aquella enfermedad crónica contraída como consecuencia de la exposición a un determinado tipo de "noxa" o contaminante.

Accidente de trabajo

«Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.»

Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

1. Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.

2. Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar donde se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

3. Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

4. Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

5. Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

6. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

7. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado

por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

1. Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

2. Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

1. La imprudencia profesional que es consecuencia el ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.

2. La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo. Enfermedad profesional (EP)

«Se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional»

En las normativas de la OMS se establece el procedimiento que tiene que observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de salud.

La enfermedad profesional se diferencia del accidente de trabajo en que aquélla se contrae, normalmente, de manera lenta y progresiva, y como consecuencia de unas determinadas sustancias y contraídas en actividades contempladas en el cuadro de enfermedad.

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.

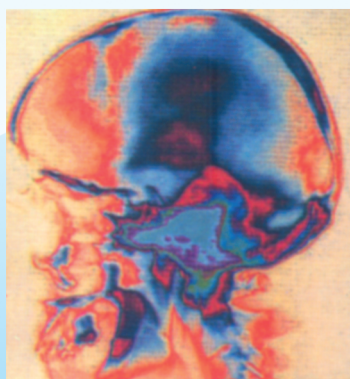
TRABAJOS ORIGINALES



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

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESORES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO, SEDE CENTRAL. VERANO 2009.

Karina Estrella Gómez,* Juan Pablo Lagos Cruceta,* Sandro Balbi Hernández,* Rosa Mariela Mirambeaux Villalona,* Eduardo José Moore Sánchez,* Ana Isolina de la Cruz.*

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de corte transversal con el propósito de identificar las características del Síndrome de Burnout presentes en los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo que impartieron el curso de verano del 2009. Se trabajó con una población de 61 profesores, a los cuales se aplicó un cuestionario de dos partes, la primera con las variables pertinentes de la investigación y la segunda corresponde al Maslach Burnout Inventory (MBI).

Se encontró que el 8.2 por ciento de los docentes tiene un agotamiento emocional alto, el 6.6 por ciento tiene despersonalización alta y el 8.2 por ciento tiene baja realización personal. El sexo masculino fue el más afectado con un 6.6 por ciento de agotamiento emocional alto, 4.9 por ciento de despersonalización alta y un 6.6 por ciento de baja realización personal. Un 6.9 por ciento de los profesores casados tienen agotamiento emocional alto y un 8.6 por ciento de baja realización personal, mientras que los solteros presentan un 5.2 por ciento de despersonalización alta. Las escuelas de fisiología y morfológica obtuvieron un 3.3 por ciento de agotamiento emocional alto; fisiología presentó un 3.3 por ciento de despersonalización alta y ambas obtuvieron un 3.3 por ciento de baja realización personal.

A partir de estos resultados concluimos que los profesores encuestados presentan bajos niveles de las características del síndrome de Burnout. No obstante, recomendamos la pertinente orientación y supervisión de la salud emocional y laboral de los docentes por parte de la Oficina de Personal Académico, implementando programas en los cuales se informe y enseñe sobre el Síndrome de Burnout, sus causas y como prevenirlo.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de Burnout, características, Profesores Universitarios.

ABSTRACT

A prospective, descriptive and cross-sectional study was made with the purpose to identify the characteristics of the Burnout Syndrome presents in professors of the Faculty of Health Sciences which gave the course of summer 2009, in the headquarters of the Autonomous University of Santo Domingo. The population was 61 teachers, in which, a questionnaire was administered composed of two parts, the first part with the pertinent variables of the study and the second part corresponds to the Maslach Burnout Inventory

(MBI).

The 8.2 percent of the professors had high emotional exhaustion, the 6.6 percent had high depersonalization and the 8.2 percent had reduced personal accomplishment. The masculine sex was the most affected with 6.6 percent of high emotional exhaustion, 4.9 percent of high depersonalization and 6.6 percent of reduced personal accomplishment. 6.9 percent of the married professors had high emotional exhaustion and 8.6 percent had reduced personal accomplishment, in the other hand the single professors had 5.2 percent of high depersonalization. The schools of physiology and morphological obtained 3.3 percent of high emotional exhaustion and the same percent for reduced personal accomplishment. Physiology had 3.3 percent of high depersonalization.

From these results we conclude that the professors surveyed had low levels of the characteristics of the Burnout Syndrome. However, we recommended the orientation and supervision of the emotional health and occupational health of the teachers by the Office of Academic Staff, implementing programs in which they inform and instruct about the Burnout Syndrome, causes, characteristics and how to prevent it.

KEY WORDS: Burnout Syndrome, characteristics, university professor.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es una entidad psicosocial descrita por primera vez en el 1974 por Freudenberg. Luego en 1981, Maslach y Jackson, lo delimitaron como una respuesta a los estresores emocionales crónicos e interpersonales laborales caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Este síndrome se presenta primordialmente en profesiones donde el trabajo consiste en la prestación de servicios a personas, entre las que se destacan el personal sanitario, los policías y los profesionales de la docencia.

El trabajo docente tiene sus dificultades y puede llegar a afectar la salud de aquellos que lo ejercen. El estrés emocional que día a día envuelve al desempeño de la enseñanza consigue derivar, en muchos casos, a este síndrome, el cual se manifiesta con desilusión, absentismo y falta de compromiso en el entorno laboral.

El Burnout ha sido extensamente estudiado desde sus primeras apariciones en la literatura médica, sin embargo, en nuestro país era muy poco conocido hasta los últimos 5 años y los estudios que se han realizado incluyen a médicos, enfermeras, estudiantes de odontología y profesores de nivel primario y secundario.

*Médico General

**Asesora

El síndrome de Burnout ha adquirido una importancia progresiva en la salud ocupacional, por ejemplo, en España es considerado como parte de los accidentes laborales; en Brasil, la legislación que regula las prestaciones por accidentes laborales reconoce al Burnout como un padecimiento que puede ser originado por factores de riesgo propios del trabajo, afin con las enfermedades profesionales, y en Chile se le ha concedido un trato legal relacionado. Por último la legislación Argentina está evaluando su inclusión como un problema de salud producido por el empleo.

El síndrome de Burnout ha sido extensamente estudiado dando a lugar a encontrados resultados sobre su mayor afectación en poblaciones específicas. Muchos autores afirman que este síndrome no hace distinción de edad, sexo, estado civil, horario, antigüedad y pluralidad de empleo^{9, 10}; otros, sin embargo, han encontrado diferencias significativas, ¹¹ señalando como factores de riesgo: el sexo femenino, la soltería y profesionales con mayor tiempo de labor (más de diez años) o en los primeros años de la carrera profesional.¹²

Los profesores de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), al igual que todos los docentes, están sometidos a situaciones de estrés laboral que pueden originar el síndrome de Burnout. Los de la Facultad de Ciencias de la Salud poseen un doble riesgo a desarrollar este síndrome debido a que pertenecen al personal sanitario de nuestro país, entendiendo, que esta profesión también está dentro de las labores propensas a presentar Burnout. Igualmente, gran parte de este grupo de docentes no se dedica exclusivamente a la enseñanza, sino que luego de cumplir sus funciones en la institución, desarrollan su actividad profesional. El propósito general de esta investigación es identificar la presencia de características del Síndrome de Burnout en profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo que impartieron el curso de verano del 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de corte transversal con el propósito de identificar las características del Síndrome de Burnout presentes en los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo que impartieron el curso de verano del 2009. El universo estuvo conformado por 120 profesores con asignación docente, teórica y práctica. La población estuvo compuesta por 104 profesores.

Se aplicó un cuestionario con dos preguntas sociodemográficas y cinco relacionadas al trabajo docente en la universidad y se utilizó la traducción al español del Maslach Burnout Inventory (MBI) realizada por Seis dedos en el año 1997. El Maslach Burnout Inventory (MBI) es el cuestionario elaborado por Maslach y Jackson en el 1981, este fue modificado en los ítems en referencia a los receptores del trabajo "clientes", sustituyéndose por la palabra estudiantes. El cuestionario consta de 22 ítems tipo Likert y como constructo multidimensional evalúa las tres dimensiones o características del Burnout: agotamiento emocional que consta de 9 ítems, despersonalización con 5 ítems, y realización personal con 8 ítems. El individuo valora con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems de acuerdo a la siguiente escala: 0: nunca; 1: algunas veces al año o menos; 2: una vez al mes o menos; 3: algunas veces al mes; 4: una

vez a la semana; 5: varias veces a la semana; 6: diariamente. Las características por sí solas no determinan la presencia o no del síndrome de Burnout, por el contrario, la presencia de calificaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal, en un individuo, lo diagnostica. Los datos obtenidos se tabularon manualmente y se utilizó Microsoft Excel 2007 para su representación en tablas y graficas para mayor comprensión de los mismos.

RESULTADOS

Tabla 1. Características del Síndrome de Burnout en profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el curso de verano del 2009.

Nivel	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Cantidad	Por ciento	Cantidad	Por ciento	Cantidad	Por ciento
Bajo	51	83.6	46	75.4	5	8.2
Medio	5	8.2	11	18	11	18
Alto	5	8.2	4	6.6	45	73.8
Total	61	100	61	100	61	100

Fuente: Profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, verano del 2009.

La población total estudiada fue de 61 profesores, de los cuales el 8.2 por ciento presentó un agotamiento emocional alto frente a un 83.6 por ciento de agotamiento emocional bajo, un 6.6 por ciento presentó despersonalización alta frente a un 75.4 por ciento para la baja y un 8.2 por ciento presentó baja realización personal frente a un 73.8 de realización personal alta.

Tabla 2. Características del Síndrome de Burnout según sexo en profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el curso de verano del 2009.

Nivel	Agotamiento Emocional				Despersonalización				Realización Personal			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	26	42.6	25	40.9	23	37.7	23	37.7	4	6.6	1	1.6
Medio	4	6.6	1	1.6	8	13	3	4.9	5	8.2	6	9.8
Alto	4	6.6	1	1.6	3	4.9	1	1.6	25	41	20	32.8
Total	34	55.7	27	44.3	34	55.7	27	44.3	34	55.7	27	44.3

El total de la población estuvo constituida por 34 hombres y 27 mujeres. Un 6.6 por ciento de los hombres presentaron agotamiento emocional alto, 4.9 por ciento de despersonalización alta y 6.6 por ciento baja realización personal, frente a un 1.6 por ciento de agotamiento emocional alto, despersonalización alta y baja realización personal en las mujeres.

Tabla 3. Características del Síndrome de Burnout según estado civil en profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el curso de verano del 2009.

Estado Civil	Agotamiento Emocional						Despersonalización						Realización Personal					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado	32	55.2	4	6.9	4	6.9	31	53.5	8	13.8	1	1.7	4	6.9	7	12	29	50
Soltero	17	29.3	1	1.7	-	-	13	22.4	2	3.4	3	5.2	1	1.7	4	6.9	13	22.4
Total	49	84.5	5	8.6	4	6.9	44	75.9	10	17.2	4	6.9	5	8.6	11	19	42	72.4

El total de la población fue de 58 profesores de los cuales el 69 por ciento son casados y el 31 por ciento solteros, donde se encontró un 6.9 por ciento de agotamiento emocional alto en los casados; un 5.2 por ciento de los solteros presentaron una despersonalización alta y un 6.9 por ciento de los casados presentaron una baja realización personal.

Tabla 4. Características del Síndrome de Burnout según escuela de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el curso de verano del 2009.

Escuela	Agotamiento Emocional						Despersonalización						Realización Personal					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medicina	13	21.3	1	1.6	1	1.6	11	18	3	4.9	1	1.6	1	1.6	1	1.6	13	21.3
Salud Pública	5	8.2	1	1.6	-	-	4	6.6	2	3.3	-	-	-	-	2	3.3	4	6.6
Morfológica	8	13	1	1.6	2	3.3	9	14.8	1	1.6	1	1.6	2	3.3	3	4.9	6	9.8
Farmacia	1	1.6	-	-	-	-	-	-	1	1.6	-	-	-	-	-	-	1	1.6
Enfermería	3	4.9	1	1.6	-	-	4	6.6	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6.6
Bioanálisis	3	4.9	-	-	-	-	2	3.3	1	1.6	-	-	-	-	2	3.3	1	1.6
Fisiología	18	29.5	1	1.6	2	3.3	16	26.2	3	4.9	2	3.3	2	3.3	3	4.9	16	26.2
Total	51	83.6	5	8.2	5	8.2	46	75.4	11	18	4	6.6	5	8.2	11	18	45	73.8

Las escuelas de morfológica y fisiología presentaron ambas un 3.3 por ciento de agotamiento emocional alto, y la escuela de medicina obtuvo un 1.6 por ciento para la misma categoría. La escuela de fisiología presentó un 3.3 por ciento de despersonalización alta y las escuelas de morfológica y medicina obtuvieron ambas un 1.6 por ciento. Morfológica y fisiología presentaron ambas un 3.3 por ciento de baja realización personal y las escuelas de medicina y farmacia obtuvieron un 1.6 por ciento para la misma categoría.

DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout está constituido por tres características que lo definen, las cuales son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se realizó un estudio a profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud en la sede central de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), durante el curso de verano del 2009, donde se encontró que un 8.2 por ciento de los docentes tenía un agotamiento emocional alto y medio, y un 83.6 por ciento de agotamiento emocional bajo; un 6.6 por ciento despersonalización alta, un 18 por ciento despersonalización media y un 75.4 por ciento despersonalización baja. Por último un 8.2 por ciento de los docentes presentó baja realización personal, un 18 por ciento realización personal media y un 73.8 por ciento alta realización personal. Estos resultados

van acorde con la investigación de Gil Monte en el 2008 realizado en maestros Mexicanos y con la investigación de Barraza Macías (2009), en la ciudad de Durango, donde no se encontraron niveles altos de características del Síndrome de Burnout. Con relación al sexo, Maslach y Jackson (1981) y Aquino y colaboradores (2007) indican que el sexo femenino presenta puntuaciones más altas en agotamiento emocional, lo cual no coincide con nuestros resultados, en los cuales el 1.6 por ciento de las mujeres presentaron una puntuación alta en agotamiento emocional frente a un 6.6 por ciento en los hombres, estos datos si coinciden con la investigación realizada por Viloría y Paredes en el 2002 y con la de Gil Monte en el 2008. En cuanto a la despersonalización encontramos que el 4.9 por ciento de los hombres presentaron una puntuación alta y las mujeres un 1.6 por ciento, esto coincide con las investigaciones de Maslach y Jackson (1981), Viloría y Paredes (2002) y de Oramas y colaboradores (2007). Con relación a la realización personal el 6.6 por ciento de los hombres obtuvieron un puntaje bajo y las mujeres un 1.6 por ciento, que va acorde con los estudios realizados por Maslach y Jackson (1981). En esta investigación se encontró que los casados presentan una mayor puntuación en agotamiento emocional (6.9 por ciento) y una mayor puntuación en baja realización personal (6.9 por ciento) que no coincide con lo expuesto por Maslach y Jackson (1981) y si concuerda con la investigación de Viloría y Paredes

(2002) realizada en profesores universitarios. Los solteros presentaron una mayor puntuación en despersonalización (5.2 por ciento), lo cual concuerda con las investigaciones de Manzano y colaboradores (2008) y con la investigación de Reyes y colaboradores (2007). Los profesores de la escuela de fisiología y morfológica presentaron mayor puntuación en agotamiento emocional (3.3 por ciento) y menor en realización personal (3.3 por ciento). En despersonalización la escuela de fisiología obtuvo la mayor puntuación (3.3 por ciento).

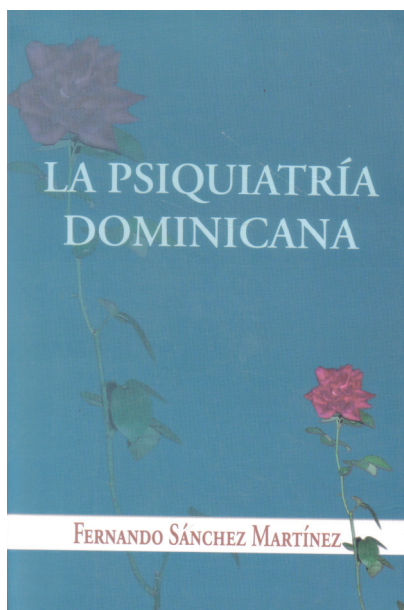
REFERENCIAS

1. Colaboradores de Wikipedia. Salud laboral [Internet]. Estados Unidos de América: Wikipedia.com; [actualizada el 22 de mayo del 2009; acceso 15 de junio del 2009]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Salud_laboral&oldid=26549351.
2. Matos L. Como ser mejor profesor universitario: perfil del profesor universitario de hoy. Santo Domingo: Susaeta; 2000.
3. Artículo 2. Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decreto Núm. 522-06. (17 de octubre de 2006).
4. Rodríguez Lorenzo, JM. Clasificación de los riesgos profesionales [Internet]. España: Elergonomista.com; [actualizada el 2 de junio del 2009; acceso 15 de junio del 2009]; Disponible en: <http://www.elergonomista.com/relacioneslaborales/rl02.html>.
5. Mansilla Izquierdo F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica [Internet]. España: Psicología Online; 2008 [acceso 28 de mayo del 2009]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/riesgos/introduccion.shtml>
6. Ranchal Sánchez A, Vaquero Abellán M. Burnout. Variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. Med segur. Trab [Internet] 2008 [acceso 29 de mayo del 2009]; 54 (210): [47-55]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2008000100007&lng=es&nrm=iso. Consultado Mayo 29, 2009.
7. Alemañy Martínez C. La docencia: enfermedades frecuentes de esta profesión. Cuadern Educ Desarrollo [Internet] 2009 [acceso 3 de junio del 2009]; 1(1): [5-12]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ced/02/cam6.htm>.
8. García Alvarez, M. Condicionantes Socio-Profesionales de la Salud docente [Internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2009 [acceso 27 de mayo del 2009]. Disponible en: <http://www.tesisred.net/TDR-0325109-123547>.
9. World Health Organization. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Ginebra. WHO publications; 1998.
10. Vilorio Marín H, Paredes Santiago M. Estudio del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes. EDUCERE [Internet] 2002 [acceso 29 de mayo]; 6 (17): [29-36]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/356/35601704.pdf>
11. Moriana Elvira JA, Herruzo Cabrera J. Estrés y burnout en profesores. Int J Clin Health Psychol [Internet] 2004 [acceso 28 de mayo del 2009]; 4 (3): [597-621]. Disponible en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-126.pdf
12. Quiceno JM, Vinaccia S. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)". Acta Colomb Psicol [Internet] 2007 [acceso 29 de mayo 2009]; 10(2): [117-125] Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf.
13. Jaime. Concepto de trabajo [Internet]. España: Definanzas.com; 2009 [actualizada el 3 de junio del 2009; acceso 29 de junio del 2009]. Disponible en: <http://definanzas.com/2009/06/03/concepto-de-trabajo/>.
14. Carito. Concepto de trabajo [Internet]. Es.shvoong.com; [actualizada el 8 de marzo de 2006; acceso 29 de junio del 2009]. Disponible en: <http://es.shvoong.com/humanities/140457-concepto-trabajo/>.
15. Colaboradores de Wikipedia. Sector servicios [Internet]. Estados Unidos de América: Wikipedia.com; [actualizada el 1 de junio del 2009; acceso 29 de junio del 2009]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sector_servicios&oldid=26846476.
16. Prats- Ramírez I. Perfiles académicos-profesionales del docente. Santo Domingo: Editora Universitaria UASD; 2006.
17. Cataldi Z, Lage F. Un nuevo perfil del profesor universitario. Rev Inform Ed. Med Audiov RIEMA [Internet] 2004 [acceso 1 de junio del 2009]; 1(3): [28-33]. Disponible en: <http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/010103/A3oct2004.pdf>.
18. Alcántara Almánzar J. Ética del profesor universitario. Cienc y Soc [Internet] 1990 [acceso 1 de junio del 2009]; XV (2): [232-240]. Disponible en: <http://www.intec.edu.do/biblioteca/cienciaysociedad/1990/Vol%FAmen%2015-%20N%FAmero%202/451.pdf>.
19. Fernández Palomares F. coordinador. Sociología de la educación. Madrid: Pearson educación; 2003.
20. Velázquez Fernández M. Los riesgos psico-sociales en el trabajo: el concepto de riesgos psicosociales [Internet]. El-refugioesjo.net; 2001 [actualizada julio 2005; acceso 26 de junio, 2009]. Disponible en: <http://www.el-refugioesjo.net/bib/riesgos-psicosociales.htm>
21. Garcés E. Definición de Burnout [Internet]. Bogotá: Gestipolis.com; 2004, [actualizado Julio de 2005; acceso 16 de junio del 2009]. Disponible en: <http://www.gestipolis.com/canales5/rrhh/hfainstein/h16.htm>
22. APA Dictionary of Psychology. . Michigan: Sheridan Books; 2006. Burnout; p. 140.
23. Ayuso Marente J. Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. Rev Iberoamer Ed [Internet] 2006, [acceso 25 de mayo 2009]; 39(3): [15 p.]. Disponible en: www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf. ISSN: 1681-5653
24. Marrau C. El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. Fundamentos human [Internet] 2004 [acceso 3 de junio 2009]; 2(10): [53-68] Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2004369&orden=69338.
25. Ríos M, Williams B. Síndrome de Burnout [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2006 [acceso 30 de mayo 2009] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml>
26. Oramas Viera A, Almirall Hernández P, Fernández I. Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos. Salud Trabajadores [Internet] 2007 [acceso 18 de junio del 2009]; 15 (2): [71-87]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1315-0138.
27. Longás Mayayo J, Fernández Puig V. Enseñar o el riesgo de quemarse. Aproximación al concepto de burnout en la

- docencia y propuestas para su prevención [Internet] 2004 [acceso 4 de junio del 2009] 26 p. Disponible en: http://www.prevenio.cat/resources/burnout_es.pdf
28. Tifner S, Martín P, Albanesi S, de Bortoli M. Burnout en el colectivo docente. *Rev human Studium* [Internet] 2006 [acceso 28 de Junio del 2009]; 12: [279-291]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2542032>.
 29. Asún D, Molina D, Real C. Burnout en educación [Internet] 2004 [acceso 4 de junio del 2009]; 19 p. Disponible en: www.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/articles-74768_Burnout%20en%20educacion.doc
 30. Ibanez J. *Ergonomía y Psicología Aplicada*. 4ª ed. España: Editorial Lex Nova; 2004.
 31. Colaboradores de Wikipedia. *Occupational Burnout* [Internet]. Estados Unidos de América: Wikipedia.com; [actualizada el 6 de mayo del 2009; acceso 15 de junio del 2009]. Disponible en: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Occupational_Burnout&oldid=288184698
 32. Ponce Díaz CR, Bulnes Bedón MS, Aliaga Tovar JR, Atalaya Pisco MC, Huertas Rosales RE. El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Rev Invest Psicol* [Internet] 2005 [acceso 29 de mayo del 2009]; 8(2): [87-112]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/Investigacion_Psicologia/v08_n2/PDF/a07.pdf.
 33. Manzano Vila E, Pujol Bret J, Mariano Prior M, Font-Mayolas S, Gras Pérez ME. El ejercicio de la docencia de la psicología y el burnout. *Rev Ensen Psicol: Teoría y Experiencia* [Internet] 2008 [acceso 25 de mayo del 2009]; 4(1): [38-48]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2693430>
 34. Illera Rivera D. Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. *Acta Colomb Psicol* [Internet] 2006 [acceso 29 de mayo del 2009]. Disponible en: www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/septiembre/BOURNOUT.pdf
 35. Cifre E, Llorens S. Burnout en profesores de la UJI: Un estudio diferencial. Comunicación presentada en las Fòrum de Recerca [Internet] 2002 [acceso 9 de junio del 2009] Facultat de Ciències Humanes i Socials. Universitat Jaume I. Disponible en: www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi7/burnout.pdf
 36. Aquino MM, Alcántara RE, Santana MS. Presencia del síndrome de Burnout en los médicos del hospital Luis Eduardo Aybar durante el período octubre-diciembre 2006, [Tesis Doctoral]. Santo Domingo: Universidad autónoma de Santo Domingo; 2007.
 37. Gascón S, Olmedo M, Ciccotelli H. La prevención del burnout en las organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Rev Psicopatol Psicol Clin* [Internet] 2003 [acceso 5 de junio del 2009]; 8(1): [55-66]. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2003-000BAFD3-E78A-9B20-9335-7B6AE680E2CB&dsID=PDF>
 38. Arias F, Benítez O. Burnout o el agotamiento profesional. *Inventio* [Internet] 2007, [acceso 3 de junio del 2009]; No. 6: [55-62]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2506837>
 39. Guerrero Barona E, Rubio Jiménez JC. Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo. *Salud Mental* [Internet] 2005 [acceso 5 de junio del 2009]; 28(5): [27-33]. Disponible en: <http://148.215.1.166:89/redalyc/pdf/582/58252804.pdf>
 40. Alcántara L, Frías P. Evaluación del Síndrome de Burnout en Trabajadores de Salud de la Provincia Peravia. Santo Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo; 2008.
 41. Barraza Macías A, Carrasco Soto R, Arreola Corral M. Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango [Internet] 2007 [acceso 24 de mayo del 2009]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos46/burnout-medicos/burnout-medicos.shtml>
 42. Castillo, R. *Inteligencia emocional y Burnout en médicos residentes* [Tesis Doctoral]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana; 2008.
 43. Gil-Monte P, Sandoval Ocaña J, Unda Roja S. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos. *Información Psicológica* [Internet] 2008 [acceso 5 de junio del 2009]; No. 91: [53-63]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2551798>
 44. Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (OIT/Cinterfor). *Formación para el trabajo decente* [Internet] 2009 [acceso 27 de junio 2009]. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/rct/35rct/doc_ref/doc1/i.htm
 45. Cuenca Álvarez R. Concepto de riesgos psicosociales. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de Actualización de "Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas" [Internet] 2002 [acceso 22 de mayo del 2009]. Disponible en: http://www.teleperforados.com.ar/archivos_archivos/descargas/riesgos_psicosociales_y_su_prevenion.pdf
 46. Gil Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Rev electrónica de Psicol* [25 de julio 2001] [acceso 28 de junio del 2009]; [1-5]. Disponible en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
 47. González R, de la Gándara J. *El Médico con Burnout* [Internet]. España: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, SEMERGEN; 2004 [acceso 26 de mayo del 2009]. Disponible en: www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf.
 48. González Gutiérrez J, Garrosa Hernández E, Moreno Jiménez B. Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología* [Internet] 2000 [acceso 27 de junio del 2009] 4: [64-77]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=194581>
 49. Imagen del Fósforo Encendido extraído del artículo: El Síndrome Burnout (o de estar quemado) [Internet] 2003 [acceso 24 de Agosto del 2009]; 1 pantalla. Disponible en: <http://www.cartasjeroglicas.org/b2evolution2/blogs/index.php?p=40&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
 50. Lozano L, Cañadas G, Martín M, Pedrosa I, Cañadas G, Suárez J et al. Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta* [Internet] 2007 [acceso 7 de junio del 2009]; 36(1-2): [79-88]. Disponible en: http://www.uniovi.es/ICE/publicaciones/Aula_Abierta/numerosanteriores/i10/081_pdfsam_Aula_Abierta_36_1_2_Jun_Dic_08.pdf
 51. Martijena A, Espaillat S. Diagnóstico del Síndrome de Burnout en los profesores y las profesoras de 4to a 8vo grado del nivel básico del Colegio Bilingüe New Horizons, en el año lectivo 2007-2008 [Maestría en Educación]. Santo

- Domingo: Instituto Tecnológico de Santo Domingo; 2009.
52. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. En: Zalaquett CP, Wood RJ coordinadores. Evaluating Stress. A Book of Resources. Inglaterra: Rowman & Littlefield Publishers; 1997. p 190-218.
53. Moreno Jiménez B, González L, Garrosa Hernández E. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. Rev Psicopatol Psicol Clin [Internet] 1999 [acceso 5 de junio del 2009]; 4(3): [163-180]. Disponible en: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/burnout-docente-sentido-de-la-coherencia-y-salud-percibida.pdf>
54. Otero-López J, Santiago Mariño M, Castro Bolaño C. An integrating approach to the study of burnout in University Professors. Psicothema [Internet] 2008 [acceso 3 de junio del 2009], 20(4): [766-772]. Disponible en: www.psicothema.com
55. Padilla A, Gómez C, Rodríguez V, Dávila M, Avella C, Caballero A et al. Prevalencia y características del síndrome de agotamiento profesional (SAP) en docentes de tres colegios públicos de Bogotá (Colombia). Rev. Colomb. Psiquiat [Internet] 2009 [Acceso 3 de julio del 2009] 38(1): [50-65]. Disponible en: http://www.psiquiatria.org.co/BancoConocimiento/R/rcp_1_2009_artorig2/rcp_1_2009_artorig2.asp
56. Riesgos Psicosociales: un grave problema en los trabajadores de la enseñanza [Internet] 2003 [acceso 24 de junio del 2009]. Disponible en: <http://fete.ugt.org/paisvalencia/salud%20laboral/DOCUMENTOS/rpsgraveproblema.pdf>
57. Reyes, García y Frías. Síndrome de Burnout en los estudiantes de término de la escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, semestre 2007-1 [Tesis Doctor]. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2008.
58. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Información General [Internet]. República dominicana: Uasd.edu.do; [actualizada el 3 de julio del 2009; acceso 10 de julio del 2009]. Disponible en: http://uasd.edu.do/_website/detalles/informacion_general.html.
59. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Estatuto Orgánico. República Dominicana: Uasd.edu.do; [actualizada el 4 de mayo del 2009; acceso 10 de julio del 2009] uasd.edu.do/transfer/ccrr/.../Estatuto%20Organico%20UASD.pdf.

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.

FACTORES DE RIESGO DE ÚLCERA PÉPTICA. CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA. CIUDAD SANITARIA DOCTOR LUIS EDUARDO AYBAR.

Marcos Caraballo Gómez,* Erick Cuello Sánchez,* Rosanna Pineda Contreras,* Rafael Montero.**

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con el propósito de conocer los factores de riesgo de úlcera péptica. El estudio abarcó todos los pacientes que fueron sometidos a endoscopias alta con diagnóstico de úlcera péptica del centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar Julio-Diciembre 2009. Para la recolección de la información se utilizó un formulario el cual se aplicó a los expedientes de los pacientes previamente identificados. Hubo un total de 78 casos diagnosticados con úlcera péptica. Al sexo masculino correspondieron 63 casos (80.79%). La mayoría 56 (71.79%) era mayor de 40 años. Los pacientes que presentaron *Helicobacter pylori* fueron 58 (74.36%). Los consumidores de alcohol fueron 52 (66.67%) y sólo 30 (38.46%) consumían tabaco. En el estudio se observó que la localización más frecuentes de las úlceras pépticas fue gástrica con un total de 48 (51.06%); la localización duodenal se observó en 46 casos (48.94%). La presencia de *Helicobacter pylori* fue el factor de riesgo predominante en cuanto a causa de producción de úlcera péptica, en cambio, el consumo de Antiinflamatorios no Esteroides (AINES) solo estuvo en 30 casos (38.46%) pacientes, lo que indica que en la población estudiada, los AINES no representan un factor de riesgo tan significativo. Se sugiere, lavarse las manos después del ir al baño y antes de comer o de preparar los alimentos para prevenir una infección por *Helicobacter pylori* que fue el factor de riesgo más significativo.

PALABRAS CLAVES: Úlcera péptica, H. pilory, AINES.

ABSTRACT

It was made a retrospective study which purpose was to find the peptic ulcer risk factors. The study was formed by all the patients under high endoscopy with peptic ulcer diagnosis at Gastroenterological center of sanitary city Dr. Luis E. Aybar July – December 2009. For the data gathering a form was used a form which was applied to the identified patient's clinical records. There were a total of 78 cases with peptic ulcer diagnostic. For the male gender 63 cases (80.79%). Most of patients, 56 (71.79%), were over 40 years old. Patients with *H. pylori* were 58 (74.36 %). The alcohol consumers were 52 (66.67%) and only 30 (38.46%) used tobacco. The study showed that the most frequent anatomic place for peptic ulcer was gastric with 42 (44.68%) from the cases and duodenal with 46 cases (48.94%). The presence of *H. pylori* was the

main risk factors in relation with peptic ulcer, in change the NSAID consumption was only in 30 (38.46%) patients, the same indicates that in the studied population the NSAID consumption didn't represent a significative risk factor. It is suggested, to wash hands after going to the bathroom and before eating or preparing food for preventing and infection by *H. pillory* because it is the most significative risk factor.

KEYWORDS: peptic ulcer, H. pillory, NSAID.

INTRODUCCIÓN**Antecedentes**

Las úlceras pépticas están dentro de las causas de morbilidad más frecuentes a nivel mundial. En un estudio de cohortes realizado en México al que se integraron 211 hombres y 140 mujeres con úlcera péptica, acerca de los factores de riesgo para la recurrencia de úlcera péptica, los resultados fueron: que los principales factores de riesgo fueron el tabaquismo, Antiinflamatorios no Esteroides (AINES), edad avanzada (mayor de 65 años), y que la presencia de 3 o más factores de riesgo fueron las principales causas de recurrencia en 70 por ciento de los pacientes.

Otro estudio retrospectivo de corte transversal realizado en el Hospital Luis E. Aybar en República Dominicana, con el fin de conocer la incidencia de úlcera péptica durante el periodo febrero 1990 - febrero 1995, se notó que en cuanto a la distribución por edad, la mayoría de los casos ocurrió en la tercera y cuarta década de la vida. Con relación al sexo, se encontró que 94 por ciento de los casos pertenecían al sexo masculino y 3 por ciento al sexo femenino.

Entre otros agentes causales resaltan el uso de fármacos (AINES, Aspirina y cocaína), el tabaquismo, el consumo de alcohol y la tensión psicológica. Es posible que en Estados Unidos más del 90 por ciento de las complicaciones generales por úlcera péptica se deban a infección por *Helicobacter pylori*, uso de AINES o tabaquismo.

En un estudio realizado en el país en el Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello realizado en el periodo Abril 2002-abril 2003; se reportó que en los hallazgos endoscópicos las úlceras gástricas predominaron sobre las úlceras duodenales y con respecto al sexo, el sexo masculino presentó mayores casos que el femenino.

JUSTIFICACIÓN

En lo expuesto anteriormente, se ve la magnitud y la trascendencia que tiene esta enfermedad no sólo en República Dominicana sino a nivel mundial.

* Médico general

** MSP

Esto es lo que hace que este trabajo de investigación sea importante; no sólo la cantidad de personas afectadas por la enfermedad, sino también la importancia y las repercusiones que tiene a nivel social y los factores que influyen a que esta enfermedad se desarrolle con tanta frecuencia.

Lo que se pretende hacer con este trabajo de investigación es exponer de forma clara los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de la úlcera péptica, para así plantear políticas de prevención y con esto lograr una reducción mucho más significativa de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar los factores de riesgo de úlcera péptica en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar en el periodo julio-diciembre 2009.

Delimitación geográfica

La investigación tuvo lugar en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana. Este Centro está localizado en la parte noreste del Distrito Nacional, en el barrio María Auxiliadora, correspondiente a la región O de salud y al área 4; y está delimitado; al Norte, por la calle Osvaldo Bazil; al Sur, por la Federico Velázquez; al Este, por la Albert Thomas y, al Oeste, por la Federico Bermúdez.

Universo

Estuvo constituida por los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar en el período julio-diciembre 2009.

Población

Estuvo constituida por 78 pacientes que fueron diagnosticados con úlcera péptica por endoscopia digestiva alta en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar en el período julio-diciembre 2009.

Criterios de inclusión

1. Pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el centro hospitalario.
2. Pacientes con diagnóstico de úlcera péptica por endoscopia alta.
3. Que los expedientes estuvieran completos y a disponibilidad.
4. Edades entre 10-89 años.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que no hayan sido sometidos a endoscopia digestiva alta.
2. Pacientes menores de 10 años y mayores 89 años de edad.
3. Expedientes estuvieran incompletos o no disponibles.

Recolección de datos

La recolección de la información se hizo a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas. Este formulario contiene los datos sociodemográficos de los pacientes, información relacionada con la aparición de la

enfermedad como: manifestaciones clínicas, hábitos tóxicos del paciente, complicaciones, estudios endoscópicos y conducta terapéutica.

Procedimiento

El formulario fue llenado a partir de las informaciones contenidas en los expedientes clínicos de los pacientes que encontramos en el archivo del hospital, los cuales fueron localizados a través del libro de registro de admisiones, localizado en el área de internamiento. Estos formularios fueron llenados por los sustentantes durante un periodo de 2 semanas (tercera y cuarta semana de julio del 2010), bajo la supervisión del asesor.

Tabulación de información

Las operaciones de tabulación de las informaciones obtenidas fueron revisadas y procesadas en programas de computadora digital.

Plan de tabulación

Se realizaron mediante medios relativos tales como frecuencia y porcentaje.

Principios éticos

Se utilizaron los datos de los pacientes de la población de estudio garantizando la confidencialidad y manejo seguro de los mismos.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes con úlcera péptica según la localización. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Julio - Diciembre 2009

Localización de la úlcera	Frecuencia	Porcentaje
Gástrica	48	51.1
Duodenal	46	48.9

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 2. Distribución de pacientes con úlcera péptica según la edad. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Julio - Diciembre 2009

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
10-19	4	5.1
20-29	8	10.3
30-39	10	12.8
40-49	15	19.2
50-59	9	11.5
60-69	16	20.5
70-79	12	15.4
80-89	4	5.1
Total	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 3. Distribución de pacientes con úlcera péptica según el sexo. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Julio - Diciembre 2009

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	63	80.8
Femenino	15	19.2
Total	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 4. Distribución de pacientes con úlcera péptica según la presencia de Helicobacter pylori. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar Julio - Diciembre 2009

Infección por H. Pylori	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	74.4
No	20	25.6
Total	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 5. Distribución de pacientes con úlcera péptica según el consumo de AINES. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar Julio - Diciembre 2009

Consumo de aines	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	38.5
No	48	61.5
Total	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 6. Distribución de pacientes con úlcera péptica según el consumo de tabaco. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar Julio - Diciembre 2009

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	38.5
No	48	61.5
Total	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 7. Distribución de pacientes con úlcera péptica según el consumo de alcohol. Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar Julio - Diciembre 2009

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Sí	52	66.7
No	26	33.3
Total	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

DISCUSIÓN

En el libro de internamientos del centro se registraron 108 pacientes con diagnóstico de úlceras pépticas durante el período de estudio; de los cuales fueron descartados 13 pacientes por no tener endoscopia digestiva alta, en otros 17 casos los expedientes no fueron encontrados, por lo que nuestro trabajo de investigación fue realizado con 78 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Es importante resaltar que algunos de los pacientes presentan más de una úlcera, por lo que en este estudio existe un mayor número de úlceras pépticas que la cantidad de pacientes estudiados. En cuanto a los antecedentes familiares, los expedientes revisados no especificaban algún antecedente con relación a úlcera péptica.

La úlcera péptica comprende las úlceras de localización tanto gástrica como duodenal. Se constató en este estudio un predominio en las úlceras gástricas, estos resultados no concuerdan con otros informes donde se señala que las úlceras pépticas son más frecuentes en el duodeno.

Las úlceras pépticas gástricas tienden a aparecer más tarde en la vida que las duodenales, con un pico de incidencia durante el sexto decenio.

El grupo de edades más representado en esta investigación fue el de 60-69 años. Nuestros resultados se corresponden en parte con los encontrados por otros autores, que refieren un predominio de esta enfermedad en pacientes mayores de 65 años.

Sin embargo otro estudio realizado por otros autores refiere que las úlceras pépticas son más frecuentes en el grupo de edades entre la tercera y cuarta década de la vida.

Es notable un predominio de úlcera péptica en el sexo masculino. Este estudio guarda relación con un estudio realizado, el cual refiere que con relación al sexo 94 por ciento corresponden al sexo masculino, por lo que es evidente que las úlceras pépticas son más frecuentes en este sexo.

La infección gástrica por la bacteria Helicobacter pylori subyace a la mayor parte de los casos de úlcera péptica. Los estudios iniciales sugieren que más de 90 por ciento de todas las úlceras duodenales estaban asociadas a Helicobacter pylori, pero la bacteria está presente en sólo 30 a 60 por ciento de los individuos que presentan úlceras gástricas y en 50 a 70 por ciento de los pacientes con úlcera duodenal. En este estudio el Helicobacter pylori es un factor de riesgo preponderante en la población de estudio, por lo que podemos considerar que la infección por dicha bacteria es uno de los factores de riesgo más importante y más frecuente entre los pacientes que presentan úlcera péptica.

Algunos autores refieren que la lesión de la mucosa se produce también como consecuencia del contacto tóxico con los AINES. Alrededor de 20,000 pacientes fallecen cada año por complicaciones gastrointestinales graves por uso de AINES. En los textos revisados refieren que los AINES son unos de los principales factores de riesgo para una úlcera péptica, aunque en nuestro estudio no fueron tan relevantes los resultados en cuanto a estos.*

El tabaquismo es un factor de riesgo de enfermedad ulcerosa péptica y de sus complicaciones. En otros estudios realizados no encontramos referencia para poder comparar nuestros resultados y consideramos que existe una relación importante entre la aparición de la úlcera péptica y el consumo de tabaco, a pesar de que en este estudio no fue muy marcado el uso de

*Fauci, Anthony S.; Kasper, Dennis L.; Longo, Dan L.; Braunwald, Eugene; Houser, Sthepen; Jameson, J. Larry; Loscalzo, Joseph. Harrison Principios de Medicina Interna. 2008. Op. Cit. Págs. 1859.

tabaco en pacientes.

Una concepción errónea y frecuente entre los médicos clínicos es que la ingesta de alcohol constituye un factor de riesgo importante en la enfermedad ulcerosa péptica; éste contribuye en la infección por *Helicobacter pylori*, pero no directamente en la úlcera péptica. En esta investigación el consumo de alcohol está presente en dos tercios de la población de estudio, lo que hace evidente una relación entre el alcohol y la enfermedad ulcerosa péptica.

REFERENCIAS

1. Ainsworth M. A, Hogan D. L, Koss M. A, Iseberg J. I. Cigarette smoking inhibit acid-stimulated duodenal mucosal bicarbonate secretion. *Ann Intern Méd.* 1993; 19: 882-2.
2. Andersen I. B, Jorgesen T, Bonnerie O, et al: Fumadores y el consumo de alcohol como factores de riesgo de sangrado y úlceras pépticas perforadas : un estudio de cohorte basado en la población. *Epidemiology.* 2000; 11: 434-9
3. Asaka M, Kimura T, Kudo M, et al: Relationship of *Helicobacter pylori* to serum pepsinogens in an asymptomatic Japanese population. *Gastroenterology.* 1992; 102: 760-66
4. Bateson M, C. Cigarette smoking and *Helicobacter pylori* infection. *Post Grad Med* 1993; 69: 41-44
5. Bauerfeind P, Cilluffot T, Fimmel C. I, et al: Does smoking interference with the effect of histamine H2 receptor antagonist on intragastric acidity in man? *Gut.* 1987. 28: 549-56.
6. Beswick EJ et al: H. Pylori and host interactions that influence pathogenesis. *World & Gastroenterology* 12: Brunnicardi, Charles; Andersen, Dana K.; Billiar, Timothy R.; Dunn, David L.; Hunter, John G.; Pollock, Raphael E. *Schwartz Principios de Cirugía.* 8va edición. McGraw-Hill interamericana editores, S.A. de C.V. México, DF. 2006. Págs. 954-970
7. Castro A. Hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con sangrado gastrointestinal alto. Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. Abril 2002-abril 2003. Tesis de grado *Gastroenterología.* 2004.
8. Chang F, Sung J, Lee T, et al. Does smoking predispose to peptic ulcer relapse after eradication of *Helicobacter pylori*? *Am J Gastroenterol.* 1997. 92: 442-45.
9. Cryer B, Lee E, Feldman M. Factors influencing gastroduodenal mucosal prostaglandin concentrations: Roles of smoking and aging. *Ann Intern Méd.* 1992. 116: 636-40.
10. Díaz, Sandro; De Leones, Jacqueline; Arcia, Rosa; Soto, Elodia; Reyes, Rómulo. Incidencia de H. Pylori en pacientes sintomáticos de vías digestivas. *Revista Sociedad Medico quirúrgica Hospital Emergencia Pérez de León* 32 (1). Junio 2001. Págs. 47-51
11. Encarnación C. M, García R. C, Lara M. M, Ortiz P. J. Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto admitidos en el centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luis E. Aybar durante el periodo 1995-1996. *Rev. Med. Dom.* 1999 mayo-agosto; 60(2): 147-150
12. Fauci, Anthony S.; Kasper, Dennis L.; Longo, Dan L.; Braunwald, Eugene; Houser, Stephen; Jameson, J. Larry; Loscalzo, Joseph. *Harrison Principios de Medicina Interna.* 17ma edición. McGraw-Hill interamericana editores, S.A. de C.V. México, DF. 2008. Págs. 1855-1868
13. Feldman M, Friedman S. L, Sleisenger M. H. Sleisenger and Fordtran. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.* 7ª ed. Tomo I. Editorial Medico Panamericana, S. A. Agosto 2004. P.
14. Fernández M. L, González G. V, Díaz G. J. Úlcera gastroduodenal: problemática de la morbilidad. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000. 16(5).
15. Franco, Felipe; Sierra, Fernando. *Fundamentos de medicina, Gastroenterología y Hepatología.* 5ta edición. Corporaciones para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia 2004.
16. Guyton A. C, Hall J. E. *Tratado de fisiología medica.* 11ª ed. Elsevier España, S. A. Madrid, España. 2006. P. 791-807.
17. Gren D. J, Mcquaid K. R, Friedman S. L. *Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología.* Editorial El Manual Moderno, S. A de C. V. México, DF- Santa fé de Bogotá 1997. P. 363-381.
18. Goodman A, directores. *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 1998.
19. Grosman M. I (ed): *Peptic Ulcer: A guide for the practicing physician.* Chicago. Year Book, 1998.
20. Kurata J. H, Nogawa A. N. Meta- analysis of risk factors for peptic ulcers: nonsteroidal antiinflammatory drugs, *Helicobacter pylori* and smoking. *J. Clin Gastroenterol.* 1997; 24: 2-7.
21. LAI KC et al: Lanzoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long term low dose aspirin use. *N. Eng & Med* 346: 2033. 2002.
22. McArthur K, Hogan D, Isenberg I. Relative stimulatory effect of commonly ingested beverages on gastric acid secretion in humans. *Gastroenterology,* 1986; 91: 1390-1395.
23. Parente F, Maconi G, Sngaletti O, et al : Behaviour of acid secretion, gastrin release, serum pepsinogen I and gastric emptying of liquids over six months from eradication of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer patients: A controlled study. *Gut.* 1995; 37: 210-215.
24. Piper D. W, Wasiry R, McIntosh I, et al. Smoking: alcohol, analgesics and chronic duodenal ulcer: A controlled study of habits before the first symptoms and before diagnosis. *Scand J. Gastroenterol* 1994; 19: 1015-1021
25. Robbin, Stanley; Cofran, Ramzi; Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson. *Patología funcional y estructuras.* 7ma edición. Elsevier España, S.A. Madrid, España 2005. Págs. 820-824
26. Rodríguez Hernández, Heriberto; Jacobo, Janett S; Guerrero Romero, Fernando. Factores de riesgo para la recurrencia de úlcera péptica. *G Ad Med. Mex* 137 (4); Julio-Agosto 2001, págs. 303-360
27. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Joliceur E. Prevención de las úlceras inducidas por AINES. *The Cochrane Library.* Issue 4, 2002. Oxford: Update Software. http://www.compumedicina.com/artic.php?art=/gastroenterologia/gastro_011203.htm. Actualizado: 01-Junio-2010. Accedido: 25-Julio-2010.
28. Svanes C, Soreide J. A, Skartein A, et al: Smoking en ulcer perforation. *Gut* 1997; 2: 177-180.
29. Veras, Icelsa; et al; Incidencia de úlcera péptica perforada en el Hospital Dr. Luis E. Aybar durante el periodo febrero 1990- febrero 1995. *Acta Med. Dominicana.* 17(3) Mayo-Junio 1995

CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL LICEO VÍCTOR GARRIDO, DISTRITO NACIONAL.

José Lara Brea, *Aracelis Lantigua,* Nassidith Ramírez,* Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN.

Se trata de un estudio analítico y de corte transversal que se desarrolló a través de una entrevista epidemiológica transversal dirigida a estudiantes pertenecientes al Liceo Víctor Garrido en la zona urbana del Distrito Nacional, quienes se encontraban en sus aulas.

Fueron entrevistados 200 adolescentes del Liceo. El 100 por ciento fueron adolescentes; con relación a la edad el mayor grupo etáreo correspondió a los de 15 años para un 27.5 por ciento; 60 por ciento, femenino; 42.5 por ciento correspondieron al primero de bachillerato. De los 200 estudiantes, 16 por ciento eran fumadores. La edad promedio de la población encuestada fue de 16 años (rango: 13-19 años), fumaban anteriormente 12 estudiantes un 6 por ciento. Los que habían dejado de fumar con anterioridad fueron 12 estudiantes para un 6 por ciento. En relación a la edad en que empezó a fumar, predominaron los de 14-19 años con un total de 16 estudiantes para un 57 por ciento. En cuanto a la variedad de tabaco, el mayor porcentaje correspondió a los cigarrillos con 19 para un 68 por ciento. La marca predilecta fue Montecarlo 12 para 43 por ciento.

De acuerdo a la cantidad de cigarrillos que fuman por día predominó de 1-4 cigarrillo fumado por día con 13 estudiantes para 46 por ciento; En relación a padres que fuman predominaron «ambos» con un 40 para un 71 por ciento.

Según la razón por la que fuman por curiosidad tuvo 10 estudiantes para un 36 por ciento; En relación a los medios de comunicación a través de los cuales conocieron el cigarrillo, la televisión obtuvo 14 estudiantes para un 50; En cuanto al lugar donde empezó a fumar en el hogar y fiestas 10 estudiantes cada uno, para un 36 por ciento respectivamente.

De acuerdo a ha intentado dejar de fumar tanto el «si como el no» obtuvieron 10 estudiantes para un 50 por ciento cada uno respectivamente. En relación a cuantas veces han intentado dejar de fumar, predominó 1 vez con 7 estudiantes para 50 por ciento; De acuerdo a por que continúan fumando «por placer» con 13 estudiantes para un 46 por ciento.

Elaborar programas de apoyo, mediante equipos multidisciplinarios, especialmente para los ya fumadores.

PALABRAS CLAVES: Tabaquismo, hábito tabaquito, adolescentes.

ABSTRACT

It is an analytical study and cross-sectional that was

developed through a transversal epidemiological interview aimed at students from the Liceo Victor Garrido in the urban area of the National District, who were in their classrooms.

We interviewed 200 adolescents of the Lyceum. 100 percent were adolescents, with respect to age the largest age group corresponded to those of 15 years to 27.5 percent, 60 percent female, 42.5 percent were the first high school. Of the 200 students, 16 percent were smokers. The average age of the surveyed population was 16 years (range: 13-19 years), 12 students smoked above 6 percent. Those who had stopped smoking before they were 12 students for a 6 per cent. In relation to the age at which smoking began, dominated the 14-19 years with a total of 16 students to 57 per ciento. En regards the variety of snuff, the highest percentage of cigarettes with 19 to 68 by Monte Carlo ciento. La 12To favorite brand was 43 percent. According to the number of cigarettes smoked per day predominance of 1-4 cigarettes smoked per day with 13 students to 46 percent; In relation to parents who smoke prevailed "both" with 40 to 71 percent.

According to the reason that smoking out of curiosity had 10 students to 36 percent; In relation to the media through which knew smoking, TV scored 14 students to 50; As to the place where he began smoking at home and holidays 10 students each, for a 36 per cent respectively.

According to quit smoking have tried both the 'as if no "were 10 students for 50 percent each respectively. In relation to how many times have tried to quit, predominant one time with 7 students to 50 percent, according to that continuing smokers 'pleasure' with 13 students to 46 percent.

Develop support programs, multidisciplinary teams, especially for those already smoking.

KEYWORDS: Smoking, smoking, Tabaquite, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es más que un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas y de mortalidad evitable en el entorno. En la adolescencia el consumo y exposición al humo del tabaco influyen en la aparición y evolución del asma.

Actualmente, la edad de inicio del uso del tabaco se sitúa en torno a los 13 años de edad, con una tendencia hacia edades cada vez menores. Los adolescentes que empiezan a consumir tabaco a una edad temprana tienen más tendencia de fumar en la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye 4.9 millones de muertes anuales al uso del tabaco. El tabaco no solo perjudica a los adolescentes sino que puede ser un

* Médico general

** Pediatra neumólogo, MSP.

índice de otros comportamientos de riesgo. Los cigarrillos se consideran drogas de iniciación lo que significa que su consumo suele preceder el uso de sustancias como alcohol y otras drogas. Además el tabaco se vincula a otros riesgos como son: las peleas entre adolescentes y relaciones sexuales a temprana edad.*

Algunos estudios indican que el uso del tabaco en la adolescencia estaría más extendido al sexo femenino que al masculino, mientras que otros trabajos no han encontrado diferencias. Se han descrito múltiples condiciones que intervienen en el inicio del tabaquismo. El acceso del adolescente al consumo de tabaco podría estar influenciado por su susceptibilidad genética y por las condiciones ambientales del entorno según diversos estudios, las estructuras y relaciones familiares podrían ser factores implicados en el consumo del tabaco. En América Latina 3 de cada 10 fumadores inician el hábito de fumar entre los 13 y 17 años de edad y la mayoría vive en zona urbana. En Estados Unidos más de uno de cada 10 jóvenes se vuelve adicto al tabaco.**

En Perú, más del 75 por ciento de la población está expuesta al consumo de tabaco y 60.5 por ciento han utilizado esta sustancia alguna vez en su vida. En 1998, la prevalencia de vida del tabaco fue estimada en 71 por ciento (rango de 12 a 64 años).

En la población general el tabaco es usado mayormente en los hombres 83.1 por ciento y en las mujeres solo un 64.1 por ciento. El nivel actual de incidencia de consumo de tabaco aumenta con relación inversa a la disminución de las condiciones socio económico.***

Debido a los problemas actuales consecuentes al uso del tabaco, a las influencias de este a nivel económico y social; teniendo en cuenta otros elementos influyentes en el consumo del mismo, como son: escolaridad, clase social, propagandas publicitarias.

Decidimos estudiar el grado de tabaquismo en adolescentes del Liceo Francisco Garrido, Distrito Nacional, con el fin de aportar soluciones a este mal que causa tantos problemas tanto a nivel de salud como social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal; cuyo objetivo es determinar el consumo de tabaco en los estudiantes del Liceo Víctor Garrido, Distrito Nacional.

Demarcación geográfica.

El estudio tuvo como escenario geográfico el Liceo Víctor Garrido. Éste corresponde a la educación oficial de la Secretaría de Educación, se encuentra localizado en la Carrera Sánchez, km 10, del sector Honduras del oeste (INVI), del Distrito Nacional; Distrito escolar 011-38638.

Está delimitado al Norte, calle D; al Sur, Avenida 30 de Mayo; al Oeste, E; y al Este, calle F. El liceo tiene un total de 3 328 estudiantes inscritos en el año escolar 2009 de los cuales, 746 están cursando la educación secundaria.

Tiene un total de 20 aulas, de las cuales 15, corresponden a

la educación secundaria y tiene un total de 105 profesores, de los cuales, 51 son de la educación secundaria. (25 profesores de la tanda vespertina).

Universo población y muestra

El universo de estudio está compuesto por los estudiantes inscritos en el año escolar 2009-2010, en la tanda vespertina, de ambos sexos y diferentes edades que asciende a 3,328 estudiantes. La población a estudiada fueron los estudiantes del bachillerato los cuales ascienden a 746 estudiantes y la muestra fue de 200 estudiantes.

Criterios

De inclusión.

Se incluyó todos (as) los (as) estudiantes, que asisten al Liceo Víctor Garrido en tanda vespertina y que deseen colaborar con esta investigación mediante el correcto llenado del formulario o encuesta.

De exclusión.

Se excluyó todos (as) los (as) estudiantes que para el momento de la investigación no cumplan con los requisitos anteriormente mencionados.

Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario inspirado, en parte, en aportaciones de los sustentantes, en documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), por el British Medical Research Council, por el INSERN y de otros colaboradores.

El cuestionario estuvo elaborado en formato 8½ x 11, contiene 23 preguntas cerradas y abiertas. Contiene, además de los datos sociodemográficos, preguntas relacionadas con el consumo de tabaco. (Ver anexo: Instrumento de recolección de los datos).

Sobre el tabaquismo se plantean preguntas acerca del número de cigarrillos fumados por día, la aspiración o no del humo para los fumadores, la edad de los estudiantes en el momento en que habían comenzado a fumar, entre otras.

Los criterios de clasificación de los fumadores para establecer el grado de severidad de tabaquismo fueron tomados de un estudio realizado en 2008.

Estos son los siguientes:

Se consideraron fumadores a todos (as) los (as) estudiantes que fumen como promedio un cigarrillo por día y fumador ocasional al que fume ocasionalmente en el momento de la encuesta, es decir, menos de 5 cigarrillos por mes; ex-fumador al que haya dejado de fumar por lo menos 6 meses antes de la encuesta y no fumador al que nunca ha probado cigarrillo.

Procedimiento

Para realizar la presente investigación en dicho centro docente se elaboró una carta de permiso expedida por el departamento de tesis y firmada por su director. Posteriormente fue llevada a la dirección del Liceo Víctor Garrido, siendo aprobada por la directora del mismo y se procedió a la aplicación de la encuesta a los (as) estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El llenado del formulario se llevo a cabo en el mes de Noviembre de 2009.

Tabulación

Luego de recolectar la información los datos obtenidos se tabularon manualmente mediante el método de palotes y

* http://www.cdc.gov/tabaco/global_gyst_español/global

**Gómez MV; Sosa CA; Padrón S; Sánchez GC. Adolescencia temprana y tabaquismo_monografía Perú 2005.

*** Londoño J I, 1992. Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 112 (2:131-137)

posteriormente fueron sometidos a revisión y procesamiento utilizándose programas de computadoras denominados Epi-info.

Análisis

La información obtenida a partir de la presente encuesta será estudiada, en primer lugar como hechos epidemiológicos. En una segunda etapa, se efectuarán correlaciones lineales entre los datos según las diferentes variables susceptibles de intervención en la adquisición del hábito de fumar de los estudiantes. Las variables que sean susceptibles de comparaciones se analizarán mediante el test de las desviaciones cuadráticas (X²), considerándose de significación estadística una $p < 0,05$.

Aspectos éticos

En el formulario de recolección de los datos se obviará el nombre del estudiante, con el fin de que la respuesta esté libre de sesgo y conservar la confidencialidad de los estudiantes (Anexo IX.4. consentimiento informado).

RESULTADOS

Cuadro I. Grado de tabaco en estudiantes de la educación secundaria del Liceo Víctor Garrido, según edad

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
13	20	10.0
14	16	8.0
15	55	27.5
16	40	20.0
17	24	12.0
18	20	10.0
19	25	12.5
Total	200	100,0

Fuente: Directa

En relación a la edad el mayor grupo etáreo correspondió a los de 15 años de edad para un 27.5 por ciento, seguida de los de 16 años de edad para 20 por ciento.

Cuadro 2. Sexo de los estudiantes encuestados del Liceo Francisco Garrido.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenin	119	60
Masculino	81	40
Total	200	100

Fuente: Directa.

El sexo predominante perteneció al sexo femenino para un 60 por ciento.

Cuadro 3. Grado que cursan los estudiantes encuestados del Liceo Víctor Garrido.

Escolaridad (Bachillerato)	F	Porcentaje
Primero	85	42.5
Segundo	40	20,0
Tercero	40	20,0
Cuarto	35	17.5
Total	200	100,0

Fuente: Directa

En relación al nivel de escolaridad el porcentaje mayor correspondió al primero de bachillerato para un 42.5 por ciento, seguido de un 17.5 por ciento para el cuarto bachillerato.

Cuadro 4. De acuerdo a estudiantes del Liceo Víctor Garrido que fuman.

Fuman Actualmente	Cantidad de estudiantes (fi)	porcentaje (fr)
Sí	16	8
Total	200	100

Fuente: Directa

En relación a estudiantes que fuman encontramos 16 estudiantes para un 8 por ciento.

Cuadro 5. Estudiantes que fuman en la actualidad en el Liceo Víctor Garrido.

Fumaban anteriormente	Cantidad de estudiantes (fi)	Porcentaje (fr)
Si	12	6
Total	200	100

Fuente: directa

De acuerdo a si fumaban con anterioridad encontramos 12 para un 6 por ciento.

Cuadro 6. Edad de inicio en tabaquismo de los Estudiantes que fuman en la actualidad en el Liceo Víctor Garrido.

Edad	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
011-13	12	0,4285	43
14-19	16	0,5714	57
total	28	0,9999	100

Fuente: directa

En cuanto a la edad de inicio en el hábito tabáquico predominó el grupo etáreo de 14-19 años con 16 estudiantes para un 57 por ciento.

Cuadro7 .Variedad de tabaco utilizada por los Estudiantes del Liceo Víctor Garrido.

variedad de tabaco	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
cigarrillos	19	0,6785	68
otros	9	0,3214	32
total	28	0,9999	100

Fuente: directa

En relación a la variedad de tabaco más usada predomino el cigarrillo con 19 estudiantes para un 68 por ciento.

Gráfico 8 .Cantidad de cigarrillos fumados por día por los Estudiantes del Liceo Víctor Garrido

cantidad de cigarrillos que fuman al día	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
001-04	13	0,46	46
005-06	3	0,11	11
más de 7	12	0,43	43
total	28	1	100

Fuente: directa

En relación a la cantidad de cigarrillos por día predomino el grupo etáreo de 1-4, con 13 estudiantes para un 46 por ciento.

Cuadro 9 .Marca de cigarrillos predilecta por los Estudiantes del Liceo Víctor Garrido.

Marca de cigarrillos	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
Malrboro	9	0,3214	32
Montecarlo	12	0,4285	43
otros	7	0,25	25
	28	0,9999	100

Fuente: directa

La marca predilecta fue Montecarlo con 12 estudiantes para un 43 por ciento.

Cuadro10.Antecedentes de padres fumadores de adolescentes con habito tabáquico del Liceo Víctor Garrido.

padres que fuma	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
padre	4	0,0714	7
madre	5	0,0892	9
ambos	40	0,7142	71
ninguno	7	0,125	12
total	56	0,9998	99

Fuente: directa

En relación a padres que fuman el grupo etáreo de ambos obtuvo 40 estudiantes para un 71 por ciento.

Cuadro11.Causas que indujeron al hábito de fumar a estudiantes del Liceo Víctor Garrido.

razón por la que empezó a fumar	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
conflicto familiar	5	0,1785	18
curiosidad	10	0,3571	36
fantasía	6	0,2142	21
decepción	3	0,1071	11
no sabe	4	0,1428	14
total	28	0,9997	100

Fuente: directa

De acuerdo a las razones por las que fuman predomino el grupo etáreo de curiosidad con 10 estudiantes para un 36 por ciento.

Cuadro 11.Medios por el cual los estudiantes del Liceo Víctor Garrido conocieron el cigarrillo.

medio de comunicación por lo cual conocieron el cigarrillo	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
televisión	14	0,5	50
revista	3	0,1071	11
otros	4	0,1428	14
no sabe	7	0,25	25
total	26	0,9999	100

Fuente: directa

En relación al medio de comunicación por el cual conocieron el cigarrillo el televisor obtuvo el mayor porcentaje con 14 estudiantes para un 50 por ciento.

Cuadro 12. Lugar de iniciación en el habito de fumar del los estudiantes del Liceo Víctor Garrido.

lugar donde empezó a fumar	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
hogar	10	0,3571	36
escuela	3	0,1071	10
fiesta	10	0,3571	36
otros	5	0,1785	18
		0,9998	100

Fuente: directa

Según los lugares en donde se iniciaron en el fumar los grupos etáreos hogar y fiesta obtuvieron 10 estudiantes cada uno para un 36 por ciento respectivamente.

Cuadro 13. Según han intentado dejar de fumar entre los estudiantes del Liceo Víctor Garrido.

intentado dejar de fumar	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
si	14	0,5	50
no	14	0,5	50
	28		

Fuente: directa

De acuerdo a si habían intentado dejar de fumar tanto el «si como el no» obtuvieron 14 estudiantes para un 50 por ciento respectivamente.

Cuadro 14. Intentos por dejar de fumar entre los estudiantes del Liceo Víctor Garrido

cuantas veces han intentado dejar de fumar	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
1	7	0,5	50
2	4	0,2857	28
3	2	0,1428	14
varias veces	1	0,0714	7
total		0,9999	99

Fuente: directa

Según las veces que habían intentado dejar de fumar predominó el grupo etáreo de «una vez» con 7 estudiantes para un 50 por ciento.

Cuadro 15. Según porque continúan fumando los estudiantes del Liceo Víctor Garrido.

continúan fumando por	frecuencia absoluta	frecuencia relativa	Porcentaje
por placer	13	0,4642	46
costumbre	1	0,0357	3
fantasía	7	0,25	25
necesidad	5	0,1785	18
otros	2	0,0714	7
total	28	0,9998	99

Fuente: directa

De acuerdo a por que continúan fumando predominó el grupo etáreo de «por placer» con 13 estudiantes para un 46 por ciento.

DISCUSIÓN

Esta investigación que incluye una muestra significativa de los estudiantes del Liceo Víctor Garrido, muestra que existe una población baja de fumadores, la frecuencia de tabaquismo encontrada fue de un 8 por ciento, menor a la encontrada en adolescentes de Santo Domingo 320 por ciento, Puerto Plata 23.7 por ciento, en cambio superior a la de Peravia 2.4 por ciento y la Vega con 7.3 por ciento.

Esto demuestra que en los últimos tiempos ha aumentado el

hábito tabaquero en nuestros jóvenes.

En relación a la edad el mayor grupo etario correspondió a los de 15 años de edad para un 27.5 por ciento y en cuanto al sexo predominó el femenino para un 60 por ciento; lo cual concuerda con un estudio realizado por el Dr. José Miguel Cruz Arias y colaboradores en estudiantes secundarios de los liceos públicos de la zona urbana de San Francisco de Macorís, Santo Domingo, República Dominicana; sobre frecuencia y descripción del hábito tabaquero para un 71.7 por ciento del grupo etario entre 15 y 20 años y el sexo femenino con 56.3 por ciento.

La cantidad de cigarrillos fumados diariamente es de igual magnitud para 13 estudiantes para un 46.0 por ciento.

Distintos factores ejercen influencias sobre el comienzo del hábito de fumar, especialmente entre los adolescentes. Entre los encuestados la publicidad televisiva sigue siendo el medio más eficaz a través del cual los adolescentes conocen el tabaco, corroborándose su consumo en el hogar, fiestas como los lugares donde se inician en el fumar.

Entre la población estudiada el placer, fantasía y necesidad, fueron los motivos más importantes para empezar a fumar.

Por último debemos comentar que a pesar de que algunos han intentado apartarse del hábito de fumar continúan envueltos en este mal. Los adolescentes se deleitan al aspirar el humo de sus cigarrillos no sospechan que están inundando sus pulmones con más de 3 mil compuestos químicos que agreden gravemente los pulmones. Tal vez no tengan la información adecuada sobre la nicotina.

El apetito por la nicotina puede durar toda la vida, aun después del fumador dejar el cigarrillo. El 60 por ciento de las personas que dejan de fumar vuelven hacerlo antes de transcurrir el primer año de abstinencia. La adicción a esta es tan difícil de dominar como la adicción a la heroína.

REFERENCIAS

- http://www.cdc.gov/tabaco/global_gyst_español/global
- Gómez MV; Sosa CA; Padrón S; Sánchez GC. Adolescencia temprana y tabaquismo _ monografía Perú 2005.
- Londoño J 1,992. Factores relacionados con el consumo de cigarrillos en escolares adolescentes. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 112 (2:131-137)
- http://www.manual_enfermedades_respiratorias_1.pdf
- http://historiadominicana.com.do/component/content/article/167-la-historia_del_tabaco-dominicano.html
- http://historiadominicana.com.do/component/content/article/167-la-historia_del_tabaco-dominicano.html
- <tp://www.ops/oms.tabacoenamerica.informedelasituacióneltabaco1993>.
- Tabaco y sociedad. La organización del poder en el mercado dominicano. Fondo para el avance de las ciencias sociales. Industria tabacalera de la República Dominicana 1995
- <http://www.monografias.com/trabajos27/adolescencia-tabaquismo/-shtmlAdolescencia>.
- Pimentel, R D; Franjul-Troncoso M, et al. Prevalencia de estudiantes fumadores de la zona urbana de Monte Cristi. Rev UNIBE de cienc y cult 1993; 4, 3
- Martínez M, Tico P L. Plantas narcóticas y tintoreras. Agricultura practica. Barcelona (España); Ramón Sopena, S.A., 1977: 371-375
- Martínez M, Tico P L. Plantas narcóticas y tintoreras.

- Agricultura practica. Barcelona (España): Ramón Sopena, S.A., 1977: 371-375
13. Organización panamericana de la salud / organización mundial de la salud. Prevención y cesación del tabaquismo. Proyecto InterAgencial tabaco o salud en Latinoamérica. Washington D.C.: OPS/OMS, 1998:10-35
 14. Rodríguez M. Publicidad y cigarrillo. Serie: cuadernos de la comunicación n°6. Panamá: Centro de investigaciones de la comunicación social. Centro litográfico, 1995; (6): 2-29.
 15. <http://www.cancerydiagnostico-asmabronquial.com.do>
 16. Organización panamericana de la salud / organización mundial de la salud. Prevención y cesación del tabaquismo. Proyecto InterAgencial tabaco o salud en Latinoamérica. Washington D.C.: OPS/OMS, 1998:10-35
 17. Organización panamericana de la salud. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington D.C.: Oficina sanitaria panamericana / oficina regional de la organización mundial de la salud, 2000 Reporte No: 577. 15-45.
 18. Chollat-Traquet C. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. Ginebra: Organización mundial de la salud, 1998: 65-195.
 19. Chollat-Traquet C. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. Ginebra: Organización mundial de la salud, 1998: 65-195.
 20. <http://www.vivesinhumo.com/userfiles/RESUMEN%20ejecutivo>
 21. Russell MAH and Feyerabend C. Cigarette Smoking; A dependence on high nicotine level boli. Drug Metab Rev 1987; 89: 55-59.
 22. Hopkins R, Wolfe W, Gharagozloo F. Evaluación clínica y fisiológica de la función respiratoria. En: Sabiston D, Lyerly H. Tratado de patología quirúrgica. XV edición, México DF: Mc Graw-Hill interamericana Editores, S.A., 1999: Vol. 2:1910-1911.
 23. <http://www.monografias.19elroldelosmedios.com.do>
 24. Organización panamericana de la salud. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington D.C.: Oficina sanitaria panamericana / oficina regional de la organización mundial de la salud, 2000 Reporte No: 577. 15-45.
 25. Taylor P. Agentes que actúan en la unión neuro muscular y en los ganglios autonómicos. En: Hardman J, Limbird L. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9na edición, México DF: MacGraw-Hill interamericana, S.A., 1996: Vol. 1: 204-205.
 26. O'Brien CP. Adicción y abuso de sustancias toxicas. En: Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9na edición, México DF: MacGraw-Hill interamericana, S.A., 1996: vol.1: 604-605
 27. <http://www.vivesinhumo.com/userfiles/resumen%20ejecutivo>
 28. Capdevila, Carlos. Humo, placer y lágrimas: El tabaco y la salud. Buenos Aires; Editorial sudamericana 1997. 189p.
 29. Warburton DM, Wessnes K, Shergold K et al. Facilitation on learning and state dependency nicotine
 30. Capdevila, Carlos. Humo, placer y lágrimas: El tabaco y la salud. Buenos Aires; Editorial sudamericana 1997.pag. 189
 31. Russell MAH and Feyerabend C. Cigarette Smoking; A dependence on high nicotine level boli. Drug Metab Rev 1987; 89: 55-59.
 32. Organización Panamericana de la Salud. Tabaco o salud; Situación de las América; resumen ejecutivo. Washington. Organización Panamericana de la Salud 1996; 20p.
 33. Anónimo. Día mundial sin Tabaco. Objetivo: los jóvenes. El mundo, salud y medicina 1996; 204(5): 3 de 3. <http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/96/S204/S204tabaquismo.html>
 34. Challat-Faraguet, Claire. La mujer y el tabaco. Ginebra; Organización Mundial de la Salud 1993; 126p.

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?

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

RESPUESTAS TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS C MANEJADO CON INTERFERÓN QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEPATOPATÍAS CRÓNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BAEZ.

***Erik Álvarez, **Juan José Batista, **Dahiana Antonia Pichardo, **Paola Arisleyda Gomez, **Luis Alfredo Almonte, ***Ibelise Toribio.*

RESUMEN.

La hepatitis C es una enfermedad de carácter crónico producida por un virus ARN que supone un gran daño al tejido hepático. Esta enfermedad aparece en el año 1989 aproximadamente siendo esta relativamente joven. La Hepatitis C generalmente no presenta síntomas, por eso se la llama la "enfermedad silenciosa", y es esta la causa principal de un diagnóstico en etapa avanzada de la enfermedad en la mayoría de los casos.

Para el tratamiento de esta enfermedad se ha utilizado el interferón. Los interferones (IFN) son citocinas potentes con actividades antiviricas, inmunomoduladora y antiproliferativa. Estas proteínas son sintetizadas por células que reaccionan a diversos factores inductores y, a su vez, ocasionan cambios bioquímicos que culminan en actividades antiviricas en las células. Se han identificado tres clases principales de interferones humanos, con notable actividad antivírica: el alfa, el beta y el gamma.

Por lo tanto se realizó un estudio de índole descriptiva, transversal y retrospectiva. La población escogida para realizar este estudio estuvo conformada por 35 casos de pacientes con diagnóstico de hepatitis C, de los cuales solo 14 cumplían con los requisitos para aplicarle el formulario de recolección de datos. Y se determinó que el esquema terapéutico fue en un 100% de los pacientes infectados por el VHC la combinación de Interferón Pegilado alfa 2a + Ribavirina.

En la cuanto al perfil biofísico del paciente se obtuvo que el rango de edad más afectado fue el de 37-46 años para un 57.14%, el sexo más predominante fue el sexo femenino con un 64.3%, y la vía de transmisión más frecuente de contagio es de etiología desconocida para el 50%. Para el perfil bioquímico la AST fue la que estuvo más elevada para un 71.5% del 100%, seguida de la ALT con un porcentaje de 64.3% del 100% de la escala de medición, la que presentó mejor rango fue la creatinina con un porcentaje de 85.7%; las pruebas virales el 50% de los PCR realizados fue positivo al igual que el negativo y el anti-VHC positivo en un 100% de los casos.

El genotipo más predominante fue el tipo 1 para un 71.4%, los genotipos desconocidos con 21.4%. En relación a la respuesta terapéutica el sexo femenino obtuvo la mayor respuesta favorable para un 64.3%. Los efectos adversos se presentaron más en el sexo femenino. En el sexo masculino los más predominantes fueron la anemia, mialgia y otros efectos.

Palabras claves: hepatitis, interferon.

ABSTRACT

Hepatitis C is a chronic disease produced by an RNA virus is a major hepatic tissue damage. This disease appears in 1989 about this being relatively young. Hepatitis C usually has no symptoms, so it is called the "silent disease", and this is the main cause of advanced-stage diagnosis of the disease in most cases.

For treatment of this disease has been used interferon. Interferons (IFN) are cytokines with potent antiviral activity, immunomodulatory and antiproliferative. These proteins are synthesized by cells that react to various inducing factors and, in turn, cause biochemical changes that culminate in antiviral activity in cells. We have identified three major classes of human interferons with remarkable antiviral activity: the alpha, beta and gamma.

Therefore a study was conducted descriptive in nature, cross-sectional and retrospective. The target population for this study consisted of 35 cases of patients diagnosed with hepatitis C, of which only 14 were eligible to apply the data collection form. And it was determined that the therapeutic scheme was 100% of patients infected by HCV, the combination of pegylated interferon alfa-2a + Ribavirin.

In terms of patient biophysical profile was obtained that the age range most affected was 37-46 years for a 57.14%, sex was more prevalent among females with 64.3% and the most common transmission route of contagion is of unknown etiology for 50%. For the biochemical profile of AST was higher which was a 71.5% to 100%, followed by ALT with a percentage of 64.3% to 100% of the measurement scale, which was presented better range with an average creatinine of 85.7%, the viral tests, 50% of positive PCR was performed as the negative and positive anti-HCV in 100% of cases.

The most prevalent genotype was type 1 to 71.4%, unknown genotype with 21.4%. In relation to therapeutic response females had the highest positive response for 64.3%. Adverse effects occurred more in females. In males, the most prevalent were anemia, myalgia and other effects.

KEY WORDS: Hepatitis, Interferon.

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad de la hepatitis c es uno de los problemas dentro del ámbito de la salud verdaderamente joven, remontándose sus inicios para el año 1989, cuando fue que

***Medicos generales,
***Especialista Asesor.*

comenzó su aislamiento y caracterización del virus en sí. El Virus De La Hepatitis C (VHC) ha preocupado tanto a los científicos como a los clínicos especialistas en el tema debido a que las características genéticas y estructurales de este virus, repercuten directamente en su heterogeneidad, considerándose el principal agente etiológico de la lesión inflamatoria del hígado. Estos son los motivos por los cuales en las últimas décadas se hayan realizado experimentos in vitro, que han contribuido al desarrollo de los diferentes métodos terapéuticos que se usan para tratar el virus de la hepatitis c y de esta forma llegar a la resolución de que el empleo de la terapia combinada con interferón pegilado y ribavirina es el esquema que ha provisto más beneficio en cuanto al control del virus de la hepatitis c.

La Hepatitis C generalmente no presenta síntomas, por eso se la llama la "enfermedad silenciosa", y es esta la causa principal de un diagnóstico en etapa avanzada de la enfermedad en la mayoría de los casos. No obstante para diagnosticar el virus de la hepatitis c existen una serie de pruebas y métodos que nos corroboran la existencia del virus y cuál de los seis genotipos diferentes es el que está presente en el paciente.

Al momento de un diagnóstico confirmado del virus del hepatitis c, se cuenta con una serie de medicamentos para su tratamiento, aunque no todos están al alcance de los pacientes o todavía están en pruebas experimentales y no se encuentra disponibles en el mercado, los dos únicos medicamentos eficaces, y aprobados oficialmente, para el tratamiento de la hepatitis c son el interferón y la ribavirina, los que usados juntos son más eficaces que separados, por lo que actualmente se utilizan los dos en terapia combinada.

No obstante no todo los pacientes infectados con el virus de la hepatitis c responden de forma satisfactoria al tratamiento o igual, estas respuestas dependen de varios factores como son: que subtipo de virus está presente en el paciente, pues los genotipos 2 y 3 presentan mejor respuestas, que el genotipo 1. Otro es la carga viral (cantidad de virus en sangre), pues cuanto menos cantidad de virus en sangre se responde mejor. Esta la fibrosis hepática, menos afectado esté el hígado la respuesta al tratamiento suele ser mejor, que cuando el hígado está fibrótico o cirrótico. El sexo, las mujeres responden algo mejor que los hombres y esta la edad, los pacientes más jóvenes (< 40 años) también responden mejor.

Un 50% aproximadamente de los pacientes con el VHC que con manejados presentan una respuesta completa, la cual se verifica con un ARN-VCH negativo y que las transaminasas vuelven a su valor normal o casi normal, esto sucede alrededor de ocho semanas luego de iniciar el tratamiento. El porcentaje restante de los pacientes con VHC que no responden de forma satisfactoria y no se considera un tratamiento adicional, simplemente se deben dar seguimiento como los que responden con éxito ante la terapia ejecutada, se siguen con chequeos anuales de su perfil bioquímico y se repiten biopsias hepáticas cada 3 a 5 años para de esta forma evaluar la progresión de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio con el fin de investigar la respuesta terapéutica de los pacientes diagnosticados con el virus de la

hepatitis c manejado con interferón que asisten al programa de hepatopatías crónicas del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. Enero 2007-Junio 2009. La investigación llevada a cabo es de índole descriptiva, transversal y retrospectiva. La población escogida para realizar este estudio estuvo conformada por 35 casos de pacientes con diagnóstico de hepatitis C, de los cuales solo 14 cumplían con los requisitos para aplicarle el formulario de recolección de datos, cuyos **resultados** fueron analizados e interpretados. No fue necesaria tomar muestra de la población debido a que el tamaño del universo no impide la observación y medición de cada uno de sus elementos a estudiar.

El método para obtener los datos de este trabajo consistió en la revisión metódica de los expedientes clínicos de los pacientes con el VHC que se estudian, a dichos expedientes se les aplicó el formulario de recolección de datos. Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento el formulario impreso, el cual fue elaborado con preguntas dicotómicas y de respuesta múltiples.

El plan de análisis se contruyó durante la etapa de planificación, consistió en presentar la información en tablas de series simples y en tablas de series agrupadas, las cuales contienen los porcentajes correspondientes.

RESULTADOS

Para la población de 14 pacientes de estudio, el esquema terapéutico fue en un 100% de los pacientes infectados por el VHC la combinación de Interferón Pegilado alfa 2a + Ribavirina. En la cuanto al perfil biofísico del paciente se obtuvo que el rango de edad más afectado fue el de 37-46 años para un 57.14%, el sexo más predominante fue el sexo femenino con un 64.3%, y la vía de transmisión más frecuente de contagio es de etiología desconocida para el 50%.

Para el perfil bioquímico la AST fue la que estuvo más elevada para un 71.5% del 100%, seguida de la ALT con un porcentaje de 64.3% del 100% de la escala de medición, la que presentó mejor rango fue la creatinina con un porcentaje de 85.7%; las pruebas virales el 50% de los PCR realizados fue positivo al igual que el negativo y el anti-VHC positivo en un 100% de los casos. El genotipo más predominante fue el tipo 1 para un 71.4%, los genotipos desconocidos con 21.4%.

En relación a la respuesta terapéutica el sexo femenino obtuvo la mayor respuesta favorable para un 64.3%. Los efectos adversos se presentaron más en el sexo femenino predominando otros efectos con 6 casos, seguido de la anemia con 5 casos. En el sexo masculino los más predominantes fueron la anemia, mialgia y otros efectos con un 2 casos respectivamente.

Distribución porcentual según esquema terapéutico con el número de casos estudiados de pacientes infectados por el virus del Hepatitis C manejado con interferón en La Unidad de Hepatopatía Crónica del HRUJMCB en el periodo enero 2007-junio 2009.

El 100% de los pacientes infectados por el VHC, correspondientes a los 14 pacientes estudiado que reciben su tratamiento en la Unidad de Hepatopatía Crónica del HRUJMCB son manejado con la combinación de Interferón Pegilado alfa 2a + Ribavirina.

Cuadro #2: Distribución porcentual según la edad y el sexo con relación al número de casos estudiados de pacientes infectados por el virus del Hepatitis C manejado con interferón en la unidad de hepatopatía crónica del HRUJMCB en el periodo enero 2007-junio 2009.

Esquema Terapéutico	No.	%
Interferón Pegilado alfa 2a + ribavirina	14	100%
Interferón Pegilado alfa 2b + ribavirina	00	0%
Total	14	100%

En cuanto al rango de edad, la más afectada es entre 37-46 años, para un 57.14% con 8 pacientes de los cuales el sexo femenino representa un 62.5% y el masculino un 37.5%. y la menos frecuentes es la del rango 27-36 años para un 0% del 100%. En el sexo, el más afectado es el femenino con 9 pacientes para un 64.3% y el masculino con 5 pacientes para un 35.7% del 100%.

Correlación porcentual según las vías de transmisión con relación al número de casos estudiados de pacientes infectados por el virus del Hepatitis C manejado con interferón en la unidad de hepatopatía crónica del HRUJMCB en el periodo enero 2007-junio 2009.

La vía de transmisión más frecuente de contagio es de etiología desconocida para el 50% con 7 pacientes, seguida de la transfusiones de sangre con un 28.7% para 4 pacientes y la de menor frecuencia es por medio de relaciones sexuales y inoculación para 0% del 100%.

Correlación porcentual según la respuesta terapéutica y el sexo con relación al número de casos estudiados de pacientes infectados por el virus del Hepatitis C manejado con interferón en la unidad de hepatopatía crónica del HRUJMCB en el periodo enero 2007-junio 2009.

Edad	Sexo		Femenino	%	Total	%
	Masculino	%				
17-26 años	1	100%	0	0%	1	7.14%
27-36 años	0	0%	0	0%	0	0%
37-46 años	3	37.5%	5	62.5%	8	57.14%
47-56 años	1	50%	1	50%	2	14.2%
>56años	0	0%	3	100%	3	21.4%
Total	5	35.7%	9	64.3%	14	100%

En relación a la respuesta terapéutica el sexo femenino obtuvo un 64.3% para un total de 9 pacientes de los cuales el 66.6% presento una respuesta favorable y un 33.4% desconocida; mientras que el sexo masculino con un 35.7% para 5 pacientes obtuvo una respuesta favorable en un 60% de los casos y desconocida en un 40%. La respuesta terapéutica

desfavorable no fue relevante en esta investigación con 0% en ambos sexos.

DISCUSION

El 100% de los pacientes infectados por el VHC, que reciben su tratamiento en la Unidad de Hepatopatía Crónica del HRUJMCB son manejado con la combinación de Interferón Pegilado alfa 2a + Ribavirina. Lo que es muy conveniente pues “combinación del pegIFN alfa-2a y ribavirina oral disminuye más los efectos secundarios que produce este tratamiento en comparación con la combinación del pegIFN alfa-2b y ribavirina oral” (Harrison, 2008, p 1964).

En cuanto al rango de edad, el más afectado es entre 37-46 años para un 57.14% y el menos frecuente es el rango 27-36 años para un 0% del 100%. En comparación con lo concluido en la investigación por la Dra. Salas y el Dr. Ferreira (2008) se difiere pues en dicha investigación se obtuvo como resultado que la edad con más números de pacientes era de 38-47 años.

En el sexo, el más afectado es el femenino con un 64.3% y el masculino con un 35.7% del 100%. Siendo esto similar a lo investigado por la Dra. Salas y el Dr. Ferreira (2008) de que el sexo femenino es más propenso a infectarse por el virus de la hepatitis c.

La vía de transmisión más frecuente de contagio es de etiología desconocida para el 50%, seguida de la transfusiones de sangre con un 28.7% y la de menor frecuencia es por medio de relaciones sexuales y inoculación para 0% del 100%. Relacionadas con otras investigaciones estos valores son dispares pues según Seeff (2000) aproximadamente un 10 % de los individuos infectados no se puede definir la fuente de la infección y que los infectados por vía de transfusión de sangre solo representan un 4% de dichas infecciones. (Sleisenger y Fordtson, 2004, p. 1062)

De las pruebas químicas realizadas la AST fue que estuvo más elevada para un 71.5% del 100% de la escala de medición, seguida de la ALT con un porcentaje de 64.3% del 100% de la escala de medición. Las que más normal se mantuvieron fueron la creatinina con un porcentaje de 85.7% del 100% de la escala de medición. Estos resultados son importantes pues según Berenguer (2002) todos los pacientes con niveles serios de aminotransferasa altos en forma persistente y un VHC en curso son candidatos potenciales a la terapia antiviral. También es relevante encontrar que la mayor parte de los pacientes cuenta con una función renal adecuada pues cerca del 30 % pegIFN alfa -2b se elimina por vía renal y en caso de la nefropatía terminal está indicado reducir la dosis de ambos IFN pegilados. (Sleisenger y Fordtson, 2004, p. 1068)

El 50% de los PCR realizados fue positivo al igual que el negativo para un 50% paciente respectivamente. Con un anti-VHC positivo para un 100% pues esto es esencial para iniciar un tratamiento con interferon paginado + ribavirina. Berenguer (2002)

El genotipo más predominante fue el tipo 1 para un 71.4%, seguido de los genotipos desconocidos con 21.4%, luego con 7% para el genotipo. Estos resultado en comparación con otros estudio pueden predecir un pronóstico no muy favorable o una respuesta terapéutica parcial, según Berenguer (2002) uno de los factores para que se pueda producir una respuesta favorable es un paciente con genotipo 2 ó 3.

En relación a la respuesta terapéutica el sexo femenino obtuvo un 64.3% de respuesta favorable; mientras que el sexo masculino con un 35.7% de respuesta favorable. Esto está en acuerdo con lo que sostiene Berenguer (2002) que el

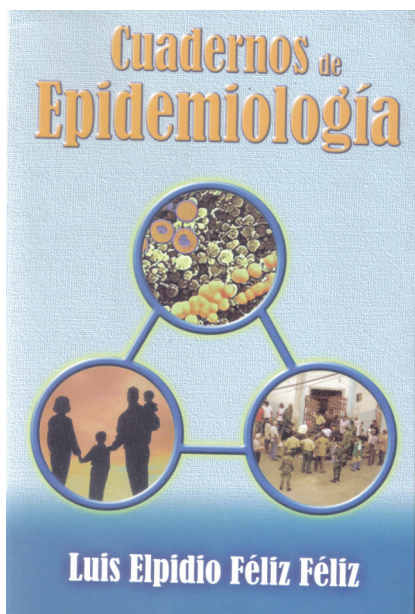
sexo femenino es uno de los factores que desempeña un papel importante para determinar la eficacia del tratamiento contra el VHC y así obtener una respuesta favorable.

En esta tabla se observa que el sexo que presentó más efectos adversos fue el femenino en el cual predominó otros efectos en un 42.85 %, seguido de la anemia con un 35.7%. En cambio en el sexo masculino los más predominantes son la anemia, mialgia y otros efectos con un 14.28%. Aun que no se halle una relación en la teoría en cuanto los efectos adversos y el sexo. Se puede concluir que la anemia sigue siendo uno de dichos efectos que predomina aunada a la mialgia como lo expresa Dusheiko, (1997).

REFERENCIAS

1. Berenguer. J. (2002). Gastroenterología y Hepatología. (3ª ed.). Madrid: Panamericana.
2. Bircher, J. McIntyre, N. Piere J. Rircher, J. Rizzetto, M. Rodes, J. (2001). Tratado de hepatología clínica. (2do ed.). España: Mansson S.A.
3. Franco, F. y Sierra, F (2004), Gastroenterología y Hepatología (5ta ed.). Medellín, Colombia: Word Bogota S. A.
4. Goodman y Gilman (2006). Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica: Vol. II. (11va ed.), Estados Unidos: McGraw-Hill Book.
5. Harrison (2008). Principios de Medicina Interna. Vol. II. (17va ed.) Estados Unidos: McGraw-Hill Book.
6. Hepatitis C: the facts: hepatitis C: anatomy of the hepatitis C virus. http://www.epidemic.org/the_facts/hepatitis_c/anatomy.
7. Niel M. (2007). Textbook of Hepatology From Basic Science to Clinical Practic. (1ar ed.) Massachusetts; Mansson S.A.
8. Mosby. (2006). Diccionario de medicina océano. España: Editora Océano.
9. Muñoz, L.E. (2007). Hepatología. México: McGraw-Hill Book.
10. Sleisenger y Fordtson (2004) Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Fisiopatología, Diagnostico y Tratamiento (7ma ed.) Texas: Panamericana.
11. Weitz, Beger, Sabaht, Silva (2008). Diagnósticos y Tratamientos de las Enfermedades Digestivas (1ar ed.) Chile:

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Cuaderno de epidemiología

Autor: Dr. Luis Elpidio Félix

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

FRECUENCIA DE FACTORES PREDISPONENTES A LA AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO. HOSPITAL DR. FRANCISCO MOSCOSO PUELLO.

*Pedro Anibal Gomera Leger, * Rodolfo Alarcón Lugo, ** Kreemly Gabriel Pérez Cohen, * Ricardo Jefferson Blanchery Méndez, * Jonathan Alberto Lara Taveras, * Juan Isidro Ramírez Rodríguez. **

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, basado en recolección y análisis de información, a través de formularios con el objetivo de analizar la frecuencia de los factores predisponentes a la amputación de miembros inferiores en pacientes con Pie Diabético, en el Hospital Francisco Moscoso Puello, en el periodo Noviembre 2008 – Noviembre 2009. La frecuencia de amputaciones de miembro inferior en el Hospital Francisco Moscoso Puello fue de 44 casos, de los cuales 27 casos fueron por pie diabético. La frecuencia de amputaciones de miembro inferior en el Hospital Francisco Moscoso Puello en el periodo Noviembre 2008-Noviembre 2009 fue de 44 casos encontrados, de los cuales 27 casos fueron por pie diabético. Las edades comprendidas entre 61-70 años fueron las más frecuentes con un total de 9 casos para un 33.3 por ciento. El sexo más frecuente fue el masculino, con un total de 14 casos para un 51.9 por ciento. Los pacientes provenientes del área urbana fueron los más frecuentes afectados por las amputaciones por pie diabético, coleccionando un total de 19 casos, para un porcentaje de 70.4 por ciento. Por otro lado el 52.2 por ciento de los pacientes amputados, tuvieron perdida de la sensibilidad antes de desarrollar el pie diabético, siendo este el antecedente patológico más frecuente. El 36.3 por ciento de los pacientes padecían de hipertensión arterial; y el 11.3 por ciento padeció de enfermedad vascular periférica. En este estudio los no fumadores representaron 19 casos para un 70.4 por ciento, mientras que los fumadores representaron 8 casos para un 29.6 por ciento. Mientras que la actividad laboral más realizada por los pacientes antes de la amputación fue la actividad en el hogar, con un total de 11 casos, para representar un 40.7 por ciento. El rango de tiempo de diagnóstico de diabetes en relación a la amputación fue entre 9 y 12 años con 12 casos para representar un 44.4 por ciento. Los problemas detectados fueron: descuido en el tratamiento, falta de educación sobre la enfermedad y falta de evaluación integral.

PALABRAS CLAVES: pie diabético amputaciones

ABSTRACT

We performed a descriptive, retrospective, cross-sectional, based on collection and analysis of information through forms in order to analyze the frequency of the predisposing factors for lower limb amputation in patients with Diabetic Foot at the Hospital Francisco Moscoso Puello, in the period November

2008 - November 2009. The frequency of lower limb amputations in the Francisco Moscoso Puello Hospital was 44 cases, of which 27 cases were diabetic foot. The frequency of lower limb amputations in the Francisco Moscoso Puello Hospital in the period November 2008-November 2009 was 44 cases found, of which 27 cases were diabetic foot. The aged between 61-70 years were more frequent with a total of 9 cases for 33.3 percent. The more frequent sex was male, with a total of 14 cases for a 51.9 per cent. Patients from the urban area were the most commonly affected by diabetic foot amputations, collecting a total of 19 cases, for a percentage of 70.4 percent. On the other hand 52.2 percent of patients amputees, had lost sensitivity before developing the diabetic foot, this being the most frequent medical record. The 36.3 percent of patients had hypertension and 11.3 percent suffered from peripheral vascular disease. In this study non-smokers accounted for 19 cases, 70.4 percent, while 8 cases smokers accounted for 29.6 percent. While more work activities performed by patients before the amputation was the activity at home, with a total of 11 cases to represent a 40.7 per cent. The time range from diagnosis of diabetes in relation to the amputation was between 9 and 12 years with 12 cases to represent a 44.4 per cent. The problems identified were: careless treatment, lack of education about the disease and lack of comprehensive assessment.

Keyword: diabetic foot amputations

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es uno de los principales problemas de salud, considerada una autentica pandémica por su alta distribución a nivel mundial. En las Américas viven alrededor de 30,000,000 de diabéticos según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).² Su prevalencia aumenta cada vez más en nuestro medio, encontrándose una prevalencia entre 7 -9 por ciento; siendo así una causa importante de morbilidad en las estadísticas de los países latinoamericanos.³

Desde el punto de vista clínico y genético, la Diabetes Mellitus constituye un grupo heterogéneo de trastornos, caracterizados por una concentración anormalmente alta de Glucosa en la sangre. La causa de la hiperglucemia son: deficiencia en la secreción de insulina o resistencias de las células del cuerpo a la acción de esta; a menudo ocurre, además, alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas.⁴ La Diabetes Mellitus es un gran factor de riesgo para muchas otras enfermedades. En algunos casos, se trata de enfermedades absolutamente específicas de la Diabetes, como la retinopatía o la nefropatía, en otras, se trata de

* Salubrista.

** Médico general

enfermedades que provocan alteraciones en la cual la diabetes desempeña un papel secundario, como cardiopatía isquémica o la enfermedad vascular periférica, todas estas consideradas complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus.⁵

La Diabetes es la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores con un 75 por ciento en Estados Unidos. Hasta de un 3-7 por ciento de los diabéticos puede sufrir algún tipo de amputación y estas son causa de un número importante de aumento en los días de hospitalización. En los pacientes con pie diabético un 20 por ciento presenta diabetes en debut.⁶ Los pacientes diabéticos con complicaciones de los miembros inferiores son los que con mayor frecuencia ocupan los servicios de cirugía general.

En Virginia (EE.UU.), en un estudio retrospectivo de 14 años, demostró que las úlceras de los miembros inferiores constituyeron 14 por ciento de todos los ingresos por Diabetes y 14 por ciento de los pacientes fueron amputados.⁷

Para el año 2002, se reportó un estudio en la Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAACs en Cusco España donde se revisaron 200 historias clínicas de pacientes diabéticos tipo II del Hospital Es Salud – Cusco. El 16.5 por ciento de diabéticos tipo 2 presentaron el diagnóstico de pie diabético. El 100 por ciento de la población diabética presentó algún grado de severidad de lesión. Según este estudio los factores de riesgo predisponentes con relación significativa fueron: el antecedente de pie diabético, la retinopatía, la insuficiencia vascular, la HTA, neuropatía, control glucémico y en menor significancia género, hábito de fumar y conocimiento de la enfermedad.⁸

En el país, en el año 2008 se realizó un estudio sobre la prevalencia de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus, en la provincia independencia, en una unidad de atención primaria de Poster rio; dicho estudio arroja como resultado que 38 de 49 pacientes atendidos en la unidad presentaron o tuvieron complicaciones crónicas por Diabetes. En este estudio también se demostró que el mal manejo del control de la glicemia a lo largo de los años o un diagnóstico tardío desencadenó la aparición de las complicaciones crónicas de la enfermedad.⁹ Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Se estima que en el mundo se amputa una pierna cada 30 segundos, a consecuencia de la Diabetes.¹⁰

En nuestro país cada día más se conocen pacientes diabéticos, teniendo en cuenta que al momento del diagnóstico de la diabetes los pacientes presentan datos de complicaciones crónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con recolección y análisis de información retrospectiva para analizar la frecuencia de los factores predisponentes a la amputación de miembros inferiores en pacientes con pie diabético en el Hospital Francisco Moscoso Puello, en el periodo Noviembre 2008 – Noviembre 2009.

Demarcación geográfica

Este estudio de investigación tuvo como escenario el Hospital Docente Francisco Moscoso Puello, ubicado en la calle Nicolás de Ovando esq. Josefa Brea en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional.

Este centro hospitalario cuenta con una unidad de cura y osteoma, la cual ofrece los servicios de cura, desbridamiento, seguimiento clínico y tratamiento, a los pacientes con pie

diabético que visitan dicho lugar.

Universo

Comprendido por todos los pacientes sometidos a cirugía, en el periodo Noviembre 2008 – Noviembre 2009.

Población

Comprendido por todos los pacientes sometidos a cirugía por amputación de miembro inferior en el periodo Noviembre 2008 – Noviembre 2009.

Muestra

Comprendido por todos los pacientes sometidos a cirugía por amputación de miembro inferior por pie diabético, en el periodo Noviembre 2008 – Noviembre 2009.

Criterios de inclusión

Todos los pacientes sometidos a cirugía por amputación de miembro inferior por pie diabético, en el periodo Noviembre 2008 – Noviembre 2009, cuyo record estuviese completo.

Criterios de exclusión

Pacientes con amputaciones de miembros inferiores que no presentaron diagnóstico de pie diabético, y aquellos con expediente clínico incompletos.

Técnicas y procedimientos

Se diseñaron formularios para la recopilación y procedimiento de los datos; la información obtenida fue organizada de lo general a lo particular mediante el control y análisis de los pacientes, como la comprobación de la información en los expedientes de los mismos. Para realizar el estudio en dicho centro docente hospitalario, se obtuvo una carta de permiso, la cual fue expedida por la oficina de tesis y firmada por su director, fue llevada al departamento de Cirugía y de Medicina Interna de dicha institución; y luego de obtener el permiso procedimos a revisar los expedientes, obteniendo la información de los expedientes archivados a través de los formularios ya realizados.

Los datos obtenidos se procesaron de forma electrónica con programas como: Epi-info.; Word y Excel.

Aspectos éticos y bioéticos

En esta investigación se respetó la privacidad del paciente, los datos personales fueron solo del manejo de los investigadores de este estudio y no se expondrán los mismos, quedando así protegido el objeto de investigación. Nuestro equipo contó con la autorización de la dirección del centro hospitalario para la realización de este estudio, así como con la ayuda y colaboración de los encargados del departamento de Cirugía, de Medicina Interna y de archivo; como también del personal que labora en los mismos.

RESULTADOS

En el periodo de un año en el Hospital Francisco Moscoso Puello se realizaron 44 amputaciones de miembro inferior de las cuales el 61.4 por ciento (27 casos) perteneció a amputaciones por pie diabético. (Ver tabla 1)

El grupo de edad con la mayor frecuencia por las amputaciones por pie diabético fue el comprendido entre 61-70 con 33.3 por ciento (9 casos), mientras que los menos frecuentes fueron los pacientes menores de 30 años con un 3.7 por ciento (1 caso); sin embargo los grupos entre 51-60 y mayores de 70 mostraron el segundo porcentaje más alto con

un 18.5 por ciento (5 casos), siguiéndole el grupo de 41-50 años con 14.8 por ciento y de 31-40 con un 11.1 por ciento (3 casos). (Ver tabla 2)

El sexo masculino fue el más frecuente con un 51.9 por ciento (14 casos), mientras que el sexo femenino obtuvo 48.1 por ciento (13 casos). (Ver tabla 3)

La mayoría de los pacientes amputados por pie diabético pertenecían al área urbana, con un total de 70.4 por ciento (19 casos), en cambio el área rural obtuvo un 29.6 por ciento (8 casos) de frecuencia. (Ver tabla 4)

La pérdida de la sensibilidad fue el antecedente patológico con mayor frecuencia con un 52.2 por ciento (23 casos), mientras que la enfermedad vascular periférica fue el menor con un 11.3 por ciento (5 casos), por otro lado la hipertensión arterial obtuvo un 36.3 por ciento (16 casos) para colocarse así en segundo lugar. (Ver tabla 5)

Los no fumadores representaron 70.4 por ciento (19 casos) mientras que los fumadores representaron 29.6 por ciento (8 casos).

La actividad laboral más realizada por los pacientes antes de la amputación fue la actividad en el hogar con un 40.7 por ciento (11 casos), la menos realizada fue la de empleado con un 14.8 por ciento (4 casos). En segundo lugar fue la de desempleado con 25.9 por ciento (7 casos), seguida del trabajo informal con 18.5 por ciento (5 casos).

El rango de tiempo de diagnóstico de diabetes en relación a la amputación el más frecuente es el grupo de 9-12 años con un 44.4 por ciento (12 casos), el menos frecuente fue el de 17 y más con 3.7 por ciento (1 caso). El segundo más frecuente fue el de 5-8 años con un 33.3 por ciento (9 casos), seguido del grupo de 0-4 años que obtuvo un 11.2 por ciento (3 casos) y este seguido del grupo de 13-16 años con un 7.4 por ciento (2 casos).

Tabla 1. Frecuencia de amputaciones de miembro inferior en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello

Total de amputaciones	44	100
Amputaciones por pie diabético	27	61.4

Fuente: archivo de registro del Hospital Francisco Moscoso Puello.

Tabla 2. Frecuencia de amputaciones por pie diabético según la edad del paciente

Rango de edades (años)	Frecuencia	Por ciento
< 30	1	3.7
31-40	3	11.1
41-50	4	14.8
51-60	5	18.5
61-70	9	33.3
>70	5	18.5
total	27	100

Fuente: archivo de registro del Hospital Francisco Moscoso Puello.

Tabla 3. Frecuencia de amputaciones por pie diabético según el sexo del paciente

Masculino	14	51.9
Femenino	13	48.1
Total	27	100,0

Fuente: archivo de registro del Hospital Francisco Moscoso Puello.

Tabla 4. Frecuencia de amputación por pie diabético según la procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	8	29.6
Urbana	19	70.4
Total	27	100

Fuente: archivo de registro del Hospital Francisco Moscoso Puello.

Tabla 5. Frecuencia de amputación por pie diabético de pacientes con antecedentes patológicos

Antecedente patológico	frecuencia	Por ciento
HTA	16	36.3
EVP	5	11.3
Perdida de la Sensibilidad	23	52.2
Total	44	100,0

Fuente: archivo de registro del Hospital Francisco Moscoso Puello

DISCUSIÓN

La frecuencia de amputaciones de miembro inferior en el Hospital Francisco Moscoso Puello en el periodo Noviembre 2008-Noviembre 2009 fue de 44 casos encontrados, de los cuales 27 casos fueron por pie diabético. Las edades comprendidas entre 61-70 años fueron las más frecuentes con un total de 9 casos para un 33.3 por ciento. El sexo más frecuente fue el masculino, con un total de 14 casos para un 51.9 por ciento.

Los pacientes provenientes del área urbana fueron los más frecuentes afectados por las amputaciones por pie diabético, coleccionando un total de 19 casos, para un porcentaje de 70.4 por ciento. Por otro lado el 52.2 por ciento de los pacientes amputados, tuvieron pérdida de la sensibilidad antes de desarrollar el pie diabético, siendo este el antecedente patológico más frecuente. El 36.3 por ciento de los pacientes padecían de hipertensión arterial; y el 11.3 por ciento padeció de enfermedad vascular periférica. En este estudio los no fumadores representaron 19 casos para un 70.4 por ciento,

mientras que los fumadores representaron 8 casos para un 29.6 por ciento. Mientras que la actividad laboral más realizada por los pacientes antes de la amputación fue la actividad en el hogar, con un total de 11 casos, para representar un 40.7 por ciento. El rango de tiempo de diagnóstico de diabetes en relación a la amputación fue entre 9 y 12 años con 12 casos para representar un 44.4 por ciento.

REFERENCIAS

1. Selli, Lucilda et tal. Técnicas educacionales en el tratamiento de la Diabetes; Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil 2005.
2. Guzmán Cayado, Mayque. El Pie Del Diabético, Hospital General Ciro Redondo García, Revista Cubana Invest Biomed 1999.
3. Arturo Orrego M. Fundamentos de Medicina Endocrinología. 6ta. ed. Medellín (Colombia) 2004 C.I.B. 447p.
4. Derek Le Roith et tal. Diabetes Mellitus. 2da. Ed. México D.F., McGraw- Hill 2003, 1,331.
5. Panam Health Org Bull Declaración de las Américas sobre la diabetes. Panam Health Org Bull 1996.
6. Cárdenas Delgado, Yony Elizabeth et tal. Pie diabético: factores de riesgo predisponentes en diabéticos tipo 2 de ESSALUD del Cusco – 2002, SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC - 16 SITUA –XXII.
7. Duran medina, emir Emilio, Prevalencia de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en la unidad de atención primaria posterior en el periodo marzo 2007 a Octubre 2007, Revista Médica Dominicana, vol. 69- no. 1 enero- abril, 2008.
8. Figuerola, Daniel Diabetes 4ta. ed. Barcelona (España), Masson 2003.
9. Kasper, Hauser. et. tal. Principios de Medicina Interna: Harrison. 16 ed. Madrid, McGraw-Hill 2005.
10. Iribarren B Osvaldo, Passi M Gabriela. Pie diabético: Evolución en una serie de 121 pacientes, Revista de cirugía. Vol.59-no. 5, Octubre 2007: 337-341.
11. Aragón Sánchez, Javier F. El pie Diabético. Masson, Barcelona (España), 2002
12. http://www.paho.org/spanish/dbi/mds/Press2_SEA_2002.htm
13. <http://www.ops.org.boservicios/?DB=B&S11=8293&SE=SN>
14. Gonzáles Viejo, Miguel Ángel et tal. Amputación de Extremidad Inferior y Discapacidad. Prótesis y rehabilitación. Barcelona (España), Masson 2005.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR EN EL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.

Alttagracia Valdez,* Fausto A. Medina, * Paloma Núñez,* Alba Hidalgo,* Carina Concepción.

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que estuvo dirigido a pacientes con diagnóstico de enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini.

De los 2020 pacientes a los que se les realizó colonoscopia diagnóstica en el Hospital Docente Padre Billini encontramos que 151 tenían enfermedad diverticular en (7.4%) de los casos.

Según el sexo de los 151 pacientes estudiados encontramos una predisposición mayor en el sexo femenino en 96 casos (36.4%), y pacientes del sexo masculino (36.4%) de los casos. La edad de los pacientes en nuestro estudio encontramos que 2 pacientes en la escalas de 21-30 años (1.3%) y en menor proporción en las edades de 21-30 años en un (11.1%), de 31 - 40 años se reportaron 9(5.9%), entre las edades de 41-50 años se encontraron 14 casos de enfermedad diverticular para un (9.2%) de los casos, de 51 – 60 años fueron reportados 52 pacientes en un (34.4%) y se encontraron 57 pacientes en edades mayor de 70 años casos para un (37.4%)no tuvimos pacientes en los menores de 20 años.

Palabras claves: Enfermedad diverticular, prevalencia.

INTRODUCCIÓN

Se denomina diverticulitis cuando ocurre una inflamación del divertículo, pero existen casos en que es imposible determinar si existe o no un proceso inflamatorio denominándose entonces diverticulosis.¹ En el tracto gastrointestinal, los divertículos se presentan con predilección en el colon, y por lo general estos son múltiples.

Para evitar esta terminología que tiende a traer confusión se emplea actualmente el término de enfermedad diverticular del colon refiriéndose a cualquier estadio de esta patología.² La palabra divertículo proviene del latín diverticulum que significa posada en la desviación de un camino, posiblemente un lugar de mala reputación.

En el tracto gastrointestinal, los divertículos se presentan con predilección en el colon, y por lo general estos son múltiples. Se denomina diverticulitis cuando ocurre una inflamación del divertículo, pero existen casos en que es imposible determinar si existe o no un proceso inflamatorio denominándose entonces diverticulosis.²⁻³

En un estudio realizado en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar en el 2008, se demostró que un 40 por ciento de los casos de enfermedad diverticular, los hallazgos eran fortuitos

y que solo el 55 por ciento llegaban con manifestaciones clínicas. Por estos motivos hemos decididos realizar una investigación sobre la Prevalencia de enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini.

Se eligió este hospital debido a su localización y a la gran cantidad que asisten a este centro de salud, y también por el buen funcionamiento del departamento de gastroenterología donde los pacientes con entidades gastroenterológicas reciben asistencia sin costo alguno.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que estuvo dirigido a pacientes con diagnóstico de enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini, ubicado desde el norte por la calle Arzobispo Noel, al Sur, por la calle Santome.

La población y muestra consistió en seleccionar los pacientes que habían demandado atención por sangrado digestivo bajo y que habían sido ingresados por tal motivo, así como también aquellos pacientes que fueron diagnosticados por enfermedad diverticular asintomático.

De éstos fueron seleccionados, sin discriminar sexo, edad, y llenado el formulario de recolección de información. Estos fueron escogidos durante el período comprendido de enero del 2008 a Enero 2010.

Para la recolección de la información se elaborara un cuestionario inspirado, en parte, en aportaciones de los autores y otros colaboradores. El cuestionario comprende rubros referentes a: los datos personales y la identidad de los pacientes; sobre la enfermedad diverticular se plantearon interrogantes.

Fue revisado el libro de registro del departamento de gastroenterología así como el libro de Internamiento del Hospital Docente Padre Billini, donde se escogieron los pacientes que habían sido ingresados por sangrado digestivo bajo y/o enfermedad diverticular. Todos los expedientes seleccionados fueron confirmados en el archivo de la institución. Todas las informaciones fueron obtenidas por los mismos investigadores, en condiciones similares y con los mismos instrumentos. Estos serán previamente identificados, con relación al motivo de la investigación.

Las operaciones de tabulación de la información obtenida fueron revisadas y procesadas en programas de computadoras digitales: Epi-Info.

* Médico general

RESULTADOS

Cuadro 1. Prevalencia de la enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010

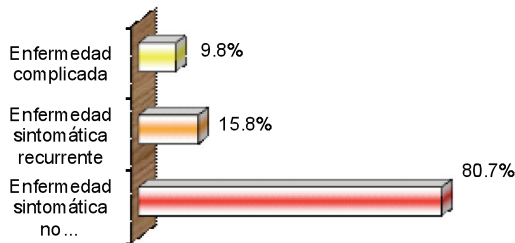
Prevalencia de la enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini	Casos	%
Pacientes con Enfermedad diverticular	151	7.4
Pacientes con otros Diagnósticos	1869	92.5
Total	2020	100

Fuente. Datos obtenidos en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

De los 2020 pacientes a los que se les realizó colonoscopia diagnóstica en el Hospital Docente Padre Billini encontramos que 151 tenían enfermedad diverticular en (7.4%) de los casos.

Según el sexo de los 151 pacientes estudiados encontramos una predisposición mayor en el sexo femenino en 96 casos (36.4%), y pacientes del sexo masculino (36.4%) de los casos. La edad de los pacientes en nuestro estudio encontramos que 2 pacientes en la escalas de 21-30 años (1.3%) y en menor proporción en las edades de 21-30 años en un (11.1%), de 31 - 40 años se reportaron 9(5.9%), entre las edades de 41-50 años se encontraron 14 casos de enfermedad diverticular para un (9.2%) de los casos, de 51 – 60 años fueron reportados 52 pacientes en un (34.4%) y se encontraron 57 pacientes en edades mayor de 70 años casos para un (37.4%)no tuvimos pacientes en los menores de 20 años.

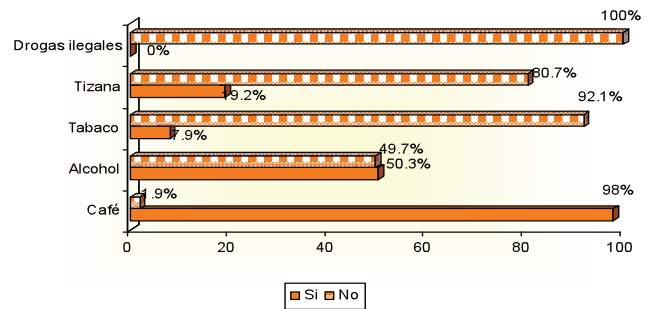
Grafico 1. Relación según edad de la enfermedad en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010



Fuente. Datos obtenidos en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

El estado civil de los pacientes estudiados encontramos que 2 pacientes eran solteros (22.2%), los pacientes que se encontraban casados en el momento de ser evaluado fueron 3 para un (33.3%) igual que los que convivían en unión libre y viudo solo fue reportado un caso (11.1%). Los hábitos tóxicos de las 151 pacientes con enfermedad diverticular encontramos que 148 de estos (98.0%) eran consumidores de café, 76 (50.3%) ingerían alcohol de manera regular, 12 pacientes refirieron el uso de tabacos (7.9%), 29(19.2%) pacientes ingerían te o tizanas regularmente y no tuvimos reportes de drogas ilegales.

Grafico 2. Hábitos Tóxicos de los pacientes con enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010



Fuente. Datos obtenidos en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

Las manifestaciones clínicas encontramos que 114 pacientes presentaron dolor abdominal (75.5%) de los casos, 2 pacientes presentaron hematoquesia en (1.3%), rectorragia 6 (3.9%), constipación 76 pacientes en un (50.3%), diarrea 19 pacientes en un (12.8%), la pérdida de peso fue reportado en 13 pacientes en un (8.6%) de los casos.

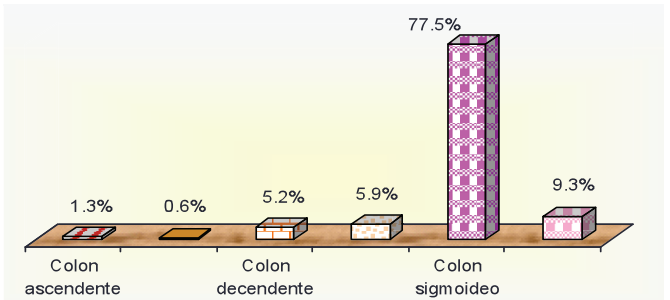
Cuadro 2. Manifestaciones Clínicas de los pacientes con enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

Manifestaciones Clínicas	Si	%	No	%
Dolor abdominal	114	75.5	37	24.5
Rectorragia	8	5.2	143	94.7
Constipación	76	50.3	75	49.6
Diarrea	19	12.8	132	87.4
Pérdida de peso	13	8.6	138	91.3

Fuente. Datos obtenidos en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

La localizaciones anatómicas de los pacientes con enfermedad diverticular encontramos que 2 pacientes presentaban esta entidad en el Colon ascendente en un (1.3%), a nivel del Ciego 9 pacientes (5.9%), Colon descendente 8 pacientes en un (5.2%), y el mayor porcentaje se encontró a nivel del Colon sigmoideo en un 117 pacientes para un (77.5%), solo se encontró un paciente a nivel del Colon Transverso en un 0.6% de los casos.

Grafico 3. Localización anatómica de la Enfermedad Diverticular como en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010

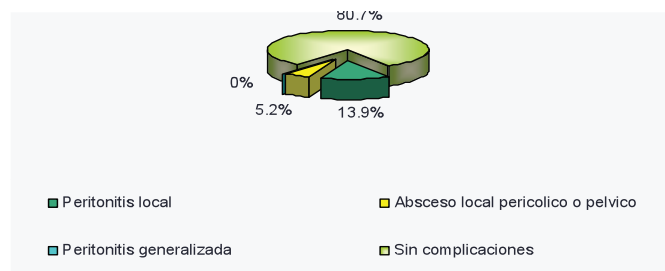


Fuente. Datos obtenidos en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

Según la Clasificación de enfermedad diverticular encontramos que 122 pacientes tenían la enfermedad sintomática no complicada en un (80.7%), la enfermedad sintomática recurrente fue encontrada en 24 pacientes en un (15.8%) y la enfermedad complicada con fistulas, abscesos, y peritonitis solo fue encontrada en un 9.8 por ciento de los casos.

Las complicaciones inflamatorias de la enfermedad diverticular de los pacientes estudiados encontramos que 21 de estos presentaron Peritonitis local para un (13.9%), 8 pacientes presentaron absceso local o periocólico o pélvico en un (5.2%) de los casos y 122(80.7%) pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.

Grafico 4. Complicaciones inflamatorias de la enfermedad diverticular en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010



Fuente. Datos obtenidos en el Hospital Docente Padre Billini. Enero 2008 – Enero 2010.

DISCUSIÓN

La prevalencia de las enfermedades diverticulares a nivel mundial, ha ido en incremento a pesar de los rigurosos sistemas de controles y a las nuevas técnicas diagnósticas, en nuestro estudio realizado en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Docente Padre Billini encontramos una incidencia de 7.4 por ciento de los casos lo cual no fue comparado con otro estudio debido a las características propias de la muestra.

Con respecto al sexo, la diferencia no fue tan significativa encontrándose relativamente un poco más alto el sexo femenino en un 63.4 por ciento y un 36.4 por ciento de los casos correspondiendo para el sexo masculino diferenciándose a un trabajo realizado en 2001 por el Ministerio de salud en Ecuador en circunstancias parecidas a nuestro país, donde revela una alta predisposición de enfermedad diverticular del sexo femenino al masculino.

La escala de edades predominantemente encontrada en nuestro estudio fue entre los rangos de mayores de 70 años en un 37.7 de los casos, con una edad mínima de 21 años y la máxima de 82 años, con una media de 54 años, corroborando con todos los estudios revisados hasta el momento de la conclusión de esta investigación donde relacionan la cuarta y quinta década de la vida y la predisposición de las enfermedades diverticulares.

Corroborando con Parks que consideró que está presente en el 5 por ciento en el quinto decenio, aumentando a 50 por ciento en la novena década, se estima por lo tanto que hacia los 60 años el 33 por ciento de la población en los países desarrollados tendrán algún grado de divertículos del colon. La incidencia de diverticulitis o sus complicaciones aumenta con la edad, por lo tanto un 30 por ciento de todos los pacientes con enfermedad diverticular tendrán algún grado

de complicación y de estos solo el 20 por ciento requerirán finalmente intervención quirúrgica.

En cambio en los pacientes menores de 40 años que presentan diverticulitis será más agresiva requiriendo tratamiento quirúrgico hasta en 80 por ciento de los casos. El estado civil de los pacientes estudiados encontramos que un 80.7 por ciento estaban casados, donde la ocupación predominante en nuestro estudio la clase obrera en un 45.0 por ciento y un 31.8 por ciento eran profesionales de diversas carreras de los casos.

Los hábitos tóxicos de las 151 pacientes con enfermedad diverticular encontramos que 98.0 por ciento de estos eran consumidores de café y un 50.3 por ciento ingerían alcohol de manera regular.

Las manifestaciones clínicas encontramos que 75.5 por ciento de los pacientes presentaron dolor abdominal, seguida de la constipación en un 50.3 por ciento, lo cual fue corroborado en todos los trabajos revisados para este estudio lo cual describen que el dolor abdominal está dado principalmente por síntomas inespecíficos que se originan en las complicaciones: dolor en la fosa ilíaca izquierda en pacientes occidentales, mientras que en los pacientes de origen o asiático o con sigmoide redundante se puede observar dolor en la fosa ilíaca derecha. 32

La localizaciones anatómicas de los pacientes con enfermedad diverticular encontramos que un 77.5 por ciento se encontraba en el colon sigmoideo seguida de los divertículos encontrados a nivel del Ciego 5.9 por ciento de los pacientes. Corroborando en un estudio realizado por Rothemberger D., et al donde refiere que estos presentan generalmente en el colon sigmoideo y colon descendente aunque también menos frecuente a lo largo de todo el Colon. Según la clasificación de enfermedad diverticular encontramos que un 80.7 por ciento tenían la enfermedad sintomática no complicada, la enfermedad sintomática recurrente fue encontrada en 15.8 por ciento de los pacientes. Donde las complicaciones inflamatorias de la enfermedad diverticular de los pacientes estudiados encontramos que 13.9 por ciento de estos presentaron Peritonitis local, un 5.2 por ciento presentaron absceso local o periocólico o pélvico en un y 80.7 por ciento pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.

REFERENCIAS

- Berry A.R., Campbell W.B., Kethewell N.G.W.; Management of major colonic haemorrhage, Review, 1988; Br. J. Surg. vol. 75,637-640.
- Calzaretto J., Coloproctología práctica; 1990: Ed. Me. Pan., 481.
- Propósito D., Hidalgo M., y col.; La enfermedad Diverticular, Nuestra experiencia: 1996; Rev Esp Enf Digest., 88, 11, 763-9.
- Painter N.S., Truelove S.C., the intraluminal pressure pattern in diverticulosis of the colon, Gut, 5, 201,365; 1964
- Painter N.S., et al. Unprocessed bran in the treatment of diverticular disease of the colon, Br. Med. J., 1,137; 1972.
- Brando S., y col.; Hemicolectomía Izquierda y lavado anteroagrado preoperatorio en el tratamiento de la patología urgente del colon izquierdo; 1995: Re. Esp. Enf. Ap. Digest. 1995; 87, 12, 849-52.
- Farmakis N., Tudor R.G., Keighley M.R.B.; Historia natural durante 5 años de la enfermedad diverticular complicada; 1994: Br J Surg, Vol. 12, 104.
- Cutait R. e col.; Diagnostico de Diverticulite Aguda pelo

- enema opaco con contraste hidrossoluble, 1990: Rev Br. Coloproct., Vol. 10, No3, 96.
9. Abarca F., Bermúdez F., Pérez G.; Hemorragia digestiva manejo; Texto de Cirugía U. Guayaquil, 446, 1999.
 10. Rothemberger D., et al.; Operación por diverticulitis complicada, 1993: Clin. Quire. N.A. Vol. 5, 1023.
 11. Daccach A., Barberan J.; Colon. Enfermedad diverticular; Texto de Cirugía, U. de Guayaquil, 471, 1999.
 12. Tineo Espinal, Polanco Cruz E, Otañez Adames A, Lanfranco Mejía P. Factores asociados a sangrado gastrointestinal. Hospital Padre Billini, 1995-1997 Rev Med Dom 1998; 59 (2): 113 –115.
 13. Encarnación Casanova M, García Ramírez C, Lara Moreta M, Ortiz Pérez J. Hallazgos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto admitidos en el Centro de gastroenterología del Hospital Dr. Luis E. Aybar, durante el período 1995-1996. Rev Med Dom 1999; 60 (2): 147-150.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL, EN EL HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Biannet Portorreal Mancebo, Carlos Gabriel Valenzuela,* Danae E. Tavaréz Parra,* Juan Carlos Valenzuela,* Jorge Luis Medrano,* Yuderka Lerebours Mateo.***

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el hospital maternidad "Nuestra Señora la Altagracia" durante el período enero 2003-diciembre 2007. La muestra estuvo constituida por 239 pacientes a las que se realizó un cuestionario de donde se obtuvieron los datos para el estudio presentados en gráficos y de forma descriptiva para su mejor comprensión.

La edad que más predominó fue de 20-30 años con un 51.0 por ciento, la nuliparidad ocupó el mayor número de casos con 55.23 por ciento, así como la edad gestacional donde más se presentó la enfermedad fue menor de 20 semanas para un 58.6 por ciento, el año en que más incidencia hubo fue en el 2003 para un 28.9 por ciento, representando una frecuencia de 1 por cada 1000 embarazos.

La mola hidatidiforme grado I fue el resultado histológico más frecuente con un 89.5 por ciento. Se concluyó que en los casos de amenorrea y sangramiento genital se debe realizar ecografía para hacer el diagnóstico temprano de la enfermedad y poder evacuar la mola solo con legrado/aspiración, que fue el tipo de tratamiento definitivo que más se utilizó.

PALABRAS CLAVES: Mola Hidatidiforme, Neoplasia Trofoblástica Gestacional.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and associated factors of gestational trophoblastic disease.

A descriptive study was conducted, retrospective, cross in the hospital maternity "Our Lady Altagracia" during the period January 2003-December 2007. The sample consisted of 239 patients to which it conducted a questionnaire where they extracted data for the study presented in graphic form and descriptive for better understanding.

The most predominant age was 20-30 years with a 51.0 percent, nulliparity ranked highest number of cases with 55.23 percent, and gestational age are more where the disease was introduced less than 20 weeks for 58.6 per percent, the year when there were more incidence was in 2003 for a 28.9 per cent, representing a rate of 1 per 1000 pregnancies.

The mole hydatidiform grade I was the most common histologic outcome with an 89.5 per cent. It was concluded that in cases of amenorrhea and genital bleeding ultrasound

must be done to make early diagnosis of the disease and able to evacuate the mole only with curettage / aspiration, which was the type of definitive treatment that was used more.

KEY WORDS: Hydatidiform mole, gestational trophoblastic disease.

INTRODUCCION

La neoplasia trofoblástica gestacional o enfermedad del trofoblasto (ET) es un término con que se designa una amplia gama de lesiones que tienen su origen en un huevo fertilizado y cuyo comportamiento biológico abarca desde lesiones benignas hasta francamente malignas. Las cuales son: Mola hidatidiforme completa y parcial, la Mola invasora y el Coriocarcinoma.¹⁵

Estas diferencias pueden atribuirse a una histogénesis diferente dependiendo de que la lesión se origine en el citotrofoblasto, en el trofoblasto intermedio o en el sincitiotrofoblasto. Tienen considerables diferencias epidemiológica, pueden presentar o no anomalías cromosómicas, y su expresión inmunohistoquímica es también variable.¹

La enfermedad trofoblástica gestacional es una entidad descrita por Hipócrates 400 años a.c., su pronóstico era bastante sombrío hasta que en el 1956, cuando Li y cols. comunicaron la remisión de un coriocarcinoma con el empleo de quimioterapia desde entonces se reconoce universalmente 1 caso por 1,500 partos siendo más frecuente en países orientales que occidentales, convirtiendo esta enfermedad de interés dentro de las neoplasias ginecológicas.¹⁶

El trofoblasto humano junto a sus componentes estructurales es susceptible de padecer graves alteraciones durante el transcurso del desarrollo, constituyendo una entidad especial caracterizada por sus múltiples manifestaciones que modifican el metabolismo de la madre, desde la rotura del útero a metástasis cerebral, poniendo así en peligro la base fundamental de la reproducción humana.¹⁵

Los tumores trofoblásticos también parecen que aumentan de incidencia en las mujeres mayores de 40 años encontraron que, en Singapur la frecuencia de tumores trofoblásticos en mujeres mayores de 45 años fue 12 veces superior que las más jóvenes.²

Hasta mediados del 1900 el diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional sentenciaba a las pacientes a un pronóstico maligno o a la muerte inexorable.²

Con el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, el tratamiento, y el surgimiento de nuevas técnicas ha variado el concepto antes mencionado, fundándose su pronóstico con la acertada clasificación histopatológica y el seguimiento clínico

* Médico General

** Obstetra.

apropiado.

La posibilidad de enfermedad trofoblástica debe considerarse en toda mujer en edad fértil como un problema médico debido a que existen diversos factores asociados, siendo nuestro país de localización occidental se decide realizar una investigación acerca de la frecuencia y factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Maternidad “Nuestra Señora de la Altagracia”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; los datos se obtuvieron en el archivo de ginecología oncológica de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en los record del periodo Enero 2003 – Diciembre 2007.

Demarcación geográfica

La investigación estuvo realizada en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, el cual es un hospital docente universitario que recibe estudiantes de grado y post grado, con especialidades de gineco-obstetricia, anestesiología y con sub-especialidades de ginecología oncológica, ginecología endocrinológica y perinatología.

Está ubicado en el sector de Gazcue, al sur limita con la calle Pedro Henríquez Ureña, al norte con al avenida México, al este con la calle Félix Maria del monte y al oeste con la calle Benito Juárez.

Recolección de Datos

Se diseñó un formulario tipo cuestionario de preguntas cerradas de los ítems o variables presentes en el estudio, la unidad de análisis fueron los archivos.

Análisis de los resultados

La interpretación de los datos recolectados en la presente investigación, arroja los siguientes resultados:

Según la frecuencia de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional de acuerdo a los años de estudio, se encontró que en el 2003 se registraron 69 casos, es decir, 28.9 por ciento; en el 2004 se registraron 50 casos, para un 20.9 por ciento; en el 2005 se registraron 37 casos, para un 15.5 por ciento; en el 2006 se registraron 43 casos, para un 18.0 por ciento; y ya para el 2007 se registraron 40 casos, el equivalente a un 16.7 por ciento.

Se señala que la edad de la madre es un factor de riesgo significativo para la aparición de la enfermedad trofoblástica gestacional, observándose que 83 de las pacientes corresponde a las edades comprendidas entre 15-19 años, lo que representa un 34.7 por ciento; 122 de las pacientes corresponden a las edades de 20-30 años, es decir, un 51.0 por ciento; 25 de las pacientes oscilan entre 31-40 años, es decir, un 10.5 por ciento; y finalmente el 09 de las pacientes comprendidas entre 41-50 años, o sea, 3.8 por ciento.

De acuerdo a su procedencia se observaron que, 144 corresponde a la zona rural, con un 60.3 por ciento; y el 95 restante pertenece a la zona urbana con un 39.7 por ciento.

Según el nivel de escolaridad se observó que 62 pacientes correspondieron a la primaria, con un 25.9 por ciento; de nivel intermedio fueron 46 pacientes, para un 19.2 por ciento; en la secundaria fueron 91 de ellas, para un 38.1 por ciento; de nivel universitario fueron 14 pacientes, para un 5.9 por ciento;

y aquellas que no especificaban su nivel escolar fueron 26 pacientes, para un 10.9 por ciento.

En relación a los antecedentes obstétricos como factor asociado se puede determinar como la nuliparidad pudiera

estar asociada a la enfermedad, con 132 pacientes, para un 55.23 por ciento.

Según la edad gestacional, puede apreciarse que 140 pacientes era menor de 20 semanas de gestación, para un 58.6 por ciento; el 19 de las pacientes corresponden a mayor de 20 semanas, para un 7.9 por ciento; y el 80 que resta de las paciente desconoce su edad gestacional, para un 33.5 por ciento.

En relación a una enfermedad trofoblástica gestacional se demostró que 8 presentaron una enfermedad trofoblástica gestacional previa, es decir, 3.35 por ciento; 231 restante no presentaron enfermedad trofoblástica gestacional previa, para un 96.7 por ciento.

Según el diagnóstico histopatológico se encontró que 214 de ellas, presentaron mola hidatidiforme grado I, para un 89.5 por ciento; sólo 2 de ellas presentaron mola hidatidiforme grado II, para un 0.8 por ciento; 9 de ellas, presentaron mola invasora, para un 3.8 por ciento; y finalmente 14 de ellas, presentaron coriocarcinoma, para un 5.9 por ciento. Merece señalarse que estos datos han sido extraídos de los reportes ecográficos de las pacientes.

En los niveles de la hormona gonadotrofina coriónica humana, 47 tuvieron niveles de hCG menores de 10,000, es decir, 19.7 por ciento; en 32 de ellas los niveles de hCG oscilaron entre 10,000-50,000, es decir, 13.4 por ciento; en 35 de las pacientes los niveles de hCG oscilaron entre 50,000-100,000, para un 14.6 por ciento; finalmente en 125 de las pacientes con la enfermedad los niveles de hCG fueron mayores de 100,000, para un 52.3 por ciento.

De acuerdo a la terapia farmacológica, 141 de las pacientes se trató con antibioterapia más sulfato ferroso, para un 59.0 por ciento; en 96 de ellas recibieron metotrexato, para un 40.2 por ciento; y solo 2 de ellas se trataron con actinomicina D, para un 0.84 por ciento.

Para el tratamiento definitivo que se siguió con la enfermedad, 221 de las pacientes se le realizó legrado/aspiración, para un 65.6 por ciento; 18 de ellas se le realizó histerectomía, para un 5.3 por ciento; y 98 de las pacientes necesitaron quimioterapia, para un 29.1 por ciento.

RESULTADOS

Cuadro I. Frecuencia de acuerdo a los años de la enfermedad trofoblástica gestacional

Años	Frecuencia	%
2003	69	28.9
2004	50	20.9
2005	37	15.5
2006	43	18.0
2007	40	16.7
Total	239	100.0

Fuente: Departamento de Ginecología Oncológica

Frecuencia de acuerdo a los años de la enfermedad trofoblástica gestacional

DISCUSIÓN

Actualmente se tiene una pobre comprensión de las características epidemiológicas de la enfermedad trofoblástica gestacional, no solo en relación con la frecuencia y prevalencia, sino también en los factores de riesgos que permiten dar una orientación sobre la etiología de esta enfermedad, por lo tanto el impacto real de esta patología y sus complicaciones en la

población susceptible es real.

La presente investigación pretende conocer la frecuencia y los factores asociados de la enfermedad trofoblástica gestacional en el departamento de Ginecología Oncológica del hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

En 5 años estudiados la frecuencia fue de 1 por cada 1,000 embarazos, en comparación a un estudio realizado en el hospital Luís E. Aybar en el 1997 – 2001, 22 el cual reporto 1 con ETG por cada 6,000 pacientes, demostrando una mayor frecuencia en nuestro estudio. Si se compara con la frecuencia de los EE.UU. 9 que es de 1 por cada 1,000 a 2,000 embarazos, con nuestro estudio, muestran similitud.

Edad de las gestantes como factor asociado:

Un hecho que ha sido comentado es que la ETG aparece con mayor frecuencia mientras más avanzada sea la edad de la paciente, sin embargo en esta investigación se encontró que el 51.0 por ciento correspondió a las pacientes entre 20-30 años, cifras parecidas a las de Anabel Comas y cols en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter en (1990-2001), 21 que encontró que el mayor porcentaje estaba en mujeres con edad menor de 30 años, con una frecuencia de 35 pacientes para un 42.1 por ciento.

Edad Gestacional como factor asociado:

La amenorrea es un síntoma importante cuando en los primeros meses de la gestación se sospecha alguna alteración anormal del trofoblasto, es un hecho ya aceptado que la expulsión de la mola se realice generalmente como aborto. 7

Antes de la vigésima semana, la expulsión se puede retrasar por la gran cantidad de hormona gonadotropina coriónica que introduce inercia uterina o por la disminución de la prostaglandina, 13 pero en este estudio la edad gestacional en que se diagnosticó la ETG fue menor de 20 semana de amenorrea, lo que representó el 58.6 por ciento, cifras similares a las de Rosario Cuevas y cols en el hospital Luís E. Aybar en (1997-2001), 22 donde reportaron que 80 pacientes también le apareció esta entidad en menos de 20 semanas mostrando similitud.

Número de Partos como factor asociado:

Se mantiene la discusión sobre si la multiparidad favorece o no la ETG, en un estudio realizado por... Y cols en este mismo centro en 1993-1994, 24 donde reportaron un 74.5 por ciento en las pacientes que desencadenaban la enfermedad si se embarazaban varias veces o sea en múltiparas, estas cifras

no coincidieron con los resultados de esta investigación donde se encontraron cifras superiores en pacientes nulíparas con un 43.5 por ciento.

En cuanto a una enfermedad trofoblástica gestacional previa como factor asociado este estudio presentó una frecuencia de 231 pacientes las cuales no presentaron esta enfermedad para un 96.7 por ciento; en comparación a un estudio realizado en el hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina por Jaime Soto y cols en (1998-1999), 23 donde el por ciento correspondía a las pacientes que no presentaron la entidad.

REFERENCIAS

1. Aitken, Sergio, Benavides M, Alicia, SMIRNOW S, Marcia. Neoplasia Trofoblástica Gestacional: HOSPITAL FELIX BULNES CERDA, 1992-2002. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2004, vol. 69, no. 5, p. 353-356.
2. Areces Delgado Georgina, Ruiz Llorens Raysa, Román Perez Roberto, Castillo Jones agnelia, Ariosa Roche Juan Manuel. Placental site trophoblastic tumor: Report of 2 cases and literatura review. Rev Cubana Obstet Ginecol [serial on the internet]. 2007 Aug [cited 2008 july 27]; 33 (2): Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
3. Berek, Jonathan S. col. Ginecología de Novak. 13ª ed. México, D.F. Ed. MC Graw-Hill Interamericana, 2004. p. 1081-1096.
4. Schuarz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires, Argentina. Ed. El Ateneo, 2005. p. 186-192.
5. Robins, S... [et. al.]. Patología Estructural y Funcional, 6ª ed. Madrid Ed. MC Graw-Hill Interamericana, 2001. p. 1193-1198.
6. González-Merlo. Obstetricia. 4ª ed. Barcelona. Ed. Masson S.A., 2002. p. 318-319.
7. Hopkins, Johns, cols. Ginecología y Obstetricia. 2ª ed. Madrid, España. Ed. Marbán Libros, SL. 2005. p. 500-510.
8. Botero Uribe, Jaime, Júbiz Hazbún, Alfonso, Genao, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. 7ª ed. Colombia. Ed. Copyright, 2006. p. 643-646.
9. Pérez Sánchez, A. Ginecología. 2ª ed. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo, 1999. p. 317-322.
- 10.
11. Ponce de León, R... [et. al.]. Cuantificación del riesgo para una enfermedad molar. In: Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia. Argentina, 1997. p. 151-157.

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.



FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS HABITANTES DE 15-79 AÑOS DE LA SECCIÓN JUAN BARÓN, MUNICIPIO SABANA GRANDE DE PALENQUE.

Orquidia de Jesús Bello, Melsa Alcántara,* Elisabeth Bello Rosario,* Luisa I. Araujo López,* Indira Derisel Tavares,* Anibal Gomera.***

RESUMEN

La investigación realizada es sobre la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en los habitantes de 15-79 años en la sección Juan Barón, del municipio Sabana Grande de Palenque. El mismo estudio es descriptivo de investigación de acción que se desarrolló durante el Internado Rotatorio del 2007, abarcando los meses de mayo a julio del mismo año.

Este estudio contó con una muestra de 292 consumidores de bebidas alcohólicas, de 15-79 años de ambos sexos, residentes en la sección Juan Barón, a los cuales fue aplicado un cuestionario de recolección de datos que contenía las informaciones referentes a los datos personales, nivel de consumo, tipo de bebida, edad de inicio del hábito, además un cuadro sindrómico conteniendo los signos y síntomas relacionados al consumo de bebidas alcohólicas.

Los resultados obtenidos del análisis de la información han sido los siguientes:

- Que en la muestra recogida de los 292 consumidores de bebidas alcohólicas, el rango de edad que más frecuente consumió bebidas alcohólicas fue el de 20-24 años, con un 17 por ciento, para ambos sexos, reportándose 50 casos; así mismo la edad de inicio del hábito estuvo entre los 14-17 años con un 21 por ciento para ambos sexos, reportándose 31 casos; el sexo femenino consumió con mayor frecuencia que el sexo masculino, a diferencia de otros estudios realizados.
- En otro orden, la bebida favorita de los consumidores fue la cerveza, la cual es consumida en su mayoría en las casas y los colmadones, en compañía de sus amigos.
- Además que por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas han estado reclusos en un centro de salud presentando cefalea, dolor abdominal, vómitos, elevación de la presión arterial y accidentes de tránsito; mientras que los signos y síntomas presentes en ellos fueron la cefalea, las náuseas, los vómitos, la depresión, la visión borrosa, la gastritis, la fatiga y la constipación.

Palabras Claves: Frecuencia, Bebida Alcohólicas.

ABSTRACT

The present investigation is about the frequent of alcoholic drinks in a section from Sabana Grande de Palenque is Municipality called Juan Barón. This own study is descriptive of investigation of action that was developed during the rotary

inmate of 2007, beetwen the month may-july of the same year.

This study was based in a sample of 292 alcoholic drinks consumer from 15-79 years old, of both sex, residents in the section of Juan Barón, for that ocaation was applied a questionnaire of data recolection containing referents information about personal details, consum level, kind of drinking, beginning age with the habit, containing the symptom relate to the alcoholic drinks consum.

The next information were the result obtained from the investigation.

- That in the sample collected from 292 alcoholic drinks consumer the rank of ages the consum more alcoholic drinks is from 20 to 24 years old with a 17% for both sex, obtaining 50 cases; and the ages of begining were from 14 to 17 years old for a 21% for both sex, with 31 cases; the female sex consume mare frequently alcoholic drinks than male sex.
- In other wise, the favorite drink of alcoholic drink consum was beer; this is drank almost for every one at their homes and “colmadones” with friend.
- That for the excessive alcoholic drinks are being in mate in a hospital for having headache, stomache, vomit, high blood pressure and traffic accidents; mean while the sympton present in those are the headache, nausea, vomit, the nervous breakdown, blurred vision, fatigue, having a cold.

Key words: Frecuency, Alcoholic Drinks.

INTRODUCCIÓN

El alcohol es la droga legal de uso común que más se consume en el mundo entero por miles de millones de personas, a veces en cantidades excesivas y que pueden conllevar hasta la muerte. Casi la mayoría de la población mundial lo ha tomado o lo tomará en algún momento de su vida; son muchas las razones que lo colocan en primer lugar en cualquier estudio sobre las drogas, no sólo es una de las más comunes, sino una de las más antiguas.

Este interfiere en los procesos fisiológicos vitales del individuo, y esto conlleva al desarrollo de patologías tales como: esofagitis, gastritis, úlceras gástricas, hepatopatías, pancreatitis, neuropatías, el síndrome de alcohol-fetal, (en recién nacidos de madres alcohólicas) el cual provoca un déficit neurológico en los infantes.

En nuestro país el consumo de bebidas alcohólicas se ha convertido en una práctica de casi todos los dominicanos,

* Médico general
** MSP

formando parte de nuestra cultura, constituyendo un problema serio para personas de cualquier edad, especialmente los adolescentes, quienes van siendo arrastrados por el vicio hasta el punto de convertirse en alcohólicos y que muchas veces son llevados hacia la muerte. *

Aproximadamente el 70 por ciento de la población del mundo consume alcohol en alguna cantidad y de ellos por lo menos un 10 por ciento se convertirán en alcohólicos en el curso de su vida. **

Pretendemos que esta investigación sea un aporte, que amplíe aún más los conocimientos que hasta ahora se conocen sobre el consumo de bebidas alcohólicas y al mismo tiempo hacer las recomendaciones con fines de incitar a las autoridades competentes para que se tome este punto como un elemento importante y se concientice a la población sobre los efectos perjudiciales del consumo de las bebidas alcohólicas sobre el organismo y de esta forma mejorar la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal de fuente primaria que se desarrolló durante los meses mayo-junio del 2007, que pretende investigar la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de la Sección Juan Barón del Municipio Sabana Grande de Palenque; sin discriminación de sexo, con la exclusión de los que no consumen bebidas alcohólicas.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico a la comunidad de la sección Juan Barón del Municipio Sabana Grande de Palenque, provincia San Cristóbal la cual cuenta con una población de 10,004 habitantes aproximadamente según el censo del 2002, con 5,117 para el sexo masculino y 4,987 para el sexo femenino.

Población y muestra

Tomando como punto de referencia en una población de 935 viviendas de la cual se tomó para el estudio una muestra de 241 viviendas seleccionadas que estuvo compuesta por los habitantes de 15-79 años; de los cuales se tomaron en el estudio 5,818 personas de ambos sexos, siendo la muestra de 292 pobladores que representan el 5 por ciento de la población objeto de estudio.

$$TP = Pm/Um \times 100 =$$

$$TP = 292/5818 \times 100 = 5$$

$$TP = \text{Población total}$$

$$Pm = \text{Población muestra}$$

$$Un = \text{Universo de la muestra}$$

La muestra se hará de la siguiente forma, cada cuatro viviendas se realizará la encuesta en caso de que no exista persona a encuestar se tomará la vivienda más próxima seguida; pero, en caso de que tampoco haya individuo que encuestar o no se nos conceda la entrevista, se tomará la anterior a la original indicada.

$$\text{En donde } N=1 \text{ casa encuestada}$$

$$N+3=4 \quad N=1+3=4 \text{ casas saltadas}$$

* Calderón, Arismendi. La Republica Online, Dice lo que otros callan, La trampa del alcohol.

** El Alcoholismo y su Influencia en Grupos Familiares de Vegguitas, 2004.

Criterios de inclusión

1. Ser consumidor de bebidas alcohólicas.
2. Que el rango de edad oscile entre los 15-79 años.
3. Vivir en la sección Juan Barón del Municipio Sabana Grande de Palenque.

Criterios de exclusión

1. Todos los que no se encuentren en el rango de edad establecido.
2. Todos aquellos que no consumen bebidas alcohólicas.

Instrumento de recolección de la información

El instrumento básico de recolección de datos fue un cuestionario (ver anexo pag 159), que contiene informaciones acerca de los datos personales de los encuestados, cuestionamientos dirigidos a establecer la frecuencia de Consumo de Bebidas Alcohólicas y los Signos y Síntomas asociados al consumo de esta.

También se obtuvieron datos referentes a consumo, tipo de bebida, edad de inicio del hábito del consumo de bebidas alcohólicas.

Las preguntas contenidas en este cuestionario son de 2 tipos; abiertas y cerradas, y se formularon a través de entrevistas directas a los habitantes incluidos en la investigación.

Procedimiento

Para la aplicación del cuestionario fueron entrenadas 3 estudiantes de término de la carrera de medicina (las investigadoras) que se llevó a cabo durante el periodo en estudio. Cronograma.

Plan de tabulación de la información

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizaron programas de computadoras como: Microsoft Word y Excel.

RESULTADOS

Después de analizar los datos obtenidos a través del cuestionario aplicado a los habitantes de la sección Juan Barón, del Municipio de Sabana Grande de Palenque, que contó con una muestra de 292 pobladores, de los cuales 153 correspondieron al sexo femenino y 139 al sexo masculino, afirmamos que:

Los jóvenes entre los 14 y 17 años de edad tuvieron su primer contacto con el consumo de bebidas alcohólicas, y que de éstos la mayoría (83%) de sus padres también consumen o consumían bebidas alcohólicas.

Que el mayor nivel de consumo se encuentra entre las edades de 20-24 años y éste afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque se debe destacar que el sexo femenino toma en una proporción más elevada que el sexo masculino.

El estudio demostró que el tipo de bebida que con mayor frecuencia consumen los pobladores es la cerveza seguida, del ron, por ambos sexos, el cual es consumido en los bares y colmadones, así como las casas de éstos en compañía de sus amigos, principalmente los fines de semana.

Según el estado civil, los solteros son los más propensos a consumir bebidas alcohólicas, con un 84 por ciento del total de la muestra.

Por otra parte el nivel de escolaridad era muy bajo, ya que la mayor proporción de consumidores se encontró que cursaban la primaria y la secundaria, en otras palabras, a menor escolaridad mayor consumo de bebidas alcohólicas.

En cuanto a la ocupación de los individuos sometidos al cuestionario, el estudio reportó que los de mayor consumo fueron los agricultores con un 20 por ciento, los obreros con un 17 por ciento y las mujeres un 19 por ciento en los quehaceres domésticos.

Fue sorprendente el bajo nivel de conocimiento sobre los efectos perjudiciales del consumo de bebidas alcohólicas, ya que la minoría de los encuestados respondió que conocía sobre los efectos perjudiciales de ésta.

Las personas de más bajo nivel de ingreso, son más propensas al consumo de bebidas alcohólicas que los de nivel de ingreso más alto, y que el gasto en bebidas alcohólicas representa un mayor porcentaje del ingreso total del núcleo familiar.

Estos afirmaron haber tenido algún tipo de problema con sus familiares por el consumo de bebidas alcohólicas y mostrar cambios de actitudes al consumirla, así como de padecer alguna enfermedad y haber estado reclusos en algún centro de salud por presentar signos y síntomas característicos de los consumidores de bebidas alcohólicas y accidentes.

Los signos y síntomas principales encontrados en la población estudiada fueron: La cefalea, dolor abdominal, vómitos, náuseas, visión borrosa, gastritis, fatiga, constipación y depresión. En el caso de las mujeres, de las 153 encuestadas sólo 28 de éstas habían tenido hijos, de las cuales un 11 por ciento del total reportaron haber tenido aborto, un 36 por ciento haber consumido bebidas alcohólicas durante sus embarazos, un 18 por ciento presentó prematuridad y bajo peso al nacer, al igual que un 3 por ciento reportó que uno de sus hijos presentaba problemas cardíacos.

Cuadro 1. Distribución de Frecuencia Consumo de Bebidas Alcohólicas según sexo en los Habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, del Municipio Sabana Grande de Palenque.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	139	47
Femenino	153	53
Total	292	100

Los datos obtenidos nos revelan que la población femenina es el sexo que con mayor frecuencia consumió bebidas alcohólicas ya que ocupó el 53 por ciento (153 casos); mientras que el sexo masculino tuvo un 47 por ciento (139 casos).

Cuadro 2. Distribución de Frecuencia Consumo de Bebidas Alcohólicas según signos y síntomas en los Habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, del Municipio Sabana Grande de Palenque.

Edad Inicio Femenino (años)	Cantidad	%	Edad Inicio Masculino (años)	Cantidad	%
<9	4	3	<9	2	1
10 – 13	15	10	10 – 13	16	11
14 – 17	67	43	14 – 17	63	45
18 – 21	47	31	18 – 21	32	23
22 – 26	11	7	22 – 26	9	6
30 – 35	6	4	30 – 35	5	4
36 – 46	3	2	36 – 46	2	1
Total	153	100		139	100

Fuente: Encuesta de los sustentantes aplicada a los habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, de Sabana Grande Palenque.

Dentro de los signos y síntomas presentes en los encuestados sometidos al estudio estuvo: la cefalea con un 18 por ciento, náuseas con un 7.5 por ciento, depresión con 6.4 por ciento, los vómitos y la visión borrosa con un 6 por ciento c/u, la gastritis y la constipación con un 5 por ciento c/u, mientras que la fatiga con un 5.9 por ciento; correspondiéndole los porcentajes más bajos a las hemorragias, las enfermedades pulmonares y las miocardiopatías con un 1 por ciento cada uno respectivamente.

Cuadro 3. Distribución de Frecuencia Consumo de Bebidas Alcohólicas según edad inicio del hábito en los Habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, del Municipio Sabana Grande de Palenque.

Edad Inicio Femenino (años)	Cantidad	%	Edad Inicio Masculino (años)	Cantidad	%
<9	4	3	<9	2	1
10 – 13	15	10	10 – 13	16	11
14 – 17	67	43	14 – 17	63	45
18 – 21	47	31	18 – 21	32	23
22 – 26	11	7	22 – 26	9	6
30 – 35	6	4	30 – 35	5	4
36 – 46	3	2	36 – 46	2	1
Total	153	100		139	100

Fuente: Encuesta de los sustentantes aplicada a los habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, de Sabana Grande Palenque.

Esto demuestra que las cifras de femeninas se mantuvo por encima del sexo masculino en cuanto a la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas ocupando un 45 por ciento (67 casos) y 43 por ciento entre las edades de 14y 17 años (63 casos); cabe destacar que una minoría inicio su consumo antes de los 9 años.

Cuadro 4. Distribución de Frecuencia Consumo de Bebidas Alcohólicas y bebida favorita en los Habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, del Municipio Sabana Grande de Palenque

Bebida Favorita	Cantidad	%
Ron	73	16.2
Cerveza	268	70
Vino	32	7
Whisky	16	3.5
Vodka	1	0.3
Sidra	6	1.8
Amareto	2	0.6
Otra	2	0.6
Total	400	100,0

Fuente: Encuesta de los sustentantes aplicada a los habitantes de 15-79 años de la Sección Juan Barón, de Sabana Grande Palenque.

Indiscutiblemente la bebida favorita de quienes consumieron bebidas alcohólicas es la cerveza ocupó un 70 por ciento (268 casos) seguido del ron con un 16 por ciento (73 casos); el vino ocupó un 7 por ciento (32 casos) y el whisky un 3.5 por ciento (16casos).

DISCUSIÓN

Los resultados de la siguiente investigación, que incluye una encuesta domiciliaria con muestra significativa de la población, nos han permitido cuantificar que el 5 por ciento de la población de 15-79 años de la sección Juan Barón consume bebidas alcohólicas muestran que:

Las edades de 20-24 años en ambos sexos representan el 50 por ciento de la población encuestada, siendo éstos más propensos a tomar bebidas alcohólicas y representan la población joven adulta, lo que puede ser causa de depresión, estar ligado a otras drogas, así como deserción escolar.

Podemos observar que los jóvenes de ambos sexos en su mayoría tienen su primer contacto de ingesta de bebidas alcohólicas a los 14 años, lo que nos permite plantear que éstos han tenido gran acceso a estas bebidas a pesar de que hayan leyes que prohíban la venta y consumo a menores de edad de esta sustancia, en comparación con otro estudio realizado en el Liceo Juan Pablo Duarte en el 2004, en donde la edad de inicio del hábito en la mayoría de los encuestados fue antes de los 10 años.

Según la investigación en empresas de zonas francas, en Santo Domingo, realizada por Estévez Germania en 1997, sobre la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, el sexo masculino alcanzó un porcentaje mayor que el sexo femenino, contrario a nuestro estudio que demostró que las mujeres son las que mayormente consumen bebidas alcohólicas, con un 53 por ciento.

Con respecto a la escolaridad cabe destacar que el porcentaje mayor de los encuestados tiene un nivel académico menor y que éstos son los que mayormente consumen bebidas alcohólicas.

Según nuestro estudio el tipo de bebida que mayormente consume la población encuestada es la cerveza, seguida del ron, al igual que un estudio realizado por el Banco Central de la República Dominicana en los años 2000 y 2005, en el cual la cerveza registró un nivel de consumo de 354,702 litros anuales para el 2000, y en el 2005 contó con 119,607 litros; y para el ron 44,856 litros, respectivamente.

El estado civil de los encuestados influyó en nuestro estudio, ya que los solteros tienen mayor disposición de sus ingresos para el consumo de bebidas alcohólicas.

Según el estado laboral encontramos que los encuestados que trabajan son los que mayormente consumen bebidas alcohólicas, a lo que es razonable ya que éstos poseen los recursos para destinarlos a dicho fin, aunque no es tanta la diferencia de los que no trabajan; y según el tipo de trabajo, los agricultores y los obreros son los que más consumen en el sexo masculino; en el sexo femenino quienes más consumen son las trabajadoras domésticas.

A pesar que en su mayoría sus ingresos no superan el sueldo mínimo 1,000-4,999, éstos destinan una gran proporción de éste para el consumo de bebidas alcohólicas, lo cual puede ser comparado y quedar reflejado en el tipo de trabajo y nivel de escolaridad.

Según investigaciones del alcoholismo y su influencia en grupos familiares de Veguitas, 2004, aproximadamente el 70 por ciento de la población del mundo consume alcohol y de éstos un 10 por ciento se convertirá en alcohólico, esto constituye un grave problema para las familias ya que esto conlleva a la desintegración familiar, violencia intrafamiliar y hasta abusos por parte de los padres hacia los hijos, lo que refuerza nuestra investigación ya que una minoría afirmó haber tenido cambios de actitud y problemas con sus familiares por

el consumo de bebidas alcohólicas.

Con respecto al hecho de haber recibido información sobre los efectos perjudiciales sobre el consumo de bebidas alcohólicas, un porcentaje de la población refirió conocerla por medio de la radio y la televisión, en cambio existen campañas continuas y de mayor impacto, por lo cual éstos son impulsados a consumirla por los mismos medios y hasta en sus mismas botellas.

Queda evidenciado que el consumo de bebidas alcohólicas por los padres determina o predispone el consumo de bebidas alcohólicas en sus hijos, y al igual que en otros estudios la genética aporta su influencia ya que nos referimos a genes que pueden aumentar la susceptibilidad individual al alcoholismo, según George H. Salk, en su libro sobre genética médica.

En nuestro estudio sobre los signos y síntomas asociados al consumo de bebidas alcohólicas, en primer lugar estuvo la cefalea (18%), seguido de dolor abdominal (16%), náuseas (7.5%), visión borrosa (6%), gastritis (5%), fatiga (5.9%), constipación (5%) y depresión (6.4), en comparación con otros estudios en los cuales sólo se limita a la cefalea, náuseas, vómitos, como principales signos y síntomas; en este aspecto mencionamos el estudio presentado por Veguitas, 2004.

REFERENCIAS

1. Calderón, Arismendi. La República Online dice lo que otros callan. La Trampa del Alcohol.
2. El Alcoholismo y su Influencia en Grupos Familiares de Veguitas. 2004.
3. Estévez, Germania: Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco, y Factores Asociados, en Empresas de Zonas Francas de Santo Domingo. 1997.
4. República Dominicana en Mujeres. Hoy: www.hurgandoenlaviolencia.com.
5. Mises I, José. Consumo de Alcohol Entre Principales Causas de Muerte en República Dominicana. <http://www.presidencia.gov.do> Artículo monografias.com
6. Tesis CDS. M5694 2004. Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Escolares del Liceo Vespertino Juan Pablo Duarte, período Marzo-Abril del 2004.
7. Ingesta de Bebidas Alcohólicas y su Incidencia en el Gasto Familiar. Tesis TESIS CDS M-2286, 1981.
8. Fundación de Investigaciones Sociales. Desarrollo Histórico de las Bebidas de Alcohol. AC. México, 2001.
9. Hardman, J.; Limbidd, L.; Molinoff, P.; Ruddon, R.; Gilman, A.: Bases Farmacológicas de la Terapéutica (Goodman y Gilman), 9na. Edición, Editora Mc Graw Hill Interamericana, 1996; 2:1790-1794.
10. Tesis CDS M-2524. 1982 Bases Psicosociales del Alcoholismo en República Dominicana.
11. Manual Merck. 10 ed., Edición de Centenario. Sec. 15. Trastornos Psiquiátricos. Cap. 195. Dogodependencias Alcoholismo
12. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ava. Edición, Vol. II, págs. 2,997-3,003.
13. Tratado de Cardiología. 5ta Edición Braunwald. Vol I y II MGH, 1999. PAG. 14, 889, 957.
14. McDermott, Michael. Secretos de la Endocrinología. 2da. edición, MD.MGH, págs. 44, 45, 47, 298, 302-303.
15. Gilroy, John. Neurología. 3ra. Edición, 2001, Editora Mc Graw Hill, pág. 533.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS CON LUPUS ERITEMATOSO CRÓNICO QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO Y CIRUGÍA DE LA PIEL DR. HUBERTO BOGAERT DÍAZ.

Ladismir Matos Acosta,* Alba Matos del Villar,* Leisa Araujo López,*
Orquidia de Jesús Bello,* Fredy Padua Ruiz,* Rosa Pichardo.**

RESUMEN

Se trata de una investigación prospectiva y descriptiva de corte transversal que se llevó a cabo en enfermos crónicos que padecen de lupus eritematoso, que asistieron a la consulta de Dermatología del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, durante el periodo comprendido de noviembre de 2007 marzo de 2008.

Para Valorar la percepción de la calidad de vida en estos pacientes, la población estudiada fue de 40 pacientes durante el periodo señalado anteriormente, que a su vez se constituyeron en la muestra.

Para la recolección de la información se usó un instrumento estándar utilizado por la universidad de Oviedo (España), el cual fue adaptado a nuestro medio. El cuestionario (PECVEC) tuvo un formato que permitió su aplicación y posteriormente, su fácil codificación. El grupo de edad que obtuvo la calidad de vida más afectada fue la de 30-39 años, con respecto al sexo los hombres tienen mejor calidad de vida que las mujeres ya que estas son las más afectadas; en relación al tipo de lupus el eritematoso sistémico es el más frecuente; el estado civil, el grupo de los casados obtuvo una mayor frecuencia

En lo que la calidad de vida de los pacientes afectados con lupus las variables como son la capacidad física, función psicológica, estado de ánimo positivo, estado de ánimo negativo, función social y bienestar social percibimos que están adecuado respecto a los resultado.

Después de haber realizado nuestra investigación sobre percepción de calidad de vida en paciente con lupus eritematoso de acuerdo con los datos obtenidos en nuestra investigación nos referimos a un aspecto concreto del bienestar y la capacidad de actuación de las personas que padecen una enfermedad crónica como es el lupus eritematoso.

Orientar al paciente sobre la enfermedad y Educarlo del seguimiento estricto y cooperativo de llevar el tratamiento y de asistir a las consultas.

Palabras claves: Lupus, eritomaso, Instituto Dermatología y Cirugía de Piel.

ABSTRACT

This is a research and descriptive prospective cross-sectional which took place in the chronically ill who suffer from lupus erythematosus, who attended the consultation of Dermatology Institute of Dermatology and Skin Surgery Dr. Huberto Bogaert Diaz, during the period November 2007 March 2008.

To assess the perception of the quality of life in these patients, the study population was 40 patients during the period mentioned above, which in turn were formed in the sample.

For data collection was used a standard tool used by the University of Oviedo (Spain), which was adapted to our environment. The questionnaire (PECVEC) had a format that allowed his application and then it's easy coding. The age group that obtained the quality of life was the hardest hit of 30-39 years, with regard to sex men have better quality of life than women because these are the hardest hit in relation to the type of lupus erythematosus systemic is the most frequent marital status, the group got married a higher frequency.

As far as the quality of life of patients affected with lupus variables such as physical ability, mental function, mood positive, negative mood, social function and social welfare perceive that they are adequate regarding the outcome.

Having done our research on perceptions of quality of life in patients with lupus erythematosus according to data from our research we refer to a specific aspect of welfare and capacity of people who suffer from a chronic illness such as the lupus erythematosus. To guide the patient about the disease and educating the strict monitoring and co-operative treatment and lead to attend the consultations.

Key word: Cronically, Lupus Erythematosus, Dermatology Institute and Skyn Surgery.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental, considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.⁹

El lupus eritematoso es una enfermedad de etiología desconocida en la que se produce una lesión tisular y citológica por el depósito de anticuerpos e inmunocomplejos de carácter patógeno, aunque también se cree que algunas infecciones por virus o la acción de otros agentes que existen en el medio ambiente son los que desencadenan la enfermedad, provocando la reacción de las células de defensa del organismo, que fabrican anticuerpos en contra de la propia persona, por este motivo se le denomina enfermedad autoinmune.¹⁰

En los últimos años han habido avances importantes, principalmente en relación con aspectos genéticos y terapéuticos, se espera que en el futuro nuevos descubrimientos permitan mejorar el conocimiento sobre el Lupus y de esta

* Médico general
** MSP

manera incrementar la calidad de vida de los enfermos y posiblemente curar la enfermedad.11

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una investigación prospectiva y descriptiva de corte transversal que se llevó a cabo en enfermos crónicos que padecen de Lupus Eritematoso, que asistieron a la consulta de Dermatología del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, durante el periodo comprendido noviembre de 2007 a marzo de 2008.

El universo lo constituyeron 40 pacientes entrevistados y diagnosticados con lupus eritematoso. Los datos fueron recolectado por un cuestionario PECVEC, Para la tabulación de los datos se utilizó programas de computadora Microsoft Word: Epi-Info™ versión 2,0 octubre, 2005 y los resultados fueron presentados en cuadros para su mejor interpretación.

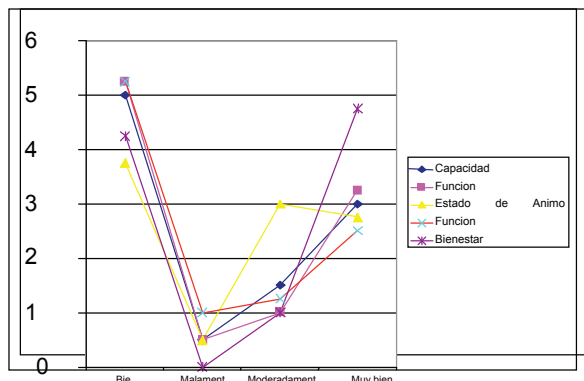
RESULTADOS

En relación a los resultados obtuvimos, de 40 pacientes con respecto a la edad, el grupo de edad de 30-39 años la cual obtuvo mayor frecuencia de 13 pacientes para un 32,5 por ciento, en el sexo femenino obtuvimos una frecuencia de 37 pacientes para un 92,5 por ciento y una frecuencia de 3 pacientes para un 7.5 por ciento restante al sexo masculino, el tipo de lupus de los pacientes entrevistados el Lupus Eritematoso Sistémico obtuvo mayor frecuencia de 32 pacientes para un 80,0 por ciento, con respecto a los demás tipos de Lupus, en los pacientes casados con una frecuencia de 23 pacientes para un 57,5 por ciento y en el nivel educacional el nivel primario obtuvo una frecuencia de 20 pacientes para un 50,0 por ciento con relación a los demás niveles.

Grupo de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
<20	4	10,0
20-29	7	17,5
30-39	13	32,5
40-49	9	22,5
50-59	3	7,5
>60	4	10,0
Total	40	100,0

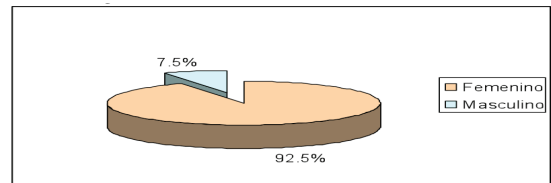
Fuente: Directa

Gráfico II. Distribución de los pacientes estudiados según sexo. Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, noviembre 2007-marzo 2008.



Fuente: cuadro II

Cuadro III. Relación de los pacientes estudiados según tipo de Lupus. Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, noviembre 2007-marzo 2008.



Fuente: Directa

Según el cruce de las variables, de los 40 pacientes entrevistados; la capacidad física fue de un 50 por ciento en la escala bien, en relación con las demás escalas, continuado con la función psicológica con un 52 por ciento en la escala bien, en relación con las demás escalas; continuando con el estado de ánimo positivo con un 38 por ciento en la escala bien, respecto a las demás escalas continuando con la función social con un 25 por ciento en la escala muy bien en relación con las demás escalas; y por último el bienestar social con un 42 por ciento en la escala bien, en relación con las demás escalas.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se investigo un total de 40 pacientes diagnosticados con lupus eritematoso de los cuales, de 40 pacientes con respecto a la edad, el grupo de edad de 30-39 años la cual obtuvo mayor frecuencia de 13 pacientes para un 32,5% y 50-59 con una frecuencia de un 7.5%, en el sexo femenino obtuvimos una frecuencia de 37 pacientes para un 92,5 % y una frecuencia de 3 pacientes para un 7.5 % restante al sexo masculino, el tipo de lupus de los pacientes entrevistados el Lupus Eritematoso Sistémico obtuvo mayor frecuencia de 32 pacientes para un 80,0 %, con respecto a los demás tipos de Lupus, en los pacientes casados con una frecuencia de 23 pacientes para un 57,5 % y en el nivel educacional el nivel primario obtuvo una frecuencia 20 pacientes para un 50%.

El grupo profesional tiene mayor porcentaje el trabajo de la casa con 31 paciente para un 77,5%, el empleado privado con 15,0 % y el obrero con un 7,5 por ciento.

La calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso no se ve afectada, significativamente en nuestra investigación observamos que la capacidad física oscila de buena en 20 pacientes para 50,0%, con respecto a las demás escalas.

En la función psicológica obtuvimos una frecuencia de 21 pacientes para un 52,5 % en la escala bien, en el estado de ánimo positivo vemos que 15 pacientes en la escala bien con un 35,5 %, el estado de ánimo negativo no se ve afectado con 26 pacientes para un 65,0 % en la escala de muy bien, según la función social obtuvimos una frecuencia de 21 pacientes para un 52,5 % en la escala de bien, según el bienestar social obtuvimos una frecuencia de 19 pacientes para un 47,5 % en la escala bien.

En el cruce de las variables edad con capacidad física; función psicológica; estado de ánimo positivo; estado de ánimo negativo; función social y bienestar social observamos que de 40 pacientes el mayor porcentaje lo obtuvieron las edades de 30-39 años, y el menor porcentaje con relación a las demás edades y variables, fue la 50-50 años, esto quiere decir que a mayor edad menor calidad de vida.

En el cruce de las variables sexo con capacidad física;

función psicológica; estado de ánimo positivo; estado de ánimo negativo; función social y bienestar social observamos, que el sexo femenino obtuvo mayor porcentaje ya que las mujeres son la mayoría de los pacientes a diferencia del sexo masculino que son la minoría, esto significa que la calidad de vida es mejor en el sexo masculino.

En el cruce de las variables según el tipo de lupus con capacidad física; función psicológica; estado de ánimo positivo; estado de ánimo negativo; función social y bienestar social observamos, que el lupus eritematoso sistémico tiene mayor porcentaje y más frecuente en relación con el lupus eritematoso discoidea y el lupus eritematoso profundo.

En el cruce de las variables estado civil con capacidad física; función psicológica; estado de ánimo positivo; estado de ánimo negativo; función social y bienestar social observamos, que el mayor porcentaje lo obtuvieron los casados a diferencia de los solteros, viudos y divorciados que obtuvieron menor frecuencia y menor porcentaje.

En el cruce estado civil con el sexo los casados y el sexo femenino obtuvieron mayor porcentaje a diferencia de los solteros, viudos, divorciados y el sexo masculino que son la minoría, esto significa que los casados tienen mejor Calidad de Vida en relación con los demás.

En el cruce estado civil con el tipo de lupus los casados y el lupus eritematoso sistémico tienen mayor porcentaje en relación con los solteros, viudos, divorciados, el lupus eritematoso discoidea y el lupus eritematoso profundo que tienen menor frecuencia y menor porcentaje.

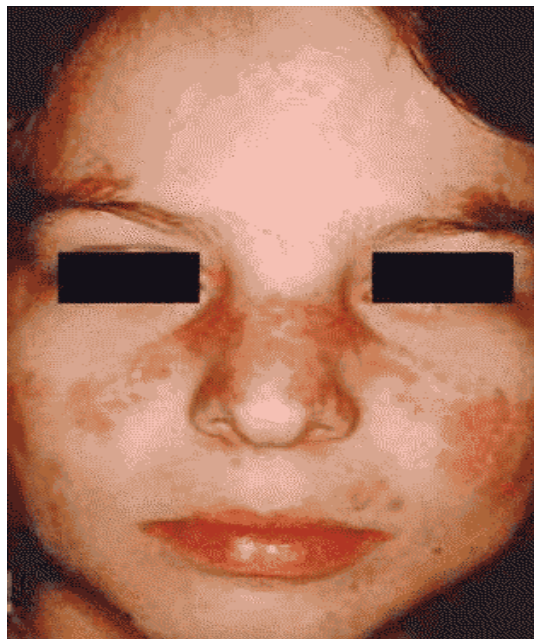
Todos los pacientes afectados con una enfermedad como es el lupus a pesar de todo llevan una vida normal con pocas limitaciones, con relación con otros estudios de calidad de vida el futuro es esperanzado ya que se obtuvieron datos similares en comparación con otros estudios que fueron realizados en Medellín.

REFERENCIAS

1. Fernández-López J A, Hernández-Mejía R y Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (pecvec), un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica, Rev. atención primaria, 2001; 28 (10): 681.
2. Concepto y Método (1) Salud Publica Medicina Integral Vol. 27, Num. 2, enero 1996 Pág. 53.
3. Fred F. Ferri consultor clínico de medicina interna, (España); Editora Océano Mosby; 2007: 526.
4. Molina J y Molina J F. Fundamento de medicina reumatología, 5ta, 244-254p
5. Kumar-Catron R. Patología humana 7ma, (España) Editora El Sevier 2004:526
6. Harrison. Principios de Medicina interna, 16va, Madrid (España) 2007:2247(311)
7. Bogart- Díaz H. Dermatología, 8va, Santo Domingo (Republica Dominicana): Editora Amigo del Hogar; 2001:239.
8. Manual Merck. Enfermedades difusas del tejido conjuntivo, Harour del centenario, 10ma, 1999: 50
9. García- Lastra M, García -Santiago A y Zubieta- Irún JC. La calidad de vida de los enfermos de Lupus Sistémico, Taller de Sociología, Universidad de Cantabria, (España) <http://www.felupus.org/> Rev 1.2
10. Fernández- López J A, Hernández R y Cueto- Espinar A. artículo especial que son los qalys, Rev Atención Primaria, 1994; 14(7):78.



Anexo 1. Enfermedad de Raynauds Lupus Eritematoso Sistémico



Anexo 2. Lupus Eritematoso Discoide compromiso cutáneo localizado en la cara en forma de mariposa.



Anexo .3. Lupus Eritematoso Cutáneo forma papuloescamosa o soriasiforme (LES)



Anexo 4. Edema de miembro inferior en Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B, DIFTERIA Y TÉTANOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.

Eduvigis Suarez Núñez, Aura Patricia Rodríguez,* Elvis Joel Florentino,* Sara María Oviedo,* José M. Díaz,* Virginia Espadilla Santos,* Clemente Terrero.***

RESUMEN

La siguiente investigación se realizó con el propósito de determinar las dosis de vacunas contra Hepatitis B, Difteria y Tétanos en el personal de salud de los hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

Para este estudio tomamos en cuenta el personal de salud que laboraba en los hospitales en el periodo junio-julio del 2008.

Para obtener los resultados aplicamos un formulario de recolección de datos al personal de salud que se encontraba en servicio en este periodo, previa aprobación de parte de cada individuo. En el periodo estudiado se entrevistaron 137 miembros del personal de salud, de los cuales 23 por ciento eran del personal de apoyo, 20 por ciento eran médicos residentes, 17 por ciento eran médicos especialistas, 12,6 por ciento eran licenciados en bioanálisis, 12,6 por ciento eran auxiliares de enfermería, 8,9 por ciento eran licenciadas en enfermería, 3 por ciento eran médicos generales y 3,7 por ciento eran bachilleres técnicos.

Al momento del estudio el 85,4 por ciento del personal de salud se había administrado al menos una dosis de la vacuna contra el Tétanos y la Difteria (Td), el 78,1 por ciento se había administrado al menos una dosis de la vacuna contra Hepatitis B, lo cual no se traduce en inmunización pues no toda esta cantidad había completado el esquema de vacunación para estas vacunas.

Del personal de salud encuestado, al 55 por ciento se le había administrado el esquema completo de la vacuna contra la Hepatitis B y al 54 por ciento se le había administrado el esquema completo de vacuna contra la Difteria y el Tétanos (Td).

Los hospitales donde se realizó el estudio no exigen al personal de salud que tenga el esquema completo de vacunación contra enfermedades prevenibles por vacuna para ingresar a trabajar en estas instituciones. El personal de salud debe estar adecuadamente vacunado contra la hepatitis B, la difteria y el tétanos y en esta tarea las autoridades de salud y el mismo personal de salud deben ser responsables y tomar medidas.

Palabras claves: Vacuna, Hepatitis B, Difteria y Tetanos.

ABSTRACT

The following investigation was realised in order to determine the doses of vaccines against Hepatitis B, Difteria

and Tétanos in the personnel of health of the hospitals Padre Billini and Salvador B. Gautier, Santo Domingo, Dominican Republic.

For this study we took into account the personnel of health that toiled in the hospitals in the period June-July of the 2008.

In order to obtain the results we applied a form of data collection to the health personnel that was in service during this period, previous approval from each individual. In the studied period 137 members of the health personnel were interviewed, of which 23 percent were of the support personnel, 20 percent were resident doctors, 17 percent were specialistic doctors, 12.6 percent were licensed in bioanalysis, 12.6 percent were infirmary aids, 8.9 percent were licensed in infirmary, 3 percent were general doctors and 3.7 percent were loquacious technicians.

At the time of the study the 85.4 percent of the health personnel had administered at least one dose of the vaccine against Tetanus and the Difteria (Td), the 78.1 percent had administered at least one dose of the vaccine against Hepatitis B, which is then not translated in immunization all this amount had not completed the scheme of vaccination for these vaccines.

Of the survey personnel of health, 55 percent had the complete scheme of the vaccine against Hepatitis B and 54 percent had the complete vaccine scheme against the Difteria and Tetanus to him (Td).

The hospitals where the study was realised do not demand the health personnel that has the complete scheme of vaccination against preventibles diseases by vaccine to enter to work in these institutions. The health personnel must be suitably vaccinated against hepatitis B, difteria and tetanus and in this task the authorities of health and the same personnel of health must be responsible and to take measures.

Key words: Vaccines, Hepatitis B, Difteria, Tetanos.

INTRODUCCIÓN

La vacunación es una medida muy importante para prevenir enfermedades infecciosas como la Hepatitis B, la Difteria y el Tétanos. Se han establecido esquemas de dosis necesarias para producir inmunidad contra estas enfermedades y la adecuada inmunización depende del cumplimiento de estos esquemas.

El personal que presta servicios sanitarios es una población en alto riesgo, ya que están más expuestos que la población general a agentes infecciosos y situaciones que facilitan la adquisición de enfermedades contagiosas.

Todo el personal que trabaja en el sector salud debe estar

* Médico general

** Pediatra infecto- epidemiólogo.

adecuadamente inmunizado contra la Hepatitis B, la Difteria y el Tétanos. Es necesario saber las dosis de vacunas contra Hepatitis B, Difteria y Tétanos que se ha administrado el personal de salud para de esta manera prever quienes no han completado el esquema de vacunación contra dichas enfermedades y así identificar y solucionar esta situación que aumenta el riesgo de infectarse. De esta forma se pueden tomar medidas orientadas a mejorar o completar el perfil de vacunación de cada individuo del personal de salud. En este estudio se logran resultados que pueden ser aplicados en propuestas para prevenir la Hepatitis B, la Difteria y el Tétanos en el personal de salud. En el mismo se consideran variables básicas acerca del esquema de vacunación en el personal que presta servicios sanitarios.

El propósito de este trabajo de investigación es recolectar datos con el fin de presentar recomendaciones para mejorar el esquema de vacunación del personal de salud.

Para realizar nuestra investigación hemos accedido al lugar mismo donde se encuentra nuestra población en estudio, donde esta realiza sus funciones, en dos centros públicos de salud de 3er nivel de la ciudad de Santo Domingo, el Hospital Padre Billini y Dr. Salvador B. Gautier. De ellos mismos surgen los datos que dan forma a nuestro trabajo, y que ahora presentamos en forma de aporte para solucionar lo que creemos es un problema importante de salud pública.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El siguiente estudio es descriptivo de colección prospectiva de datos y de corte o transversal, acerca de las dosis de vacunación contra hepatitis B, difteria y tétanos en el personal de salud de los hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier. Junio-julio 2008.

Ubicación geográfica

La entrevista fue realizada en todas las áreas donde trabaja el personal de salud de los Hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier ubicados en la calle Santomé No. 39, Zona Colonial y Calle Alexander Fleming No. 75, Ensanche La Fé respectivamente. Santo Domingo, Republica Dominicana.

Universo

Todo personal que preste servicios de salud de manera fija en los hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier.

Muestra

La muestra se obtuvo aplicando el formulario a todo el personal de salud que se encontraba de servicio los días lunes, miércoles y viernes de la última semana de junio y la primera semana de julio en horarios de 8 de la mañana a 6 de la tarde. Obteniéndose una muestra de 137 miembros del personal de salud. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico al azar.

Criterios de inclusión

Se incluye en esta investigación a todo el personal de salud que está en contacto directo con los pacientes y las sustancias y/o materiales que pueden causar infección por las enfermedades tratadas en nuestro trabajo.

1. Médicos Residentes
2. Médicos Especialistas
3. Lic. en Enfermería
4. Auxiliares en Enfermería
5. Lic. en Bioanálisis

6. Personal de Limpieza
7. Camilleros

Criterios de exclusión

Se excluyeron de este trabajo de investigación a todo el personal que no esté en contacto con los pacientes y las sustancias y/o materiales que pueden causar infección por las enfermedades tratadas en nuestro trabajo.

Además se excluyeron las personas que estaban de vacaciones, en licencia o que tenían libres los días de la encuesta.

1. Personal Administrativo
2. Lic. en Farmacia
3. Cocineros
4. Radiólogos
5. Seguridad Hospitalaria
6. Porteros

Técnica de recolección de datos

Se aplicó una encuesta al personal de salud a través de formularios con las variables del estudio.

Procedimiento para la realización del estudio

Para obtener los datos del estudio los investigadores aplicaron el formulario de forma directa a cada miembro del personal de salud incluido en nuestro estudio. Esto se realizó en las respectivas áreas de trabajo del personal estudiado.

Procesamiento de la información

Se utilizaron los programas Microsoft Word 2003 para realizar la parte teórica de la investigación y Microsoft Excel Office 2007 para la organización de los **RESULTADOS** en tablas y gráficos.

El informe final de la investigación se presenta organizado en tablas y gráficos, con distribuciones de porcentajes y frecuencias absolutas y relativas.

Aspectos éticos

Se solicitó la aprobación de cada miembro del personal de salud en estudio antes de aplicarle el formulario y se garantizó la confidencialidad de los datos ofrecidos y el uso de estos única y exclusivamente para fines de nuestra investigación.

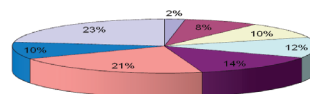
Limitaciones del estudio

Algunos de los miembros del personal de salud se negaron a dar información.

RESULTADOS

El personal de salud en estudio no tenía a disposición las tarjetas de registro de vacunas al momento del estudio.

Gráfico no. 4
Profesión y/o ocupación del personal del salud de los hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier.



Fuente: VI

□ Bachiller técnico
■ Médicos generales
□ Licenciada en enfermería
□ Auxiliar En enfermería
■ Médicos especialistas
■ Médicos residentes
■ Licenciada en bioanálisis
□ Personal de apoyo

Gráfico No. 8

Area en que trabaja el personal de salud encuestado de los hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier.

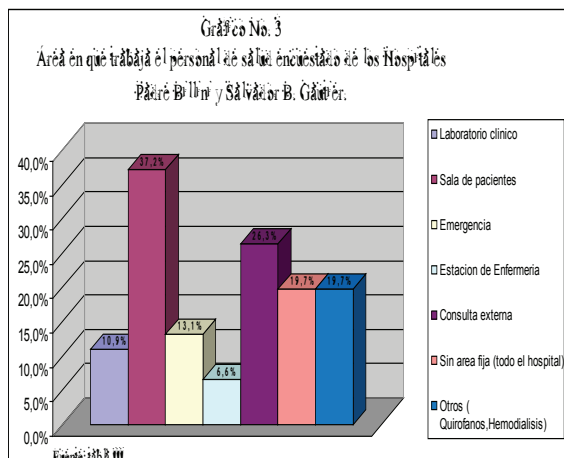
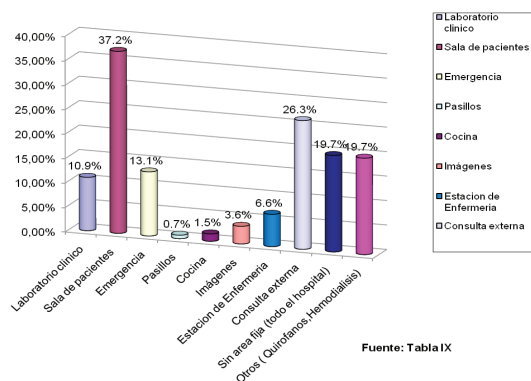
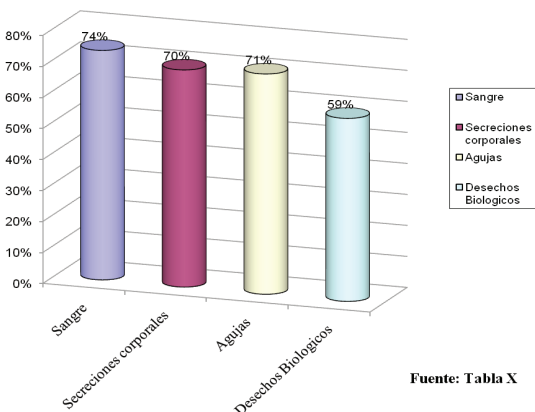


Gráfico No. 9

Sustancias y/o materiales con que está en contacto el personal de salud de los hospitales Padre Billini y Salvador B. Gautier.



DISCUSIÓN

Solo el 55,4 por ciento del personal de salud se le ha administrado el esquema completo de vacunación contra la hepatitis B, por lo que el por ciento restante del grupo en estudio a pesar de haber recibido al menos una dosis de vacuna se consideran como no inmunizado contra dicha enfermedad. Por esta razón el riesgo de estas personas al contagio con hepatitis B es mayor que el de las que completaron el esquema de vacunación.

Llama la atención que, a un 22,6 por ciento del personal de salud no se le ha administrado ninguna dosis de vacuna contra la hepatitis B, y un 19,7 por ciento no se ha administrado ninguna dosis de vacuna contra la difteria y el tétanos a pesar de la gran importancia que la vacunación representa en la prevención de estas enfermedades.

Nuestros resultados sobre vacunación contra hepatitis B, difteria y tétanos son similares a los obtenidos en un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina, lo cual demuestra que este problema no se limita a la Republica Dominicana.

Los médicos residentes son el grupo de mayor riesgo de infectarse con hepatitis B, difteria y tétanos, debido a que son los que están mas en contacto con sustancias y/o materiales potencialmente infectantes y además son los que trabajan más horas al día. Por esta razón, debería ser el grupo con más dosis de vacuna contra estas enfermedades, lo cual no resultó ser así.

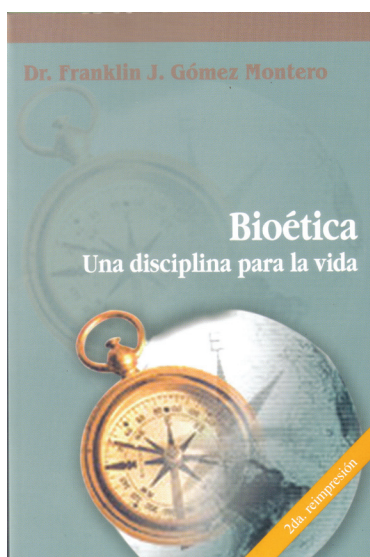
Del personal de salud encuestado el 78,8 por ciento están en contacto con al menos una de las siguientes sustancias y/o materiales (sangre, desechos biológicos, agujas y secreciones corporales). Esto confirma el riesgo que corren los miembros de dicho personal y la importancia de completar el esquema de vacunación.

REFERENCIAS

1. <http://www.Wikipedia.org/hepatitis>. (en lineal).04/06/2008
2. <http://www.Scielo.co/scielosci>. (En lineal). 04/06/2008
3. <http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/sp>. (en línea). 10/06/2008
4. <http://www.microbiologiaclinica.com/diaghepg.htm>. (en línea). 11/06/2008
5. <http://www.org/english/ad/fch/im/issis/epi-mod/spanish/home.asp> (En línea). 14/06/2008
6. Vélez A. Hernán. Rojas, William. Et al. Fundamentos de Medicina, Gastroenterología y hepatología. Medellín, Colombia. Págs. 191-198. 2004.
7. Kasper, Dennis L.; Braunald, Eugene. Et al. Principios de Medicina Interna. México D.F. 16ta ed. 2006.
8. Guevent, Richard. Walker, David H. Enfermedades Infecciosas Tropicales. 2002.
9. Consultor Clínico Ferri. Diagnostico y Tratamiento de Medicina Interna. Freds. Ferri 2000.
10. Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización. (PAI). OPS/OMS). Modulo I.
11. Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización. (PAI). OPS/OMS). Modulo II, vacuna 2006.
12. <http://www.Fisterra.com/salud/index.asp>. (en línea) 16/06/2008
13. Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización. (PAI). OPS/OMS) Glosario 2006.
14. <http://www.Rosario.gov.ar/sitro/salud/revista-inv->

- web/7nls2-art4.h. (En línea). 16/06/2008
15. Catron, Ramzi S. Kunar, Vinay. Patología Estructural y funcional. México D. F. 6ta edición. 2000. (Consulta)
 16. Gate, Robert H. Secretos de la Insectología. McGraw Hill Interamericana. México D.F. 2000. (Consulta)
 17. Arredondo, José L. Figueroa, Damián R. Insectología en adultos, Insectología Pediátrica y Ginecoobstetrico. México D.F. Págs. 132, 133. 2002. (Consulta)
 18. Faro, Sebastián. Soper, David. Enfermedades Infecciosas en la mujer. Interamericana de Editores. Independence Square West Philadelphia, Pensilvania. Págs. 129-132. 2002. (Consulta)
 19. Acosta G, Claribel. Frías, Anny. Et al. Comportamiento de los niveles de seropositividad de la hepatitis B en pacientes que demandan atención en el Centro de Gastroenterología de la ciudad sanitaria. Dr. Luís Eduardo Aybar. 2003 (Consulta)
 20. Batista, Joselyn. Méndez, Altagracia. Et al. Incidencia de tétanos en pacientes de 15 años en el hospital Infantil Rober Reid Cabral en el Periodo 1995-1999. Sto. Dgo.D.N. Abril 2000. (Consulta)
 21. Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización. (PAI). OPS/OMS). Modulo III. (Consulta)
 22. Caraballo, Eric. Manual de salud ocupacional <http://www.monografias.com> (en línea). (Consulta) 04/07/2008
 23. Vacunas que deben tener el personal de salud. <http://www.Yahoo.com> (en línea) (Consulta) 04/07/2008
 24. Sharp, Merk, y Dohme. Nuevo Manual Merk de información medica general. Océano España Barcelona. (Consulta)
 25. ETS. Enfermedades de transmisión sexual. <http://www.monografias.com> (en línea). (Consulta) 10/07/2008
 26. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001608.htm> (Consulta) 10/07/2008
 27. http://www.tuotromedico.com/temas/inmunizacion_dpt.htm (Consulta) 10/07/2008
 28. <http://www.netdoctor.es/XML/verArticulomenu.jsp?XML=000247> (Consulta) 12/07/2008
 29. Como evitar el tétanos” <http://www.cun.es/areadesalud/tu-salud/cuidados-en-casa/como-evitar-el-tetanos/> (Consulta) 16/07/2008
 30. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/fichas/tetanos.html> (Consulta) 16/07/2008
 31. <http://www.gsk.es/html/area-de-salud/tetanos.html> (Consulta)
 32. www.vacunas.org/index. (Consulta) 16/07/2008

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.

PREVALENCIA DE TRICHOMONAS VAGINALIS EN LA CLÍNICA RURAL DEL ARROYO AL MEDIO.

Dewey Ventura José,* Carlos Daniel Tavera Ramos,* Davis Junior Pineda Santos,* Leonela Vicente Nivar,* Cristian Alejandro Santana,* Félix Joaquín González.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para determinar la prevalencia de *Trichomonas vaginalis* en las pacientes que asistieron a la consulta de la clínica rural de Arroyo al medio, Provincia María Trinidad Sánchez, Nagua en el periodo Julio-Agosto 2010. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que asistieron a la consulta en el periodo ya mencionado y que coincidían con los síntomas de Flujo vaginal o descenso muy líquido de color amarillo-verde con mal olor Manchas pequeñas, rojas, Picazón de la vagina y dolor del abdomen. Los datos fueron obtenidos por medio de reportes de papanicolaou los cuales fueron analizados, tabulados y representados en cuadros y porcentajes para su interpretación posterior a través del programa Excel 2007. De 130 pacientes a los cuales se les realizó la prueba de Papanicolaou quedó demostrado que el microorganismo más frecuente correspondiente a *Trichomonas vaginalis* con 70 casos para un 53.8%, seguido de *Cándidas Albicans* con 40 casos para un 30.8%, y *coco bacilos* 20 caso para un 15.4%. El grupo de edad más afectado fue de 25 - 29 años con 49 casos para un 37.7%, seguido de 35 - 39 años con 30 casos para un 23.1%, de 20 - 24 años con 16 casos para un 12.3%. Desde un punto de vista más clínico se cree que la enfermedad se debe a la falta de educación sexual que existe entre nuestra población adulta joven lo que hace un mal característico en una población que a medida que pasa el tiempo sus probabilidades de padecer cáncer se hacen mayores.

Prevalencia: *Trichomonas vaginalis*, clínica rural. Vaginitis.

ABSTRACT

We performed a descriptive study to determine the prevalence of *Trichomonas vaginalis* in patients attending the outpatient clinic at half rural Arroyo, María Trinidad Sánchez province, Nagua in the period July-August 2010. The universe consisted of all patients who attended the consultation in the period mentioned above and which coincided with the symptoms of vaginal fluid or decrease very yellow-green foul-smelling spots small, red, itchy and sore vagina abdomen. Data were obtained through the Pap smear reports were analyzed, tabulated and represented in tables and percentages for subsequent interpretation through the program Excel 2007. Of 130 patients who underwent the Pap test was demonstrated that the most frequent organism for *Trichomonas vaginalis* with 70 cases for a 53.8%, followed by *Candida albicans* with

40 cases to 30.8%, and 20 cases for *coco bacilli* 15.4%. The most affected age group was 25-29 years with 49 cases 37.7%, followed by 35-39 years with 30 cases to 23.1% from 20 to 24 years with 16 cases to 12.3%. From a clinical point of view but it is believed that the disease is due to the lack of sex education that exists among our young adults making a bad characteristic in a population that as time goes by your chances of cancer are older.

Key words: Prevalence, *trichomonas vaginalis*, rural clinic. vaginitis.

INTRODUCCIÓN

La tricomoniasis es una infección genital causada por la *Trichomonas vaginalis*, agente parasitario unicelular que forma parte de las llamadas enfermedades de transmisión sexual o ETS ya que sólo se adquiere a través del contacto sexual. Aunque la infección que produce no reviste un carácter de severidad ni genera complicaciones, su presencia es importante ya que puede identificar la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual y sugiere el carácter no-monógamo de la relación, especialmente si los síntomas son agudos y notorios. Con cierta frecuencia la infección por *Trichomonas* se asocia con la gonorrea. Este parásito puede sobrevivir en contenido líquido hasta por 24 horas y en la ropa interior con secreción húmeda hasta 2 horas.¹

La tricomoniasis se encuentra en todo el mundo y en los Estados Unidos, el mayor número de casos se observa en mujeres entre los 16 y 35 años de edad.

La *Trichomonas vaginalis* se disemina a través de la relación sexual del pene a la vagina o por medio del contacto de vulva a vulva con una pareja infectada. El parásito no puede sobrevivir en la boca ni en el recto.

La enfermedad puede afectar tanto a hombres como a mujeres, pero los síntomas difieren entre los dos grupos. La infección generalmente no causa síntomas en los hombres y desaparece espontáneamente en unas cuantas semanas.²

Tiene una distribución geográfica mundial. Según la OMS se tiene un estimado anual de 180 millones de personas afectadas en el planeta. Es frecuente la ocurrencia simultánea de más de una enfermedad sexualmente transmitida, así la infección concomitante con *Neisseria gonorrhoeae* es entre 20 a 50%. La incidencia de la infección en el hombre es menor que en la mujer y con frecuencia es asintomática.³

El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de tricomoniasis vaginal en pacientes que asistieron a la consulta en la clínica rural el Yaya Provincia María Trinidad Sánchez.

* Médico general

** Ginecólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de tricomoniasis vaginal en la consulta en la clínica rural de Arroyo al medio, Provincia María Trinidad Sánchez, Nagua en el periodo Julio - Agosto 2010.

El universo estuvo constituido por todas las pacientes que asistieron a la consulta en el periodo ya mencionado y que coincidían con los síntomas de Flujo vaginal o descenso muy líquido de color amarillo-verde con mal olor Manchas pequeñas, rojas, Picazón de la vagina y dolor del abdomen

Los datos fueron obtenidos por medio de reportes de papanicolau los cuales fueron analizados, tabulados y representados en cuadros y porcentajes para su interpretación posterior a través del programa Excel 2007.

RESULTADOS

De 130 pacientes a los cuales se les realizó la prueba de papanicolau quedo demostrado que el microorganismo más frecuente correspondiente a *Trichomonas vaginalis* con 70 casos para un 53.8%, seguido de *Cándidas Albicans* con 40 casos para un 30.8%, y *coco bacilos* 20 caso para un 15.4%. Ver cuadro 1

Cuadro 1. Distribución de bacterias según muestra del papanicolau

Bacterias	casos	%
<i>Candidas Albicans</i>	40	30.8
<i>Trichomonas vaginalis</i>	70	53.8
Coco bacilos	20	15.4
Total	130	100,0

Fuente: registro de papanicolau de la clínica rural del yayal

El grupo de edad más afectado fue de 25 - 29 años con 49 casos para un 37.7%, seguido de 35 - 39 años con 30 casos para un 23.1%, de 20 - 24 años con 16 casos para un 12.3%. Ver cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución según edad de pacientes con *Trichomonas vaginalis*.

Edad (años)	Casos	%
10 - 14	9	6.9
15 - 19	15	11.5
20 - 24	16	12.3
25 - 29	49	37.7
30 - 34	11	8.5
35-- 39	30	23.1
total	130	100,0

Fuente: registro de papanicolau de la clínica rural del yayal

DISCUSIÓN

En este estudio queda demostrado que las infecciones vaginales producidas por *Trichomonas vaginalis* son altamente frecuentes. Ya que de 130 casos estudiados 70 son producido por el germen mencionado. Es frecuente la ocurrencia simultanea de mas de una enfermedad sexualmente transmitida, así la infección concomitante con *Neisseria gonorrhoeae* es entre 20 a 50%. La incidencia de la infección en el hombre es menor que en la mujer y con frecuencia es asintomática.³

La edad más frecuente fue la edad de 25 - 29 años con 49 casos para un 37.7%, la tricomoniasis se encuentra en todo el mundo y en los Estados Unidos, el mayor número de casos se observa en mujeres entre los 16 y 35 años de edad.

Desde un punto de vista más clínico se cree que la enfermedad se debe a la falta de educación sexual que existe entre nuestra población adulta joven lo que hace un mal característico en una población que a medida que pasa el tiempo sus probabilidades de padecer cáncer se hacen mayores.

REFERENCIAS

- Gómez Betancourt, Ricardo. Infecciones frecuentes en la mujer. 11 de Septiembre de 2010. [consultado 11/09/2010] <http://www.ginecoweb.com/0tricomoniasis.html>.
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud. [consultado 11/09/2010] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001331.htm>.
- Cadena V, Daniel; Miranda, Néstor; Calderón, Néstor. TRICOMONIASIS UROGENITAL. Rev Papeña Med Fam 2006; 3(4): 84-89. http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/10%20TRICOMONIASIS%20UROGENITAL.pdf
- infecciones de transmisión sexual. ITS – VIH SIDA. Organización panamericana de la salud. La Paz Bolivia, 11 de septiembre de 2010. <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
- Feliz Heredia, Mima E; Pérez Carmona, Magdalena; Beriguete Cordero, Ángela M; Brito Núñez, Verónica M; Almonte, Rudelkis. Prevalencia de Candidiasis Vaginal en la Clínica Rural La Jina, Yamasa (Monte Plata). Rev Med DomDR-ISSN-0254-4504ADOERBIO 001Vol. 66 No. 3Septiembre / diciembre, 2005
- Bessarab IN, Liu HW, Chui-Fun, Tai JH. The complete cDNA sequence of a type II *Trichomonas vaginalis* virus. Virology 2000; 267:350-9.
- Dermirezen S. *Trichomonas vaginalis* in vaginal smears of women using intrauterine contraceptive device. Cent Eur J Public Health 2001; 9(4):176-8.
- Moodley P, Wilkinson D, Connolly C, Moodley J, Sturn AW. *Trichomonas vaginalis* in associated with pelvic inflammatory disease in women infected with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis 2002; 34(4):519-22.
- Barenfanger J, Drake C, Hanson C. Timing of inoculation of the Pouch Makes no difference increased detection of *Trichomonas vaginalis* by the inouch tv method. J Clin Microbiol 2002; 40(4):1387-9.
- Jordan JA, Lowery D, Trucco M. TaqMan based detection of *Trichomonas vaginalis* DNA from female genital specimens. J Clin Microbiol 2002;39(11):3819-2

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER GINECOLÓGICO EN PACIENTES DE EDAD REPRODUCTIVA, HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA.

María M. Marte Fabián,* Eddy Almonte,* Mislina Yean Contreras,* Olga L. Lebrón,* Dorca Paredes,* Ruth Agüero. **

RESUMEN

Con el objetivo de medir la percepción del riesgo del cáncer Ginecológico en pacientes en edad reproductiva, se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo de corte transversal, en el Hospital de la Mujer Dominicana, enero-marzo 2008, con una población total de 150 pacientes que asistieron la consulta ginecológica en un periodo de estudio, a través de un muestreo no probabilístico. Donde el 55.3 por ciento dijo tener conocimiento respecto al cáncer ginecológico. El cáncer de mayor frecuencia que dicen conoce las pacientes es el vaginal con un 18.0 por ciento. La información sobre el cáncer ginecológico son recibidas por el doctor, en un 32.7%. De las enfermedades del aparato reproductor femenino que puedan llevar a cáncer ginecológico, las pacientes dicen que por medio de virus, en un 20.0 por ciento. En cuanto a las medidas para la prevención del cáncer el 58.7 por ciento prevenir el cáncer, un 13 por ciento detectar el cáncer a tiempo y saber si tienes hongo de infección, un 12 por ciento prevenir ETS y un 8 por ciento no tiene conocimiento de esto. El 92.0 por ciento de las pacientes dijeron tener conocimientos acerca del papanicolaou.

Palabras claves: percepción, conocimiento, Cáncer ginecológico, mujeres.

ABSTRACT:

INTRODUCCIÓN

El cáncer ginecológico constituye el grupo de neoplasias malignas más frecuente en la mujer, tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo, y como todas las neoplasias su frecuencia aumenta con el envejecimiento. 1

Diversas teorías explican el comportamiento epidemiológico, de los cánceres ginecológicos, afirmando que incluyen las neoplasias del cervix, endometrio (sarcomas uterinos y enfermedades trofoblástica gestacional), ovario, trompa de Falopio, vagina y vulva. El carcinoma ginecológico más frecuente antes de los 50 años es el de cervix; en las mujeres más mayores es el carcinoma de endometrio. Aunque el carcinoma de ovario no se da con frecuencia, en realidad es el más letal. Después de la edad fértil y en la menopausia, la incidencia de carcinoma de endometrio y de neoplasias epiteliales ováricas aumenta de forma brusca. Ambos tipos de cáncer presentan un comportamiento biológico diferente, pese a su cercanía anatómica y su relación funcional. 2

El cáncer uterino (endometrial y cervical) era la causa de muerte más frecuente en las mujeres en 1930. A partir de entonces, las tasas de mortalidad han disminuido más

de dos tercios y en la actualidad son casi equivalentes a las observadas para cáncer ovárico, debido a la disponibilidad del análisis citológico según la técnica de papanicolaou (Pap) y la accesibilidad de la cavidad uterina al legrado endometrial. Sin embargo, el cáncer de ovario, para el que no existen medios que permiten un diagnóstico fácil y precoz, continúa siendo la cuarta causa de muerte entre las mujeres, habiendo provocado unas 14,000 muertes en EE.UU durante el año 2000. 3

En México, la Dra. Morales y colaboradores, realizaron un estudio con relación al “conocimiento sobre los factores de riesgo para cáncer cervicouterino de mujeres en etapa reproductiva de la jurisdicción sanitaria cuautitlán”. Demostró que el 67.8% de las mujeres obtuvo conocimiento medio, mientras que el 16.2% obtuvo conocimiento bajo y el 16% conocimiento óptimo. La mayoría de las mujeres conoce el grupo de edad en mayor riesgo, atribuyen al tabaquismo, la promiscuidad, la multiparidad e infecciones vaginales frecuentes un riesgo para padecer la enfermedad. 4

Según Jaime Sosa Salais; Gilberto Nicolás, et al. en el estudio de los resultados del tratamiento en cáncer cervicouterino microinvasor en el Instituto Nacional de Cancerología de México (1980-1999). Se aplicó el tratamiento de histerectomías extrafaciales a un 75.5 por ciento de las pacientes, las cuáles tuvieron edad media entre los 43 años, la mayoría de estas pacientes inicio su vida sexual a los 17 años. 5

Nasal y colaboradores realizaron un estudio sobre las patologías preinvasoras del cervix, se obtuvo que la historia de la enfermedad natural revela la presencia de un fenómeno dinámico de progresión persistencia y regresión de lesiones intraepiteliales en las cuales el virus papiloma humano juega un rol preponderante. Se resalta el rol actual de la colposcopia en el manejo de una citología alterada. Se revisa los **resultados** del manejo colposcópico de un frotis atípico demostrando un 9% de lesiones de alto grado para los ASCUS y de 25% para los ASC-H. 6

La idea de este tema surgió ante mortalidad del cáncer ginecológico, por lo cual se deben realizar estudio para intentar detectar precozmente los factores de riesgo para disminuir la incidencia o hacer diagnóstico precoz posibilitando un alto porcentaje de curación.

El propósito de este estudio es determinar el nivel de conocimientos que tienen las mujeres en edad reproductivas sobre el cáncer ginecológico. El estudio es importante debido a que el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer Ginecológicos puede servir como herramienta de prevención por otro lado se lleva a cabo en un hospital ginecológico. El lugar es oportuno ya que al mismo asisten muchas mujeres en la edad reproductora.

* Médico general

** MSP

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo de corte transversal, para medir la percepción del riesgo del cáncer Ginecológico en pacientes en edad reproductiva, en el Hospital de la Mujer Dominicana, enero-marzo 2008. La población total fue de 150 pacientes que asistieron la consulta ginecológica en un periodo de estudio, a través de un muestreo no probabilístico.

RESULTADOS

Cuadro 1. Conocimiento de las pacientes respecto al cáncer ginecológico

Conocimiento	N	%
Conoce	83	55.3
No conoce	67	44.7
Total	150	100.0

Fuente: Recolección aplicada a los Record de las pacientes con Cáncer Ginecológico del Hospital de la Mujeres Dominicana.

Cuadro 2. Tipos de cánceres

Tipo de cáncer	N	%
Cáncer de cuello	18	12.0
Cáncer de ovario	17	11.3
Cáncer de vagina	27	18.0
Cáncer de trompa	13	8.7
Cáncer de vulva	2	1.3
Cáncer de mama	22	14.7
Todos	16	10.7
Ninguno	35	23.3
Total	150	100.0

Fuente: Ibidem.

Cuadro 3. Medios de información

Medio de Información	N	%
Doctor	49	32.7
Enfermera	19	12.7
Promotora de salud	9	6.0
Amiga	26	17.3
Vecina	7	4.7
Televisión	14	9.3
Internet,	10	6.7
Radio	12	8.0
Periódico	32	21.3
Total	150	100.0

Fuente: Ibidem.

Cuadro 4. Enfermedades conocidas

Enfermedades que conoce	N	%
Virus del PHV	30	20.0
Displasia	21	14.0
Infecciones de transmisión sexual	19	12.7
Infecciones de orina	2	1.3
Flujo vaginal	11	7.3
Candidiasis	2	1.3
Tricomonas	2	1.3
Vaginitis	4	2.7
Todas	19	12.7
Ninguna	8	5.3
Total	150	100.0

Fuente: Ibidem.

Cuadro 5. Medidas para prevenir el cáncer

Medidas para la prevenir del cáncer	N	%
Examen de Papanicolaou	88	58.7
Higiene íntima	31	20.7
No contestaron	31	20.7
Total	150	100.0

Fuente: Formulario aplicado a las pacientes con Cáncer Ginecológico del Hospital de la Mujeres Dominicana.

DISCUSIÓN

Se incluyó como variable el conocimiento general de las pacientes acerca de los tipos de cáncer ginecológico, las cuales respondieron a más de una de las preguntas del instrumento de medición, en un 55.3 por ciento tenían conocimientos generales acerca del cáncer ginecológico, principalmente del cáncer de vagina con un 18 por ciento.

Con relación al medio de obtención se obtuvo informaciones por medio del doctor en un 32.7 por ciento. Los médicos desempeñan un rol preponderante en cuanto a la divulgación del conocimiento del papanicolaou, puesto que han contribuido a informar a las mujeres sobre sus conceptos y beneficios aunque ha sido en un porcentaje menor según los resultados de este estudio.

Los factores un 21.3 por ciento afirmaron conocer algunos, pero de manera específica el más conocido fue el Virus de Papiloma Humano (VPH) para un 20 por ciento. Estos resultados se relacionan a la existencia del cáncer con la promiscuidad, la multiparidad, las infecciones vaginales frecuentes y el Virus del Papiloma Humano. 2

El 92 por ciento tienen conocimientos acerca del Papanicolaou, un 77.3 por ciento, afirmó que la prueba debe realizarse cada 6 meses. Coincidiendo con Mercedes Guzmán y colaboradores en el estudio sobre actitud sobre el papanicolaou las encuestadas afirmaron que este debía realizarse con frecuencia de cada 6 meses con un 49 por ciento. En el estudio realizado por José Aguiar sobre tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología, el 81 por ciento tenían conocimientos del papanicolaou.6

En cuanto a las condiciones que deben realizarse las pruebas del Papanicolaou un 72.7 afirmó que de 5-8 luego de

la menstruación, un 88 por ciento dijo que deben realizarse en Papanicolaou mujeres con vida sexual activa y mujeres que tienen abundante flujo para un 86.7 por ciento. Estos son argumentos que apoyan el descuido de su salud, lo cual trae como consecuencia encontrar un alto porcentaje de mujeres que acuden de manera tardía a los servicios de detección oportuna del cáncer ginecológico. Por otro lado, Agüero, información y actitud del Papanicolaou afirmaron que las razones para no realizarse la prueba fueron: por no tener relaciones sexuales, ni enfermedades vaginales y en la población con vida sexual activa afirmaron que era innecesario. Existe una falta de información clara sobre la importancia de la prueba de Papanicolaou. Cada vez más, las pacientes acuden a la consulta médica por sintomatología climatérica, constituyendo una oportunidad para educar, detectar, diagnosticar y tratar la neoplasia maligna del tracto genital. 1

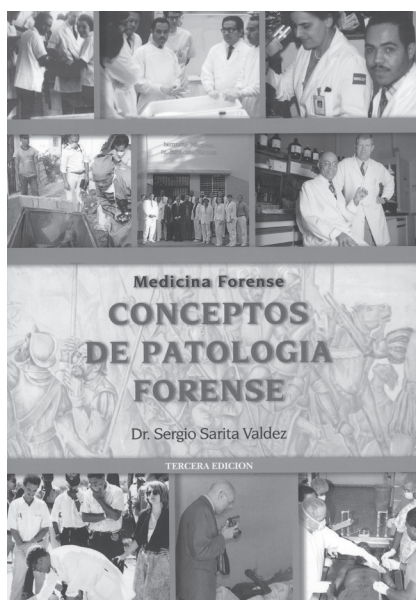
El grupo etareo más frecuente fue de 26-31 año para un 32.7 por ciento; contrario al estudio de María Lourdes y colaboradores se llevó a cabo con una población de comprendió por la edad 18 a 65 años para un 35.5 por ciento. La escolaridad secundaria con un 48.7, en el estudio de María Lourdes, la mayoría de las pacientes tenían escolaridad de este nivel. Aunque las pacientes tienen un nivel de instrucción diferente, es conveniente que el 100 por ciento tenga de las pacientes y conozcan del cáncer, sus riesgos y prevención. 6

En este estudio la religión católica obtuvo un 57.3, siendo de ocupación empleadas privadas con un 47.3 por ciento. A diferencia del mencionado anteriormente, donde todas eran católicas. 7

REFERENCIAS

1. Martínez. “conocimiento sobre los factores de riesgo para cáncer cervicouterino de mujeres en etapa reproductiva de la jurisdicción sanitaria cuautitlán”, México, 2005
2. Gí American College of Obstetricians and Gynecologists. Ginecología y obstetricia. Vol. 48. Julio 2006.
3. Jaime Sosa Salais; Gilberto Nicolas, (et...al). Tratamiento en cáncer cervicouterino microinvasor en el Instituto Nacional de Cancerología de México 2003:106
4. Mercedes Guzmán y Colaboradores, “conocimiento Papanicolaou León Schiffman y Leslie Lazar Kanuk. Comportamiento del consumidor, octava edición, Pearson educación, 2005:158.
5. Peral P. Murphy M.D. Water e. Lenhard Jr M.D, et al. Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society. Cap. 21 Tumores Ginecológicos. 4ta edición 2004: 462
6. Philip Rubin, Jacqueline P. William. Enfoque Multidisciplinario para médicos y Estudiantes. Cap. 63. Cáncer Ginecológico. 8va Edición. 2003: 618
7. Rubin Philip y Jacqueline R. Williams, PhD, 8va. Edición. Oncología Clínica, Cap. 23: 625.
8. Rodríguez S. J. et al. Estilos de aprendizaje en internos de pregrado. Rev Hosp Gral González. Vol 7, No. 3. 102-107. Septiembre-Diciembre 2006.
9. Dorland Diccionario Médico de Bolsillo. 26a. Edición. McGraw – Hill Interamericana.
10. Williams. Fisiología del Embarazo. En: Willians Obstetricia. 20va Ed. Buenos Aires. 2004. pag. 64
11. Pocket. Diccionario Mossby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 4ta. Edición.
12. Ginecología de Novak y colaboradores, edición, 17ava. 2004.
13. Ezpeleta, José María., Alfredo López Cousillas Revista Española de Patología, Enfermedad trofoblastica gestacional aspectos clínicos y morfológicos, Nol. 35, No. 2, 2002
14. Johannes Hessen, teoría del conocimiento, Editorial Pan América 2001, Bogota-Colombia. Pag. 149.
15. Sabino, C. El proceso de Investigación, 5t. edición, Editorial Panamericana Santa Fe de Bogotá – Colombia. 2200:169.
16. Mandrake, Mayor riesgo de Cáncer de mama en mujeres con mamas grandes diciembre 2005. disponible en <http://veneolano.web.ve/archives/762-mayoriesgo-de-cancer-de-mam-en-mujeres.html>
17. Pardo. C. Murillo R. Piñeros M. Casos nuevos de cáncer en el instituto Nacional de cancerología, Col. 2004. Rev. Colomb. cancerol 2004; 7-4
18. www.healthsystem.virginia.edu/uvahealthadultgimeoncsp/uterine.cfm
19. HTTP: // WWW. Alemania. Cl / adv / Fer / Fer 00. 5. HTML
20. <http://healthcare.utah.edu/healthinfo/spanish/gyneonc/stats.htm>

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Conceptos de patología Forense

Autor: Dr. Sergio Sarita Valdez

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

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PACIENTES INTOXICADOS POR PLAGUICIDAS EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.

Emelinda del R. Tejada R,* George A. Matos F,* Katia E. Méndez.*

RESUMEN

El objetivo general de nuestra investigación fue el diagnóstico y manejo de los pacientes intoxicados por plaguicidas en hospitales de tercer nivel de la República Dominicana. Es un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo de corte transversal cuyo objetivo es determinar el diagnóstico y manejo de los pacientes intoxicados por plaguicidas en el Hospital Luis Eduardo Aybar, Hospital Francisco Eugenio Moscoso Puello y en el Hospital Regional Universitario José María Cabral Y Báez. Se hallaron un total de 60 casos de intoxicaciones por plaguicidas en el periodo entre junio 2009 a junio 2010. La recolección de estos se realizó mediante un formulario y analizando los expedientes médicos de los pacientes con diagnósticos de intoxicaciones por algún tipo de plaguicida. El sexo más afectado fue el sexo masculino con un 63 por ciento de los casos, el grupo etario más afectado correspondió a las intoxicaciones principalmente entre las edades de 18-30 años que pertenecen al adulto joven con un 56 por ciento. La mayor parte de las intoxicaciones se presentaron en la Región Norte de la República Dominicana. La vía oral fue la más comúnmente utilizada en las intoxicaciones por plaguicidas en un 83 por ciento de los casos. Para valorar el manejo de los pacientes intoxicados por plaguicidas debían cumplir con los siguientes criterios: diagnósticos correctos, medidas generales y aplicación de la antídoto terapia en los casos de que fueron requeridos y que tuvieron antídoto específico, bajo los esquemas de tratamiento propuestos por la Agencia de protección ambiental de Estados Unidos (EPA), y en los casos que no existía antídoto terapia nos adaptamos al manejo propuesto por dicha institución. Al analizar los 60 casos bajo los parámetros que determinan el manejo correcto de las intoxicaciones por plaguicidas podemos concluir que solo 2 casos cumplieron los parámetros. Estos representan un 3.33 por ciento de los casos demostrando que hubo mal manejo en 96.7 por ciento de los casos.

Palabras claves: intoxicaciones, plaguicidas

ABSTRACT

The overall objective of our research was to determine the diagnosis and management of patients poisoned by pesticides in tertiary hospitals in the Dominican Republic. It is a retrospective study and cross sectional aims to determine the diagnosis and management of patients poisoned by pesticides at the Luis Eduardo Aybar Hospital, Francisco Eugenio Moscoso Puello Hospital and Regional University

Hospital José María Cabral y Baez. We found a total of 60 cases of pesticide poisonings for the period June 2009 to June 2010. The recollection of these was performed by a form and analyzing the medical records of patients diagnosed with some type of poisoning by pesticides. The most affected sex was male with 63 percent of cases, the most affected age group to poisoning mainly between the ages of 18-30 with 56 percent. Most poisonings occurred in the North of the Dominican Republic. The oral route was the most commonly used in pesticide poisoning in 83 percent of cases. To evaluate the management of patients poisoned by pesticides must meet the following criteria: correct diagnosis, general measures and application of antidote therapy where they were required and had specific antidote under treatment regimens proposed by the EPA, and where there was no antidote therapy proposed management we adapt to that institution. In analyzing the 60 cases under the parameters that determine the proper use of pesticide poisoning can conclude that only two cases met the parameters. This represents a 3.33 per cent of cases showing that there was bad management in 96.7 percent of cases.

Key words: poisoned, pesticides

INTRODUCCIÓN

Se denomina plaguicida a cualquier sustancia o mezcla de sustancias que se destine a controlar una plaga, incluyendo los vectores de enfermedades humanas y de animales, así como las especies no deseadas que causen perjuicio o que interfieran con la producción agropecuaria y forestal.¹⁻⁴

Un caso de intoxicación aguda por plaguicidas (IAP) es definida por la Organización panamericana de la salud (OPS) y por la Organización mundial de la salud (OMS) como toda aquella persona que después de haber estado expuesta a uno o más plaguicidas presenta en las primeras 24 horas manifestaciones clínicas de intoxicación, o alteraciones en pruebas de laboratorio específicas compatibles con intoxicación luego del contacto.⁵

Los casos de IAP son una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.⁴ Para el caso de los plaguicidas la OPS ha establecido como prioritario promover en los países mejores métodos para recolectar datos relacionados con este tipo de intoxicaciones agudas con miras a tener una mejor comprensión de esta problemática, cuya magnitud real aun no se conoce con precisión.⁵

En los países en desarrollo utilizan el 25 por ciento de la producción mundial de plaguicidas y padecen el 99 por ciento de las muertes.⁶ Generalmente no se llegan a conocer los efectos

* Médico general.

en la salud que sufren las personas expuestas, especialmente en los países en vía de desarrollo, debido a que existen grandes lagunas de conocimiento sobre los efectos en la salud humana, por un lado, y, por otro, porque no se documentan los efectos o no se diagnostican correctamente.⁷

Este estudio se llevo a cabo en los hospitales Luis Eduardo Aybar, Francisco Eugenio Moscoso Puello y José María Cabral y Báez por ser los más concurridos en sus respectivas regiones y por recibir pacientes de las diferentes provincias del país, en especial el hospital José María Cabral y Báez.

El diagnóstico correcto, el manejo preciso y el uso a tiempo de la antídoto terapia adecuada para cada intoxicado son cruciales en la evolución satisfactoria del paciente. Todo lo anteriormente expuesto nos incentivo a indagar: ¿Cuáles son los parámetros tomados en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico de intoxicación por plaguicidas y el tipo de intoxicación según el grupo químico? ¿Cuál es el manejo dado a los pacientes intoxicados por plaguicidas en hospitales de tercer nivel de la República Dominicana Junio 2009 – Junio 2010?

Nuestros objetivos específicos fueron determinar la edad, sexo, ocupación, procedencia, nivel de instrucción, vía de absorción, motivo de las intoxicaciones, grupo químico que produjo las intoxicaciones, tipo de plaguicida según la plaga que atacan, historia de la exposición, manifestaciones clínicas, medios diagnósticos utilizados, uso de las medidas generales, antídoto terapia aplicada, manejo aplicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo de corte transversal cuyo objetivo es determinar el diagnóstico y manejo de los pacientes intoxicados por plaguicidas en el Hospital Luis Eduardo Aybar, Hospital Francisco Eugenio Moscoso Puello y en el Hospital Regional Universitario José María Cabral Y Báez. El estudio se realizó en el periodo comprendido entre junio 2009 a junio de 2010. Estuvo constituida por la totalidad de pacientes ingresados con diagnóstico de intoxicación por plaguicidas en las unidades clínicas de los hospitales ya antes mencionados.

Criterios de inclusión

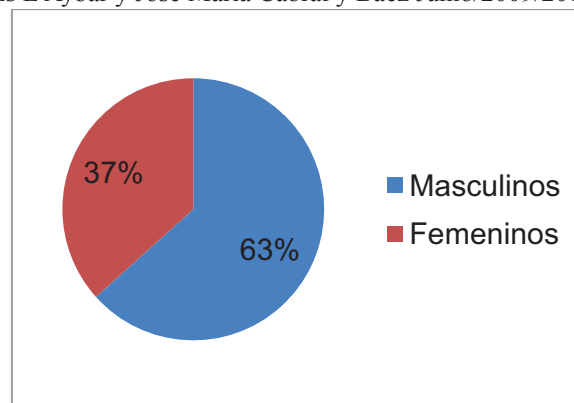
Se incluyeron todos los pacientes que para al momento de la revisión de los expedientes cumplieron con los siguientes requisitos:

1. Haber sido atendido en el Hospital Luis Eduardo Aybar, Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello o en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el periodo comprendido entre junio de 2009 a junio de 2010.
2. Haber sido diagnosticado con intoxicación por plaguicidas.
3. Los casos de intoxicación por sustancia desconocida que tenían como diagnóstico probable la intoxicación por grupo químico de tipo plaguicida.
4. No se discrimino edad.
5. No se discrimino sexo

La recolección de la información se realizó a través de un formulario en el cual se fue seleccionando los datos clasificándolos según las variables estudiadas en la investigación. El formulario y los parámetros utilizados se tomaron del libro Pesticidas en su quinta edición, por la EPA, exceptuando el formulario para las Amidinas el cual se hizo en base a las guías para el manejo de urgencias toxicológicas.

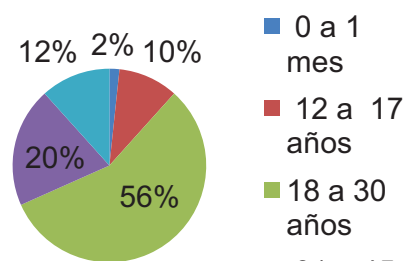
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Grafico No.1 Distribución de pacientes con intoxicación por plaguicidas según sexo Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Grafico No. 2. Distribución de pacientes intoxicados por plaguicidas según grupo etario Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010.

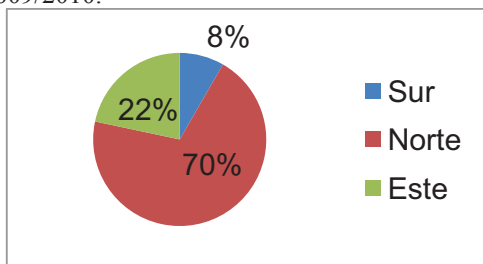
Tabla No. 3. Ocupación de pacientes intoxicados por plaguicidas Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez

Ocupación	Frecuencia	%
Aplicador	2	3
Agricultor	7	12
Estudiante	7	12
Ama de casa	6	10
Desconocidos	38	63
Total	60	100

Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Gráficos No. 4. Región de procedencia de los pacientes intoxicados por plaguicidas Hospitales Francisco Moscoso

Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Tabla No. 5. Nivel de instrucción de los intoxicados por plaguicidas Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez

Nivel de instrucción	Frecuencia	%
Analfabeto	3	5
Primaria	19	31.6
Secundaria	10	16.6
Técnico	1	1.6
Superior	1	1.6
Desconocidos	26	43.3
Total	60	100

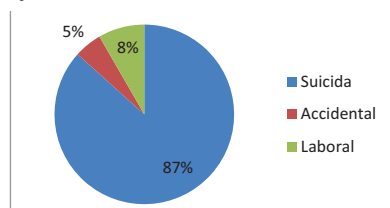
Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Tabla No.6. Vía de absorción de los plaguicidas en pacientes intoxicados Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010.

Vía	Frecuencia	%
Cutánea	5	8
Oral	54	83
Respiratoria	5	8
Otros	1	1

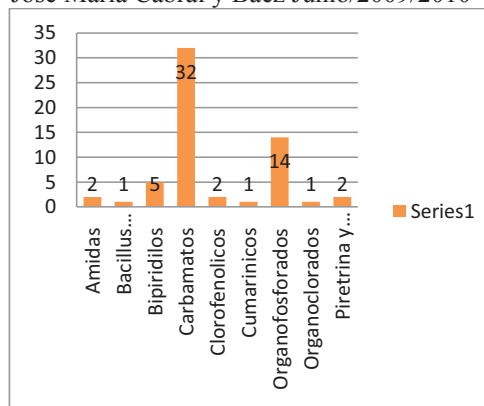
Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Grafico No.7. Motivo en las intoxicaciones por plaguicidas Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Grafico No.8 Grupo químico en las intoxicaciones por plaguicidas Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010



Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Tabla No.9. Plaguicidas según la plaga que atacan Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010

Plaguicidas	Frecuencia	%
Acaricidas	1	1.6
Herbicidas	10	16.6
Insecticida	16	26.6
Rodenticidas	1	1.6
Nematicidas	32	53.3
Total	60	100

Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Tabla No. 10. Número de casos de intoxicación por meses Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez

Meses	Frecuencia	%
Julio 2009	3	5
Agosto 2009	2	3.3
Septiembre 2009	4	6.6
Noviembre 2009	3	5
Diciembre 2009	3	5

Enero 2010	4	6.6
Febrero 2010	2	3.3
Marzo 2010	5	8.3
Abril 2010	4	6.6
Mayo 2010	5	8.3
Junio 2010	1	1.6
Desconocidos	24	40
Total	60	100

Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Tabla No. 11. Manifestaciones clínicas en los intoxicados por plaguicidas Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010

Manifestación Clínica	Frecuencia	%
Convulsiones	1	0.32
Estupor	1	0.32
Epigastralgia	11	3.58
Sialorrea	27	8.79
Fasciculaciones	27	8.79
Diaforesis	22	7.16
Relajación de esfínteres	15	4.88
Miosis	20	6.51
Nausea	21	6.84
Cefalea	2	0.65
Dolor Abdominal	25	8.14
Vómito	42	13.68
Trastorno de la conciencia	17	5.53
Disnea	5	1.62
Mucosa oral seca	6	1.95
Ingurgitación yugular	2	0.65
Hipertensión	1	0.32
Transpiración	1	0.32
Bradycardia	1	0.32
Hipertermia	1	0.32
Debilidad	9	2.93
Hipo actividad	2	0.65
Hipotermia	2	0.65
Estertores Roncus	2	0.65
Escleras ictéricas	1	0.32
Irritabilidad	1	0.32
Deshidratación	2	0.65
Anisocoria	1	0.32
Taquipnea	2	0.65
Taquicardia	7	2.28

Visión Borrosa	1	0.32
Palidez	9	2.93
Mareos	13	4.23
Prurito	1	0.32
Apatía	1	0.32
Escalofríos	3	0.97
Disartria	1	0.32
Paro respiratorio	1	0.32
Total	307	100

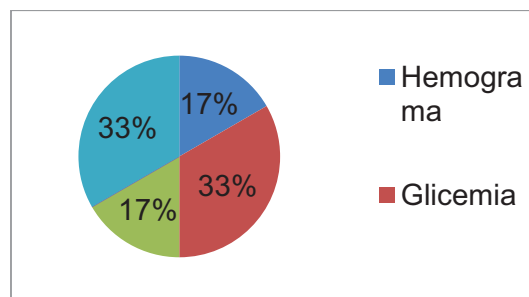
Fuente: Tejada, Matos, Méndez. 2010

Tabla No.12. Medios diagnósticos utilizados en los cumarínicos Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez Junio/2009/2010

Medio diagnóstico	Frecuencia	%
Pruebas de coagulación disminuidas	1	50
Aumento del tiempo de protrombina	1	50
Total	2	100

Fuente: Expedientes clínicos revisados

Gráfico 12.1 Aplicación de los medios diagnósticos en las amidinas Hospitales Francisco Moscoso Puello, Luis E. Aybar y José María Cabral y Báez



DISCUSION

Es necesario destacar las dificultades encontradas para la realización del presente estudio, debido fundamentalmente a las deficiencias en los expedientes médicos. Esto se pone en evidencia en la investigación “Revisión de las intoxicaciones graves por insecticidas organofosforados atendidas en un período de 11 años (1996-2006)”⁸, en la cual se experimento la misma situación.

Se hallaron 60 pacientes con diagnostico de intoxicaciones por plaguicidas. Las intoxicaciones por plaguicidas predominan en el sexo masculino con un 63 por ciento (grafico 1) principalmente en las edades comprendidas entre 18-30 años correspondientes al adulto joven con un 56 por ciento (grafico 2). Similares cifras se observan en el subregistro de intoxicaciones agudas en Guatemala en cuanto a prevalencia del sexo masculino (50.5%) con una edad promedio de 24 años.⁹ A diferencia de lo registrado por el Centro Nacional de Toxicología (CNT) del Centro de Emergencias Médicas de Asunción, Paraguay, julio del 2000 a mayo del 2004 el donde el sexo más frecuente es el femenino (58.2%).¹⁰

La ocupación más se afectada no pudo ser determinada ya

que no se encontró en la mayoría de los expedientes en un 63 por ciento (tabla 3).

La mayoría de los pacientes intoxicados provenían de la región norte del país con un 70 por ciento (grafico 4), la razón es que esta región es eminentemente agrícola por lo que la población de esta región en particular tiene más exposición a los plaguicidas que la población de otras regiones del país.

En nivel de instrucción no pudimos saber a totalidad cual es el más relacionado debido a que el 43.3 por ciento fue desconocida, pero los del nivel primario de educación tienen una alta relación con el problema representando un 31.6 por ciento; (tabla 5). El estudio realizado el 2009 en la Republica Dominicana por la Agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) dicen que el nivel de instrucción de las personas que laboran en el campo es muy bajo y poseen la limitante de que la mayoría no pueden leer ni interpretar lo que dicen las etiquetas de los plaguicidas.11

La vía de absorción más común fue la vía oral en un 83 por ciento (tabla 6) y el motivo más habitual fue el suicidio en más de la mitad de los casos (87%) (Grafico 7).

El grupo químico que se identificó con más frecuencia fue el grupo carbamato con 32 casos (grafico 8). Resultado que contrasta con el CNT el cual posicionó a los organofosforados en un primer lugar (47,1%).10

Entre los plaguicidas según la plaga que atacan los que predominaron fueron los Nematicidas representando el 53.3 por ciento (tabla 9). El carbamato más utilizado fue el Aldicarb, conocido en Republica Dominicana como Tres pasitos, el cual es utilizado como rodenticida en el país, siendo este en realidad un nematicida; cuya comercialización está prohibida en este país e independientemente de esto es uno de los plaguicidas al cual la población tiene más fácil acceso debido a su uso domestico.12

La distribución de los casos en los meses del año no pudo determinarse debido a que este dato no se encontraba en muchos de los expedientes revisados, pero se puede observar que las intoxicaciones por plaguicidas no predominan en determinada época del año en la Republica Dominicana.

En manifestaciones clínicas pudimos encontrar una gran variedad de estas pero la más frecuente fue el vomito con 13.68 por ciento.

Los datos de la historia de la exposición no se determinaron por falta de información.

Para valorar el manejo de los pacientes intoxicados por plaguicidas se sometieron los casos al análisis de los siguientes criterios: diagnósticos correctos, medidas generales y aplicación de la antídoto terapia en los casos de que fueron requeridos y que tuvieron antídoto específico, bajo los esquemas de tratamiento propuestos por la EPA, y en los casos que no existía antídoto terapia nos adaptamos al manejo propuesto por la EPA. En general los resultados de este estudio en base al manejo arrojaron que de los 60 casos de intoxicaciones analizados solo 36 fueron bien diagnosticados representando un 60 por ciento; de estos, 32 casos correspondían a carbamatos y solo 8 de estos fueron diagnosticados como tal representando un 22.2 por ciento del 60 por ciento de los diagnósticos correctos.

Siendo los carbamatos el grupo químico más frecuente nos refleja la dificultad que tienen el personal de salud para diagnosticar este tipo de intoxicaciones, ya que, los médicos tenían la tendencia a confundir los plaguicidas del grupo de los carbamatos con el grupo de los organofosforados, además, no utilizaron ninguno de los medios diagnósticos adecuados para

confirmar sus sospechas.

Es evidente la falta de uso de los medios diagnósticos en las intoxicaciones por plaguicidas en general, aun habiéndose realizado indicaciones de estos en 23 casos revisados de inhibidores de la colinesterasa, en ninguno de ellos el personal médico contó con los resultados concluyentes. Solamente se realizaron en las intoxicaciones por cumarínicos y amidinas (grafico 8). Lamentablemente en los hospitales donde se realizó la investigación no cuentan con un laboratorio clínico capaz de realizar las pruebas específicas a cada grupo químico de plaguicidas y los lugares donde si se realizan dichas pruebas son laboratorios privados con costos elevados, sobre todo para el poder adquisitivo del paciente que asiste al hospital.

El lavado gástrico fue la medida general mas aplicada, utilizándose en 32 de los 54 casos de intoxicación oral.

La aplicación del carbón activado se observó solo en 4 casos de las 54 intoxicaciones orales. El retiro del lugar de exposición de las intoxicaciones inhalatorias se realizó en los 5 casos encontrados.

El uso correcto de las medidas generales no fueron concluyentes por falta del tiempo de exposición en la mayor parte de los expedientes, dato vital a la hora de determinar el buen uso de las medidas generales.

Se eligió el antídoto correcto en 49 de los 60 casos totales. 31 fueron aplicados en los carbamatos (96.8%), 21 de esos con atropina mas Pralidoxima, la Pralidoxima la cual está contraindicada en carbamatos debido a que se produce una oxima carbamilada inhibidora de la acetilcolinesterasa, proporcionalmente más toxica que el mismo carbamato. 13,14 De los 14 organofosforados se trataron con atropina (35.71%) y otros 8 de los 14 casos de organofosforados con atropina mas Pralidoxima (57.14%). En 4 de los 5 biperidilos se uso N-acetilcisteína. (80%). En 1 cumarínico encontrado se uso vitamina K (100%).

El uso indiscriminado e inadecuado de Atropina en una intoxicación por plaguicidas parece ser un error existente no solo a nivel nacional sino de otros países también, al menos así lo demuestra la tesis Valoración de la Enseñanza de la Toxicología en los Estudios de Medicina en Emergencias. Habana, Cuba. (2007) donde refieren que estuvo dentro de los dos errores más frecuentes, acompañada de la diuresis forzada alcalina.15

La antídoto terapia de los 11 casos restantes pertenecieron a 8 intoxicaciones en las cuales no contaban con antídoto terapia y 3 casos de intoxicaciones que si contaban con ella pero no fueron aplicadas.

Al analizar los 60 casos bajo los parámetros que determinan el manejo correcto de las intoxicaciones por plaguicidas podemos concluir que solo 2 casos cumplieron con todos los parámetros. Estos corresponden a una intoxicación por amidina y a una por órgano clorado, lo que representa un 3.33 por ciento de los casos demostrando que hubo mal manejo en 96.7 por ciento de los casos.

REFERENCIAS

1. Reigart J, Roberts J. Reconocimiento y manejo de los envenenamientos por pesticida. 5 ed. EPA .1999.
2. Secretaria de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca. Instituto Nacional de Ecología. Lo que usted debe saber sobre los Plaguicidas. México. 2009.
3. Instituto nacional de Ecología. Plaguicidas. México. 2009.
4. Arroyabe C, Gallego H, Mosquera J, Rodriguez J, Aristizabal J, Mesa M, Cardenas M, Gutierrez M, Ayerbe S, Gomez U, Berruecos Y. Guías para el manejo de urgencias

toxicológicas. Bogotá (Colombia): Imprenta nacional de Colombia; 2008.

5. OMS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas. OMS [serie en internet]. 2001 [citada 2010 julio 25]; 22. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-plaguicidas.htm

6. OPS, Secretaria de ambiente y desarrollo sustentable, Asociación argentina de médicos por el medio ambiente. Herramienta de capacitación para el manejo responsable de plaguicidas y sus envases, efectos sobre la salud y prevención de la exposición. Argentina: OPS/OMS; 2009.

7. Bataller, Ramón; Balaguer Martínez, José. Toxicología clínica. España. PUV. 2004. Pág.: 247

8. Barco, Juan Carlos; Omar, Catalina; Puiguriquer, Jordi; Coll, Inmaculada; Barcelo, Bernardi; Castanyer, Tomeu. Revisión de las intoxicaciones graves por insecticidas organofosforados atendidas en un período de 11 años (1996-2006). Emergencias. 2008; 20(3): 207-211. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_3/10.pdf. Consultado: 29 de Julio de 2010.

9. BVS. Subregistro de intoxicaciones agudas por Plaguicidas. [Base de datos en Internet]. Guatemala: Proyecto PLAGSALUD. 2001, [consultada 4 de Agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.bvs.edu.sv/plagsalud/tcgt/subregistroate5.pdf>

10. Arias, V; Aquino, F; Delgadillo, L; Ferreira, J; González, C; González, L; Ojeda, A. "Intoxicación por plaguicidas en pacientes asistidos en el Centro Nacional de Toxicología del Ministerio de Salud Pública / Intoxication by pesticides in

patients assisted at the National Center of Toxicology of the Ministry of Public Health" Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud (Impr.); 2(2):50-54, dic. 2006. tab, graf.

11. USAID. Republica dominicana-proyecto de diversificación económica rural, informe de evaluación de pesticidas y plan de acción para su uso mas seguro (Persuap). USAID; 2010.

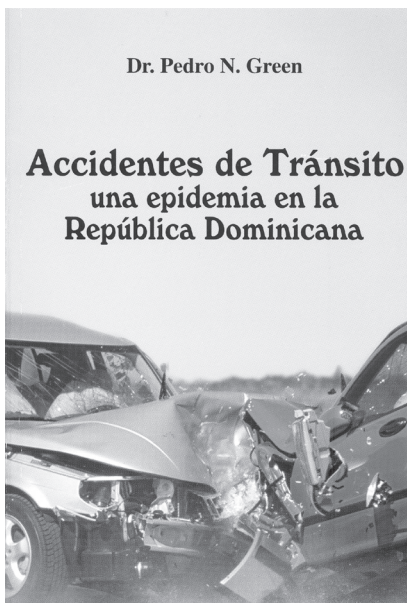
12. Secretaria de Estado de Agricultura. Resolución No. 50/2009. Santo Domingo, Republica Dominicana. 2009. Disponible en: <http://netmediard.com/patca/archivos/SEA-2009-RSS-50.pdf>. Consultado: 25 de julio de 2010.

13. Suárez ML, González-Delgado F, Rubio C, Hardisson A. Estudio de seis suicidios consumados por ingestión de carbamatos en el partido judicial de la Laguna (Tenerife) durante el periodo 1998-2002. Rev Toxicol 2004; 21:108-12.

14. Barco, Juan Carlos; Omar, Catalina; Puiguriquer, Jordi; Coll, Inmaculada; Barcelo, Bernardi; Castanyer, Tomeu. Revisión de las intoxicaciones graves por insecticidas organofosforados atendidas en un período de 11 años (1996-2006). Emergencias. 2008; 20(3): 207-211. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_3/10.pdf. Consultado: 29 de Julio de 2010.

15. Suárez Escandón, Ángel. Valoración de la Enseñanza de la Toxicología en los Estudios de Medicina en Emergencias [Tesis de maestría]. Habana, Cuba. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana 2007. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/tesis_final_emergencias_dr_angel_suarez.pdf. Consultado: 31 de Julio de 2010.

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.

INCIDENCIA DE NEONATOS PRETÉRMINOS CON RELACIÓN A LOS NACIDOS VIVOS, CENTRO MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

Lidia Abréu Paredes,* Denny Santana Fabián,* Enriqueta Henríquez Severino,* Evangelista Castillo Martínez,* Tania Francisca Encarnación R.,* Ángel María Pérez Disla.*

RESUMEN

En relación a esta investigación que lleva por título Antecedentes Patológicos Obstétricos Maternos Asociados con la Morbimortalidad en Neonatos pretérminos nacidos en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, período Marzo-Mayo de 2008, podemos resumir diciendo que un 6.92 por ciento nacieron pre términos, de los cuales sólo estudiamos los que fueron ingresados que constituyen 4.05, 24.14 por ciento de las embarazadas cursaron con infección de las vías urinarias. Esta es la causante directa de rotura prematura de membrana, un 8.62 por ciento que les produjo sepsis neonatal a los recién nacidos pre término en un 19.83 por ciento. La segunda patología es la pre eclampsia, con 20.69 por ciento, lo que causó recién nacidos con bajo peso en un 16.38 por ciento. Por esta razón murieron 9.48 por ciento. La edad de gestación con mayor mortalidad de recién nacidos pre términos es la de 30-36 semanas con un 18.97 por ciento, siendo el síndrome de distrés respiratorio la causa mayor con un 19.98 por ciento.

Palabras claves: Pre término, bajo peso, enfermedad materna.

ABSTRACT

In relation to this investigation that takes for title Obstetric Maternal Pathological Antecedents Associated with Morbimortalidad in Neonatos pretérminos born in the Maternal Infantile Center San Lorenzo of the Mina, period March-May of 2008, we can summarize saying that 6.92 percent was born preterm, of which we only study those that were entered that they constitute 4.05 percent of the, 24.14 percent of the pregnant ones studied with infection of the urinary roads. This is the causing one direct of premature break of membrane, 8.62 percent that produced them sepsis neonatal to the newly born preterm no by 19.83 percent. The second pathology is the preeclampsia, with 20.69 percent, what caused newly born with under weight by 16.38 percent. For this reason 9.48 percent died. The gestation age with more mortality of newly born terns is that of 30-36 weeks with 18.97 percent, being the syndrome of breathing distrés the biggest cause with 19.98 percent.

Key words: Tern, under weight, maternal illness.

INTRODUCCIÓN

Se considera prematuro a los neonatos vivos, nacidos antes de las 37 semanas (a partir del primer día del último período menstrual). Prematuro es una palabra que se utiliza

también para denotar inmadurez. Cualquier recién nacido independientemente de su edad gestacional, puede tener bajo peso al nacer cuando es inferior a los 2,500 gramos.

Se realizó un trabajo de investigación en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina acerca de la morbilidad en recién nacidos prematuros, publicado por las doctoras: Carmen Nubia Martínez Gómez y Olga Arruzo Reyes, donde uno de sus objetivos específicos era determinar los antecedentes patológicos y obstétricos de las madres con hijos prematuros, como resultado de esta investigación se llegó a la conclusión de que los antecedentes personales patológicos más asociados a la prematuridad fueron los trastornos hipertensivos del embarazo tipo preecláptico, infección de vías urinarias y las infecciones vaginales.

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo es una de las etapas más bonitas en su vida. Sin embargo, cuando es diagnosticado como de alto riesgo, éste necesita de cuidados especiales.

Tenemos como propósito de esta investigación aportar información relevante que dé lugar a que se desarrollen políticas de salud dirigidas a disminuir la morbilidad de los neonatos pre término y que parte de esta política sea que el personal o profesional de la salud le brinde la orientación y prevención necesaria a la madre acerca de las enfermedades causantes y factores de riesgo que pueden llevar a un parto pre término.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivos y recolección de datos en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Minas en el período Marzo-Mayo, 2008. Estuvo conformado por las parturientas atendidas durante los meses marzo-mayo, 2008 en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina y los recién nacidos que nacieron prematuros durante este período. Está constituida por todos los recién nacidos prematuros ingresados en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina en el período, Marzo-Mayo, 2008. Mujeres parturientas con productos pre términos. Se elaboró un instrumento de recolección de información que incluye variables, tanto información de la madre como del recién nacido que incluye la edad de la madre, el estado civil la escolaridad, historia ginecológica acerca de los antecedentes personales patológicos y obstétricos, datos del recién nacido como son: edad gestacional, peso, talla, apgar, morbilidad al nacer y mortalidad. Los datos obtenidos serán expresados en cuadros y gráficos que serán sometidos a análisis utilizando porcentajes y otras herramientas estadísticas. La información

* Médico General

obtenida fue sometida a revisión y procesamiento, utilizando el método manual; y está presentada en forma de tablas y gráficos expresados en frecuencia y porcentajes para su mejor comprensión. Nos auxiliamos de los programas o softwares Microsoft Word y Microsoft Excel. El análisis de la información fue realizado en frecuencia simple.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de la incidencia de los neonatos pre términos con relación a los nacidos vivos, centro materno infantil san Lorenzo de los mina, marzo-mayo, 2008

Meses	Nacidos vivos	Neonatos pre términos	Por ciento
Marzo	963	64	32.3
Abril	865	67	33.8
Mayo	1,032	67	33.8
Total	2,860	198	100.0

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Cuadro 2. Distribución de las parturientas que acudieron al Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-mayo, 2008.

Parturientas	Número	Por ciento
Total de nacimientos	2,860	100.00
Total de neonatos pre términos	116	4.05

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Cuadro 3. Distribución de las parturientas de acuerdo a la edad cronológica, Ventro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-mayo, 2008.

Edad materna	Número	Por ciento
<15	07	6.0
15-19	40	34.5
20-29	47	40.5
30	22	19.0
Total	116	100.0

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Cuadro 4. Distribución de la morbilidad de la madre con relación a la morbilidad en neonatos pretérminos, Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-mayo, 2008.

Morbilidad	Número	Por ciento
Hipertensión arterial	11	9.5
Infección de vías urinarias	28	24.1
Sangrado	01	0.9
Talasemia	01	0.9
Pre eclampsia severa	24	20.7
Diabetes	01	0.9
Infección vaginal	24	20.7
Oligoamnio	01	0.9
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada	05	4.3
Rotura prematura de membrana	10	8.6
Sida	02	1.7
Ninguno	35	30.2

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Cuadro 5. Distribución de la edad gestacional con relación a la morbilidad en neonatos pretérminos, Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-mayo, 2008.

Edad gestacional	Número	Por ciento
20-28	07	6.03
28-30	28	24.14
30-36	81	69.83
Total	116	100

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Cuadro 6. Distribución de la morbilidad del neonato pretérmino, Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-mayo, 2008.

Morbilidad	Número	Por ciento
Sepsis neonatal	23	19.83
Neumonía congénita	11	9.48
Síndrome de distrés respiratory	73	62.93
Taquipnea transitoria del recién nacido	34	29.31
Bajo peso	92	79.31
Polimalformado	3	2.59
Retraso del crecimiento intrauterino	1	0.86
Polidactilia	1	0.86
Bradicardia fetal	1	0.86
Acidosis metabólica	2	1.72

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Cuadro 7. Distribución de la mortalidad con relación a los neonatos pretérminos, Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-mayo, 2008.

Mortalidad	Número	Por ciento
Síndrome de distrés respiratorio	23	19.83
Neumonía neonatal	5	4.31
Taquipnea transitoria del recién nacido	4	3.45
Polimalformación	4	3.45
Bradicardia fetal	2	1.72
Bajo peso	20	17.24
Sepsis neonatal	6	5.17
Retraso de crecimiento intrauterino	2	1.72
Síndrome genético	1	0.86
Asfixia perinatal	1	0.86
Oclusión intestinal	1	0.86

Fuente: Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

DISCUSIÓN

En la investigación realizada, hemos establecido una relación entre los antecedentes de enfermedades maternas que más frecuentemente estuvieron asociadas a la morbilidad y por tanto a la mortalidad del neonato pre términos que fueron estudiados en el período Marzo-Mayo, 2008 en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina.

Donde encontramos que las edades maternas que con más frecuencia tuvieron partos antes de término oscilaban entre las edades 22-30 años con un 40.52 por ciento.

Las enfermedades maternas más asociadas a la morbimortalidad en neonatos pre término fueron: la pre eclampsia severa con 20.69 por ciento, infección vaginal con 20.69 por ciento.

Entre las pacientes de nuestro estudio el nivel educacional más prevalente fue el de la secundaria con 39.66 por ciento, es interesante mencionar que tan sólo un 15 por ciento de las madres llegaron a un nivel universitario.

Es muy notorio que un 75.86 por ciento de las madres tenían un tipo de unión libre con sus parejas y las casadas sólo constituían un 9 por ciento de toda la población de estudio.

La edad gestacional más frecuente de recién nacidos prematuros encontrados, fue de 30-36 semanas con un 69.83 por ciento.

El peso bajo influyó de manera significativa en el número de muertes en los recién nacidos, el peso que más prevaleció se encontraba entre 1,500-1,999 gramos, lo que constituye un 35.34 por ciento, seguido por el valor de 1,000-1,499 con un 31.90 por ciento.

La mayoría de los pre términos no tenían una talla baja significativa, puesto que la más frecuente se encontraba entre los 40-49 cm. con un 54.31 por ciento.

Las enfermedades más encontradas en los prematuros fueron: bajo peso con un 79.31 por ciento, siguiéndole el signo de distrés respiratorio con un 62.93 por ciento.

La valoración de la actividad, palidez, gestos, actitud y respiración (apgar) más frecuente en este grupo de recién nacidos fue 7/8, lo que nos indica valor de 7 al primer minuto y 8 a los 5 minutos, con un 44.83 por ciento.

En la distribución de la mortalidad con relación a los neonatos pre término, encontramos que las causas más frecuentes de muerte fueron por síndrome de distrés respiratorio con un 19.83 por ciento, más el bajo peso que en la mayoría de los casos se encontraban conjuntas con un 17.24 por ciento y la sepsis neonatal con un 5.17 por ciento.

REFERENCIAS

1. Matrimonio". Disponible en: wikipedia la enciclopedia libre <http://es.wikipedia.org/wiki/matrimonio>
2. "Revista Pediátrica". Disponible en: [http://115jsbib.onmsm.edu.pe/burevistas/vol.4#3/%c\(2\)](http://115jsbib.onmsm.edu.pe/burevistas/vol.4#3/%c(2))
3. Bereck, Jonathan S.; Adams Himard, Paula. "Ginecología de Novak". 3ra. edición. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, España, 2004: 372-383.
4. Comino Delgado, Rafael; López García, Guillermo. "Obstetricia y Ginecología". 2da. edición. Ariel, S. A. Madrid, España, 2004: 232-234.
5. Del Pilar, María. "Manual de Medicina Interna y Cirugía CTO, Tomo I". 7ma. Edición. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, España, 2007: 338-646, 646-647.
6. Dr. Ambás Argüelles. Miguel. "Embarazo de Alto y Bajo Riesgo". En: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol21_1_95/gin06195.htm <http://www.mediks.com/saludyvida/vidasana/articulo.php?id=2840>
7. Dr. Castillo, Gustavo. "Preeclampsia". Disponible en: <http://www.entornomédico.org/saludyenfermedades/alfa-omega/eclampsia.html>.
8. Dr. Ubiera Guzmán, Juan Lorenzo. "Retinopatía de la Prematuridad". En: <http://www.ellibelo.com/cms/templates/noticia.asp?articulo=1825&zonid=15>
9. Dra. Martínez Gómez, Carmen Nubia; Dra. Arruzo Reyes, Olga. "Tesis Morbimortalidad en Neonatos Prematuros en el Centro materno Infantil San Lorenzo de los Mina". Pág. 3-4.
10. Dra. Stoppard, Miriam. "Concepción, Embarazo y Parto". 1ra. edición. Grijalbo. Junio, 2006. Pág. 348.
11. Duberkin, Paúl H. "Serie Médica Nacional para el Estudio Independiente (NMS)". 4ta. edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, España, 2002. Pág. 147.
12. Glosario de Términos. "Unión Libre". Disponible en: <http://cuentame.inegi.gob.mx/glosario/u.aspx?>
13. González N., Saltigeral P.; Marcías M. "Infectología Neonatal". 2da. ed. México, McGraw-Hill Interamericana, 2007. PP: 14-24.
14. González-Merlo, J.; González Bosquet, J.; González Bosquet, E. "Ginecología y Obstetricia". 8va. edición. Masson, S. A. Barcelona, España, 2003. PP: 588-596.
15. J. A. Usandizaga, P. de la Fuente. "Tratado de Obstetricia y Ginecología, Vol. I", 2da. edición. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, España, 2004, PP: 161-162, 365-367, 437-441
16. Mark H.; Berris, M. D.; Berkow Robert, M. D. "Manual Merck". 10ma. edición. Editora El Centenario, España, 2000. Pág. 1,891.
17. Pernoll, Martín. "Manual de Obstetricia y Ginecología". 1ra. edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, España, 2004. PP: 266-267.
18. Rudolph, Colin D.; Rudolph, Abraham M. "Pediatria de Rudolph Vol. I". 1ra. edición. McGraw-Hill Interamericana, España S. A. Impreso en Colombia, 2004. Pág. 61.
19. Schwartz, William M.; Brown, Lawrence; Bernard, J. Clark. "Manual Clínico de Pediatría". 3ra. edición. Katherine, S. A. México, D. F. 2004. PP: 682-692.
20. Schwartz, Ricardo; Duvergés, Carlos A.; Díaz, Ángel G. "Ginecobstetricia". 6ta. edición. McGraw-Hill Interamericana, Buenos Aires, Argentina, 2000. PP: 33-338.
21. Vila-Echagué, Eduardo. "Propuestas para Revitalizar el Matrimonio". Disponible en: <http://www.aceprensa.com/art.cgi?articulo=13000>

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



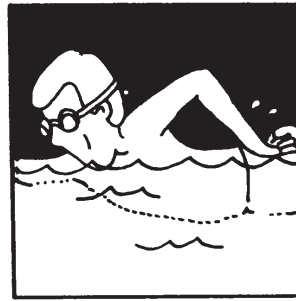
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

REACCIONES ADVERSAS POSTTRANSFUCIONALES EN PACIENTES ASISTIDOS EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER.

Roccio Mordan Lebrón Eduardo Agüero Rodríguez,* Dignora Alcántara,*
Miguelina Batista P,* Giselle L. Candelaria de la Cruz,* Ángel Díaz.**

RESUMEN

El estudio aplicado fue prospectivo, transversal y retrospectivo, teniendo como propósito medir la frecuencia de reacciones adversas post-transfusionales a pacientes asistidos en el Hospital Salvador B. Gautier, periodo noviembre 2006 – febrero 2007.

El 90 por ciento de los pacientes investigados reflejo que el motivo de transfusión fue por anemias. En total de 186 casos de transfusiones de encontraron 7 reacciones adversas para un 4 por ciento. Los tipos de reacciones más frecuentes: fiebre con un 57 por ciento, el grupo sanguíneo al que pertenece a los pacientes, el 69 por ciento es tipo O Rh A (+).

Entre los antecedentes patológicos, el 43 por ciento de los pacientes eran hipertensos, con edades entre los 60 años son más de sexo masculino. El 86 por ciento de las reacciones tuvieron como responsables residentes del primer año. Todos los componentes sanguíneos fueron paquete globular.

En vista que el porcentaje de reacciones adversas es bajo y que se evidenciaron por cefalea y fiebre mayormente, es recomendable promover el conocimiento y la aplicación correcta de los criterios y las indicaciones establecidas para las transfusiones sanguíneas, tomando en cuenta aquellos pacientes mayores de edad y que sean hipertensos de manera especial.

PALABRAS CLAVES: transfusión, disnea, reacciones.

ABSTRACT

The study applied a prospective, cross-sectional and retrospective, with the purpose to measure the frequency of post-transfusion reactions in patients seen at the Hospital Salvador B. Gautier, between November 2006 - February 2007. 90 percent of the patients studied reflect the reason for transfusion was anemia. A total of 186 cases of transfusion reactions found 7 to 4 percent. The most common types of reactions: fever with 57 percent, the blood group you belong to the patients, 69 percent is type O Rh A (+).

Among the medical history, 43 percent of patients were hypertensive, aged 60 years are male. 86 percent of the reactions were as responsible for first-year residents. All blood components are red cell.

Given that the percentage of adverse reactions is low and that is evidenced primarily by headache and fever, it is advisable to promote the knowledge and correct application of the criteria and established guidelines for blood transfusion, taking into

account those patients over age who are hypertensive special way.

KEY WORDS: transfusion, dyspnoea, reactions.

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas post-transfusionales son los efectos desfavorables que pueden aparecer en un paciente durante o después de cada transfusión de algún hemoderivado.

Los pacientes que reciben transfusiones tienen una mortalidad a un año del 24 por ciento y a 10 años de 52 por ciento es posible por esa causa de que no haya tenido tiempo de manifestarse alguna enfermedad adquirida por una transfusión. El fundamento de la terapia transfusional está determinado por la capacidad de poder transfundir un componente o un constituyente sanguíneo específico o necesario. Sin tener que administrar otras sustancias no requeridas o que puedan ser dañinas para el receptor.²

La transfusión de sangre homologa incluye efectos secundarios y riesgos que dan sido bien estudiado en los últimos años. Algunos de esos se han reducido significativamente gracias a la selección, el altruismo y el pesquisaje a los donantes, las nuevas técnicas de procedimiento de la sangre y las pruebas pretransfusionales. A pesar de lo anterior el llamado “periodo de ventana” que puede prolongarse más de 6 meses donde las pruebas son negativas y el individuo puede ser portador de agentes infecciosos en un riesgo que no se han podido evitar. Algunos autores estiman que una de cada cinco unidades transfundidas puede causar algunos efectos adversos y comprender un procedimiento quirúrgico completo.²

Alrededor de 20 por ciento de todas las unidades transfundidas pueden dar por resultado una complicación relacionadas con las transfusiones.

Según Yailen Fernández, Luis. Y Tamara Cedia Hernández; la reacción hemolítica inmediata inmunológica representa la principal causa de muerte por transfusión de la reacción antígeno – anticuerpo con la subsiguientes hemolisis inflamatorias sistemáticas como consecuencias de la liberación de cilocinas (falta de necrosis – lumural a enterleucina 1, interleucina 8, interleucina 6) y activación de sistema enzimáticos de amplificación (coagulación, fibrinólisis, cobertura, brodicina) las cuagulaciones intravascular diseminada y el fallo señal agudas son los cuadros fisiopatológicos que domina el cuadro. Se han desarrollado protocolos transfusionales que ofrecen múltiples peldaños de seguridad, cuyo cumplimiento la ocurrencia de reacción fatales. Sin embargo aun están presentes y se señalan como una causa fundamental los errores

* Médico general

** Asesor.

de identificación, alta de conocimientos y la inteligencia. ²

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Con un universo conformado por 442 pacientes los cuales fueron ingresados durante el periodo de estudio. La muestra estuvo representada por las todas de pacientes que fueron ingresados y recibieron una transfusión de cualquiera de los componentes sanguíneos. La cantidad de personas encuestadas representada por 42.0 por ciento (186) de la población seleccionada.

RESULTADOS

Tabla 1. Motivo por el cual los pacientes recibieron transfusión sanguínea.

Motivo de transfusión	Frecuencia	Porcentaje
Anemias	181	97.0
Hemorragias	5	3.0
Total	186	100.0

Fuente: Expedientes de pacientes transfundidos en el Hospital Salvador B. Gautier. Noviembre 2006 a febrero 2007.

Tabla 2. Distribución de la población según presentación de reacciones adversas post-transfusional.

Reacción post-transfusional	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	4.0
No	179	96.0
Total	186	100.0

Fuente: Expedientes de pacientes transfundidos en el Hospital Salvador B. Gautier. Noviembre 2006 a febrero 2007.

Tabla 3. Distribución de la población según tipo de evidencia de reacciones adversas post-transfusional.

Tipo de evidencia	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre	4	57.0
Disnea	1	14.0
Cefalea	2	29.0
Total	7	100.0

Fuente: Expedientes de pacientes transfundidos en el Hospital Salvador B. Gautier. Noviembre 2006 a febrero 2007.

Tabla 4. Distribución de la población según tipo de grupo sanguíneo y reacciones adversas post-transfusional.

Grupo sanguíneo	Cefalea		Disnea			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
O Rh A (+)	0	0.0	0	0.0	1	14.0
O Rh B (+)	0	0.0	0	0.0	1	14.0
O Rh B (-)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
O Rh O (-)	0	0.0	1	14.0	2	29.0
O Rh O (+)	2	29.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	29.0	1	14.0	4	57.0

Fuente: Expedientes de pacientes transfundidos en el Hospital Salvador B. Gautier. Noviembre 2006 a febrero 2007.

DISCUSIÓN

En un total de 186 casos de transfusiones se encontraron que 7 pacientes presentaron reacciones adversas para un 4 por ciento. En la literatura citada la incidencia global de reacciones posttransfusionales fue del 8 por ciento mientras que tanto para las reacciones febriles como alérgicas la incidencia específicas

fue de 4 por ciento, coincidiendo así con este estudio. La reacción febril se considera la más común de las reacciones adversas portransfusionales. Estas pueden ser causadas por la presencia de pirógenos bacterianos o debido al desarrollo de anticuerpos en el suero del paciente contra leucocitos o linfocitos del donante.

Los motivos de las transfusiones fueron en un 97 por ciento por anemias, mientras el 3 por ciento restantes por hemorragia.

A pesar de las numerosas pruebas inspecciones de controles a veces se producen reacciones adversas en las transfusiones de componentes sanguíneos, la cuales no son registradas ni reportadas en forma adecuada, lo que es necesario identificarlas correctamente y conocer cuál es su manejo. ²²

Dentro de todos los casos de transfusiones, el grupo sanguíneo que pertenece a los pacientes más afectado fue el ORh O (+) con un 29 por ciento y el ORh o (-) con 29 por ciento, provocando reacciones adversas. De acuerdo a un estudio realizado en el hospital de Villa Clara (Cuba) en un grupo de pacientes de 0-15 años y de acuerdo al grupo sanguíneo que se detectaron reacciones fue el grupo A y O Rh (+), esto se relaciona con el estudio que hemos realizado. ²³

El único componente sanguíneo utilizado fue el paquete globular, según la literatura el componente sanguíneo mas empleado es el glóbulo rojo con 304 unidades, seguido por el concentrado fresco de plaquetas con 111. ²³ Las reacciones alérgicas producidas por concentrados de plaquetas se deben a la presencia de proteínas foráneas en el plasma del donante y las febriles por causas análogas al resto de los componentes sanguíneos.

Los tipos de reacciones adversas post-transfusionales mas frecuentes:

1. Fiebre
2. Cefalea
3. Disnea

La una reacción evidente en un estudio realizado en el Hospital Militar Luis Diaz Soto. Realizado por: Mirian Ramírez, et al. Donde se trato la Disnea como reacción adversas habiendo una prevalencia de un 29 por ciento, diferenciándose con esta estudio donde la disnea mostro un 14 por ciento.

En un estudio realizado de tipo descriptivo transversal y prospectivo mediante un método de vigilancia intensiva, centrado en los componentes sanguíneos transfundidos en un periodo de 6 meses, se desataron 12 reacciones adversas en 10 pacientes. Todas las reacciones fueron no hemolíticas inmediatas para un 50 por ciento, de estos de tipos febril y el 50 por ciento alérgico. El estudio fue realizado en el Hospital Provisional Docente Pediátrico "José Luis Miranda", Villa Clara de Cuba. ² Este estudio difiere con nuestra investigación.

La sangre total o concentrada de hematíes de 1 a 3 x 10⁹ leucocitos, que puede desencadenar fenómenos de aloinmunización y reacciones febriles no hemolíticas.

Se ha estimado que RTFNH ocurre en el 1 por ciento de las transfusiones de concentrados de glóbulos rojos (CGR) y en el 30 por ciento de las transfusiones de concentrados plaquetarios (CP). La reacción febril es atribuida a la presencia, en el plasma del receptor, de aloanticuerpos que reaccionan aloantígenos presentes en los leucocitos y/o plaquetas del donante. De estos pacientes que presentaron reacciones el 100 por ciento fueron transfundidos con paquete globular. De los mismos solo un 7 por ciento se había sido sometido a este proceso en otras ocasiones. Lo cual explica la razón por la cual

se mantuvieron estables. Una contribución a esta estabilidad es que todos fueron medicados antes de la transfusión.

Entre los antecedentes patológicos, el 43 por ciento de los pacientes eran hipertensos. Estos puede deberse a que los hipertensos no tienen un sistema circulatorio normal, el proceso de adaptarse a un cuerpo extraño puede ocasionar una respuesta negativa. Esto indica que las personas hipertensas son más propensas a tener reacciones adversas.

De acuerdo a la relación de edad, sexo y tipo de reacción en la población de estudio, el sexo más afectado fue el masculino con 49 por ciento que padeció fiebre y un 29 por ciento padeció cefalea, esto se debe a la edad de los pacientes los cuales son más propensos a tener recaídas y estas son acompañada por los síntomas mencionados. Según F. Enrique en un estudio realizado en la década de los 90, de los pacientes transfundidos el 35 por ciento sufre fiebre y/o escosofrios. ² La incidencia obtenida en el estudio es inferior a la reportada, lo cual pudo estar condicionado por la premeditación, en ocasiones rutinarias, de antipiréticos. En relación con la dependencia del sexo, grupo sanguíneo y factor Rh con respecto a la aparición de las reacciones. ²

Las personas con edades de 60 años pueden ser más expuestas a tener reacciones adversas por transfusiones sanguíneas, debido a que el sistema inmunológico de una persona mayor de edad se vuelve flexible ante las posibilidades de tener patologías tales como la hipertensión. Según la literatura difiere ya que las reacciones adversas postransfusionales se han presentado en el grupo de edad de 5 a 14 años. ²

El 86 por ciento de las reacciones tuvieron como responsables residentes primer año, y enfermeras los encargados de las transfusiones lo cual las reacciones adversas fueron manejadas por este personal. Quien transfunde la sangre una vez terminada, se retira y no se le da un seguimiento, hay diferencias en seguimiento al paciente post-transfusionales. La historia clínica referente a antecedentes post-transfuncionales es incompleta.

En cuanto a la indicación de la transfusión se detuvo que el 71 por ciento de los pacientes presentaron anemia, y el 29 por ciento presentó hemorragia, lo que da por manifiesto la incidencia de la enfermedad de base.

Finalmente, se puede afirmar que los casos de reacciones adversas postransfusionales son de frecuencia baja, aunque pueden continuar reduciéndose, lo cual indica que los métodos modernos de laboratorio y los controles excesivos han ayudado a hacer que las reacciones a las transfusiones sean sumamente escasas como se demuestra en este estudio.

REFERENCIAS

1. B. Genetet, P. mamani España (1980) "La transfusión" 6ta. Edición.
2. S. R. Hallan; Sr. Wagstaff J. Leckola, Flothe (1991) Gestión de Servicios de transfusion de sangre. Pags. 17-20
3. Deisseroth A., Wallerstein R. Medicina Interna de Kelley. 2da. Edición, editorial Panamericana, 1992.
4. Leanelly y Thorup. Hematología Clínica. Pags. 406
5. San-Sabrafen *Hematología Clínica. 1994. 3ra. Edición, Barcelona, Mosby / Doyma libros pags. 58-64.
6. Wirtroben, Maz Well, (1969) Hematología Clínica. 3ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.
7. <http://www.jornada.sid.cu/transfusion.pdf>
8. Revista médica centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina. I. Vol. 6.
9. Printed in Spain (1993) Pautas para programa de Garantía de la Calidad en los Servicios de Transfusiones de Sangre, Pags. 26-28.
10. Batista del Villar, Guaro cuya (1982) Urgencia Médica. 4ta. Edición.
11. Alexander S. Winer *Herencias de los grupos sanguíneos humanos* Pags. 16-30-62-80.
12. Aguayo J. Texto de la cátedra de cirugía de la Universidad de Guayaquil. 1ra. Edición, año 1998.
13. Pocker R. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy – Fifteenth edition, 1987.
14. Ruiz E. Manual de hemoterapia. Sociedad Ecuatoriana de Patología.
15. Bujas M, Nuñez F. Terapia intensiva 2da. Edición sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 1995.
16. Dzieckowski J, Anderson K. Principios de medicina interna de Harrison, editorial Mc Graw Hill, 1998.
17. www.rincodelvago.reaccionespostransfusionales.com
18. Harrison *Medicina interna* (2004) 15ava. Edición Vol. 1 Mc Graw Hill, Mexico. Df. Pags. 871-875.
19. http://bus.sld.cu/revistas/hih/vol/21_-2-05/hiho5205.htm
20. W. N. Gibbs, A. F. H. Britten: (1993) Pautas para la organización de un los Servicios de Transfusiones de Sangre, Pags. 30-36
21. www.medicina.educa.edu.co/publicacioneaaatciavol105no.2jul1992misofintexplore1
22. W. N. Gibbs, A. F. H. Britten: (1993) Pautas para la organización de un los Servicios de Transfusiones de Sangre, Pags. 30-36
23. Revista Cuba. Hospital Provicional Docente Pediatrico "Jose Luis Miranda". Villa Clara. 2004:38
24. <http://bus.sld.cu/revistas/far/vol.38-2-04/far082004.htm>
25. <http://www.Gob.ni//bns/monografias.File://a:/criterios-actuales sobre el uso de la sangre autologa en cirugía.thm>
26. revista Cubana hematolog inmunolog hemoterapia 2006/22/2
27. Enrique F. Investigación serológica de reacciones transfusionales. Rev. Argent Transf 1996;22(2):81-91
28. www.medicina.transfusionalesstianucionesdetrauma.htm
29. www.untitled.document3.htm
30. <http://tratado.uninet.edu/c060103.html>
31. St. Louis, Miss Auri, Manual Washington de Terapeutica Medica, (2001) Woverly Hispanica S. A. Buenos Aires Argentina.
32. Krupp A. Marcus, Chaston, L. Milton, -81980 Diagnostico clinico y tratamiento. 5ta. Edición. Pags. 386-389-
33. Fischabach 1992 Manual de pruebas diagnostica 5ta edición.
34. Litter M. tratado de farmacología. 5ta. Edición, editorial el ateneo. 1977.
35. Manual de terapéutica medica Washington University 2da. Edición, Interamericana, 1994
36. Sanz J. hematología clínica. 3ra. Edición, Doyma libros S. A. 1994
37. Ruiz E. Manual de hemoterapia. Sociedad Ecuatoriana de patología.
38. Deisseroth A, Wallerstein R. medicina interna de Kelley. 2da. Edición. Editorial panamericana, 1992
39. Vega M. Medicina interna de Farrera Rozman Vol. 2 13ra. Edición, 1995.
40. Baker R. manual de terapéutica medica por condón, 1984.
41. Hiyama D y colaboradores. Manual de cirugía the mont Reid Hospital. 2da. Edición. 1993.
42. Menitowe J. tratado de medicina interna por Cecil, editorial Interamericana. 1994.

El buen trato al paciente

No sólo es un deber
sino un acto de amor



FRECUENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICO DEL HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REÍD CABRAL.

Josué González Liriano, Jheinison Rodríguez, Ronald Bruno, María Teresa Reynoso Concepción, Neury Josefina Pérez Reyes.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre la frecuencia de infección nosocomial y otras variables previamente seleccionadas en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos durante el año 2008, en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. De los 725 pacientes ingresados en la unidad, el cinco punto veinticuatro por ciento (5.24%) fue afectado por infección intrahospitalaria, alcanzado una mortalidad de ocho punto dos por ciento (8.2%) por cada mil ingresado, lo que representa el quince punto siete por ciento (15.7%) de los afectados por Infección Nosocomial. El germen predominante detectado como agente causal fue la *Pseudomonas Aeruginosa* en el veintidós por ciento (22%) de los casos. El sexo más afectado fue el masculino, resultando los grupos de edades de menos 5 años los más vulnerables. La mayor incidencia de sepsis hospitalaria estuvo relacionada con las vías hematógenas y respiratorias. El treinta y uno punto cinco por ciento (31.5%) de los casos de los factores intrínsecos, fueron principalmente la desnutrición y la neutropenia, estando vinculados a la infección nosocomial.

PALABRAS CLAVES: Frecuencia, Infección, Nosocomial, Sexo, Desnutrición, Hematógenas.

ABSTRACT

We performed a descriptive, transversal and retrospective study on the frequency of nosocomial infection and other variables previously selected in the pediatric intensive care unit during 2008, the Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Of the 725 patients admitted to the unit, five point twenty-four per cent (5.24%) was affected by hospital infection, mortality reached an eight point two percent (8.2%) per thousand admitted, representing fifteen point seven percent (15.7%) of those affected by Nosocomial infection. The germ predominant causative agent was identified as *Pseudomonas aeruginosa* in the twenty percent (22%) of cases. Sex male was the most affected, resulting in age groups over 5 years the most vulnerable. The higher incidence of sepsis was associated with hospital blood borne and respiratory tract. Thirty-one point five percent (31.5%) cases of intrinsic factors, malnutrition, and were mainly neutropenia, being associated with nosocomial infection.

KEYWORDS: Frequency, Infection, Nosocomial, Sex, Malnutrition, Hematogenous.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define una infección nosocomial como la que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internamiento.(1)

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En estudios realizados por la OMS se ha demostrado que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia (1).

Esto constituye un problema de salud pública, debido a que las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad. Una elevada frecuencia de infecciones nosocomiales confirman la deficiencia de la calidad en la prestación de servicios de atención de salud en las instituciones hospitalarias, y por consiguiente generan gastos adicionales en el presupuesto general de salud.

El propósito fundamental de la realización de esta investigación consiste en poner de relieve las informaciones pertinentes sobre la frecuencia durante el 2008 de los casos de infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos pediátrico del Hospital Robert Reid Cabral; así como los diversos factores implicados en su producción. Derivados de las informaciones obtenidas en ésta investigación se podrá tener una fuente de datos fidedigno del comportamiento de estas infecciones y lograr diseñar estrategias pertinentes de seguimiento y control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal con el propósito de determinar la frecuencia de infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátrico del Hospital Infantil Robert Reid Cabral, Enero –Diciembre 2008.

El estudio fue realizado en el Hospital Robert Reid Cabral, Hospital especializado en pediatría, ubicado en la Avenida Abraham Lincoln esquina Avenida Independencia, Centro de los Héroes, Santo Domingo, Distrito Nacional.

El estudio comprendió desde Enero hasta Diciembre del 2008.

La unidad de análisis para esta investigación estuvo constituida por expediente de paciente pediátrico con diagnóstico de infección nosocomial, ingresados en la sala de

Cuidados Intensivos Pediátrico durante el año 2008.

El universo estuvo representado por todos los pacientes pediátricos atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del Hospital. Enero-Diciembre 2008; equivalentes a 725.

La muestra estuvo representada por todos los pacientes con infecciones nosocomiales, atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del Hospital. Enero-Diciembre 2008; equivalentes a 38.

Fueron incluidos en el estudio, todos los pacientes pediátricos en edades comprendidas entre 0 hasta 18 años confirmada su infección nosocomial.

Fueron excluidos todos los pacientes pediátricos que no se confirmó por los medios correspondientes su infección nosocomial y en edades distintas a las establecidas.

Para la recolección de la información, se diseñó un cuestionario el cual contiene todas las variables de estudio, tomando en cuenta todas las informaciones de importancia captadas por el referido departamento del hospital.

Luego de aprobación del objeto de estudio nos dirigimos a la dirección del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, y los departamentos relacionados con nuestra investigación; donde previo consentimiento de sus respectivos encargados procedimos a la recolección de de los datos. Se hizo una revisión de los expedientes clínicos donde los clasificamos por mes, y por condición clínica de los pacientes; sustrayendo de ellos datos relevantes para la investigación.

RESULTADOS

Cuadro I. Frecuencia de edades de los pacientes atendidos con Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

INTERVALOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	14	36.83%
De 1 a 5 años	12	31.60%
De 6 a 10 años	4	10.52%
De 11 a 15 años	7	18.42%
De 16 a 18 años	1	2.63%
Total	38	100.00%

El presente cuadro indica que el grupo de edad mas afectado por las infecciones nosocomiales fueron los menores de un año con respecto a los demás grupos de edades.

Cuadro II. Frecuencia de grupos de edades de los pacientes que adquirieron Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

INTERVALOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	8	44.44%
De 1 a 5 años	5	27.76%
De 6 a 10 años	1	5.60%
De 11 a 15 años	4	22.20%
Total	18	100.00%

De los 18 pacientes que adquirieron la infección durante el periodo de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos

Pediátrico, el cuarenta y cuatro punto cuarenta y cuatro por ciento (44.44%) tenían menos de un año, representado en conjunto con el grupo de 1-5 años el setenta y dos punto veinte por ciento (72.20%)13 pacientes.

Cuadro III. Frecuencia según sexo de los pacientes atendidos con Infección Nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	24	63.16%
Femenino	14	36.84%
Total	38	100%

En este cuadro se puede observar que la mayor proporción de pacientes ingresados en la unidad en este periodo eran de sexo masculino, para el sesenta y tres punto dieciséis por ciento (63.16%) 24 pacientes.

Cuadro IV. Frecuencia según sexo de pacientes que adquirieron infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	13	72.22%
Femenino	5	27.78%
Total	18	100%

En este cuadro se puede observar que la mayor proporción de pacientes que adquirieron la infección en la unidad en este periodo eran de sexo masculino, con el setenta y dos punto veintidós (72.22%) 13 pacientes.

Cuadro V. Frecuencia de Infección Nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin infección nosocomial	687	94.76%
Con infección nosocomial	38	5.24%
Total	725	100%

Durante el periodo de estudio en la investigación realizada en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, se atendió a un total de 725 pacientes; de los cuales 687 estaban sin infección nosocomial para un noventa y cuatro punto setenta y seis por ciento (94.76%;) y 38 estuvieron con infección nosocomial para un cinco punto veinticuatro por ciento (5.24%).

Cuadro VI. Frecuencia de microorganismos aislados en pacientes con Infección Nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

MICROORGANISMOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Klebsiella Pneumoniae	1	5.60%
Echerichia coli	1	5.60%
Enterobacter cloacae	1	5.60%
Pseudomona aeruginosa	4	22%
Proteus vulgaris	1	5.60%
Burkholderia. Cepacia	1	5.60%
No especifica	9	50%
Total	18	100%

De los 18 pacientes afectados durante su estadía en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátrico, los gérmenes detectados más frecuentemente fueron la Pseudomonas aeruginosa, la cual se detecto en el veintidós por ciento (22%) 4 de los casos. En el cincuenta por ciento (50%) de los casos, no se especifico el germen causal del proceso infeccioso. Otros gérmenes detectados fueron la E. coli, Klebsiella P., B. Cepacia, Proteus vulgaris, detectados en el cinco punto sesenta (5.60%) 1 respectivamente.

Cuadro VII. Frecuencia de localización de Infecciones Nosocomiales atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

LOCALIZACION DE INFECCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incisión quirúrgica	4	7.55%
Hematógenas	14	26.42%
Respiratoria	9	16.98%
Tejido celular	1	1.90%
Urinaria	1	1.90%
Sistema nervioso central.	1	2%
Otros	23	43.35%
Total	53	100.00%

Con respecto al tipo de infección detectada en estos pacientes, se puede observar en este cuadro, se pudo precisar 30 tipos de tipo de infección. Dentro de los tipos de infecciones detectadas predomina la infección de tipo hematógenas con veintiséis punto cuarenta y dos por ciento (26.42) 14 pacientes, seguida por las de tipo respiratorias representando el dieciséis punto noventa y ocho por ciento (16.98%) 9 casos. En el cuarenta y tres punto treinta y cinco por ciento (43.35%) 23casos no se especifica el tipo de infección predominante.

Cuadro VIII. Frecuencia de localización de Infecciones Nosocomiales adquiridas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

Otros	10	43.48%
Total	23	100.00%
Incisión quirúrgica	1	4.34%
Hematógenas	6	26.10%
Respiratoria	5	21.74%
Urinaria	1	4.34%

Con respecto al tipo de infección detectada en estos pacientes, se puede observar en este cuadro, que en 13 de los mismos, se pudo precisar el tipo de infección. Dentro de los tipos de infecciones detectadas predomina la infección de tipo

hematógenas con veintiséis punto diez por ciento (26.10%) 6 pacientes, seguida por las de tipo respiratorias representando el veintiuno (21.74%) 5 casos. En el cuarenta y tres punto cuarenta y ocho por ciento (43.48%) 10casos no se especifica el tipo de infección predominante.

Cuadro No. IX. Frecuencia de las vías de transmisión de Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

VÍAS DE TRANSMISIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contacto directo	9	23.68%
Contacto indirecto	18	47.37%
Aérea	11	28.95%
Total	38	100.00%

Los 38 pacientes que adquirieron la infección nosocomial, el cuarenta y siete punto treinta y siete por ciento (47.37%) se infectó por contacto indirecto.

Cuadro X. Frecuencia de factores de riesgo extrínseco asociados a Infección Nosocomiales en pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

FUENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cirugía	6	5.91%
Venodisección	1	0.98%
Catéter Vesical	19	18.60%
Venocclisis	34	33.30%
Hemodiálisis	1	0.98%
Ventilación mecánica	5	4.94%
Tubo de pecho	1	0.98%
Oxigenoterapia	10	9.80%
Sonda Nasogástrica	19	18.60%
Catéter Venoso Central	6	5.91%
Total	102	100.00%

En este cuadro se reflejan los principales factores de riesgo extrínsecos por los cuales se produjo la infección en estos pacientes, destacándose la Venocclisis con el treinta punto treinta por ciento (33.30%) 34casos.

Cuadro XI. Frecuencia de factor de riesgo extrínseco asociado a Infecciones Nosocomiales adquiridas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cirugía	2	4.70%
Catéter Vesical	7	16.30%
Venocclisis	13	30.23%
Ventilación mecánica	3	6.92%
Tubo de pecho	1	2.33%
Oxigenoterapia	4	9.30%
Sonda Nasogástrica	10	23.30%
Catéter Venoso central	3	6.92%
Total	43	100.00%

De los factores de riesgo asociados a infecciones adquiridas durante la estadía de los pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, también predominó la Venoclicis.

Cuadro XII. Frecuencia de factores de riesgos Intrínsecos asociados a Infecciones Nosocomiales atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

FACTORES DE RIESGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insuficiencia cardiaca	1	3.03%
Neutropenia	5	15.15%
Enfermedad pulmonar crónica	2	6.10%
Desnutridos	5	15.15%
Neoplasia	3	9.10%
Insuficiencia renal	2	6.10%
Quemadura	1	3.03%
Coma	1	3.03%
Otros	13	39.31%
Total	33	100%

De los pacientes afectados, se establecieron varios factores de riesgos intrínsecos que favorecieron la presentación de la infección nosocomial, dentro de los que podemos destacar las neutropenia y la desnutrición, las que afectaron al treinta punto treinta por ciento (30.30%) 10 de los pacientes.

Cuadro XIII. Frecuencia de factores de riesgos intrínsecos asociados a Infecciones Nosocomiales adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

FACTORES DE RIESGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermedad pulmonar crónica	1	8.33%
Desnutridos	4	33.40%
Neoplasia	1	8.33%
Insuficiencia renal	1	8.33%
No especifica	5	41.70%
Total	12	100%

En lo que respecta a los factores de riesgos intrínseco de los pacientes afectados, se detecto que 12 del total tenían estos factores intrínsecos, de los cuales se destaca que el principal factor estuvo determinado por la desnutrición, con el treinta y tres por ciento (33.40%) 4 casos.

Cuadro XIV. Frecuencia de mortalidad por infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008.

SERVICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cirugía	4	7.55%
Quemadas	7	13.20%
Nefrología	3	5.70%
UCIN	18	33.96%
UCIP	6	11.32%
RN	13	24.50%
Oncohematología	2	3.77%
Total	53	100%

En este cuadro se puede observar la relación de mortalidad de la unidad de cuidado intensivo pediátrico con relación a otras áreas hospitalaria, resaltándose que solo el área de la unidad de cuidado intensivo de neonatales tuvo mayor cantidad de mortalidad, con un treinta y tres punto noventa y seis con respecto al total de defunciones durante el periodo.

Cuadro XV. Frecuencia del tiempo de estancia en el hospital de los pacientes asociados a infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2008

Tiempo	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5-6 días	1	2.63%
1-2 semanas	5	13.16%
3 o más semanas	32	84.21%
Total	38	100.00%

En cuanto al tiempo se refiere, se puede observar en este cuadro, que los pacientes afectados con infección nosocomial, sobresale que el ochenta y cuatro punto veintiuno por ciento (84.21%) 32 casos cursan con 3 o más semanas de ingreso; seguido por 1-2 semanas con un trece punto dieciséis por ciento (13.16%) 5 pacientes.

DISCUSIÓN

La infección nosocomiales se presenta en todos los hospitales del mundo, con pérdida de muchas vidas, consumo de medicamentos y elevados costos.

Actualmente se estima que el problema ha empeorado por la invasión de la tecnología, la atmósfera agitada, la gran cantidad de personas dedicadas a la atención de los enfermos, el ingreso de pacientes graves, con nuevas y factores extrínsecos debilitantes enfermedades infecciosas; la resistencia incrementada de determinados gérmenes y los múltiples tratamientos antimicrobianos simultáneos, que han convertido a la Unidad Cuidados Intensivos Pediátrico contemporánea en un lugar donde abundan las sepsis nosocomiales.

También se han identificado otros factores no menos importantes que provocan neutropenia, inmunosupresión o deterioro de los mecanismos de defensa y aumentan las posibilidades de contraer una sepsis grave.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos son muy afectadas con esa problemática, producto de las características de los pacientes que en ellas ingresan, de los procedimientos invasivos que se realizan tales como: la sonda nasogástricas, oxigenoterapia, traqueotomía y las disecciones venosas centrales las cuales no deben ser practicadas de forma rutinarias si se disponen de medios más apropiados, además de los antibióticos usados para tratar las enfermedades que ponen en peligro la vida del paciente, modificando así la flora del huésped, predisponiendo a la colonización con bacteria resistente a múltiples fármacos.

Además la concentración de pacientes en íntima proximidad con otros predispuestos a similares infecciones crea una situación en que una enfermedad infecciosa adquirida por un paciente puede ser fácilmente transmitida a otros presentes en la misma unidad, todo esto conlleva a reportar tasas de infección Intrahospitalaria tres veces superiores al resto de las áreas.

En el estudio realizado los principales hallazgos detectados

están en correspondencia con la situación que prevalece en casi todas las unidades de Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos, por las características antes señaladas las responsables de estas estadísticas:

El 5.2 por ciento de los pacientes atendidos en la Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos, desarrollaron por lo menos un episodio de infección nosocomial. Confirmando de esta manera la estrecha relación con los datos de la National Nosocomial Infection Surveillance donde se estima que entre cinco y un diez por ciento de los enfermos que se hospitalizan padecen al menos un episodio de infección nosocomial.

El grupo de edad más afectado por las infecciones nosocomiales fueron los menores de un año con un 36.86 por ciento. Correspondiendo la mayor proporción de pacientes infectados en este periodo los de sexo masculino, para el 63.16 por ciento coincidiendo de esta manera con los estudios realizados por Álvarez Sosa y colaboradores en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, donde el sexo masculino fue el más afectado con 22 casos, el femenino solo presentó 4 casos

El 47.4 por ciento adquirió la infección en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.

El principal factor de riesgo extrínseco por el cual se produjo la infección en estos pacientes, fue la Venoclicis con el 30.30 por ciento; relacionándose esta cifra con estudios anteriores en el Hospital Robert Reid Cabral.

El 31.5 por ciento de los casos, de los factores intrínsecos, fueron principalmente la desnutrición y la neutropenia, estando vinculados a la infección nosocomial.

La fuente de infecciones nosocomiales más frecuentes fueron las del torrente sanguíneo, en más del 50 por ciento de los casos.

La tasa de mortalidad fue de 8.2 por cada mil pacientes ingresados en la sala, lo que esta en correspondencia con las estadísticas mundiales, que señalan esta proporción entre un 5 y 10 por ciento.

En el 50 por ciento de las infecciones nosocomiales no se detectó el germen causal, de los casos detectado la *Pseudomonas aeruginosa* fue responsable del 22 por ciento de las infecciones; confirmando este dato los **resultados** obtenidos por Félix, Carlos; en estudio realizado en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

REFERENCIA

1. Ducl, G; Fabry, J; Nicolle, L; Prevención de las Infecciones Nosocomiales; segunda edición, 2001; Organización Mundial de la Salud; Ginebra; Pág. 1- 65
2. www.cdc.gov/ncidod/dhqp/nnis.html
3. Braunwald, E; Fauci, A; et al. Harrison Principio de Medicina Interna; Vol. 1; 2008; 17ª edición; Mc Graw-Hill Interamericana; España; Pág. 1011-1018.
4. Behrman, N; Richard, K; et al. Tratado de pediatría de Nelson Vol 1; decima edición, 1998, Mc Graw-Hill Interamericana, México, Pág. 645-650.
5. Kumate, J; Gonzalo, G; Manual de infectología, Vol 2, séptima edición, 1980, Ediciones Medicas del Hospital Infantil de México Gómez; México, Pág. 146.
6. Kumate, J; Gonzalo, G; et al. Manual de Infectología Clínica; decimo quinto edición; 1999; Editores Méndez Pág. 579-586.
7. Feliz Cuello, Carlos; Frecuencia y factores de riesgo asociados a Infección Nosocomial en la sala de Recién Nacidos y en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; Hospital Infantil Robert Reid Cabral, Enero-Diciembre 2007, Pág. 45, 73.
8. Sánchez, Luis; Castillo, Abrahan; Carvajal, Pablo et al. Incidencia de Infecciones Nosocomiales en pacientes post-quirúrgicos, Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, en el periodo Enero-Diciembre 2005. Pag. 96, 141-142.
9. Alvarez Sosa, Morla; et al. Infección Nosocomial en heridas quirúrgicas; Hospital Moscoso Puello Enero-Julio 2003, pág. 113-114.
10. Delgado Lourdes, Leid yudelkis; et al. Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Robert Reid Cabral durante el periodo 1987-1994. pág. 42; 62-63.
11. Organización Panamericana de la Salud; Control de erradicación de Enfermedades Infecciosas; Un Simposio Internacional Serie de Copublicaciones de la OPS; No 1; 1985; Organización Panamericana de la Salud; Washington, DC. Pág.181-197.
12. Gonzalez, N, Torrales, A; et al. Infectiología Pediátrica; séptima edición; 2005; Mc Graw-Hill Interamericana; México; Pág. 1053-1068.
13. Meneghello, J, París, E; et al. Pediatría Meneghello; Vol 1; 1997; Editora Panamericana; Argentina; Pág. 693-724.
14. American Public Health; Washington; DC. Pág.228-233.
15. Mayon-White, R et al. Una encuesta internacional de la prevalencia de la infección adquirida en el hospital. J enod. Infect 1988, 11 (suppl A): Pág. 43-48.
16. Emmerson AM et al. El segundo la prevalencia nacional estudio de la infección en los hospitales – panorama general de la **resultados**. j enod. Infect, 1996, Pág. 175-190.
17. Piedrola Gonzalo Gil et al Medicina preventiva y salud publica 10ma edición; México, masson,2003
18. Glenn M. Eisen. Et al. ASGE Complications of upper GI endoscopy;Gast Endosc. Vol 55, 7 2002, 784-793.
19. Arrowsmith JB, Gerstman BB, Fleischer DE, Benjamin SB Los **resultados** de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal; editorial Interamericana; M 1991; 37-421.
20. ENAT R, Levitan R. Absceso Retroesofágico veinticinco días después de esofagoscopia. Una complicación inusual de la endoscopia. Gastrointest Endosc 1999; 18-167
21. Parra ML., Arribas S., Rivera A. Procedimiento y técnicas del paciente crítico. Editorial Masson. 2003. ISBN: 84-458-1195-9.
22. Perry, Porter. Técnicas y procedimientos básicos. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1991. ISBN:84-7615-719-3.
23. Casado M.C, González C. Procedimientos de Enfermería. 1994. ISBN: 84-604-8298-7.
24. Rovira Gil E. Urgencias en Enfermería. DAE (Difusión en avances de Enfermería). Paradigma. ISBN: 84-931330-2-7.
25. Ducl G et al. Guía práctica para la lucha contra la infección hospital. WHO/BAC/79

EXPERTOS EXTRANJEROS Y DE LA RD EXPONDRÁN LOS DÍAS 13 Y 14 DE ABRIL EN SEMINARIO CARRERA SANITARIA DEL MAP



Ramón Ventura Camejo

Por Luis Céspedes Peña

SANTO DOMINGO.- Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el director del Áreas de Salarios e Incentivos de Costa Rica, el presidente del Colegio Médico Dominicano (CMD), el ministro de Salud Pública, el máximo representante del Ministerio de Administración Pública (MAP) y otras personalidades, expondrán un conjunto de temas en el Seminario Internacional sobre Carrera Administrativa sanitaria, que será realizado en la capital del 13 al 14 de este mes, organizado por la última entidad.

El ministro de Administración Pública, Ramón Ventura Camejo, dijo que en el evento también expondrá el presidente del Senado de la República, Reinaldo Pared, quien recibirá un anteproyecto de Ley sobre Carrera sanitaria.

El ministro de Salud, Bautista Rojas Gómez, hará un enfoque general de la situación de ese organismo, metas alcanzadas, trabajos que se son desarrollados y planes futuros en todo el país.

La actividad, prevista a ser desarrollada en el Hotel Quinto Centenario, comenzará a las 7:00 de la noche de este miércoles, con un discurso de bienvenida a cargo del ministro Ventura Camejo.

Seguido de Ventura Camejo, hablará el Bautista Rojas Gómez, ministro de Salud Pública, y luego le seguirá Lilian Reneau Vernon, de la Organización Panamericana de Salud, con sede en la República Dominicana. Posteriormente lo hará Francisco Díaz de Rojas, responsable de desarrollar la conferencia magistral titulada: Fundamentos para el Diseño y Aplicación del Sistema de Carrera sanitaria.

El tema Carrera Administrativa sanitaria, será desarrollado por el viceministro de Función Pública, Gregorio Montero, y el tema de la Experiencia de la Carrera Administrativa en España, será desarrollado por el consultor Francisco Díaz Rojas.

El tema de la Carrera Administrativa sanitaria en Latinoamérica, será desarrollado por Carlos Rosales, de la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud, con sede en Washington

El experto Francisco González, del MAP, hablará de la Contribución del Estudio de Puestos y Política Salarial al Desarrollo de la Carrera sanitaria.

La Carrera sanitaria, vista desde el Colegio Médico Dominicano, será desarrollada por el presidente de ese organismo, Senén Caba.

El tema: La Experiencia de al Carrera sanitaria en Costa Rica, será expuesto por el Francisco Chang, del Servicio Civil de Costa Rica, y el Desarrollo de la Carrera Administrativa sanitaria y su Impacto en el Sistema Dominicano de Salud, estará a cargo de la señora Joselyn Puente, quien es la encargada de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública

Ventura Camejo destacó que tiene para el desarrollo de la República Dominicana, la aplicación de ese sistema a nivel global. También se refirió a la Carrera Administrativa Docente, que será realizada en todo el sistema educativo público. Dijo que el tema relacionado con la Carrera sanitaria, a ser desarrollo los días 13 y 14, es de mucho interés para el sector de salud pública.

PREVALENCIA DE AMIGDALITIS AGUDA EN LA CLÍNICA RURAL
DE ARROYO AL MEDIO.

María Ignacia Montero Morillo, Yaritza Ogando Berroa,* José Ignacio Adames Bautista,* Stephanie Annetty Bautista Ferreras,* Marisela Ramírez Lara,* Carmen Ramos.***

RESUMEN

La amigdalitis es una patología muy frecuente en la edad infantil, se realizó un estudio retrospectivo con el fin de determinar la prevalencia en la clínica rural de Arroyo al medio, nagua durante los meses de Julio – agosto 2010. De 680 pacientes que asistieron a la consulta de la clínica en el período en cuestión: 188 casos resultaron con diagnóstico de amigdalitis, para una prevalencia de 27.6 %. El sexo más afectado fue el masculino con 105 casos (55.9 %), el femenino con 83 casos para un 44.1 %. 1. El grupo etareo que registro una mayor incidencia fue el de 1 -4 años con 55 casos 29.3% seguidos por los de 15-19 con 36 caso para un 19.1% y los de 25-29 años con 18 caso para un 9.6 %. El mes que más casos tuvo de amigdalitis aguda fue agosto con 98 casos para un 52.1% seguido del mes de Julio con 90 casos para un 47.9%. Se determino que la edad más frecuente para la infección de amigdalitis es la de 1 – 5 años lo cual sugiere una afectación debido a un pobre sistema inmunológico.

Palabras claves: amigdalitis, garganta, clínicas rurales.

ABSTRACT

Tonsillitis is a common pathology in childhood, a retrospective study was conducted to determine the prevalence in the rural clinic in the middle Arroyo, skirt during the months of July-August 2010. Of 680 patients attending the outpatient clinic in the period: 188 cases were diagnosed with tonsillitis, for a prevalence of 27.6%. Sex more affected than women with 105 cases (55.9%) females with 83 cases for 44.1%. 1. The age group that registered a higher incidence was 1 -4 years with 55 cases 29.3% followed by 15-19 with 36 case for 19.1% and 25-29 years with 18 cases to 9.6%. The month had more cases of acute tonsillitis was August with 98 cases for 52.1% followed by July with 90 cases for 47.9%. It was determined that the most common age for infection of tonsillitis is the 1-5 years which suggests an involvement due to a poor immune system.

Keywords: tonsillitis, throat, rural clinics.

INTRODUCCIÓN

El término de amigdalitis aguda engloba de manera inespecífica la inflamación de la orofaríngea y de las formaciones linfoides de la orofaríngea, las tonsilas o amígdalas palatinas, apareciendo habitualmente en la clínica en forma de faringoamigdalitis aguda. El síntoma principal de

esta patología es la odinofagia o dificultad para la deglución con dolor y sensación de estrechamiento. Este síntoma, no obstante, es altamente inespecífico, apareciendo igualmente en otras patologías del área rinofaríngea, desde las poco frecuentes rinofaringitis aguda o epiglotitis, hasta cuadros tan presentes en nuestro medio como las faringitis agudas o las esofagitis.¹

La etiología se puede atribuir también a virus o a bacterias (generalmente por estreptococos), y se diferencian por pruebas analíticas.

Las amígdalas, como mecanismo de defensa, constituyen un reservorio de linfocitos B. Aunque esta patología puede aparecer en cualquier sector de la población, normalmente afecta a niños mayores de 3 años y a adultos hasta los 50. Este órgano va creciendo a medida que el niño entra en contacto con agentes infecciosos y se activan células inmunitarias. Alcanza el tamaño máximo entre los 3 y 6 años de edad y a partir de los 7-8 años se va reduciendo. En la pubertad, las amígdalas son casi inactivas.²

Es un trastorno muy frecuente que aparece de forma brusca tras un período de incubación de 2-4 días, con malestar general; procesos febriles que pueden llegar a ser muy elevados, alcanzando los 40 °C y que remiten al cabo de 72 horas; escalofríos, y dolor de garganta al deglutir o de forma espontánea.

El dolor puede llegar hasta el oído o afectar a la nuca, dificultando el movimiento de rotación del cuello y propiciando la aparición de cefaleas, náuseas e incluso vómitos. Existen distintos tipos de amigdalitis que cursan con los síntomas descritos y son más o menos graves.²

Respecto a la amigdalitis aguda, sabemos que la mayoría (80 a 90 %) es causada por algún virus y el resto por bacterias como *Streptococcus pyogenes*.³ Aunque la amigdalitis estreptocócica es clara indicación para uso de antimicrobianos en el grupo de 5 a 15 años de edad, 4 desafortunadamente la prescripción de antimicrobianos acontece en 50 a 85 % de los casos.

Esto favorece el desarrollo de bacterias resistentes en la comunidad y representa costos inaceptables para el sector salud. Dicha conducta prescriptiva es alentada por la carencia de pruebas rápidas de detección de antígenos estreptocócicos (strep-test), por la presión ejercida por los familiares o por la incapacidad del médico para reconocer los signos y síntomas pivote asociados.⁵

La búsqueda de alternativas de diagnóstico basadas en parámetros clínicos ha ocasionado que grupos en Estados Unidos de América del Norte, Canadá y México, coincidan

* Medico general

en que los signos y síntomas pivote para el diagnóstico de amigdalitis estreptocócica son amígdalas con exudado, dolor a la palpación en los ganglios cervicales anteriores, odinofagia y ausencia de tos o síntomas nasales.⁵

En la república dominicana según un estudio, en la población rural "La Vigía" de la provincia Dajabón, durante el periodo de enero-diciembre del año 2002. Se obtuvo que la frecuencia fue de 9%.⁶

MATERIALES y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y con colección retrospectiva de datos, con el objetivo de determinar la prevalencia de amigdalitis aguda en la clínica rural de Arroyo al medio de la provincia María Trinidad Sánchez, nagua, República Dominicana; durante el periodo de tiempo Julio – Agosto del año 2010. El universo estuvo constituido por 680 pacientes que asistieron a la consulta de la clínica, de los cuales, 188 fueron diagnosticados con amigdalitis aguda. La fuente de recolección de información fueron los archivos de la consulta diaria. Los datos fueron tabulados manualmente, la información se analizó por métodos estadísticos. Los resultados se expresaron textualmente y mediante cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Al ser la amigdalitis una patología tan frecuente, realizo un estudio retrospectivo con el fin de determinar su la prevalencia en la clínica rural de Arroyo al medio, nagua durante los meses de Julio – agosto 2010. De 680 pacientes que asistieron a la consulta de la clínica en el período en cuestión: 188 casos resultaron con diagnóstico de amigdalitis, para una prevalencia de 27.6 %.

El sexo más afectado fue el masculino con 105 casos (55.9 %), el femenino con 83 casos para un 44.1 %. Ver cuadro y grafico 1.

El grupo etareo que registro una mayor incidencia fue el de 1 -4 años con 55 casos 29.3% seguidos por los de 15-19 con 36 caso para un 19.1% y los de 25-29 años con 18 caso para un 9.6 %. Ver cuadro y grafico 2.

El mes que más casos tuvo de amigdalitis aguda fue agosto con 98 casos para un 52.1% seguido del mes de Julio con 90 casos para un 47.9%. Ver. cuadro 3.

Cuadro 1. Prevalencia de amigdalitis según sexo.

Sexo	No. De casos	Porcentajes
Masculino	105	55.9
Femenino	83	44.1
Total	188	100

Fuente: registro diario de la consulta

Cuadro 2. Prevalencia de amigdalitis según edad.

grupo de edad (años)	Casos	Porcentaje
< 1	0	0
1 -- 4	55	29.3
5 -- 9	4	2.1
10 -- 14	20	10.6
15 -- 19	36	19.1
20 -- 24	15	8.0
25 -- 29	18	9.6
30 -- 34	8	4.3
35 -- 39	28	14.9
40 -- 44	2	1.1
45 -- 49	2	1.1
total	188	100,0

Fuente: registro diario de la consulta

Cuadro 3. Prevalencia de amigdalitis, según mes.

meses	Casos	porcentaje
Julio	90	47.9
Agosto	98	52.1
Total	188	100,0

Fuente: Fuente: registro diario de la consulta

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se pudo comprobar al igual que en otros estudios y literatura consultadas que se reportan que las edades más afectadas son de 1- 4 años, esto se puede deber a que en estas edades todavía el sistema inmunológico no está lo suficientemente desarrollado, además en este grupo de edad se usa con frecuencia el uso de biberón, bobos y succión digital.

El sexo masculino resulto ser el más afectado, ninguna literatura explica porque es el sexo más afectado, los **resultados** coinciden con las bibliografías consultadas.

Para la determinación del agente etiológico no se realizo cultivo de exudado faríngeo ni medición de los niveles de ASO.

REFERENCIAS

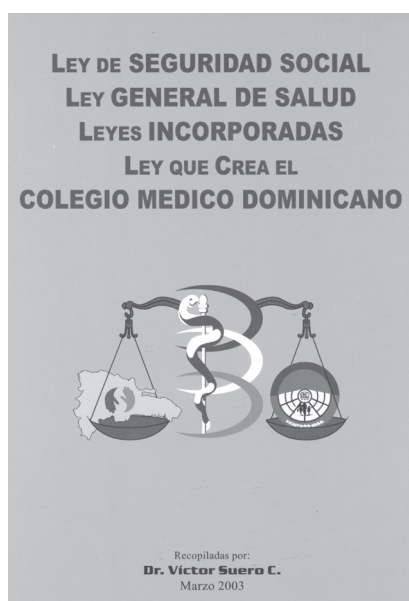
1. Fernández Ruiz, Encarnación; Aguilera García, Adelardo; Ibáñez Roa, Nicolás; Buforn Galiana, Andrés; Aguilera, Carmen Rosa; Morell Jiménez, Valentina. Amigdalitis Aguda. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Colonia Santa Inés, S/N. 29010 Málaga. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Colonia Santa Inés, S/N. 29010 Málaga.

2. FONT, ELISABET. Faringitis y amigdalitis. Tratamiento etiológico y sintomático, educación sanitaria. Noviembre 2001. Offarm. Págs. 71-72. [Citado el 15/09/2010]<http://external.doyma.es/pdf/4/4v20n10a13021226pdf001.pdf>
3. Shulman ST, Tanz RR, Gerber MA. Streptococcal pharyngitis. En: Stevens DL, Kaplan EL, editors. First edition. New York, NY: Oxford University Press; 2000. p. 76-101.
4. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2002; 35:113-125.
5. Carranza-Martínez, Martha Imelda; Valdés-Croda, Óscar; Jaspersen-Gastelum, Víctor; Chavolla-Magaña, Rogelio; Villaseñor-Sierra, Alberto. Identificación de signos y síntomas pivote en amigdalitis estreptocócica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 (6): 529-534
6. Bargalló, Edna Nadal; Ferrer L, Reynaldo; Lebrón, Evelyn A; Pérez Rosa Celidonio, Juana Elizabeth. Frecuencia de Amigdalitis aguda en una población rural. Rev. Med. Dom. DR-ISSN-0254-4504 ADOERBIO 001 Vol.64 (3) y Vol.65(1) Sep-Diciembre 2003 Enero-Abril 2004
7. Cals J, Butler C, Hopstaken R, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. BMJ Mayo 2009; 338:b1374.
8. Goosens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M for the ESAC group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005; 365:579-587.
9. Arnold SR, Straus SE. Intervenciones para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos en la atención ambulatoria (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice. The difference between guidelines is largely academic. Arch Intern Med 2006;166:1374-1379

CONSULTE

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

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.

COMPORTAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ADULTOS
MENORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.*Anevis Alcántara, Milvio Pérez, Dinanyelis Martínez.***RESUMEN**

El desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno por parte del miocardio trae como consecuencia alteraciones que van en detrimento del mismo, lo que da como resultado lo que todos conocemos como cardiopatía isquémica. La principal causa de dicho cuadro se relaciona con la entidad conocida como aterosclerosis de las arterias coronarias lo que se presenta por la asociación de factores de riesgo como el tabaquismo, la hipercolesterolemia (colesterol total + 200mg/dl, LDL-colesterol + 160mg/dl y un HDL colesterol - 35 mg/dl). Otros factores de riesgo coronario son la elevación de la lipoproteína (a), hipertrigliceridemia, el sedentarismo, la obesidad abdominal, el estrés psíquico, sexo masculino, los antecedentes familiares entre otros. El consumo de alcohol tiene un efecto protector a bajas dosis pero a dosis elevadas produce efectos perjudiciales para el miocardio; en los pacientes jóvenes estos factores de riesgo son los desencadenantes potenciales de daños coronarios secundarios a procesos isquémicos. Con el objetivo de nosotros poder valorar el comportamiento de dos de estos tipos de síndromes coronarios (angina inestable e infarto agudo al miocardio) en el Hospital Docente Padre Billini en el periodo Enero 2005- Diciembre 2007, realizamos un estudio retrospectivo de cohorte transversal donde fueron revisados un total de 262 expedientes de pacientes ingresados con diagnóstico de síndrome coronario agudo; de este total 32 fueron escogidos para el estudio y de ellos excluimos 18 por no cumplir con nuestros criterios de inclusión por lo que el total de pacientes que formaron parte de el mismo fueron 14 pacientes.

El mayor número de pacientes correspondió al sexo masculino con 10 pacientes (71.4%), cuatro eran mujeres (28.6%) de todos los casos. Otro dato importante arrojado es que el consumo de alcohol como factor de riesgo estuvo presente en 12 de nuestros pacientes para un (85.7%) de los casos, seguido del consumo de tabaco referido por ocho pacientes (57%), tres presentaron hipercolesterolemia (21.4%).

Con respecto al manejo dos de nuestros pacientes fueron trombolizados (14.28%), no se registraron complicaciones y dos solicitaron el alta.

Palabras claves: Isquemia, Angina Inestable, Aterosclerosis, factores de riesgo, Miocardio, Oxígeno.

ABSTRACT

The imbalance between demand and supply of oxygen by

*Residente Medicina Interna.

**Residente de Cardiología.

the myocardium results in detrimental changes of the same, which results in what we all know as cardiac ischemia. The main cause of that table relates to the entity known as coronary artery atherosclerosis that is presented by the association of risk factors such as smoking, hypercholesterolemia (total cholesterol + 200 mg / dl, LDL-cholesterol + 160mg / dl and HDL cholesterol - 35 mg / dl). Other coronary risk factors include elevated lipoprotein (a), hypertriglyceridemia, physical inactivity, abdominal obesity, mental stress, male gender, family history, among others. Alcohol consumption has a protective effect at low doses but at high doses produces adverse effects on the myocardium, in young patients, these risk factors are potential triggers of damage secondary to coronary ischemia. In order us to assess the behavior of two of these types of coronary syndromes (unstable angina and myocardial infarction) in Billini Father Teaching Hospital in the period January 2005 - December 2007, we conducted a retrospective cohort study was cross-sectional A total of 262 reviewed records of patients hospitalized with acute coronary syndrome; of this total 32 were chosen for study and 18 by not exclude them meet our inclusion criteria and therefore the total number of patients who were part of the same jurisdiction 14.

The largest number of patients were male with 10 patients (71.4%), four were women (28.6%) of all cases. Another important fact is that thrown alcohol as a risk factor was present in 12 of our patients for one (85.7%) cases, followed by you snuff consumption reported by eight patients (57%), three had hypercholesterolemia (21.4 %).

With respect to managing two of our patients were trombolizados (14.28%), there were no complications and two requested discharge.

Keywords: Ischemia, Unstable Angina, Atherosclerosis, risk factors, Myocardium.

INTRODUCCIÓN

En adultos jóvenes el síndrome coronario agudo se relaciona directamente con los factores de riesgos que se encuentran presente en su patogenia. Los síndromes coronarios agudos se producen por una demanda o por un aporte insuficiente de oxígeno por parte del miocardio, la angina inestable surge característicamente en reposo o con exposiciones a ejercicio mínimo este dolor suele durar más de diez minutos, es intensa de inicio reciente (menos de dos semanas) y es incrementando. Referente al infarto agudo al miocardio puede ser con elevación o sin elevación del segmento ST en cuyo caso la mortalidad en jóvenes en EEAA es temprana y en más de un 30% de el

cual más del 50% fallece antes de llegar al hospital, esto se ha asociado al poco desarrollo de la circulación colateral de dichos pacientes. Por lo común el infarto agudo al miocardio ocurre cuando disminuye el flujo sanguíneo a las coronarias y por tanto al miocardio, esto, después que una placa de ateroma se ulcera lo que permite la consecuente agregación plaquetaria y la formación de un trombo. Estas lesiones ateroscleróticas que afectan las coronarias son precipitadas por factores como el tabaquismo, alcoholismo, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión e hipercoagulabilidad. En otros casos la disminución del flujo sanguíneo está dada por anomalías congénitas, vaso espasmos de las coronarias y por algunos trastornos sistémicos como el caso de las anemias severas y la insuficiencia cardíaca congestiva.

El daño al miocardio está determinado por 1) el territorio que irriga el vaso ocluido 2) el hecho de que haya o no oclusión total de dicho vaso 3) el tiempo que dura la hipo perfusión miocárdica 4) la extensión del territorio afectado 5) el aporte de los vasos colaterales a la irrigación miocárdica 6) la demanda de oxígeno por el miocardio 7) los factores "nocivos" que pueden producir lisis temprana y espontánea del trombo ocluyente 8) la adaptación del miocardio cuanto se restaura el flujo sanguíneo al movilizarse el área de oclusión.

La principal manifestación clínica de los síndromes coronarios como ya mencionamos es el dolor torácico que se caracteriza por ser retroesternal fijo, opresivo que se puede irradiar a la espalda, cuello, mandíbula y al epigastrio. Existen otros síntomas que son los llamados "equivalentes" anginosos que pueden acompañar estos síndromes; también podemos mencionar la disnea, palpitaciones, náuseas y vómitos etc. que se relacionan con la activación vagal de los receptores del ventrículo izquierdo llamados receptores de Bezold Jarrish.

El principal apoyo diagnóstico para la cardiopatía isquémica esta dado por 1) La clínica 2) los hallazgos electrocardiográficos 3) la determinación de los niveles de las enzimas cardíacas respectivamente. Los hallazgos clínicos fueron expuestos anteriormente, con relación al electrocardiograma los cambios van desde una elevación de segmento ST de 0.1 mm en por lo menos dos derivaciones adyacentes de las extremidades, o una elevación de 0.2mm en las precordiales en dos derivaciones adyacentes. Ondas t negativas y simétricas nos orienta a isquemia subepicárdica, positivas e isoeletricas mayor de 7mm; con respecto a la onda Q indica necrosis miocárdica, hay infartos con onda Q que son transmúrales y sin onda Q que generalmente son subendocárdicos o no transmúrales.

Los datos de laboratorio, las enzimas que utilizamos para realizar el diagnóstico de infarto agudo al miocardio son la CPK y su isoenzima MB y enzimas específicas como las troponinas (I, T) las que son exclusivas del músculo cardíaco y poseen valor pronostico ya que mientras mas elevadas se encuentran mayor es el daño al miocardio y hay mayor probabilidad de complicaciones se elevan entre las primeras 4-6 horas del evento y permanecen elevadas hasta por 14 días.

Otras herramientas de las que nos podemos auxiliar so de la ecografía la cual nos ayudara a ver la funciónabilidad del ventrículo izquierdo. Se pueden realizar otras pruebas pero que su valor es en el periodo pos infarto como la gammagrafía con perfosfato de tecnecio 99mm, la gammagrafía con radio nucleótidos y la ventriculografía isotópica que nos permite graduar el daño miocárdico

El manejo de la angina inestable se basa en la administración de antiagregantes plaquetarios, se pueden utilizar los inhibidores de la glucoproteína IIb-IIIa como el Tirofiban y el Epiibatide.

Se utilizan los anticoagulantes como la Heparina y Heparina de bajo peso molecular (Enoxaparina, fraxiparine, Dalteparina etc.). Se agrega nitritos, beta bloqueadores, y calcio antagonistas que se utilizan en las anginas de origen vasogénico. El infarto agudo al miocardio la estrategia principal es la angioplastia coronaria transluminal percutánea (Actp), otra estrategia que podemos utilizar es la trombolisis (Streptokinasa, Uroquinasa, Activador del plasminogeno (rtpa) estas solo está indicada en infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST. La antiagregación, anticoagulación, el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los betabloqueadores y nitratos, morfina para el manejo del dolor son piedra angular en el manejo de dicho cuadro. Los calcioantagonistas están contraindicados en la fase aguda del infarto al miocardio porque aumentan la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

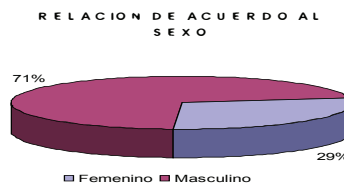
Se realizo un estudio retrospectivo de cohorte transversal, cuyo objetivo fue determinar el comportamiento del síndrome coronario agudo en menores de 45 años. Nuestro universo estuvo compuesto por todos los pacientes que fueron ingresados en nuestro centro con dicho diagnóstico en el periodo comprendido entre Enero 2005- Diciembre 2007; fueron 262 pacientes. La población estuvo compuesta por el número de pacientes que cumplieron con nuestros criterios de inclusión, estos fueron 14. Dentro de las variables que se tomaron en cuenta para realizar el formulario de recolección de datos se encuentran: edad, sexo, número de expediente, año de ingreso, antecedentes personales patológicos, hábitos tóxicos, hallazgos clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio entre otros.

Los datos fueron obtenidos de los expedientes de los pacientes procedentes del archivo del Hospital Docente Padre Billini, se recogieron en un formulario ideado para dichos fines en los que encontramos las pruebas diagnósticas para confirmar la patología (electrocardiograma, ecocardiograma, enzimas cardíacas entre otras). Los **resultados** fueron tabulados manualmente, analizados y expresados en cuadros y gráficos para su mayor comprensión y esto nos permitió realizar un análisis estadístico lógico lo que nos condujo a los **resultados** obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados.

RESULTADOS

De un total de 262 pacientes que fueron ingresados en nuestro centro con diagnóstico de síndrome coronario agudo en el periodo correspondiente a Enero 2005-Diciembre 2007, solo 32 pacientes entran al estudio pero de estos excluimos a 18 por lo que solo un total de 14 pacientes forman parte del mismo.

De una población de 14 pacientes 10 (71.4%) fueron masculino y cuatro (28.6%) femeninas.

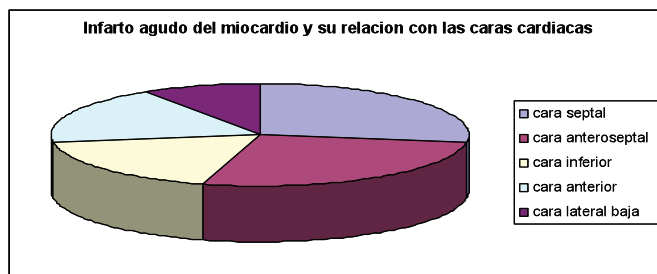
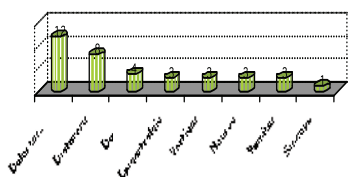


Con respecto al grupo de edad encontramos que la mayor población estuvo entre los 41-45 años con siete pacientes

(50%); cinco casos de 36-40 años (35.71%); un caso en el rango de edad de 31-35 años y 20-25 años para un (7.4%) de los casos, en el rango de 26-30 años no hubo ningún caso. (Ver cuadro I)

En lo que se refiere a la presentación clínica la más frecuente fue el dolor torácico que estuvo presente en 12 pacientes para (85.7%); ocho pacientes presentaron diaforesis (57.14%); la disnea se presentó en cuatro pacientes para un (28.5%); epigastralgia, vértigos, náuseas y vómitos se presentaron en tres pacientes respectivamente (21.43%) para cada uno, el síncope se presentó en un paciente (7.1%) de los casos.

PRESENTACION CLINICA MAS FRECUENTE DE SINDROME CORANARIO AGUDO EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS



Con respecto a los factores de riesgo desencadenantes podemos mencionar que predominó el consumo de alcohol en 12 pacientes (85.7%); ocho pacientes consumían tabaco (57%).

Al indagar sobre los antecedentes personales de los pacientes pudimos determinar que siete eran hipertensos (50%); y tres tenían antecedentes de hipercolesterolemia (21.4%) y un paciente era diabético para un (7.1%) de los casos.

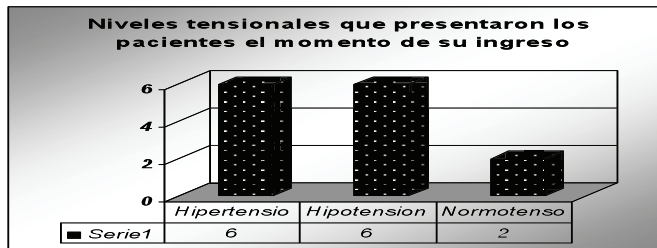
De acuerdo a la cara cardíaca afectada la que más se afectaron fueron la cara septal y la cara anteroseptal con tres casos respectivamente para un (27.3%) por separado, luego la cara inferior con dos casos (18.1%); la cara anterior con igual número de casos (18.1%); lateral baja con un caso (9%) de los casos.

De acuerdo con los hallazgos electrocardiográficos y enzimáticos (Cpk-Total MB y Troponinas) tres fueron diagnosticados como angina inestable (21.43%) y 11 fueron diagnosticados como infarto agudo al miocardio (78.5%); de estos diez fueron manejados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para el (71.42%), cuatro fueron manejados en sala clínica (28.57%); de estos pacientes diagnosticados con infarto agudo al miocardio dos fueron sometidos a trombolisis para un (14.28%) el fármaco utilizado en ambos casos fue la Streptokinasa, los demás pacientes fueron manejados con antiagregantes plaquetarios, manejo del dolor, antianginosos como los nitritos y los beta bloqueadores; anticoagulantes como es la Heparina en nuestro caso no fraccionada.

El hallazgo electrocardiográfico más frecuente fue la elevación del segmento ST que estuvo presente en nueve de

los 14 pacientes para un (63.3%) de los casos.

Con respecto a los niveles tensionales que presentaron los pacientes la hipertensión primó con (42.85%) ya que se presentó en seis pacientes; dos pacientes presentaron hipotensión (14.20%) y seis se mantuvieron normotensos para un (42.85%) de los casos.



En lo referente a la evolución de los pacientes no se reportaron complicaciones en nuestros pacientes, mientras que dos pidieron el alta.

DISCUSIÓN

En la distribución con respecto al sexo el más afectado fue el masculino con un total de 10 pacientes; lo que concuerda con las estadísticas revisadas. **

En lo que se refiere a la presentación clínica la más frecuente fue el dolor torácico que estuvo presente en 12 pacientes para (85.7%); ocho pacientes presentaron diaforesis (57.14%); la disnea se presentó en cuatro pacientes para un (28.5%); epigastralgia, vértigos, náuseas y vómitos se presentaron en tres pacientes respectivamente (21.43%) para cada uno, el síncope se presentó en un paciente (7.1%) de los casos.

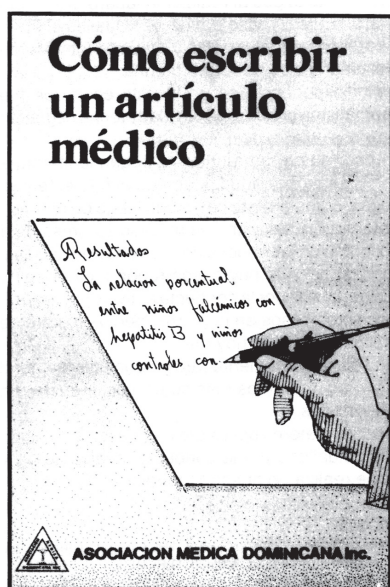
Con respecto al hábito de consumo de alcohol estuvo presente en un total de 12 nuestros 14 pacientes siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de cardiopatía isquémica en ellos. Otro factor de riesgo importante es el consumo de tabaco que fue referido por ocho de nuestros pacientes para un 57%; la hipercolesterolemia se presentó en tres pacientes para un 21.4 %.

REFERENCIAS

1. Rev Esp Cardiol. 2009; 62(7):812-5 Documento descargado de <http://www.revespcardiol.org> el 21/01/2010.
2. (Rev. Col. Cardiol. 2004; 11: 193-204)
3. MINSAP. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1999-2000. 1992: 1-4.
4. Farreras P. y col. Medicina Interna. 14 Edición. Madrid España. Ediciones Harcourt 2010: 67.
5. Taucher E, Albala C, Pérez P. ¿Ha aumentado la mortalidad cardiovascular en Chile? Rev Med Chile 2001; 118: 225-34.
6. Barrado MJ, Medrano MJ, Almazón J. Mortalidad por cardiopatía isquémica en España: tendencias y distribución geográfica. Rev Esp Cardiol 1995; 48: 106-114.
7. Piñón J, Sandrino M, Garcia R, Delgado A, Fernandez JL, Leon OA. Mortalidad oculta por infarto agudo del miocardio. Rev Cub Med 2003; 42(5): 1-6.
8. Colombia. Departamento Nacional de Estadísticas. Archivos maestros de defunciones. En: Colombia. Ministerio de salud. La salud en Colombia. Diez años de formación. Santa Fe de Bogotá. 1994.
9. División de enfermedades cardiovasculares. Normativa para el manejo y tratamiento de las enfermedades

- cardiovasculares priorizadas. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2000.
10. Bermejo J, Segovia J, Heras M, Alfonso F. resumen de los ensayos clínicos presentados en las Sesiones Científicas Anuales de la American Heart Association (Chicago, Estados Unidos, 12 al 15 de noviembre 2006). Rev Med Cardiol 2007; 60(2): 157-167.
 11. Almeida D, Brandi S. Manual de Cardiología Clínica. Tomo 1. 2da edición. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Fondo Andrés Bello; 1995.
 12. Hansson K. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. N Engl J Med 2005; 352:1685-1695.

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.

DISTORSIONES COGNITIVAS DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE ASISTIERON AL CENTRO SANITARIO DE SANTO DOMINGO.

Victor Rabiere Estrella Ventura, Ayirden Morrobel Lebrón Mesa.*

RESUMEN

Se realizó un estudio sobre las relaciones entre el grado de severidad de las distorsiones cognitivas y las variables sexo, nivel de escolaridad, tiempo de diagnóstico y percepción de sus relaciones familiares en Personas que Viven con el VIH (PVVS) en una muestra accesible de 70 VIH positivas (45 mujeres y 25 hombres) con edades entre 20 y 63 años. Se aplica el Inventario de Pensamientos Automáticos y la Escala de Depresión de Beck. Los datos son analizados a través de las pruebas de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, correlación de Pearson, regresión múltiple y análisis factorial. Los **RESULTADOS** muestran que las PVVS que percibieron sus relaciones familiares "iguales" después del diagnóstico VIH positivo tendían más a distorsiones cognitivas que quienes habían percibido algún cambio. Las distorsiones que más efecto tuvieron en la depresión fueron la "Falacia de Cambio" y la "Falacia de Justicia". Se encontró la presencia de tres Factores en las distorsiones: Catastrofismo, Perfeccionismo y Externalidad. En la depresión resultaron los Factores: "Vacío Existencial, Auto-destructividad y Desgaste Psicofisiológico. Los hombres mostraron una mayor tendencia a deprimirse, siendo las distorsiones de Falacia de Control, Razonamiento Emocional y Culpabilidad significativamente mayores en los mismos. Variables como el sexo y la percepción que tienen las PVVS de sus relaciones familiares influyen considerablemente en el grado de las distorsiones cognitivas.

Palabras claves: psicofisiológico, distorsiones cognitivas, falacia.

ASBTRACT

Study was made on the relations between the degree of severity of the cognitivas distortions and the variables sex, level of schooling, time of diagnosis and perception of its familiar relations in People who live with VIH (PVVS) in an accessible sample of 70 positive VIH (45 women and 25 men) with ages between 20 and 63 years. It is applied to the Inventory of Automatic Thoughts and the Scale of Depression of Beck. The data are analyzed through the tests of Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, correlation of Pearson, multiple regression and factorial analysis. The results show that the PVVS that perceived their "equal" familiar relations after positive diagnosis VIH tended more to cognitivas distortions than that had perceived some change. The distortions that more effect they had in the depression were the "Deceit of Change" and the "Deceit of Justice". Was the presence of three Factors in the distortions: Catastrofismo, Perfeccionismo and Externalidad.

In the depression were the Factors: "Empty Existencial, Car-destructiveness and Psicofisiológico Wearing down. The men showed a greater tendency to depress themselves, being the distortions of Deceit of Control, significantly greater Emotional Reasoning and Culpability in such. Variables like the sex and the perception that have the PVVS of their familiar relations influence considerably in the degree of the cognitivas distortions.

Key words: psicofisiológico, cognitivas distorsiones, deceit.

INTRODUCCIÓN

La psicología cognitiva es el estudio científico de los procesos mentales como la percepción, el pensamiento, la memoria y la atención. Entre los psicólogos más destacados en la aplicación de este modelo al campo de la psicología clínica se encuentran Albert Ellis (1962) y Aarón Beck (1963) quienes han propuesto modelos teóricos para el estudio de la personalidad y tratamientos para el abordaje terapéutico en la psicopatología.

Unos de los postulados planteados por el modelo cognitivo se refiere a que: "los problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, surgen a partir de la interpretación (comúnmente inadecuada) que la persona dé a los eventos que le preocupan" (Navas, 1998). A esas interpretaciones exageradas e incongruentes de la realidad, Beck (1967) las ha denominado distorsiones cognitivas. A los eventos capaces de suscitar emociones y de activar determinados procesos de pensamientos acerca de los cuales las personas tienden a perturbarse a sí mismas se les ha llamado eventos activadores (Ellis, 1987).

El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio social (Castillo y Cols, 1997). Es un evento que podría activar en las personas actitudes disfuncionales, esquemas inadaptados de pensamiento, en virtud de percibir su vida en un "peligro eminente".

El VIH afecta cada día a más personas, es un problema de proporciones epidémicas en el mundo, particularmente en el Caribe y República Dominicana. Para finales del 2000, se estimó que en República Dominicana existirían 130,000 casos en adultos. Se ha notificado un total de 4,658 casos de infección por VIH para una tasa de incidencia anual de 54.4 casos por 100,000 habitantes (SESPAS/DIGECITSS, 2001).

* Médico general

El presente estudio propone conocer la prevalencia de distorsiones cognitivas en personas que viven con el VIH (PVVS) de ambos sexos que fueron a consultarse por primera vez o en consultas de seguimiento al Centro Sanitario de Santo Domingo durante el mes de abril del 2003. Se busca además, observar las relaciones existentes entre las distorsiones cognitivas y el sexo, el tiempo de haber recibido el diagnóstico, la atención psicológica recibida, la percepción del apoyo familiar después del diagnóstico VIH positivo, así como analizar el efecto de las distorsiones cognitivas en la depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con personas que viven con el VIH (PVVS), que asistieron al Centro Sanitario de Santo Domingo durante el mes de abril del 2003. De un total de 426 personas con VIH positivo que se consultaron durante ese mes tanto nuevos como de seguimiento, se tomó una muestra de 70 personas, 45 mujeres y 25 hombres, de 20 a 63 años de edad. Se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), (Ruiz, 1996), la Escala de Depresión de Beck (EDB), (Beck, 1979) y una entrevista compuesta por cinco preguntas semi-estructuradas. Diseñado para medir 15 distorsiones cognitivas. La EDB fue seleccionada por incluir varios síntomas de depresión y ha sido usada ampliamente por psicólogos y psiquiatras como un instrumento útil para explorar los síntomas depresivos. Fue diseñada para medir los diferentes síntomas presentes en la depresión. Del inventario se obtiene una puntuación general que permite conocer el grado de depresión en base a 4 valoraciones: Ausente, Leve, Moderado y Severo. Está compuesto por 21 items que describen síntomas cognitivos, motivacionales, afectivos, conductuales y fisiológicos. Con la entrevista inicial se completaban los datos sociodemográficos y se identificaba si la persona había recibido alguna atención psicológica, por quiénes se había sentido apoyada, el tiempo de conocer el diagnóstico VIH positivo. Por medio de la entrevista se pudo establecer el rapport con la persona, creando un ambiente de confianza adecuado. La entrevista y aplicación de los cuestionarios fueron realizadas al final de la consulta médica de los pacientes nuevos y de seguimiento. Los médicos se encargaban de enviar los casos que calificaran como VIH positivos (descartando los casos de SIDA). Los médicos y las psicólogas les señalaban a los pacientes sobre la investigación que se estaba llevando a cabo. Al ser presentado al investigador, se le informaba todo lo relativo al estudio, en qué consistía y los fines del mismo. Se les comunicó que sólo iban a responder a unas preguntas donde los investigadores se comprometían a asegurar la confidencialidad de la información y sólo usarla con los fines señalados, no se requería nombre ni ningún dato que pudiera comprometer su identidad. Se requería llenar un formulario de consentimiento informado donde constara su aceptación voluntaria a participar en el estudio.

Las entrevistas se realizaron en cubículos individuales debidamente iluminados, ventilados y privados. El cuestionario se llenaba oralmente, empezando por las preguntas demográficas y cualitativas, colocando las respuestas como el paciente las informaba; luego se leían las instrucciones, las preguntas del inventario de pensamientos automáticos una a una, seguidas por la escala de depresión utilizando el mismo procedimiento, dándoles al final un referimiento y/o apoyo emocional a las personas de acuerdo con su condición. Este proceso tuvo una duración de 20 a 30 minutos por persona. Las evaluaciones se realizaron del 2 al 15 de abril del

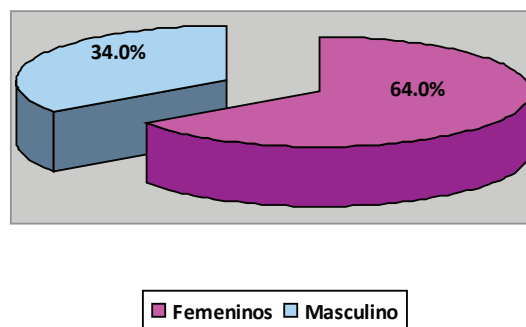
2003, en horario de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. Los datos fueron analizados con el programa estadístico computarizado SPSS 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Incluye frecuencias, porcentajes, y promedios en las variables: sexo, edad, escolaridad, ocupación, tiempo de enterarse del diagnóstico, vía de transmisión, atención psicológica, relación familiar, grado de depresión. Se utilizó el Análisis de Varianza de Kruskal-Wallis en el análisis de las relaciones entre las distorsiones cognitivas y escolaridad, relación familiar y apoyo psicológico recibido.

La correlación de Pearson, para determinar el grado de relación entre las distorsiones cognitivas, el tiempo de haber recibido el diagnóstico VIH positivo, y los síntomas específicos de depresión. La prueba U de Mann-Whitney, para buscar diferencia significativa en el grado de severidad de las distorsiones cognitivas entre hombres y mujeres y los que habían o no recibido apoyo psicológico. Análisis factorial de componente principal para identificar la presencia de factores en las distorsiones cognitivas y en los síntomas de depresión. Análisis de regresión múltiple entre las distorsiones cognitivas y la depresión.

RESULTADOS

La edad de los participantes osciló desde los 20 hasta los 63 años, con un promedio de 33.87 y una desviación estándar de 9.27. Los casos femeninos fueron 45 mujeres (64%) frente a 25 hombres (34%) (ver gráfico 1).

Gráfico 1.



La mayor parte (36 personas 52%) lo constituye el grupo de los que cursan educación básica o los que no llegaron al bachillerato, seguidos por los que han alcanzado el nivel del bachillerato (23 personas 33%), los que cursaron estudios superiores (5 personas 7%), y los profesionales (3 personas 4%).

La mayoría de las personas han recibido atención psicológica (55 personas). Sin embargo, sigue preocupando el hecho de que más de un 20% (14 personas) no recibió ayuda de un psicólogo.

Con una serie de análisis descriptivos se constató que existe una alta variabilidad del tiempo en que los participantes conocen su diagnóstico como VIH positivo. La media de los tiempos es de 49.85 meses (4 años y un mes) y la mediana es de 30 meses (2 años y 6 meses).

Ante la pregunta sobre cómo era la relación con la familia antes de ser diagnosticado VIH positivo y cómo es ahora, los participantes respondieron en gran medida que permanecía

igual (44 personas, 63%). Sólo 8 personas (12%) dijeron haber sido rechazados y 17 personas (24%) expresaron que sus relaciones habían mejorado.

Relaciones entre las escalas de distorsiones cognitivas y variables generales

En relación con el sexo de los participantes encontramos que las distorsiones de la "Falacia de Control" (384, Sig. 0.26), el "Razonamiento Emocional" (350.5, Sig. 0.008) y la "Culpabilidad" (390.5, Sig. 0.029) fueron significativamente mayores en los hombres que en las mujeres. Este análisis fue realizado utilizando la prueba U de Mann-Whitney debido a que no podían sostenerse varias de las suposiciones para un análisis paramétrico, especialmente la homogeneidad de las varianzas.

En cuanto al tiempo del conocimiento del diagnóstico y su relación con las distorsiones cognitivas se realizó un análisis de correlación de Pearson sin encontrarse relaciones significativas, la Falacia de Justicia obtuvo el nivel de significación de .220.

Siguiendo el análisis con las distorsiones cognitivas y las variables generales, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney entre cada una de las distorsiones cognitivas y la variable apoyo psicológico. Nos encontramos con una relación estadísticamente significativa entre el Apoyo Psicológico y la Falacia de Razonamiento, $U= 350.5$, $Z=2.663$, Sig. .008 $p<0.05$. Los que no recibieron atención psicológica fueron más propensos a la falacia que los que habían recibido asistencia (la media de rangos para los que recibieron asistencia fue de 32.65, mientras que para los que no la recibieron fue de 44.21).

Con respecto a los cambios percibidos por los participantes en sus relaciones familiares y las distorsiones cognitivas, se realizó un análisis de varianza con la prueba de Kruskal-Wallis. Los resultados sugieren que muchas distorsiones cognitivas son una función de las percepciones de los cambios ocurridos en sus relaciones con la familia después de enterarse de la infección con el VIH. Los que perciben que sus relaciones familiares han seguido "igual que antes", suelen tener una tendencia mayor a las distorsiones cognitivas que los que responden que su relación familiar ha mejorado y éstos a su vez mayor que el grupo que percibió rechazo familiar, pero cabe recordar que no son grupos homogéneos (24% relaciones familiares mejoradas y 12% rechazo).

Explorando también a los participantes en cuanto a sus niveles de depresión, se realizó un análisis de frecuencias donde el 44% de los hombres y el 20% de las mujeres infectadas están deprimidos con niveles desde moderado a severo, mientras el 56% de los hombres reportan depresión leve o ausente y las mujeres reportan un 80%.

Cuadro 1. Niveles de depresión

Depresión	Masculino	Femenino
Moderado a severo	44%	20%
Leve o ausente	56%	80%

Relaciones entre las escalas de distorsiones cognitivas y la depresión

Un análisis de la relación entre la IPA de Ruiz & Lujan (1991) y la EDB (Beck, 1978) mediante el coeficiente de correlación de Pearson reveló una fuerte relación entre ambas variables. La correlación resultante fue de $r = .53$ con un nivel de significación de $p = .000$.

Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple por el método de entrada utilizando los puntajes de las distorsiones cognitivas como variables predictoras de la depresión. Se encontró que la Falacia de Justicia ($t = -2.17$, $p = .03$) y la Falacia de Cambio ($t = 3.67$, $p = .001$) fueron los únicos factores que predijeron significativamente la depresión de los participantes. El coeficiente de correlación múltiple fue de $R = .80$, con una varianza explicada de $R^2 = .64$ siendo altamente significativa, $F = 6.43$ (15, 54), $p = .000$.

Se efectuó un análisis factorial de componente principal con cada una de las escalas de distorsiones cognitivas. Todas las cargas de factores fueron resultado de una rotación varimax para aclarar la estructura factorial. En todas las escalas sólo se conservaron aquellos valores propios (eigenvalue) de 1.0 o más.

Se extrajeron tres factores del IPA. El Factor I implicó ocho distorsiones: Filtraje, Pensamiento Polarizado, Sobre-generalización, Catastrofismo, Personalización, Falacia de Control, Razonamiento Emocional, Etiquetas Globales y Culpabilidad. Para fines de este estudio, se identificó como "Catastrofismo". Alrededor del Factor II se agruparon las distorsiones: Interpretación del Pensamiento, Falacia de Justicia, Falacia de Cambio, Debería y Falacia de Razonamiento. Tomando en cuenta estas distorsiones, este segundo factor se identificó con el nombre de "Perfeccionismo". Las distorsiones del Factor III implicaron la Falacia de la Recompensa Divina. Se identificó con el nombre de "Externalidad".

Del mismo modo, se efectuó un análisis factorial de componente principal con cada uno de los síntomas de depresión.

Se extrajeron cuatro factores de la EDB. El Factor I implicó los síntomas de Tristeza, Fracaso, Aburrimiento, Decepción, Ideas Suicidas, Irritabilidad, Disminución en el Interés por los demás, Preocupación por el Aspecto Físico. Se identificó aquí como "Vacío Existencial". Los síntomas de depresión agrupados en el Factor II implicaron Culpabilidad, Castigo, Crítica, Tomar Decisiones, Decepción, Preocupación por la Salud. Este factor se identificó con el nombre de "Auto-destructividad". Los síntomas del factor III implicaron Horas de Sueño, Disminución del Apetito, Pérdida del Apetito, Preocupación por la Salud, Esfuerzo para Trabajar, Cansancio, identificando este factor con el nombre de "Desgaste Psicofisiológico". El cuarto factor con el nombre de Residual compuesto por los síntomas: Llanto y Disminución del sexo.

DISCUSIÓN

El hecho de que las personas que manifestaron que sus relaciones familiares siguieron igual después del diagnóstico positivo al VIH tendieran a tener mayor grado de severidad de las distorsiones cognitivas que los que sintieron rechazo podría deberse al fenómeno descrito por Young (1999) como "Evitación Cognitiva o Evitación Afectiva", mecanismo por el cual los pensamientos y sentimientos a menudo son evitados o bloqueados porque son dolorosos. Es una forma de auto-engañarse, de postergación de conflictos. Al parecer estas familias no tocan el tema, el problema no existe, por lo que afirma De Moya (2003) podríamos estar en medio de un "tabú familiar".

La Falacia de Cambio y la Falacia de Justicia son las distorsiones que más influyen en la depresión. Esto significa que la depresión de las personas que viven con el VIH podría corresponderse con la imposibilidad e impotencia de poder revertir su situación al percibirla como irreversible, un reclamo

hacia sí mismos, hacia la vida, ¿Por qué a mí?, ¡No es justo! ¡No lo merezco!

En el análisis factorial de las distorsiones encontramos la presencia de tres factores. En el primer factor, “Catastrofismo”, encontramos que las distorsiones presentes en éste engloban una visión extrema hacia lo negativo, esperando lo peor de las situaciones. Este factor es muy similar a la “visión túnel” mencionada por (Beck, 2000) como la manera en que las personas tienden a ver lo que les sucede por un filtro catastrófico, un desvío sistemático en la forma de procesar el conocimiento.

El segundo factor, “Perfeccionismo” aglutina claramente un grupo de distorsiones referentes al deber, al derecho, la razón, a lo justo, a concepciones predeterminadas de cómo debería funcionar el mundo y a lo injusto que resulta cuando estas reglas no se cumplen. Pensamientos como: “No debí pasarme esto a mí”, “Debería estar bien y no tener estos problemas” pueden suscitar este tipo de distorsiones en las PVVS.

El último factor, “Externalidad”, está relacionado con la idea de que el presente y el destino están dominados por factores externos. Algunas de estas personas posiblemente han creído que están a merced del virus, que es inútil esperar algo distinto a la muerte. Seligman estudió el efecto de la Indefensión al Cambio en los síntomas depresivos (Seligman, et al 1979). Esta creencia está muy relacionada con la creencia por parte de la persona de que puede hacer muy poco por sí misma para cambiar las circunstancias e influir en los acontecimientos de su vida (Calvete y Caldeño, 1999).

En el primer factor “Vacío Existencial” de la estructura factorial de los síntomas de depresión predominan los síntomas afectivos; un estado de desesperanza, frustración, pesimismo, desilusión, cólera, rabia, ira, enojo, enfado. Un factor similar fue evidenciado en el estudio de la estructura factorial del CES-D (Escala de Depresión para el Centro de Estudios Epidemiológicos en España) realizado por Calvete y Caldeño (1999) quienes lo denominaron “Afecto Depresivo”.

Los componentes del segundo factor definido como “Auto-destructividad” están relacionados con hechos que supuestamente merecen ser castigados por haber roto con algunas reglas o normas morales; sentimientos que resultan en una dificultad de la persona para tomar decisiones por temor al rechazo, a la crítica. Calvete y Caldeño (1999) en un análisis factorial de creencias irracionales encontraron un factor que denominaron “Tendencia a Culpabilizar” que podría ser equivalente a este factor.

El tercer factor recibe la etiqueta de “Desgaste Psicofisiológico”. Los síntomas fisiológicos de la depresión están ampliamente descritos por Beck, y aquí se evidencia la fuerza de estos síntomas de la depresión. Este factor fisiológico tiene una importancia de primer orden en el mantenimiento de la salud física y psicológica de las personas con VIH y ha sido señalada anteriormente; por ejemplo, la alimentación adecuada, el mantenimiento de relaciones sexuales eróticas satisfactorias han sido resaltadas como “armas de guerra” contra la infección del VIH/SIDA (De Moya, 2003).

El factor “Residual”, incluyó los síntomas de disminución del interés por el sexo y el llanto. La relación entre estos síntomas no queda evidenciada fácilmente, pues no se conoce de estudios anteriores donde hayan encontrado tal relación.

En cuanto a diferencia en el grado de severidad de las distorsiones cognitivas entre hombres y mujeres, se encontró que los hombres tendían más al razonamiento emocional,

la falacia de control y la culpabilidad. Estos hallazgos son congruentes con los hallazgos de otros investigadores dominicanos que han encontrado que las mujeres se adaptan mejor al diagnóstico VIH positivo que los hombres, los hombres amenazan con cometer actos de violencia contra sí y contra otros (De Moya y cols., 1998; Cáceres y cols., 1998; García y cols., 1994).

Estudiando la relación existente entre las distorsiones cognitivas y el nivel educativo, se encontró que la personalización fue característica de personas con niveles educativos bajos (1ro – 5to de primaria). Acerca de la personalización, Álvarez (1997) ha manifestado que: “utilizamos esta forma de distorsión cuando nos consideramos el centro del universo y creemos que lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia nosotros”. Este hallazgo sugiere que las personas con niveles educativos bajos son más propensas a relacionar sus problemas con una situación particular.

El hecho de no encontrar ninguna relación entre el tiempo de enterarse del diagnóstico y el grado de severidad de las distorsiones cognitivas podría deberse a que no todas las personas tuvieron la misma reacción al diagnóstico de la enfermedad; además, a lo largo del proceso de enfermedad son muchos y variados los acontecimientos que pueden activar o desactivar esquemas inadaptados y generar diferentes emociones en las personas con VIH.

En relación con la influencia de la atención psicológica en la severidad de las distorsiones resultó significativa la Falacia de Razonamiento. Al parecer, las personas que no han recibido ninguna orientación psicológica tienden a ser más resistentes y a empeñarse en demostrar que tienen la razón. Probablemente el no recibir orientaciones apropiadas sobre el VIH los hace después más reticentes a expresar sus emociones en forma adecuada.

REFERENCIAS

1. Álvarez, R. (1997). Para Salir del Laberinto. España: Sal Terrae.
2. Beck, AT. (1963). Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry. 9: 324-333.
3. Beck, A. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect. New York: Hoeber.
4. Beck At., Rush A. J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford
5. Beck, A., Rush A., Shaw B. & Emery G. (2000) Terapia cognitiva de la depresión. España: Descleè.
6. Cáceres, F., Duarte I., de Moya E., Pérez-Then, E., Hasbún, J., Tapia, M. (1998). Análisis de la Situación y la Respuesta al VIH/SIDA en la República Dominicana: Informe Final. CONASIDA, ONUSIDA, AcciónSIDA, UNESCO.
7. Calvete, E., & Caldeño, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. Revista anales de psicología. Vol. 15 No. 2, 179 – 190. España: Universidad de Murcia.
8. Castillo, F., Corporán, V., & Caffaro, N. (1997). Depresión y Ansiedad: Valoración de los síntomas predominantes en un grupo de personas VIH positivo y en un grupo de personas con Cáncer. Universidad Católica de Santo Domingo; D.N. Tesis de grado para optar por el título de licenciado en psicología.
9. Costa, J., Damiano, A., (1992). La infección por el virus

- de la inmunodeficiencia humana: Patogenia, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
10. De Moya, A. (Comunicación personal. 22 Septiembre 2003).
 11. De Moya, E. (2002). Las armas secretas de una mujer de guerra. Perspectivas Psicológicas, volumen 2, año III, Santo Domingo, RD.
 12. De Moya, E. (2003). Juegos de Guerra: el enfoque genérico-cultural de la respuesta al VIH/SIDA. Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana, UASD.
 13. Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Stuart.
 14. Ellis, A. (1987). The practice of rational-emotive therapy. 2. Edition. Springer Pub Co (1997).
 15. García R., de Moya E., Faul, R., Freitas, A., Guerra, S., Castellanos, C. (1994). Los consejeros y las percepciones de pacientes VIH+en cuanto a la diferencia de género en educación y consejería en VIH/SIDA. Santo Domingo: Instituto de Sexualidad Humana, UASD.
 16. MC Kay, M., Davis, M. / Fanning, P. (1985): Técnicas cognitivas para el control del estrés. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
 17. Navas, José J. (1998). Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC). Santurce: PSYPRO.
 18. OMS/OPS (1994). Prevención del SIDA: Normas para los administradores de los programas de salud materno infantil y de planificación familiar. (SMI/PF).
 19. Ruiz, J. (Comunicación personal, 15 Noviembre 2003).
 20. Ruiz, J., Imbernón, J. (1996). Sentirse Mejor. Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. Ubeda: ESMD-UBEDA.<http://www>.
 21. Segal Z.V., (1988) Appraisal of Self-Schema Construct in Cognitive Models of Depression. Psychological Bulletin, 103, 147-162.
 22. SESPAS/DIGECITSS, (2001). Informe de vigilancia de VIH/SIDA República Dominicana. Santo Domingo, R.D.: Autor.
 23. Young, J. (1999). Terapia cognoscitiva para trastornos de personalidad: un acercamiento enfocado en esquemas. (3ra Ed.). Florida: Professional Resource Press.

SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE CARRERA ADMINISTRATIVA SANITARIA

Miércoles 13 de Abril 2011		España ”	
07:00 PM	REGISTRO DE PARTICIPANTES		Expositor: D. Francisco Díaz de Rojas Consultor
07:30 PM	ACTO DE APERTURA	10:45 – 11:00	SESION PARA PREGUNTAS
	Palabras D. Ramón Ventura Camejo Ministro de Administración Pública	11:00 –11:30	VIDEO CONFERENCIA “La experiencia de la carrera sanitaria en
		Latinoamérica”	
	Palabras D. Bautista Rojas Ministro de Salud y Asistencia Social		Expositor: D. Carlos Rosales Asesor Regional Recursos Humanos en Salud Consultor Regional de OPS/OMS con sede
		en Washington	
	Palabras Da. Lilian Reneau Vernon Representante de la Organización Panamericana	11:30 – 11:45	SESION PARA PREGUNTAS
de la Salud		11:45 – 12:15	PONENCIA “Contribución del Estudio de Puestos y
	Rep. Dominicana	Política Salarial al	
08:00 PM	Entrega del Anteproyecto de Ley de Carrera sanitaria al Presidente		Desarrollo de la Carrera sanitaria” Expositor: D. Frank González Especialista en Administración Pública
	del Senado D. Reynaldo Pared Pérez	12:15 – 12:30	SESION PARA PREGUNTAS
	Palabras D. Reynaldo Pared Pérez	12:30 – 14:00	ALMUERZO
	Presidente Senado de la República Dominicana	14:30 – 14:45	PONENCIA
08:15 PM	CONFERENCIA MAGISTRAL		“La carrera sanitaria vista desde el gremio
del Sistema de	“Fundamentos para el diseño y aplicación	de los Médicos”	
	Carrera sanitaria” Expositor: D. Francisco		Expositor: D. Senen Caba Presidente del Colegio Médico Dominicano
Díaz de Rojas	Consultor	14:00 – 14:30	SESION PARA PREGUNTAS
		14:45 – 15:15	PONENCIA
08:55 PM	COCTEL		“La experiencia de la carrera sanitaria en
		Costa Rica”	
Jueves 14 de Abril 2011			Expositor: D. Francisco Chang Director del Area de Salarios e Incentivos Dirección General de Servicio Civil de
08:30 AM	REGISTRO DE PARTICIPANTES		
09:00 AM	INSTALACION DEL SEMINARIO	Costa Rica	
09:15-09:45	PONENCIA	15:15 – 15:30	SESION PARA PREGUNTAS
	“La Carrera sanitaria en el marco de la	15:30 – 16:00	PONENCIA
profesionalización de la	Función Pública”. Expositor: D. Gregorio	impacto en el Sistema	“El desarrollo de la carrera sanitaria y su
Montero	Vice-Ministro de Función Pública, Director	Puente	Dominicano de Salud”. Expositor: Da. Joselyn
de Sistemas de Carrera	Ministerio de Administración Pública		Encargada de Recursos Humanos de la
09:45 - 10:00	SESION PARA PREGUNTAS	Dirección de Desarrollo y	Fortalecimiento de los Servicios de Salud
10:00 - 10:15	INTERVALO PARA CAFE	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	
10:15 – 10:45	PONENCIA	16:00 – 16:15	SESION PARA PREGUNTAS
	“La experiencia de la carrera sanitaria en	16:15	CLAUSURA

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL EN ADOLESCENTES. HOSPITAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL

Fátima Elizabeth Rodríguez Sánchez,* Laritza Esther Rincón Ramírez,* Héctor R. Mateo de la Cruz, Cristian Arias Ramírez,* Luz Astani Ruiz Rodríguez,* Yuderka Lerebours, ** Demetrio Dios del Toro.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, cuyo propósito consistió en determinar la frecuencia y manejo de la Enfermedad Hipertensiva Gestacional en adolescentes admitidas en el Hospital Juan Pablo Pina durante el período Enero 2007- Diciembre 2008.

El Universo estuvo constituido por 21,389 embarazadas, de las cuales 5,134 eran adolescentes y la muestra por 167 adolescentes, comprendidas entre los 13 y 18 años de edad. El estudio fue realizado mediante un cuestionario aplicado a los expedientes previamente seleccionados.

Encontrándose que el 52.6 por ciento estaban comprendidos entre los 17 y 18 años de edad, un 68.8 por ciento vivían en unión libre, un 41.3 por ciento sólo llegó al nivel académico primario, un 61.0 por ciento era ama de casa, un 57.4 por ciento procedían de una zona rural, un 53.2 por ciento presentó preeclampsia severa. La patología agregada más frecuente al diagnóstico fue: Amenaza Parto Prematuro, con un 15.6 por ciento.

La edad gestacional en que más se presentó la Enfermedad Hipertensiva Gestacional (EHG) fue de 37 a 41 semanas, para un total de 71.2 por ciento.

Un 79.0 por ciento no presentaron antecedentes personales patológicos. Un 93.4 por ciento de las adolescentes eran primigestas. Un 31.1 por ciento tenía un mínimo de cuatro chequeos prenatales. Un 58.6 por ciento tenía los niveles tensionales entre los 140 a 159 sistólica y de 90 a 99 diastólica. Un 31.1 por ciento presentó Edema de 2 cruces (++), en un 46.1 por ciento de los casos se presentó trazas de Albúmina.

En un 37.8 por ciento de los casos el medicamento administrado con más frecuencia para el manejo de la EHG fue Metildopa; un 48.5 por ciento de las pacientes finalizó su embarazo en cesárea.

Palabras claves: Hipertensión, embarazo, adolescente.

ABSTRACT

We performed a retrospective descriptive study of cross section, whose purpose was to determine the frequency and management of gestational hypertensive disease in adolescents admitted to the Juan Pablo Pina Hospital during the period January 2007 - December 2008.

The universe consisted of pregnant 21,389, 5,134 of whom were teenagers and the sample of 167 adolescents between 13 and 18 years of age. The study was conducted through a

questionnaire administered to previously selected files.

Found that 52.6 percent were between 17 and 18 years of age, a 68.8 percent lived in free union, a 41.3 percent reached only primary school level, a 61.0 percent was a homemaker, a 57.4 percent came from a rural area, 53.2 percent had severe preeclampsia. The most common aggregate pathology at diagnosis: Threatened Preterm Labor with 15.6 percent.

The gestational age was filed more gestational hypertensive disease (EHG) was 37 to 41 weeks, for a total of 71.2 percent.

A 79.0 percent showed no medical history. 93.4 percent of adolescents were nulliparous. A 31.1 percent had at least four prenatal checkups. A 58.6 percent had pressure levels between 140 to 159 systolic and diastolic 90 to 99. A 31.1 percent edema (++), 2 crosses in 46.1 percent of the cases were traces of albumin.

In 37.8 percent of the cases the most commonly administered drug for the management of the EHG was Methyldopa, a 48.5 percent of patients completed their pregnancies in Caesarean section.

Keywords: hypertension, pregnancy, adolescent.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad Hipertensiva Gestacional es un trastorno multiorgánico exclusivo del embarazo que se caracteriza por la aparición de hipertensión, proteinuria y edema; suele presentarse después de las 20 semanas de gestación, aunque puede comenzar antes (en caso de la enfermedad trofoblástica) y antes del séptimo día post-parto, representa más del 50 por ciento de los casos de Hipertensión Arterial y comprende del 5 al 10 por ciento de todas las gestantes a nivel mundial, afectando sobre todo a la primigestas adolescentes o mujeres mayores de 35 años. Estas últimas asociadas la mayoría de veces a una historia de hipertensión crónica, diabetes, embarazo gemelar, hidramnios, fetos macrosómicos, etc. Ha sido objeto de numerosas investigaciones por su alta frecuencia en la morbilidad y mortalidad materno-infantil y la incidencia al aumento de está.1

La hipertensión gestacional representa un importante problema en la República Dominicana, debido a su alta incidencia y su tendencia al aumento en todos los estudios revisados, de los cuales detallaremos en el desarrollo de esta investigación. La importancia de este estudio es principalmente las repercusiones sobre el feto y la madre.

En un estudio realizado en 1991 por Rodríguez y Soriano en los Centro Materno-infantil de República Dominicana estableció un análisis de las características del embarazo de

* Médico general

** Asesor.

130 adolescentes menores de veinte años, parte de un total de 621 embarazadas, mostró una tendencia a mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva del embarazo particularmente en menores de 17 años, no encontrando diferencia significativa estadísticamente entre las características biosociales de los grupos menores de 20, sin embargo en el grupo de adolescentes hubo más madres solteras y más baja escolaridad, con menor número de embarazadas con estudios secundarios, menos empleo, mayor ruralidad.² La mayoría de las madres hipertensas toleran bien el embarazo. Sin embargo, cuando las complicaciones se presentan son generalmente graves y aumentan tanto la mortalidad perinatal como la mortalidad materna. La encuesta Demográfica de Salud (ENDESA) de 1997 al 2007 afirma que la morbilidad materno-fetal oscila en cientos cincuenta y nueve por cada cien mil nacidos vivos.⁵

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El estudio se realizó en el Hospital Juan Pablo Pina, localizado en la región sur de la República Dominicana en la Provincia San Cristóbal, está limitado en los linderos: Al Norte: Calle Santomé (#42); al Sur: Calle Juan Tomás Díaz; al Este: Calle Padre Billini, al Oeste: Calle Manuel María Seija, cerca de 10 minutos caminado desde la plaza central y a 30 minutos al Oeste de Santo Domingo en vehículo. Este es un centro de salud de tercer nivel que pertenece a la red pública de prestación de los servicios de salud.

Estuvo constituida por 167 pacientes del universo, lo cual corresponde a un 10 por ciento, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Adolescentes diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Previo aprobación del tema por la Oficina de Tesis y de verificarse la no existencia del tema a investigar en tres bibliotecas universitarias, se dirigió una carta al Coordinador de la Oficina de Tesis, a la Directora del Hospital Juan Pablo Pina y al Jefe de Enseñanza de dicho hospital. Se procedió a investigar en los archivos de dicha institución los récords de las pacientes en el área de obstetricia. Para la recolección de la información se diseñó un protocolo que recoge las variables a investigar.

Los datos obtenidos se procesaron mediante el programa SPSS Versión 11, obteniendo frecuencia y porcentaje, y graficándose con el Programa Microsoft Excel 2003, comprobadas las variables considerándose los cruces correspondiente; expresada mediante tablas y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.⁶

RESULTADOS

Observamos que la mayoría de las pacientes (52.69 por ciento), estuvo en el rango de edad de 17 – 18 años, con 88 casos.

Podemos ver que la mayoría de las pacientes (53.29 por ciento) fue ingresada con un diagnóstico de Preeclampsia Leve, con un total de 89 casos.

Observamos que la mayoría de las pacientes (71.26 por ciento) se encontraba en edad gestacional de 37-41 semanas, con un total de 119 casos. La tabla anterior muestra que la mayoría de las pacientes (79.04 por ciento) no tuvo ningún antecedente personal patológico, con un total de 132 casos.

Podemos ver que la mayoría de las pacientes en estado de gestación (93.41 por ciento) eran primerizas, es decir, era su primer parto, con un total de 156 casos. Aquí se observa que la mayoría de las pacientes (31.14 por ciento) habían tenido de 1-3 controles prenatales, con un total de 52 casos.

En cuanto a la Tensión Arterial, la mayoría de las pacientes

(58.68 por ciento) tenía un nivel de tensión arterial (HTA) menor de 140 (sistólica) - 90 (diastólica), con un total de 98 casos. En este cuadro se observa que con la mayoría de las pacientes (31.14 por ciento) se presentó dos cruces, con un total de 52 casos. Observar que en la mayoría de los casos (37.86 por ciento) el tratamiento utilizado fue Metildopa, con un total de 117 casos.

Podemos observar que la mayoría de la vía de finalización de los embarazos (48.50 por ciento) fue una Cesárea, con un total de 81 casos. Podemos observar que en la mayoría de los casos (46.11 por ciento) presentó como Proteinuria trazas de albúminas, con un total de 77 casos.⁷

Tabla I. Distribución según edad, de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Tabla I. Distribución según edad, de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008. Edad	Frecuencia	Porcentaje
13 – 14	25	14.97
15 – 16	54	32.34
17 – 18	88	52.69
Total	167	100.00

RESULTADOS

Observamos que la mayoría de las pacientes (52.69 por ciento), estuvo en el rango de edad de 17 – 18 años, con 88 casos.

Podemos ver que la mayoría de las pacientes (53.29 por ciento) fue ingresada con un diagnóstico de Preeclampsia Leve, con un total de 89 casos.

Observamos que la mayoría de las pacientes (71.26 por ciento) se encontraba en edad gestacional de 37-41 semanas, con un total de 119 casos.

La tabla anterior muestra que la mayoría de las pacientes (79.04 por ciento) no tuvo ningún antecedente personal patológico, con un total de 132 casos.

Podemos ver que la mayoría de las pacientes en estado de gestación (93.41 por ciento) eran primerizas, es decir, era su primer parto, con un total de 156 casos.

Aquí se observa que la mayoría de las pacientes (31.14 por ciento) habían tenido de 1-3 controles prenatales, con un total de 52 casos.

En cuanto a la Tensión Arterial, la mayoría de las pacientes (58.68 por ciento) tenía un nivel de tensión arterial (HTA) menor de 140 (sistólica) - 90 (diastólica), con un total de 98 casos.

En este cuadro se observa que con la mayoría de las pacientes (31.14 por ciento) se presentó dos cruces, con un total de 52 casos.

Observar que en la mayoría de los casos (37.86 por ciento) el

tratamiento utilizado fue Metildopa, con un total de 117 casos.

Podemos observar que la mayoría de la vía de finalización de los embarazos (48.50 por ciento) fue una Cesárea, con un total de 81 casos.

Podemos observar que en la mayoría de los casos (46.11 por ciento) presentó como Proteinuria trazas de albúminas, con un total de 77 casos.

Tabla I. Distribución según edad, de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
13 – 14	25	14.97
15 – 16	54	32.34
17 – 18	88	52.69
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla II. Distribución según el Diagnóstico de Ingreso de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Diagnóstico de Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
No específica	7	4.19
Eclampsia	2	1.20
Preeclampsia Leve	89	53.29
Preeclampsia Severa	69	41.32
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla II.I. Distribución según Patología Agregada en el Diagnóstico de Ingreso de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Patología Agregada	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza Parto Prematuro	7	21.88
Anemia Severa/ DPPNI/ Óbito Fetal	1	3.13
DPPNI/ Feto Muerto	5	15.63
Eminencia de Eclampsia	1	3.13
Eminencia de Eclampsia/ Óbito Fetal	1	3.13
Feto Muerto	5	15.63
Gemelaridad	2	6.25
Gemelaridad/ Parto Prematuro	1	3.13
Gemelaridad/Amenaza Parto Prematuro	1	3.13
HTA Crónica	1	3.13
Infección de Vías Urinarias	1	3.13
Macrosomía Fetal	2	6.25
Parto Prematuro	2	6.25
Podálico	1	3.13
Polihidramnios	1	3.13
Total	32	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla III. Distribución según edad gestacional al momento del ingreso de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Edad Gestacional (semanas)	Frecuencia	Porcentaje
20 – 27	7	4.19
28 – 36	40	23.95
37 – 41	119	71.26
42 ó más	1	0.60
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla IV. Distribución de los Antecedentes Personales Patológicos de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Antecedentes Personales Patológicos	Frecuencia	Porcentaje
HTA	17	10.18
Preeclampsia	0	0.00
Eclampsia	1	0.60
Diabetes	11	6.59
Nefropatía	0	0.00
Hepatopatía	0	0.00
Tabaquismo	4	2.40
Otros: Falcemia	2	1.20
Negado	132	79.04
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla V. Distribución según la Paridad de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	156	93.41
Múltipara	11	6.59
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla VI. Distribución de acuerdo al número de Controles Prenatales de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
No específica	28	16.77
0	14	8.38
De 1 - 3	52	31.14
De 4 - 6	39	23.35
De 7 - 10	34	20.36
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Período Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla VII.I. Distribución según los Niveles de Tensión Arterial encontrados en las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Niveles de Tensión Arterial (HTA)	Frecuencia	Porcentaje
No específica	5	2.99
Menor 140 (sistólica) 90 (Diastólica)	98	58.68
140-159 Sistólica 90-99 Diastólica	41	24.55
Mayor o igual a 160 (sistólica) 100 (Diastólica)	23	13.77
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Periodo Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla VII.II. Distribución según la Proteinuria encontrada las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Proteinuria (Albuminuria)	Frecuencia	Porcentaje
No específica	30	17.96
Trazas de albúminas	77	46.11
Una cruz	29	17.37
Dos cruces	27	16.17
Tres cruces ó más	4	2.40
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Periodo Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla VII.III. Distribución según el Edema en miembros inferiores encontrados en las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Edema en miembros inferiores	Frecuencia	Porcentaje
No específica	43	25.75
Una cruz	44	26.35
Dos cruces	52	31.14
Tres cruces	21	12.57
Mayor de tres cruces	4	2.40
Generalizado (anasarca)	3	1.80
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Periodo Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla VIII. Distribución según el Tratamiento recibido de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Metildopa	117	37.86
Hidralazina	61	19.74
Nifedipina	4	1.29
Furosemida	13	4.21
Sulfato de Magnesio	82	26.54
Benzodiacepina	8	2.59
No especificado	17	5.50
Otros fármacos	7	2.27

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Periodo Enero 2007 – Diciembre 2008-

Tabla IX. Distribución según la Vía de Finalización del Embarazo de las pacientes que asistieron a la consulta de obstetricia diagnosticadas con enfermedad hipertensiva gestacional en el hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el período Enero 2007 – Diciembre 2008.

Vía de finalización del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
No específica	12	7.19
Parto	74	44.31
Cesárea	81	48.50
Total	167	100.00

Fuente: Registro de Datos de Consulta del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el Periodo Enero 2007 – Diciembre 2008-

DISCUSIÓN

En la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina se atendieron 5,134 pacientes adolescentes embarazadas, de las cuales fueron diagnosticadas 167 con trastornos Hipertensivos del Embarazo, esto hace que la frecuencia de esta patología durante el periodo de estudio es de 0.78 por ciento, lo que supone un aumento en relación con el estudio realizado en el 2002 que reportó 0.60 por ciento.²³

En el cuadro y figura 1 encontramos que las edades más frecuentemente afectada son las de entre 17 y 18 años con un porcentaje de 52.69 por ciento seguidos de las adolescentes de 15 a 16 años con 32.34 por ciento. Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de la adolescente embarazada y las patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas, lo que concuerda con otras investigaciones este trabajo se evidencia que casi la totalidad de las adolescentes intermedias presentó patologías asociadas, lo que guarda relación con un estudio realizado por Ahued y col.²⁴ en el año 2000, el cual señala que la edad es un factor predisponente a un embarazo de alto riesgo, siendo el riesgo mayor a menor edad. Por otra parte entre las patologías médicas asociadas al embarazo que se encontraron con mayor frecuencia se encuentran anemia, infecciones, nefropatías, hipertensión y diabetes.

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública que genera cambios bio-psico-sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, como son las patologías

hipertensivas²⁵ por esta razón la mayoría de las pacientes en estado de gestación están unidas libremente con sus parejas en un 68.86 por ciento, y un 26.95 por ciento es soltera y abandonaba la escuela en el nivel primario con un 41.32 por ciento y el 30.5 no especifico su nivel académico, esto lo observamos en cuadro y grafico 2 y 3; además que la ocupación de estas es de ama de casa y muy pocas de ellas sigue estudiando.

Esto puede deberse a que en las poblaciones rurales que, son las más frecuentes con un porcentaje en un 57.49 y urbanas marginales 41.51, la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles siendo probable que ésta represente una mejor condición individual y para los padres un compromiso menos.

Al momento de ingreso el 53.2 por ciento fue diagnosticada con preeclampsia leve, mientras que el 41.2 por ciento de las pacientes con preeclampsia severa, destacando que no hay mucho margen de diferencia entre una y otra. Los que nos orienta a que la frecuencia es casi igual de una y de la otra. Observamos esto en el cuadro y gráfico No. 2.

La tabla y cuadro que corresponde al No. 2.1, observamos las patologías agregadas o secundarias a los trastornos Hipertensivos en los caso encontrados, la cual nos muestra que el 15.6 por ciento, le corresponde a la más frecuente, Amenaza de aborto, seguida de óbito fetal con 12.5 por ciento.

La edad gestacional en que se presentaron los trastornos hipertensivos de las pacientes adolescentes gestantes fue de 37 a 41 semanas, seguidas de 28 a 36 semanas con un porcentaje de 23.9, hecho que concuerda con las fuentes estudiadas en el transcurso de la investigación.^{17,18,16} Tabla y gráfico No. 3.

El mayor porcentaje de los casos tratados no se encontró antecedentes personales patológicos con un 79.04 por ciento y solo un 10.18 por ciento con Hipertensión arterial antes del embarazo, seguido de la Diabetes Mellitus con un 6.59 por ciento hecho que se evidencia con un estudio donde la totalidad de las adolescentes presentó patologías asociadas, lo que guarda relación con un estudio realizado por Ahued y col.²⁴ en el año 2000, dentro de los factores predisponentes a un embarazo de alto riesgo, siendo el riesgo mayor a menor edad. Por otra parte entre las patologías médicas asociadas al embarazo que se encontraron con mayor frecuencia se encuentran anemia, infecciones, nefropatías, hipertensión y diabetes. Cuadro y gráfico 4.

La mayoría de las adolescentes eran primigestas con un 93.41 por ciento (cuadro y gráfico 5), de estas solo el 20.36 por ciento asistió a todas sus consultas de control prenatal, seguidas de 23.35 por ciento que se presentó de 4 a 6 consultas y el mayor porcentaje tenían chequeos mínimos para los números de controles prenatales, en un 31.14 por ciento (cuadro y gráfico 6), hecho que concuerda con un estudio realizado en el año 2002 sobre la frecuencia de preeclampsia en las adolescentes embarazadas del mismo hospital.²³

Los niveles tensionales de las pacientes oscilaron entre 140/90 milímetro de mercurio, en un 58.6 por ciento, datos que confirman a la preeclampsia leve como la entidad más frecuente con este signo de presentación con un porcentaje de 24.5 le sigue los niveles tensionales de presentación entre 140-159 la sistólica y 90 a 99 la diastólica.

En cuanto al edema como signo de la Hipertensión gestacional, observamos que el 31.14 por ciento de las pacientes presentó 2 cruces de edema, solo una cruz el 26.3 por ciento y el 25.7 no se especifica. Al buscar proteinuria

encontramos 46.1 por ciento presento tiras reactivas, el 17 por ciento no se especifica en los record encontrados, una cruz se encontró en el 17.3 de los casos.

Según el manejo medicamentoso de las 167 pacientes tratadas en este estudio, 117 de estas fueron tratadas con metildopa para un 37.8 por ciento y 82 de estas se le administró sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones para un 26.5 por ciento, siguiendo así el criterio de tratamiento^{17,18,16} según el avance obtenido y la reacción de la paciente, seguida de la administración de Hidralacina con un 19.6 por ciento.

En cuanto a la vía de finalización del embarazo, encontramos el cuadro y gráfico No. 9 el 48.5 de las pacientes se les interrumpió por medio de cesárea tipo Kerr y el 44.3 tuvo un parto eutócico. Lo que indica que un caso de preeclampsia leve que puede ser llevado a término bajo control, puede tener una finalización del embarazo normal, sólo se tiene como recurso la cirugía en caso de algún descontrol como el avance de la patología, que se ponga en peligro la madre, el feto o ambos.^{17,18,16,26}

REFERENCIAS

1. Farreras Valentí, Rozman C. Medicina Interna. 15va. Edición, Vol. I. 2005. Elsevier, España. Págs. 926 929
2. Rodríguez, Virgilio; Soriano, Gregorio. Características epidemiológicas de la adolescente embarazada en República Dominicana / Epidemiologic characteristics of the pregnant adolescent in Dominican Republic. Santo Domingo; Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil; 1991. 19 p.
3. Shwartz, Ricardo Leopoldo; Fascina, Ricardo H.; Diverge, Ricardo A. Obstetricia de Shwartz. 6ta. Edición. 2005. Editora el Ateneo. Capítulo 9. Pág. 302 313.
4. Gallego, Clara. Apuntes de Ginecología. Hipertensión Gestacional. Revista Latindex. España. 2008. Vol. 1. Pág. 431.
5. www.ONE.gov.do
6. Papalia, E.; Wendkos Olds, D; Duskin, S; Feldman, R. Psicología del Desarrollo. 9na. México, McGraw HiLL/ Interamericana Ed, 2005.
7. Castañeda Jiménez, J. Aprendizaje y Desarrollo. 1ra ed. México, McGraw HiLL/Interamericana Ed, 2004.p.143 161.
8. Checa Susana, Género. Sexualidad y Derechos en la Adolescencia, 1ra. ed, Buenos Aires, 2003.
9. Faña, Efigenia; Fernández, Eggly; Mendoza, José. "Frecuencia y Manejo de Hipertensión Arterial en Gestantes en el Hospital Materno – Infantil San Lorenzo de Los Mina. Septiembre – Diciembre 2007. Tesis UASD. 2008.
10. Dulanto Gutiérrez, E. El Adolescente. 1ra. ed. México, McGraw HiLL/Interamericana Ed, 2000. p. 91 100.
11. <http://www.monografias.com/trabajos13/elembaraz/elembaraz.shtml>
12. <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?GUID=e25d04c2-da0f-4579-ae17-5e9cecd7b0c4&ID=137316>
13. Report of the National. High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:S1 S22.
14. Robert JM, Cooper DV. Pathogenesis and genetic of preeclampsia. Lancet. 2001;357:53 6.
15. Levine, RJ; Ewuell, MG. Should the definition of preeclampsia include a rise in diastolic blood pressure of

- = 15 mmHg to a level > 90 mmHg in association with proteinuria?. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:787-92.
16. Dekker J, Sibai B. Primary, Secondary and tertiary prevention of preeclampsia. Lancet. 2001; 357:209-215.
 17. Ahued J, Lira P, Simóns L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. [Monografía de Internet]*. México: 2001 [acceso 22 de abril de 2006]. Disponible en: [http://scielo.mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0009 7412 001000600007 & ing= es & nrm=iso](http://scielo.mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-7412-001000600007&ing=es&nrm=iso). issn0009 7411
 18. Comisión Nacional Cubana de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 1999; 38 (3):1-9.
 19. Botero, V. Jaime; Jubiz, H. Alfonso; Henao, Guillermo. Ginecología y Obstetricia. 6ta edición. 2000. Pág. 197-208.
 20. Wetz AC. Hipertensión Gestacional. En: Jones JH, Wentz AC, Burnett LS, editores. Tratado de ginecología de Novak. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. Año, Páginas....
 21. The seven report of the Joint National Committee of Prevention. Detection the Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Jama. 2003; 289:2570-2.
 22. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social. Normas Nacionales para el manejo de las principales Urgencias Obstetricas. SESPAS, 2008. pag. 42-48.
 23. Minaya-Grullón, María S.; Domínguez de León, Norys A.; Acosta Beato Altargacia, "Incidencia de Embarazo en Adolescentes en el Hospital Regional Universitario DR. Luis Manuel Morillo King". Unidad Médica. DR ISSN 1560 2605. Vol. 14, No. 2. Julio – Diciembre 2007. Pág. 161.
 24. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reglamento Técnico Administrativo para la promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes. Caracas: 2003. Tomo I: 3-4. Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/bvs/tex/electronicos/adolesc/libro_adole_opsi.pdf
 25. Lindheimer, Marchall D.; Roberts, James M.; Cunningham, Gary f. Hipertensión en el Embarazo de Chesly. 2da Edición. McGraw Hill Interamericana. Mexico. D.F. 2001.
 26. María S. Minaya Grullón, Norys A. Domínguez de León, Altargacia Beato Acosta, "Incidencia de Embarazo en Adolescentes en el Hospital Regional Universitario DR. Luis Manuel Morillo King". Unidad Médica. DR ISSN 1560 2605. Vol. 14, No. 2. Julio – Diciembre 2007. Pág. 161.
 27. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reglamento Técnico Administrativo para la promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes. Caracas: 2003. Tomo I: 3-4. Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/bvs/tex/electronicos/adolesc/libro_adole_opsi.pdf
 28. Palomo Cañete, L.M. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Grupo Schering. España. 2008. Pagina 328.
 29. Pineda, Alvarado, Canales; Metodología de la Investigación; 2da edición, español, Washington, D.C. 1994.
 30. Polit, Denise F., Hungler; Bernardette P., Investigación científica en ciencias de la salud, 5a. edición español, México, D.F., McGraw Hill interamericana. 1997.
 31. 31. Report of the National. High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:S1-S22.
 32. Robert JM, Cooper DV. Pathogenesis and genetic of preeclampsia. Lancet. 2001; 357:53-6.
 33. Rodríguez, Virgilio; Soriano, Gregorio. Características epidemiológicas de la adolescente embarazada en República Dominicana / Epidemiologic characteristics of the pregnant adolescent in Dominican Republic. Santo Domingo; Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil; 1991. 19 p.
 34. Sandy G. Sena Suazo, Emmanuela Blain, Gloria M. De la Rosa. "Complicaciones del Parto en Adolescentes Primigestas". Rev. Med. Dom. DR ISSN 0254 4504. ADOERBIO 001. Vol. 69 – No. 2. Mayo – Agosto, 2008. Pág. 72.
 35. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social. Normas Nacionales para el manejo de las principales Urgencias Obstetricas. SESPAS, 2008. pag. 42-48.
 36. Shwartz, Ricardo Leopoldo; Fascina, Ricardo H.; Diverge, Ricardo A. Obstetricia de Shwartz. 6ta. Edición. 2005. Editora el Ateneo. Capítulo 9. Pág. 302-313.
 37. The seven report of the Joint National Committee of Prevention. Detection the Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Jama. 2003;289:2570-2.
 38. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Monzon L. Riesgos en el embarazo en la adolescente. Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006;153(4):13-17.
 39. Wetz AC. Hipertensión Gestacional. En: Jones JH, Wentz AC, Burnett LS, editores. Tratado de ginecología de Novak. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. Año, Páginas....
 40. www.ONE.gov.do
 41. Yasenia González, Kely Díaz Guerrero. "Factores Predisponentes de Preeclampsia en Adolescentes Embarazadas que fueron Asistidas en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, República Dominicana, Período Marzo – Mayo 2005. Revista Médica SMP Adverbio 014 – Mayo – Agosto 2006.
 42. <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?GUID=e25d04c2-da0f-4579-ae17-5e9cecd7b0c4&ID=137316>
 43. <http://www.monografias.com/trabajos13/elembraz/elembraz.shtml>

DISMENORREA EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ASISTIERON A LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA ANGOSTURA.

*Domingo Conrado Mateo del Rosario, * Francisco Alberto Carvajal Montero, * Pablo Roberto Carvajal Matos, * Mildry Yazmín Peña Paniagua, * Juan Carlos Martínez Castillo**

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, con el propósito de relacionar los factores etiológicos de la Dismenorrea en mujeres de edad reproductiva que asistieron a la unidad de atención primaria Angostura, Mella, Provincia Independencia en el periodo Enero-Junio 2010.

Durante este periodo de estudio la población estuvo constituida por un total de 43 pacientes, donde la edad de mayor incidencia fue de 13 a 40 años, el método que utilizamos fue la entrevista donde los resultados revelaron que la edad más afectada fue de 13 a 20 años para un total de 44 por ciento, así mismo un 58 por ciento señala que sus madres padecieron esta misma patología cuando eran jóvenes, un 44.2 por ciento de los casos tienen inicio del dolor un día después de haber empezado el sangrado, por otro lado un 60.6 por ciento coincide que el dolor es más intenso cuando hay presencia de coágulos abundantes y un 42 por ciento utilizan ibuprofeno como analgésico y antiinflamatorios.

Palabras claves: Edad reproductiva, Dismenorrea, Unidad de Atención Primaria.

ABSTRACT

This is a retrospective, descriptive cross-sectional, in order to relate the etiological factors of dysmenorrheal in women of reproductive age attending the primary care unit Angostura, Mella, Independence Province in the period January to June 2010.

During this period of study population consisted of a total of 43 patients, where the age of highest incidence was 13-40 years, the method we used was the interview where the results revealed that the most affected age was 13-20 years for a total of 44 percent and 58 percent also said that their mothers had the same condition when they were young, a 44.2 per cent of cases have onset of pain a day after he started bleeding, on the other hand a 60.6 percent agree that pain is more intense when there is abundant presence of clots and 42 percent used as an analgesic and anti-inflammatory ibuprofen.

Keywords: Reproductive Age, Dysmenorrheal, Primary Care Unit

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición de la primera menstruación (menarquía) hasta la desaparición de la regla (menopausia), las mujeres no embarazadas experimentan unos cambios cíclicos secuenciales

en los ovarios y el útero. Cada ciclo tiene una duración de unos 28 días e implica la preparación de un ovocito por el ovario y la adecuación del endometrio para recibir a este en el supuesto de que quede fertilizado. Si la fertilización no se produce el endometrio se desprende del lecho compacto y esponjoso que había preparado dejando unas áreas hemorrágicas que producen el sangrado menstrual.

Menstruación: La menstruación se debe a la supresión repentina del influjo estrogénico y progestacional, al final del ciclo ovárico mensual. El primer efecto es la disminución de la estimulación de las células endometriales por estas dos hormonas, seguido de la rápida involución del propio endometrio a un espesor aproximado del 65% del inicial.

Posteriormente los tortuosos vasos sanguíneos sufren vaso espasmo, posiblemente a causa de algún efecto de la involución, como la liberación de un material vasoconstrictor, probablemente prostaglandinas, que abundan en ese momento. El vaso espasmo, la disminución de nutrientes del endometrio, y la pérdida de la estimulación hormonal provocan una necrosis incipiente del endometrio.

Gradualmente las capas necróticas del endometrio se separan del útero en estas zonas de hemorragia hasta que, unas 48 horas después del inicio de la menstruación todas las capas superficiales se han escamado. La masa de tejido descamado y de sangre en la cavidad uterina, mas los efectos contráctiles de las prostaglandinas u otras sustancias, inician las contracciones uterinas que expulsan el contenido uterino.

Los cólicos uterinos graves o incapacitantes durante la menstruación ovulatoria y en ausencia de un trastorno demostrable de la pelvis se denomina de manera global, Dismenorrea la cual se clasifica en primaria y secundaria.

Dismenorrea Primaria. Esta suele presentarse uno o dos años antes de la menarquía y suele ser más intenso con el tiempo hasta los 20 a 25 años y después disminuye con la edad especialmente en la paridad. Esta se trata con fármacos antiinflamatorios, anticonceptivos orales o ambas cosas.

Dismenorrea Secundaria. Se caracteriza por ser intensa, y con frecuencia acompaña a las enfermedades de la pelvis, aparece en mayor proporción en mujeres fumadoras, alcohólicas, por el exceso de peso, por el inicio temprano (11 años) de las reglas (menarquía), uso de DIU, antecedentes de infecciones pélvicas recientes, ciclos irregulares, metrorragias, promiscuidad, cirugías pélvicas recientes, quistes de ovario, entre otras. Esta a diferencia de la dismenorrea primaria el tratamiento va a depender de la causa que la produce.

Sin embargo, se creía que los síntomas premenstruales y el malestar durante la menstruación tenían un origen psicológico,

* Médico general

investigaciones recientes indican que a pesar de que los responsables son tanto los cambios químicos y hormonales, también sus causas son de forma hereditaria específicamente la dismenorrea primaria, pueden presentarse en el 30% al 50% de las mujeres cuyas madres o hermanas padecieron de este tipo de dismenorrea, de igual manera las hijas de las mujeres con dismenorrea son propensas a desarrollarla. Por tal motivo hemos decidido realizar esta investigación en una población objeto de estudio, con el objetivo de comparar nuestro trabajo de investigación, con datos nacionales e internacionales.

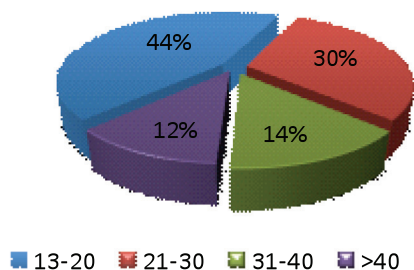
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, con el propósito de relacionar los factores etiológicos en mujeres en edad reproductiva que han padecido de dismenorrea, las cuales fueron tratadas en la Unidad de Atención Primaria Angostura. El universo estuvo constituido por un total de 43 pacientes que fueron seguidas en el periodo establecido.

Para la recolección de datos se elaboró una entrevista compuesta por 8 preguntas aplicadas de manera individual a cada una de las pacientes que acudieron a la consulta de dicho centro. El criterio de inclusión fueron todas las mujeres con 13 a 49 años de edad y como criterio de exclusión las mujeres >de 50 años de edad, embarazadas y con histerectomías posteriores. Los datos luego fueron procesados por medios manuales y organizados utilizando los programas de computadora Microsoft Office 2010, los **RESULTADOS** presentados mediante la utilización de tablas y grafico para facilitar el análisis e interpretación de los mismos donde luego se establecieron las conclusiones.

RESULTADOS

Grafico 1. Distribución por edad de las pacientes estudiadas en la Unidad de Atención Primaria Angostura



De acuerdo a la edad de las pacientes atendidas, encontramos que 19 de ellas tenían de 13 a 20 años reflejando el 44% de los casos; 13 tenían de 21 a 30 años representando el 30.3%; 6 estaban entre los 31 a 40 años para un 14% y 5 tenían >40 años para un 11.7% sumando un total de 43 asistidas para un total del 100%. Grafico 1.

Cuadro 1. Distribución según el tipo de familiar que desarrolló Dismenorrea.

Familiares	Casos	%
Madre	25	58
Hermanas	18	42
Total	43	100

En relación a las mujeres que desarrollaron dismenorrea observamos que 25 de las pacientes señalaron que sus madres padecieron dismenorrea para un 58% de los casos, mientras que 18 manifestaron que sus hermanas presentaron la misma patología siendo el 42% restante.

Cuadro 2. Distribución de la Dismenorrea según el inicio del periodo menstrual.

Periodo menstrual	Casos	%
1er día de Menstruación	17	39.4
2do día de Menstruación	19	44.2
Uno o dos días antes del inicio la menstruación	7	16.4
Total	43	100,0

De acuerdo a los resultados de la entrevista realizada 17 de los casos de dismenorrea se presentaron el 1er día de menstruación para un 39.4%, 19 de las demás pacientes en estudio revelaron que la dismenorrea le inicio 2do día de la menstruación para un 44.2%. y las 7 pacientes restantes presentaron dicha patología 1 o 2 días antes del periodo menstrual para un 16.4%.

Cuadro 3. Distribución según la etiología del aumento de la intensidad del dolor

Etiología	Casos	%
En presencia de coágulos abundantes.	26	60.6
Durante todo el periodo menstrual.	17	39.4
Total	43	100,0

Un total de 26 mujeres estudiadas expresaron que el dolor menstrual suele ser más intenso en presencia de coágulos abundantes representando el 60.6% de los casos, mientras que 17 pacientes presentaron dolor menstrual durante todo el periodo de la menstruación para un 39.4%.

Cuadro 4. Tipo de fármacos utilizados por las pacientes en estudio.

Farmacos utilizados	Casos	%
Diclofenaco	15	35
Ibuprofeno	18	42
Acido acetilsalicilico	6	14
Anticonceptivos Orales	4	9
Total	43	100

Finalmente, observando los tipos de fármacos utilizados por las pacientes en estudios encontramos que 15 de estas pacientes utilizaron diclofenaco, para un 35%, 18 más utilizaron ibuprofeno para un 42%, 6 de este grupo optaron por el acido acetilsalicilico para un 14% y por ultimo 4 pacientes optaron por los anticonceptivos orales.

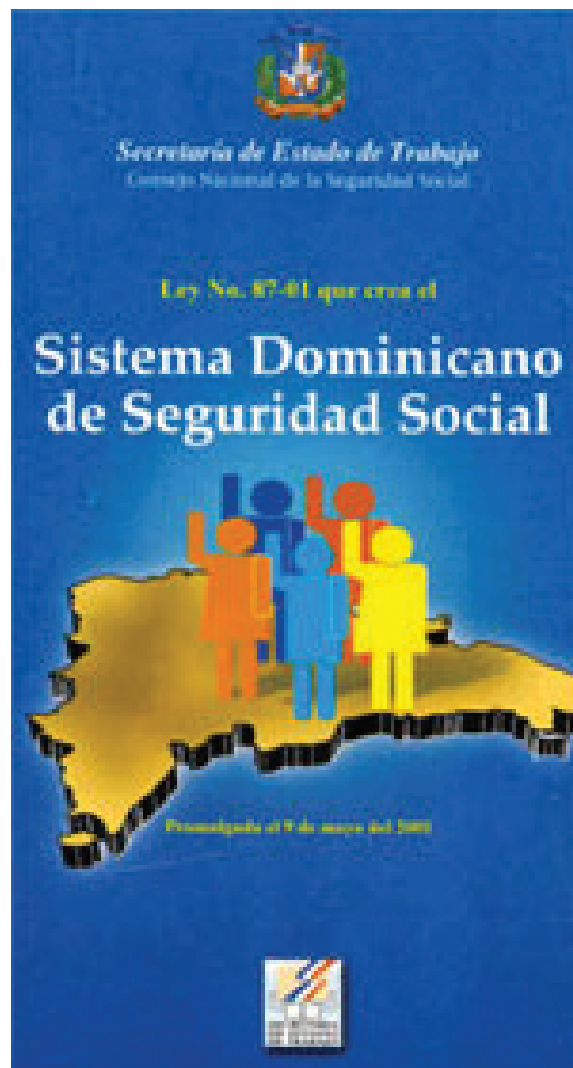
DISCUSIÓN

La frecuencia de dismenorrea según las mujeres en edad reproductiva fue de 13 a 20 años de edad con un total de 19 casos para un porcentaje de 44%, el segundo lugar lo ocupan las edades comprendidas de 21 a 30 años de edad con un 30.3% de los casos, 6 estaban entre los 31 a 40 años para un 14% y 5 tenían >40 años para un 11.7%, en donde pudimos comprobar la teoría de que la dismenorrea suele presentarse uno o dos años antes de la menarquía y suele ser más intenso con el tiempo hasta los 20 a 25 años y después disminuye con la edad. En relación a que las mujeres son más propensas a cursar dismenorrea si existe el factor hereditario, encontramos que 25 (58%) de las pacientes estudiadas señalaron que sus madres padecieron de esta y 18 (42%) especificaron que sus hermanas también. En este estudio confirmamos que la dismenorrea puede variar el tiempo de aparición sin importar la edad (Cuadro 2.), y que puede ser más intenso en presencia de coágulos abundantes como lo describen el 60% de las

pacientes. De acuerdo al tipo de fármacos utilizados por las pacientes para la mejoría del dolor menstrual, encontramos que los AINES fueron los fármacos de elección dejando atrás a los componentes hormonales. (Cuadro 4.)

REFERENCIAS

1. Bereck, J. Ginecología de Novak, 13va. Ed., México D.F.: Mc Graw-Hill Internacional, 2004.
2. Disla, J., Manual Práctico de Obstetricia y Ginecología 2da. Ed., Santo Domingo.
3. Williams obstetrician. F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gils trap, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom Cunningham, F. Gary...et. al. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2001
4. <http://es.wikipedia.org/wiki/Dismenorrea>.
5. http://www.farmacauticonline.com/cast/dones/dona_dismenorrea_c.html
6. <http://www.latinsalud.com/articulos/00208.asp>.



FRECUCENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE GANGRENA DE FOURNIER
HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Julissa Patiño Jiménez,* Víctor Rafael Tapia Vicioso,* Diamny Gómez Peralta,* Alejandra Rosario Méndez.*

RESUMEN

Con el propósito de determinar la frecuencia y factores riesgo de gangrena de Fournier, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con una muestra de 18 pacientes ingresados con diagnóstico de gangrena de Fournier en el Hospital Francisco E. Moscoso Puello, entre 2004-2007. Luego de analizar las informaciones recopiladas se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El sexo más afectado fue el masculino, la edad promedio de afectación fue de 31 a 70 años con una media de 50 años. El alcohol fue el hábito tóxico más usado; las infecciones en su etiología fueron las más frecuentes, los datos clínicos más relevantes fueron la fiebre, el edema y el dolor escrotal. El factor de riesgo de mayor frecuencia fue la diabetes mellitus, el microorganismo aislado más frecuente fue *Escherichia coli*, seguido del *Stafilococo* y la antibioterapia utilizada más efectiva fue la ampicilina y la amikacina.

Palabra clave: Gangrena de Fournier. Frecuencia, Factores de riesgo.

ABSTRACT

With the intention to determine the frequency and factors risk of gangrene of Fournier, a descriptive, retrospective study was made of cross section, with a sample of 18 patients entered with I diagnose of gangrene of Fournier in the Hospital Francisco E. Moscoso Puello, between 2004-2007.

After analyzing the compiled information the following conclusions were obtained:

Affected sex more was the masculine one, the age average of affectation was of 31 to 70 years with an average of 50 years. The alcohol was the used toxic habit more; the infections in his etiologic was most frequent, the more excellent clinical data were the fever, edema and the scrotal pain. Factors of risk of greater frequency mellitus was the diabetes, the more frequent isolated microorganism was *Escherichia coli*, followed of the *Staphylococci* and the used antibiotherapy more effective it was the ampicilina and the amikacina.

Key word: Gangrene of Fournier. Frequency, Factors Risk.

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante sinérgica de las regiones perirectal, perianal o genital que produce trombosis de la microvasculatura subcutánea por una endoarteritis, secundaria a una diseminación bacteriana que conlleva a necrosis y gangrena del tejido subyacente.¹⁴⁻¹⁶

* Médico general

Descrita por primera vez en 1883 por Jean Alfred Fournier médico venereólogo francés y desde entonces ha sido designada como gangrena de Fournier, gangrena estreptocócica, gangrena escrotal, gangrena espontánea, gangrena esencial e idiopática.¹⁵ La explicación de esta severa afección se encuentra en que es una infección sinérgica polimicrobiana en la que participan microorganismos de baja o moderada virulencia y presentan una combinación de bacterias tanto aerobias como anaerobias.

Entre las causas de la gangrena de Fournier están vinculadas un sin número de enfermedades como patologías recales, absceso perianal o isquiorrectal, perforación por trauma, cáncer, enfermedades diverticulares, afecciones genitourinarias, instrumentaciones urológicas o por cirugía de genitales externos, uretra y enfermedades de origen cutáneo secundario a lesiones de la piel por trauma o infección.¹ Dentro de las enfermedades asociadas se encuentran la diabetes Mellitus, el alcoholismo, la inmunosupresión, las infecciones perianales, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), desnutrición, vasculitis por hipersensibilidad, enfermedades neurológicas y la quimioterapia.^{8,12}

El cuadro clínico en estos pacientes inicia generalmente con cambios de la piel en un lapso de pocos días de instalarse el proceso de infección, con una lesión eritematosa, acompañada de dolor, calor local y fiebre que es el primer signo clínico junto con la leucocitosis.²⁵ La induración de los márgenes de la lesión no existen y en pocos días la piel se oscurece por zonas y se desarrollan bulas que originan líquido seroso, que luego se hace hemorrágico.

El propósito de la investigación fue conocer la frecuencia y factores de riesgo de la gangrena de Fournier en pacientes que demandaron atención en el Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, con el propósito de medir la frecuencia y factores de riesgo de Gangrena de Fournier en el Hospital Francisco E. Moscoso Puello entre el 2004-2007. El universo estuvo constituido por 400 pacientes urológicos, y la muestra fue de 18 pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de Gangrena de Fournier

Frecuencia de Gangrena de Fournier	Nº	Total de casos	Proporción de casos
	18	400	4.5%

Cuadro 2. Distribución de la población según características socio económicas

Variable	Nº	%
Sexo	Masculino 18	100
Edad		
< 20	0	0
20-29	1	5.55
30-39	5	27.77
40-49	5	27.77
50-59	4	22.22
60-69	1	5.55
70	2	11.11
Escolaridad		
Analfabeto	7	38.88
Primario	10	
Secundario	1	
Técnico	0	
Universitario	0	
		5.55
		0
		0
Ocupación		
Empleados públicos	2	11.11
Empleados privados	8	44.44
Obreros	5	
Trabajadores independientes	1	
Pescadores	2	
		5.55
		11.11

Fuente: Archivos del Hospital Francisco E. Moscoso Puello.

Cuadro 3. Factores de riesgo y microorganismos aislados responsables de gangrena de Fournier en pacientes urológicos

Factores de riesgo	Nº	%
Diabetes mellitus	13	72.22
Consumo de alcohol	13	72.22
Inmunosupresion (Tuberculosis)	1	5.55
Infecciones perianales	0	0
Fístula anal	1	5.55
Absceso escrotal	1	5.55
Microorganismos		
<i>Eschericha coli</i>	9	50
<i>Estafilococo áureos</i>	5	27.77
<i>Candida albicans</i>	2	11.11
<i>Pseudomana aeuginosa</i>	2	11.11
<i>Klebsiella pneumoniar</i>	1	5.55
<i>Enterococcus focales</i>	1	5.55
<i>Enterobacter aglomerans</i>	1	5.55

Fuente: Archivos del Hospital Francisco E. Moscoso Puello.

Cuadro 4. Factores Etiológicos involucrados en pacientes reportados con gangrena de Fournier

Etiología	Nº	%
Infecciones	16	88.88
Instrumentación urológica	2	11.11
Traumatismo	0	0
Dermatológicos	0	0
Higiénicos	0	0

Fuente: Archivos del Hospital Francisco E. Moscoso Puello.

Cuadro 5. Hallazgos clínicos en pacientes reportados con gangrena de Fournier

Datos clínicos	Nº	%
Fiebre	16	88.88
Malestar general	4	22.22
Edema	13	72.22
Marcada fetidez	6	33.33
Dolor escrotal	17	94.44
Celulitis	1	5.55
Necrosis	1	5.55
Crepitación	1	5.55

Fuente: Archivos del Hospital Francisco E. Moscoso puello.

Cuadro 6. Tratamiento antibiótico para infecciones relacionadas con gangrena de Fournier.

Antibióticos utilizados	Nº	%
Amikacina	12	66.66
Ampicilina	13	72.22
Ceftriazona	9	50
Gentamicina	10	55.55
Ciprofloxacina	5	27.77
Metronidazol	1	5.55
Cloranfenicol	1	5.55
Fluconazol	1	5.55
Clindamicina	1	5.55
Doxiciclina	1	5.55

Fuente: Archivos del Hospital Francisco E. Moscoso puello.

DISCUSIÓN

De los 400 casos reportados se identificaron 18 casos diagnosticados de gangrena de Fournier por lo que afirmamos en nuestra investigación que es una patología poco frecuente.

Según Guzmán y Colaboradores en un estudio publicado en la revista de urología colón proctológico explica que los pacientes con gangrena de Fournier son más frecuentes entre la 3ra y 4ta década de la vida.

Haman internista del Hospital clínico de Mérida Venezuela desarrolló una investigación en el 2004 con 1726 pacientes de los cuales el 70 por ciento era diabético siendo similares nuestros **resultados** con los del.²⁴

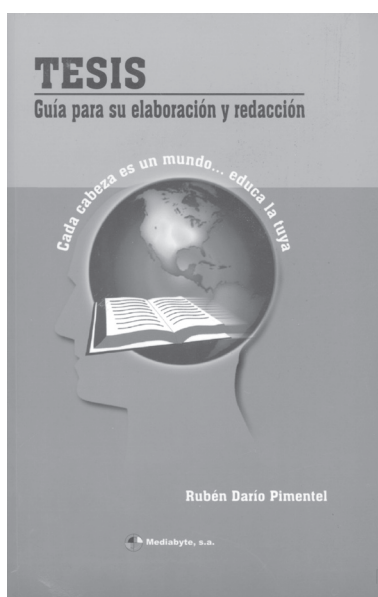
Zambrano y Colaboradores refieren que la infecciones causadas por extravasación proximal de la orina, ruptura de la uretra e infecciones urinarias son los factores etológicos mas frecuentes, siendo nuestros **resultados** similares en cierto punto aunque difieran en otros.³¹

Con relación a los datos clínicos, Villalba y Colaboradores afirman que la gangrena de Fournier evoluciona rápidamente con una afección mayor de los genitales, presentándose dolor escrotal, fiebre y edema acompañado de malestar general y una marcada fetidez.²⁶ Mindrup y Colaboradores explican que el tratamiento medico se basa en una triple terapia antibiótica que inhiba a gramnegativos, grampositivos mas anaerobios.¹⁴

REFERENCIAS

1. Flores S, Gangrena de Fournier, 5ta ed, Medellín Colombia 2006 Pág. 228.
2. Lynch J, P., cutáneos diseases of the external genital. En urología de Campbell 8va ed. 2004:1: p875.
3. Colectivo de autores. Atlas interactivo de de urología. Gangrena de Fournier. [on line]. Formato ACIS. Disponible en: <http://www.uroatlas.net/infecciones/Forunier.htm> 5k%20%20[Consulta 27 de junio del 2005].
4. Valero F; Montañés JM. Gangrena de Fournier. Análisis descriptivo de 10 casos manejados en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre 1989 y 1999. [online].Formato ACSI. Disponible en: <http://www.encolombia.com/urología8299-gangrena.htm>. [Consulta 27 de junio 2005].
5. Stevens DL. Infecciones de la piel, músculos y partes blandas. En Principios de Medicina Interna, Harrison, 16a ed, Mc Graw-Hill-Interamericana.2006:I: 830-835
6. Ferreira PC, Reis JC, Amarente JM, Silva AC, et al. Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: review of 43 reconstructive cases. *Plast ReconstrSurg* 2007: 119: 175-84.
7. Gurdal, M. y cols. "Predisposing factors and treatment outcome in Fournier's gangrene. Analysis of 28 cases". *Urol. Int.*, 70: 286, 2003.
8. Chawla, S.N.; Gallop, C.; Mydlo, J.H.: "Fournier's gangrene: an analysis of repeated sur-gical debridement". *Eur. Urol.*, 43: 572, 2003
9. Doran H, Patrascu T, Prunaiche M, Vereanu I. Extensive necrotizing perineal infections in diabetic patients. *Chirurgia (Bucur)*. 2005 Jul-Aug; 100(4):345-8.
10. Nakano K et al. Fournier's gangrene with diabetes mellitus. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*. 2005 Aug 10; 94(8):1603.
11. Desola Ala, J., Escalante Moreno, J., F., Escals Limona, F. Y cols Eficacia de la oxigenoterapia hiperbárica (OTH) en cámara multiplaza en el tratamiento de la mionecrosis gangrenosa. *Med Cli* 2005; 76: 281-282.
12. Alcáraz Lorente, P., Castellanos Escrig, D., García Olmo, T., Soria Cogollos, M.F., Candel Arenas, P., Parrilla Paricio, P., Infecciones necrotizantes de partes blandas. Revisión de 10 casos con grave afectación del estado general. *Cia Esp* 2005; 49 (4): 252-259.
13. Hamdan S. G. Infecciones Por Gérmenes Anaerobios Parte III. En *Revista De Medicina Interna Y Medicina Crítica*, Julio 2004: I: (4).
14. Medina N. R. Gangrena de Fournier. En revista Peruana de Urología, Enero -Junio 2004; XIV: 42-46.
15. Acuña P. R, Cervantes G. m, González C. A, Gangrena de Fournier Secundaria A Trauma De Recto Tratada Con Cirugía Y Cámara Hiperbática. *Cirujano General (México)*, Enero-Marzo 2004; 26:45-48.
16. Morales C. R, gangrene de Fournier, *Revista Mexicana De Coloproctología* Agosto 2007; 13:36-41.
17. Guzmán M. R, y otros autores. Gangrena de Fournier. Nuestra Experiencia: arch. esp. *Urol-Coloproctología* 2006; 1-10.
18. Martínez M. J.L, Martínez A. M, Souto M. F, *Emergencias* 2003; 15:75-76.
19. Grubb L. R, y Fingenshou S. R, *Gangrena De Fournier en Washington Cirugía* 3ra. ed. 2005; 700-701.
20. Barros, D; Cheliz, G; Virasoro, R. Recomendaciones Para El Manejo Inmediato de la gangrena de Fournier. *Rev Arg de Urol* 2004: 69 (1): 40,43.
21. Gravvanis AI, Tsoutsos DA, Papadopoulous SG. Penile Resurfacing With Vascularized Fascia Lata. *Microsurgery*, 2005; (6): 462-8.

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.

ABORDAJE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON INSULINA VS. HIPOGLUCEMIANTES ORALES EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN DEBUT EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD.

Aybar Nicasio, * Galvá Eumy,* Ovalles José,* Peña Chanaly, ** Matos, Quelin.**

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, que se desarrolló a través de un formulario aplicado a los records clínicos digitalizados, dirigido a una muestra de pacientes debutantes de diabetes mellitus tipo 2, que demandaron atención de los servicios de Emergencia, Diabetología, Endocrinología, Medicina Interna y Medicina Familiar del Hospital General de la Plaza de la Salud Durante el Periodo Enero 2009 – Mayo 2010.

La muestra estuvo constituida por 103 pacientes debutantes de diabetes tipo 2, que demandaron atención de los servicios ya citados, durante el período Enero 2009 – Mayo 2010.

La metformina y las sulfonilureas como monoterapia, y ambas como terapia combinada, continúan siendo las terapias de mayor indicación en las consultas de pacientes diabéticos de este centro. Ya que de los 103 pacientes, 30 fueron manejados con metformina (35.3%), 23 con sulfonilureas (27.1%) y 11 con metformina y sulfonilurea (12.9%); de éstos se controlaron 17 (56.6%), 11 (47.8%) y 2 (18.2%), respectivamente.

En nuestro estudio, 13 (15.3%) pacientes fueron manejados con insulina. De estos 2 (15.4%) se controlaron con insulina como monoterapia en un intervalo de 4 meses; y a 1 (7.7%) paciente se le agregó metformina no reportando control por no recurrencia.

Respecto a los inhibidores de la dipeptidil-peptidasa IV (DPP-IV), existen estudios, que demuestran su efectividad por encima de la metformina o como monoterapia en pacientes tratados por un período de 52 semanas; presentando reducción significativa en los niveles de A1C y niveles de glucémicos post prandiales en la semana 24. En nuestro grupo de estudio se demuestra que de los 3 pacientes tratados con sitagliptina 100mg/día 2 de éstos se controlaron de manera satisfactoria en un período de 2 meses; y el que no consiguió control fue a causa de no recurrencia.

Palabras claves: Abordaje y adherencia, Tratamiento, diabético tipo 2 en debut.

ABSTRACT

We performed a retrospective, descriptive cross-sectional, which was developed through a form applied to digital clinical records, led to a sample of patients debutantes type 2 diabetes mellitus who demanded attention of emergency services, Diabetology, Endocrinology, Internal Medicine and Family Medicine, of General Hospital of the Plaza de la Salud During

* Médico Familiar y comunitario

** Médico pasante.

the Period January 2009 - May 2010.

The sample consisted of 103 patients with type 2 diabetes debutantes who demanded attention to the services already mentioned, during the period January 2009 - May 2010.

Metformin and sulfonylureas as monotherapy, both as an adjunct, therapies remain the most consultations indication of diabetic patients in this center. Because of the 103 patients, 30 were treated with metformin (35.3%), 23 with sulfonylureas (27.1%) and 11 with metformin and sulfonylurea (12.9%) of these were controlled 17 (56.6%), 11 (47.8%) and 2 (18.2%), respectively.

In our study, 13 (15.3%) patients were treated with insulin. Of these two (15.4%) were controlled with insulin as monotherapy in an interval of four months, and 1 (7.7%) patient was added to metformin control reporting no recurrence.

Regarding the dipeptidyl peptidase IV (DPP-IV), there are studies that demonstrate its effectiveness over monotherapy or metformin in patients treated for a period of 52 weeks showed significant reductions in A1C levels and post prandial blood glucose levels at week 24. In our study shows that of the 3 patients treated with sitagliptin 100 mg / day two of them were controlled satisfactorily in a period of two months, and the control was not achieved because of non-recurrence.

Keywords: Approach and Adherence, Treatment, Type 2 diabetes debut.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes se enmarca dentro de las 10 primeras causas de morbimortalidad en todo el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS), disminuyendo la sobrevida, calidad de vida y siendo un peso económico para la salud pública, principalmente en los países en vía de desarrollo.

Los pacientes diabéticos, según datos de OMS/OPS, mueren por complicaciones cardíacas y accidente cerebro vascular en un 50%. Seguidas en un 10 a 20% por causas renales. Aún cuando en su mayoría los pacientes permanecen asintomáticos durante varios años, la enfermedad sigue dañando gravemente los órganos blancos mencionados.

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes producen importante incapacidad y son responsables de un enorme gasto en salud. Es por esto que la educación ocupa un lugar fundamental entre las herramientas terapéuticas, que tienen como finalidad lograr un adecuado cuidado y control de la enfermedad por parte del paciente.

Esta década se ha caracterizado por una lucha de promociones que van en dirección a prevenir la obesidad y

estados hiperglucémicos, que juntos se relacionan en un 90% a la resistencia a los carbohidratos y posteriormente a la diabetes. Esto aunado a importantes aportes terapéuticos que van desde el descubrimiento en los años 1921 de la insulina, los hipoglucemiantes orales hasta la fecha en donde se vienen usando nuevas terapias como lo son las incretinas.

Es de nuestro interés, debido a la alta prevalencia de esta pandemia, categorizar a los pacientes con el objetivo de lograr un adecuado control glucémico siguiendo los protocolos establecidos por organismos internacionales para un abordaje y adherencia al tratamiento adecuados con miras a proporcionar calidad de vida y a disminuir las complicaciones, que son al final las que comprometen la vida de las personas diabéticas tipo 2.

RESULTADOS

Cuadro 1. Terapia instalada según departamento tratante y control de los pacientes diabéticos tipo 2 en debut.

Consulta	Biguanida		Sulfonilureas		Combinados		Insulina		Incretinas		No Tratados		No Control		Control	
	n	%		%		%		%		%		%		%		%
Medicina Familiar	50	33.3	4	26.6	1	6.7	1	6.7	0	0	4	26.7	6	40	5	33.3
Medicina Interna	2	15.4	3	23.1	2	15.4	0	0	0	0	6	46.2	1	7.6	6	46.2
Endocrinología	11	24.4	11	24.4	8	17.8	9	20	0	0	6	13.3	23	51.1	16	35.6
Diabetología	7	41.2	3	17.6	2	11.8	1	5.9	3	17.6	1	5.9	9	52.9	7	41.2
Emergencia	5	38.4	2	15.4	3	23.1	2	15.4	0	0	1	7.7	11	84.6	1	7.7
Total	30	-	23	-	16	-	13	-	3	-	18	-	50	-	35	-

Fuente: Datos obtenidos Hospital Gral. Plaza de la Salud.

De los pacientes seguidos y diagnosticados por consulta, encontramos que la consulta de Medicina familiar diagnosticó un total de 15 pacientes (14.6%). De estos 5 recibieron metformina para un 33.3%, 4 recibieron sulfonilurea para un 26.6%, 1 paciente recibió terapia combinada con metformina más sulfonilurea para un 6.7%, 1 paciente con insulina para un 6.7%. De los 15 pacientes manejados, 4 expedientes no se reportaron ninguna terapéutica para un 26.7%, 6 no se controlaron para un 40% y sólo 5 pacientes se controlaron para un 33.3%.

De los 13 pacientes (12.6%), 3 pacientes se manejaron con sulfonilurea para un 23.1%; 2 con metformina para un 15.4%, 2 con terapia combinada de metformina más sulfonilurea y metformina más insulina 15.4%, respectivamente. De este grupo 6 pacientes no reportaron tratamiento para un 46.2%, 1 paciente no se controló para un 7.6% y 6 obtuvieron control

para un 46.2%.

En el departamento de Endocrinología se manejaron 45 pacientes. De estos 11 pacientes se medicaron con metformina y 11 con sulfonilurea para un 24.4 por ciento respectivamente. Con terapia combinada 8 para un 17.8 por ciento y 9 con insulina para un 20 por ciento. De este grupo no se controlaron 23 pacientes para un 51.1 por ciento, 16 consiguieron control para un 35.6 por ciento y 6 no reportaron ningún tratamiento en el expediente para un 13.3 por ciento.

De los 17 pacientes manejados en el dpto. de diabetología, 7 se manejaron con metformina para un porcentaje, 3 con sulfonilurea para un 41.2%, 2 con terapia combinada para un 11.8%. De este grupo 9 pacientes no alcanzaron control para un 52.9%, 7 alcanzaron control para 41.2% y 1 no reportó tratamiento para un 5.9%.

De los 13 pacientes que se manejaron por la emergencia, inicialmente fueron manejados con insulina cristalina según los niveles de glucemia. Sólo 5(38.5%) pacientes se ingresaron

por mala condición. Cuando fueron dados de alta 5 fueron tratados con metformina para un 38.4%, 2 con sulfonilurea para un 15.4%, 2 con insulina NPH para un 15.4% y 3 con terapia combinada para un 23.1%. De estos, 1 paciente no reportó tratamiento para un 7.7 por ciento; 11 no se controlaron para un 84.6 por ciento y sólo 1 paciente consiguió control para un 7.7 por ciento.

Destacar que 1 de los pacientes vistos por el dpto. de emergencias sólo se hidrató y fue dado de alta sin verificar niveles glucémicos.

Los departamentos que mayor número de pacientes diabéticos tipo 2 en debut manejaron fueron endocrinología con 45 pacientes (43.7%), de los cuales se controlaron 16 (35.6%), y diabetología con 17 pacientes (16.5%), ambos grupos consiguiendo ser controlados en un intervalo de 2-4 meses.

Cuadro 2. Relación de pacientes controlados o no y tiempo de control según

Terapia	Pacientes		Controlados		No Recurrencia		No Control		Tiempo Control
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Biguanidas	30	35.3	17	56.6	7	23.3	6	20	2 meses
Sulfonilureas	23	27.1	11	47.8	6	26.1	6	26.1	2 meses
Combinado1*	5	5.9	1	20	2	40	2	40	2 meses
Combinado2**	11	12.9	2	18.2	5	45.4	4	36.4	4 meses
Insulina	13	15.3	2	15.4	7	53.8	4	30.8	4 meses
Incretinas	3	3.5	2	66.7	1	33.3	0	0	2 meses

Fuente: Datos obtenidos Hospital Gral. Plaza de la Salud.

Respecto a la relación de la terapia instalada y el tiempo de control o no de los pacientes debutantes de diabetes tipo 2, sólo se reportó la terapia en 85 de los 103 expedientes para un 82.5%.

Según el grupo de medicamento: 30 fueron tratados con biguanidas para un 31.6%, de los cuales sólo 17 pacientes registraron un control glucémico para un 56.6%, 7 no volvieron a la consulta para un 23.3% y 6 no consiguieron un control adecuado para un 20%.

De 23 pacientes (27.1 %) medicados con sulfonilurea, 11 fueron controlados para un 47.8%, 6 no volvieron a la consulta para un 26.1% y 6 no se controlaron para un 26.1%.

De 5 pacientes tratados de manera combinada con metformina más insulina para un 5.9%, 1 sólo paciente se controló para un 20%, 2 no volvieron a la consulta para un 40% y 2 no obtuvieron control adecuado para un 40%.

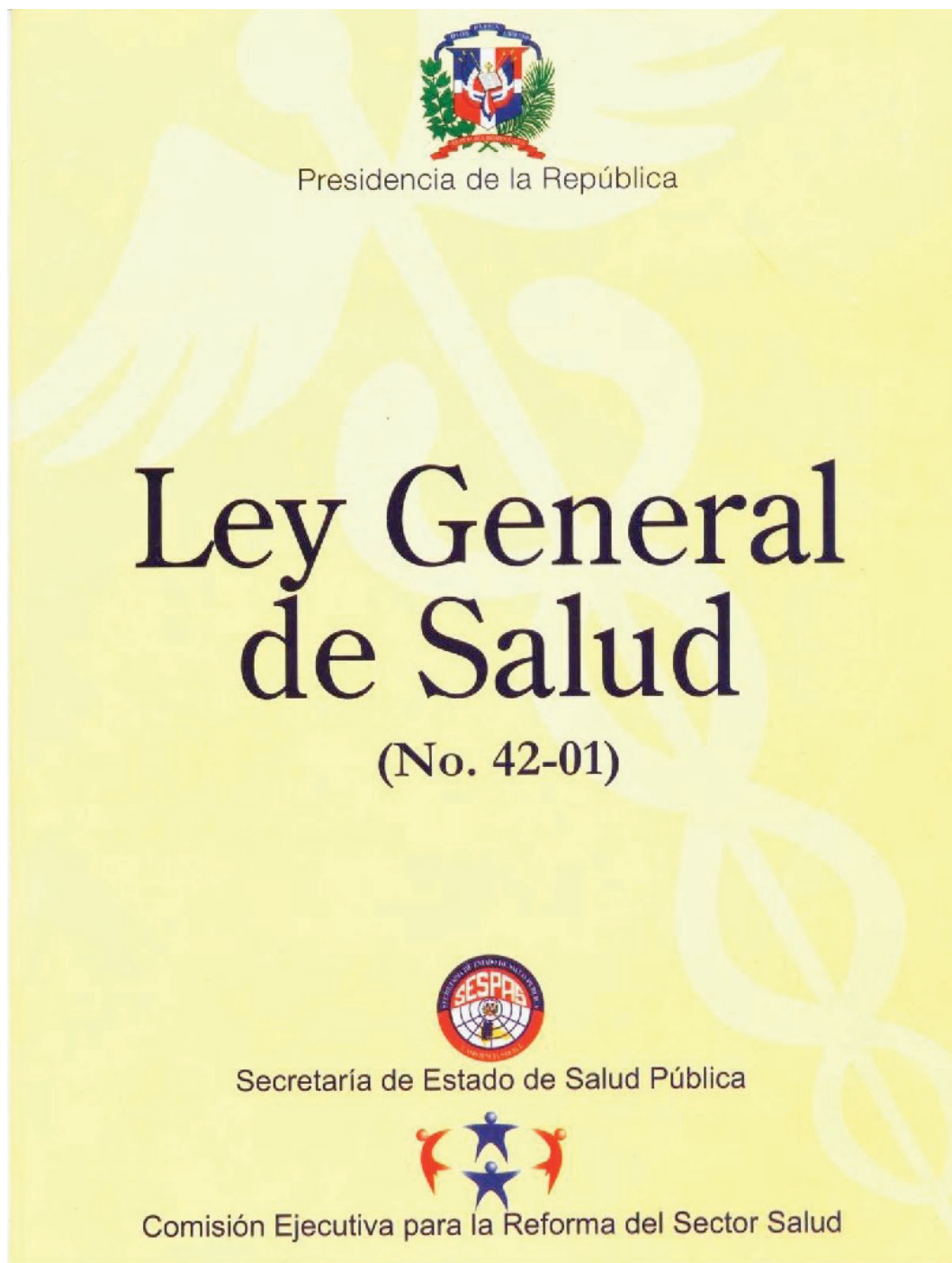
De 11 pacientes seguidos con terapia combinada de metformina más sulfonilurea para un 15.3%, sólo 2 fueron controlados para un 15.4%, 7 no volvieron a consultarse para un 53.8% y 4 (36.4%) no consiguieron control.

De 13 pacientes (15.3%) tratados con insulina, 2 obtuvieron un control adecuado para un 15.4%, 7 abandonaron la consulta 53.8%, 4 no se controlaron adecuadamente 30.8%.

De 3 pacientes (3.5%) medicados con Incretinas 2 paciente consiguieron control para un 66.7%; y 1 no para un 33.35, ya que el mismo no ha regresado a la consulta.

REFERENCIAS

1. Abdulmassih, Bassam. Tratamiento práctico de la diabetes tipo 2. Diabetographia. Revisión Médica. 2008. Págs. 6-8.
2. Amaya, Miguel, Aleixandre y Marta. Síndrome Metabólico. Endocrinología y Nutrición, vol. 1.2007; 54(9):473-478.
3. Aschner, Pablo, MD, y cols. Effect of the Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor Sitagliptin as Monotherapy on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2006. Vol. 29 No. 12. Págs. 2632-2637.
4. Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Goodman y Gilman, 11va ed. 2006.
5. Comité de Expertos sobre el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus: Informe de seguimiento sobre el diagnóstico de diabetes mellitus. Cuidado de la Diabetes 26. Págs. 3160-3167, 2003. Revisado el 1 de Mayo 2010.
6. http://www.salus-online.fcs.uc.edu.ve/topicos_dm2_guia.pdf
7. Diabetes Care, Vol.33, S1 2010. Revisado 12 de Junio 2010. Revisado el 14 de Mayo 2010. <http://www.primary-care-diabetes.com/issues>.
8. Effects of metformin on the glycemic control, lipid profile, and arterial blood pressure of type 2 diabetic patients with metabolic syndrome already on insulin. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. vol.39 no.4. Revisado el 16 de Mayo 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15189360?dopt=abstract>
9. Guías ALAD 2006 de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Revisado el 2 de Mayo 2010. http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf
10. La sitagliptina oral Aumenta Células progenitoras endoteliales circulantes en pacientes con diabetes tipo 2. Diabetes Care July 2010 vol. 33 no. 7. <http://www.care.diabetesjournals.org>
11. Nauk, M, Meininger, G. et cols. Efficacy and safety of sitagliptin vs. glipizide, in type 2 diabetes inadequately controlled on metformina alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab 2007; 9: 184-205. <http://www.medind.nic.in/jac/t09/i1/jact09i1p36.pdf>
12. Normas de Atención Médica en Diabetes. Diabetes Care, vol, S.1, January 2010 S11. Revisado el 12 de Mayo 2010. <http://www.care.diabetesjournals.org>
13. Pan American Health Organization (OMS). Día mundial DM; Ginebra 2004. Revisado el 2 de Julio 2010. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr24/es/index.html>
14. Principios de Medicina Interna. Mc Graw-Hill interamericana 17va ed. 2008. Pág. 2275.
15. Rubinstein, Adolfo. Diabetes mellitus tipo 2 Medicina Familiar y Practica ambulatoria, 2ª Edición-Buenos Aires Medica Panamericana, 2006. Cap. 229. Pág. 1741-1761.
16. Tratado de Fisiología Médica. 11va. Ed., 2006. Grafos S.A., España.
17. UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 352 : 837-853, 1998. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>



FACTORES DE RIESGOS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS AL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO-INSERTA EN LA MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Licet Altagracia Adón Cordero,* Alfonsina Adam Suero,* Yuderca Aragonéz Pérez,* Omar Nelson Guerrero,** Vinicio Dagoberto Mejía Tapia.***

RESUMEN

La presente investigación se incluye dentro de los estudios observacionales, descriptivo de corte transversal y retrospectivo, diseñado con el objetivo de identificar los factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HMNSA) en el periodo Julio 2008 – Septiembre 2009. Se revisó el listado de las pacientes embarazadas que asistieron al hospital y se analizaron 52 pacientes que presentaban Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo – Inserta (DPPNI). El total de embarazadas fue de 23099 de estos 161 presentaron desprendimiento prematuro de placenta normo – inserta, encontramos en estas pacientes factores de riesgo como: multiparidad 57.7 por ciento, seguido de preeclampsia con un 44.2 por ciento, eclampsia y crónica o esencial solo un 1 por ciento, la edad mayores de 36 años solo un 13 por ciento, por lo que no constituye un factor de riesgo, en cuanto a los hábitos tóxicos no mostraron ser factores determinantes. En conclusión las multiparas tienen una incidencia muy marcada por encima de los demás factores de riesgo, seguida de la preeclampsia.

Palabra clave: DPPNI.

ABSTRACT

The present research is included inside the observational, descriptive, retrospective and with transversal cut studies, designed with the purpose of identifying characteristics and risk factors associated in premature loose of normo-inserted placenta at Maternal Hospital Nuestra Señora de La Altagracia (HMNSA) in the period July 2008 -September 2009. There were reviewed a list of 52 patients that showed Premature Normo-Inserted Placenta (DPPNI). The total amount of pregnant women was 23,099 from those 161 cases showed premature normo-inserted placenta, we found that in this patients the common risk factor was multi-pregnancy 57.7 percent, followed by preeclampsy with 44.2 percent, eclampsy and chronic or essential with 1 percent, the group of age of 36 and over only 13 percent, so this doesn't no constituted a risk factor; according to toxic habits there were weren't relevant factors. In conclusion the multipregnant women have a very high incidence over the other risk factors, followed by preeclampsy.

* Médico general

** Asesor

*** Obstetra

KEYWORDS: DPPNI.

INTRODUCCIÓN

Boyd y Hamilton (1970) estos autores expresaron que se piensa que el termino placenta fue introducido por Realdus Columbus en el 1559 cuando utilizo la palabra latina para designar este órgano como una tarta redonda. En 1937 Mossman definió la Placenta como la porción de las membranas fetales que se encontraban en aposición o fusionada con la mucosa uterina. Históricamente como señalan Boyd y Hamilton, los conocimientos humanos sobre “lo que sale después del parto” se remontan a los comienzos de la historia del hombre. 1

Desde tiempos remotos los datos más primitivos se encuentran en el Antiguo Testamento donde la Placenta se consideraba el alma externa y a veces se describía como ligada al “haz de la vida” que probablemente incluía al cordón umbilical. Se cree que Aristóteles fue el primero en utilizar la palabra corion. No obstante, no fue hasta el comienzo del siglo XVI cuando se formularon las primeras opiniones sobre la función de la placenta. 1 La frecuencia informada de desprendimiento placentario data desde el 1956 y 1967 con una incidencia de 1 cada 420 partos según Pritchard y Brekken con la aplicación de un criterio de separación placentaria tan amplio que podía acabar con la vida del feto. Karegard y Gennser (1986) estudiaron 849,619 nacimientos en Suecia y comunicaron que 1 cada 225 estaba complicado con abruptio placentae. 2

En el Parkland hospital desde 1988 hasta 1999, la incidencia de desprendimiento en más de 169,000 partos fue de 1 cada 290. Ananth y Col. (1999) revisaron 13 estudios que abarcan 1,6 millones de embarazos e informaron una incidencia de 1 cada 155. 2

F. Gary Cunningham, Paul C. Macdonald, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III. Williams obstetricia, 4ta. Edición, editorial Masson, S.A., Barcelona (España), 1996, 107-131 pag.

F. Gary Cunningham, Norman Gant, Kenneth Leveno, Larry Gilstrap III, John Hawth, etc. Williams obstetricia. 21a. edición, editorial médica panamericana, Buenos Aires- Bogotá. 2002, 72-90, 534-542 pag. La frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI) de República Dominicana es de un 0.6 por ciento, según estudios realizados en el Hospital Luis Eduardo Aybar, en el año 2005. Diferentes estudios realizados en Suramérica (Venezuela, Perú) evidencia que el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta se presenta de un 0.5 a 3 por ciento de todos los embarazos. El desprendimiento placentario es una entidad, la cual tiene

una incidencia marcada siendo causa de 763 muertes debidas a hemorragias relacionadas con el embarazo; obteniendo el porcentaje más alto relacionado con las siguientes

Patologías: Ruptura/laceración uterina, Atonia uterina, Coagulopatías, Placenta previa, Placenta accreta/increpa/percreta, entre otras. 2.

Según literaturas consultadas arrojan datos clínicos que varían según la severidad del desprendimiento pero habitualmente existen manifestaciones clínicas presentes en esta patología. (2) Es nuestro propósito identificar los factores de riesgo y las características clínicas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI), las cuales en determinado momento van a depender de la madre, del tipo de embarazo y sus manifestaciones clínicas y del manejo adecuado del médico, para tomar conducta y con la detección temprana mediante el diagnóstico precoz reducir el índice de morbilidad y mortalidad materno-fetal. (2) Es necesario identificar donde está la principal causa en el manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI) y tratar de tomar medidas o conducta clínica-quirúrgicas, que se deben aplicar en el momento que se presente el desprendimiento. Este estudio abarcara los casos acontecidos entre el 1ero. De julio del 2008 al 30 de septiembre del 2009 en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HMNSA). (2)

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

La presente investigación se incluye dentro de los estudios observacionales, descriptivo de corte trasversal y retrospectivo, diseñado con el objetivo de: determinar los factores de riesgo y características clínicas del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI) en el Hospital Nuestra Señora de La Altagracia en el periodo 1ro de julio 2008-30 septiembre 2009.

Área de estudio

El Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HMNSA), ubicado en la calle Pedro Henríquez Ureña, es un centro Docente Universitario de 3er nivel de salud y de referencia nacional en toda área de ginecología-obstetricia.

Universo

El universo está conformado por un total de 23,099 pacientes embarazadas que asistieron, fueron atendidas e ingresadas al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HMNSA) en el periodo 1ro de julio 2008-30 de septiembre 2009.

Población

La población está constituida por un total de 161 pacientes que presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta en el periodo 1ro de julio 2008-30 septiembre 2009. En el referido centro de salud.

Muestra

La presente investigación está basada en la obtención de una muestra, la cual es intencionada, en la que se analizaron 52 expedientes de pacientes con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI).

Criterio de inclusión

A) Todas las pacientes con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI). Independientemente de si es un desprendimiento parcial o total. 51 B) Todas las pacientes

con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI) así sea con feto vivo o feto muerto.

C) Todas las pacientes con características de un Desprendimiento Prematuro de Placenta aun estas presenten hemorragia visible o no visible durante el 3er trimestre.

D) Todas las pacientes diagnosticadas con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI).

Criterio de exclusión

A) pacientes que presentan el carácter ísticas de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI) pero no se pudo obtener el expediente y por tanto no se obtuvo información de las mismas.

B) Aquellas, pacientes que en su historia clínica carecían de información para la aplicación del cuestionario.

Instrumento de recolección de datos

Para la obtención de los datos se confecciono un formulario que consta de

ítemes tipo abierto y cerrado, el mismo se elaboró a partir del problema planteado, los objetivos y variable de esta investigación.

Procedimiento de aplicación

Nos dirigimos al centro Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia (HMNSA)

donde solicitamos el permiso para acceder a los archivos de dicho centro, a fin de revisar el listado de las pacientes embarazadas que asistieron a ese centro en

dicha fecha ya mencionada, extrayendo de dicho listado aquellas pacientes que

han sido diagnosticada con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (DPPNI).

Luego de tomadas las muestras procedimos a registrar los datos en el

Formulario preestructurado para estos fines. Los datos obtenidos serán tabulados y

Procesados mediante procedimientos matemáticos y estadísticos, procesándose

52

en el sistema operativo Microsoft office Excel; se confeccionaron gráficos y tablas

de estadísticas para la presentación de los resultados.

RESULTADOS

Tabla 1. Síndromes Hipertensivos de Embarazo en pacientes con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Síndromes Hipertensivos del Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia	23	44.2
Eclampsia	1	1.9
Crónica o Esencial	1	1.9
Sin síndrome hipertensivo	27	51.9
Total	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

51.9 por ciento de las pacientes no padeció del síndrome hipertensivo del embarazo. En cuanto a las que sí lo padecieron

44.2 por ciento fue preeclampsia, 1.9 por ciento para Eclampsia y Crónica o Esencial, respectivamente.

Tabla 2. Frecuencia de Multiparidad en pacientes con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	30	57.7
Gran múltipara	13	25.0
Nulípara	9	17.3
Total	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

El 57.7 por ciento de las pacientes eran múltiparas, seguidas de 25.0 por ciento que eran gran múltiparas y 17.3 por ciento que eran nulíparas.

Tabla 3. Relación entre el Síndromes Hipertensivos y la paridad en las pacientes con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Paridad	Síndromes Hipertensivos del Embarazo								Total	%
	Preeclampsia	%	Eclampsia	%	Crónica o Esencial	%	Sin síndrome hipertensivo	%		
Múltipara	13	25.0	0	0.0	0	0.0	17	32.7	30	57.7
Gran múltipara	5	9.6	0	0.0	1	1.9	7	13.5	13	25.0
Nulípara	5	9.6	1	1.9	0	0.0	3	5.8	9	17.3
Total	23	44.2	1	1.9	1	1.92	27	51.9	52	100

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

La multiparidad y la preeclampsia fueron la relación más relevante con 25.0 por ciento de los casos seguido de gran múltipara y preeclampsia con 9.6 por ciento.

Tabla 4. Factores de Riesgo en pacientes con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Factores de Riesgo	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Traumatismo	0	0.0	52	100.0
Polihidramnio	3	5.8	49	94.2
Total	52	100.0	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

En cuanto a los factores de riesgo 5.8 por ciento padecía de polihidramnio. El resto de los casos fueron negados.

Tabla 5. Frecuencia de Desprendimiento de Placenta Normo Inserta de Acuerdo a la Edad en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Edad Materna	Desprendimiento de Placenta	%
11-18 años	8	15.4
19-35 años	37	71.2
36 ó más	7	13.5
Total	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

La mayoría de las pacientes internadas en el Hospital, 71.2

por ciento representaban el rango de edad de 19-35 años de edad, 15.4 por ciento estaban en el rango de edad de 11-18 años y 13.5 por ciento en el rango de edad de 36 o más años

Tabla 6. Hábitos tóxicos en pacientes con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Hábito Tóxicos	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Tabaquismo	2	3.8	50	96.2
Drogadicción	0	0.0	52	100.0
Total	2	3.8	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

En cuanto a los hábitos tóxicos 3.8 por ciento presentó tener como hábito tóxico tabaquismo. El resto de los casos fueron negados.

Tabla 7. Tipo de Sangrado en pacientes con Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Interno	15	28.8
Externo	35	67.3
Mixto	2	3.8
Total	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

El tipo de sangrado más frecuente en las pacientes del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo señalado fue el externo con 67.3 por ciento, seguido del interno con 28.8 por ciento y el mixto con 3.8 por ciento.

Tabla 8. Distribución de los Tipos de Desprendimiento de Placenta Normo Inserta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – Santo Domingo en el Periodo Julio 2008 – Septiembre 2009

Tipo de Desprendimiento de Placenta	Frecuencia	%
Total	32	61.5
Parcial	20	38.5
Total	52	100.0

Fuente: Archivo Registro del Hospital Nuestra Señora de la Altagracia.

El desprendimiento total fue el más elevado, con 61.5 por

ciento, y el parcial con 38.5 por ciento.

DISCUSIÓN

La presente investigación aporta que la frecuencia de Desprendimiento Prematuro de Placenta en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (HMNSA) es de 0.7 por ciento, este valor se relaciona con el estudio realizado en el hospital Luis E. Aybar en el año 2005 con una frecuencia 0.6 por ciento, cabe destacar que dicho valor se encuentra dentro de los intervalos establecidos en la diferentes literaturas universales como frecuencia esperada para esta patología. Tomando en cuenta que el 42.2 por ciento de las pacientes incluidas en este estudio presento preclampsia, se realizo una comparación con varios estudios, encontrando que: en el hospital Luis E. Aybar el 48 por ciento eran preclampsia, lo que demuestra una clara relación entre ambos estudios. Por otra parte un estudio realizado en lima Perú en el hospital Guillermo Almenares la preclampsia se presento en el 41,9 por ciento de los casos, por lo que en comparación con esta investigación muestra una gran relación.

Otro estudio realizado en el hospital Enrique C. Sotomayor (Guayaquil) arrojo que solo el 17,2 por ciento eran preclampsia, no mostrando relación por el bajo Porcentaje.

Según la paridad como otro de los factores condicionantes para esta entidad, encontramos que el 57.7 por ciento eran multiparas y solo el 17 por ciento nulípara. En comparación con el estudio realizado en el hospital Luis E. Aybar la multiparidad se presento en un 60 por ciento mostrando relación. Estos datos guardan relación con otros estudios internacionales, los cuales señalan que la multiparidad se presenta en el 48,5 por ciento de los casos. Según la edad vimos que el grupo más afectado fue el de 19-35 años con un 71 por ciento, lo que se relaciona con estudios nacionales, realizados sobre esta Patología, no existiendo relación con estudios internacionales, los cuales establecen que esta patología es más frecuente en edades mayor de 36 años.

En lo referente a los hábitos tóxicos e tabaquismo se presento en el 3.8 por ciento de los casos, lo que difiere con el estudio realizado en el hospital Luis E. Aybar con un 28 por ciento para el tabaquismo. Por otra parte en relación a las características clínicas, nuestro estudio arrojo que un 67.3 por ciento presento sangrado externo y un 28 por ciento sangrado interno, lo cual se relaciona con otros estudios consultados.

REFERENCIAS

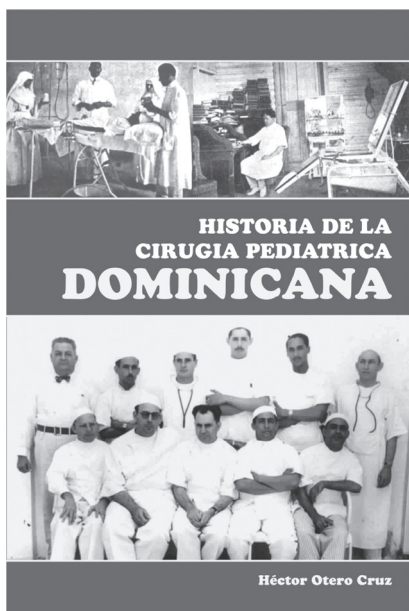
1. F. Gary Cunningham, Paul C. Macdonald, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno,
2. Larry C. Gilstrap III. Williams obstetricia, 4ta. Edición, editorial Masson, S.A., Barcelona (España), 1996: 107-131.
3. F. Gary Cunningham, Norman Gant, Kenneth Leveno, Larry Gilstrap III, John Hawth, etc. Williams's obstetricia. 21a. edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires- Bogotá. 2002, 72-90, 534-542.
4. Marcus a. Krupp, Miltonj Catón, diagnostico y tratamiento, Editorial el Manual Moderno SA, México DF, 1984: 558.
5. Rigol R. Orlando y otros, Obstetricia y Ginecología, Editorial Ciencias Médicas, La Habana (cuba), 2004: 159-162.
6. José botello, la placenta: fisiología y patología, 1992:54.
7. Gonzáles Merlo, J. Jailla, E. Fabre, E. Gonzáles, factores de riesgo, 5ta. Edición, Editora Masson, 2006: 545.
8. Usandizaga B. José, De la Fuente P. Pedro, Tratado de obstetricia y Ginecología, 2ed, Mc Graw-Hill, edigrafos SA España, 2004: 306-316.
9. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, Fundamentos de Obstetricia (SEGO), Gráficas Marte, S.L., Grupo ENE Publicidad, S.A. Abril 2007, Madrid (España): 463.
10. Comino D. Rafael, López G. Guillermo, Obstetricia y Ginecología, 2ed, Gayban grafic SI, Almirante Barcelona, noviembre 2004, paginas 394-400.
11. Schwartz Ricardo, Sala Ricardo, Diverges Fescina, Obstetricia, 6ed, El Ateneo, Buenos Aires (Argentina), junio 2005: 229-233.
12. González J. Merlo, Del Sol JR, Obstetricia, 4ed, Masson SA Barcelona (España), 2003: 467-475.
13. Villanueva A. Rafael, Diccionario Mosby Medicina, enfermería y ciencias de la salud, 5ed, ediciones Harcourt España SA, 2000: 5.
14. Marcus a. Krupp, Miltonj Catón, diagnostico y tratamiento, Editorial el Manual Moderno SA, México DF, 1984: 558.
15. Enciclopedia Larouse de la enfermería, 2da ed, Granada Barcelona España A-2 Home medicar enciclopedia, julio 1994:1827.
16. Beers Mark H. MB, Berkow M.D, Manual Merk de diagnostico y tratamiento, 10ed, en español correspondiente a 17ed original, Harcourt Madrid - Barcelona, 1999.
17. Taylor Esterar, obstetricia de Beck, 8ed, editora internacional, 1968.
18. Protocolos y normas de manejo de las patologías gineco-obstétricas del HMNSA, paginas 73.
19. Ahued A. Roberto, Fernandez D. Carlos, Baiton U. Rene, Ginecología y obstetricia aplicadas, 2ed, Asociación mexicana de ginecología y obstetricia, Manual moderno, pagina 378.
20. Deering Shad H., Abruptio placentae, MD staff, physician, division of maternal fetal medicine, derpartment of obstetrics and gyneco, madigan army center, enero 2007.
21. Mendez O. Francisco, Ginecologia y Obstetricia, 2ed, Asociados de médicos del hospital de ginecología y obstetricia No. 3 del IMSS AC.
22. Benson, Diagnostico y tratamiento ginecoobstetrico, editorial El manual Moderno, 1997.
23. F. Gary Cunningham, Norman Gant, Kenneth Leveno, Larry Gilstrap III, John Hawth, etc. Williams obstetricia. 21 a. edición, editorial medica panamericana, Buenos Aires- Bogotá. 2002: 72-90, 534-542.
24. Ricardo Schawarcz, Carlos Duverges, Ángel Díaz, Ricardo Fescina. Obstetricia-Schawarcz. 5ta. Edición, librería editorial el Ateneo, florida 340, Buenos Aires. 1995: 195-199.
25. B José chulee factores de riesgo y características clínicas del desprendimiento prematuro de la placenta normo-insertada en el periodo 2001-2002.
26. L. Carrera, J. mallafre, B. Serrata, protocolo de obstetricia y medicina perinatal del instituto universitario dexeus, 4ta. Edicion.
27. De Miguel, J.R. Cavero, A Ballesteros, G. y Montero, J.J Hemorragias genitales de la segunda mitad de la gestación, Avances en Obstetricia y Ginecología, Monografias Wyeth Lederle.
28. De Miguel Sesmero, J.R, Monleon Alegre, J., Tejerizo López, L.C y Martínez del Olmo, R. Actitud ante la hemorragia de la segunda mitad de la gestación, E. Fabre, Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica, Ino

- Reproducciones, SA, Zaragoza, 1997: 821-829.
29. Jubete, Y. y De Miguel, J.R, Estudio de 101 casos de Abruption Placentae. Formas clínicas y repercusión perinatal, Prog. Obstetricia Ginecología, 427-435.
30. Scott, J.R., Di Saia, C.B. Hamond y W. Spellacy, Tratado de Obstetricia y Ginecología, Vol. 1, 8va Edición, McGraw-Hill Interamericana, México, Madrid. Arias, F., Hemorragias del 3er trimestre, Guía practica para el embarazo y el parto de alto riesgo, Mosby/Doyma Libros, Madrid (España), 163-184.
31. MD Maldonado, J. Lombardia, O Rodríguez, P Rincón, A Sánchez. Hemorragia del tercer trimestre, el servier, 2000 vol. 26. Sánchez Torres, alto riesgo obstetricia, universidad nacional de Colombia,



El tabaco es perjudicial para la salud.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



*Historia de la cirugía
pediátrica dominicana*
Autor: Dr. Héctor Otero Cruz

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

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN EL USO DE LAS PRUEBAS DE EMBARAZO CASERAS EN ESTUDIANTES DEL LICEO RAMÓN EMILIO JIMÉNEZ, SANTO DOMINGO.

Katherine Ozoria, * Ángel Pacheco, * Hernán Mercedes, * Muriel Andujar, * Aimée Collado.*

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los conocimientos y las practicas en el uso de las pruebas de embarazo de uso casero se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y de recolección de datos prospectivo, sobre una población de 246 estudiantes encuestadas, de ella se seleccionó la muestra de 54 estudiantes que habían usado la prueba de embarazo, se estratifico en los diferentes cursos de bachillerato del Liceo Ramón Emilio Jiménez, Santo Domingo Este, República Dominicana, en abril 2010.

Dentro de los resultados más relevante de acuerdo a las variables seleccionadas fueron: en cuanto a la edad, el 49% tenía entre 14 - 15 años, mientras el 28% tenía 16 años, el medio informativo mas para adquirir conocimiento sobre la pruebas de embarazo casero fue el internet, en cuanto a las veces usadas, el 28% la había usado varias veces

PALABRAS CLAVES: conocimientos; practica, prueba de embarazo casero.

ABSTRACT

The study's objective is to determine the knowledge and use of home pregnancy test. It was a prospective, transverse cross and descriptive study of data collected from a population of 246 high school students from Ramon Emilio Jimenez High School, Santo Domingo Este, April 2010. From this population a sample was taken of 54 students that had previously used pregnancy test through different grades. The relevant ages were 14-15 years (49%), and 16 years (28%), the media primarily used to acquired knowledge of pregnancy tests was the internet and (28%) of the students had used theme more than once.

Keys words: knowledge, practice, home pregnancy test.

INTRODUCCION

El auge de las pruebas caseras comenzó en la década de 1970 con las pruebas de embarazo.

Los test de embarazo detectan la presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) en la orina de la mujer. Dicha hormona aparece en la orina y sangre, (2) luego de que el óvulo es fecundado y se implanta en el útero aproximadamente 6 días después de la fecundación. La HCG mantiene la producción de progesterona luego de la concepción. Los niveles de la hormona se duplican cada dos días. Los test se basan en la tecnología GAIA (Gold Absorbed Inmuno Assay), empleando anticuerpos monoclonales, marcados con coloide

de oro, dirigidos contra la HCG. Estos test son muy precisos, algunos pueden detectar la concentración de hormona desde el primer día de atraso menstrual, (9) en otros, debe esperarse al menos de una semana más para que detecten la hormona. Tiene varias presentaciones y se adquiere en farmacias. (3) En algunos se introduce la tablilla en un recipiente con orina, en otros, se coloca directamente bajo el chorro de orina la tablilla; o se coloca la orina en forma e gotas. En todos los casos, traen adjuntas, las instrucciones claras y concretas, que deben seguirse al pie de la letra, para que el resultado sea fidedigno.

Existen las siguientes ventajas:

1. Las pruebas de embarazo caseras son privadas.
2. Sus **resultados** son virtualmente inmediatos.
3. Las mismas proporcionan un diagnóstico sumamente preciso aún en las primeras etapas del embarazo.
4. Dichas pruebas le permiten tener la posibilidad de comenzar a cuidarse durante los primeros días luego de haber concebido.
5. En republica Dominicana cuestan alrededor de ochenta pesos

También las siguientes desventajas:

1. Dichas pruebas algunas veces podrían llegar a ser demasiado costosas.
2. Si la prueba arrojara un falso resultado negativo podría sentirse desconcertada.

Es recomendable acudir al consultorio médico y confirmar el embarazado, por medio del examen físico y estudios de imágenes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es una investigación descriptiva de corte transversal y de recolección de datos prospectiva, para determinar el conocimiento y la práctica que tienen las estudiantes de secundaria del Liceo Ramón Emilio Jiménez, Santo Domingo Este, el cual tiene una matrícula de 4000 estudiantes, de los cuales fueron seleccionados 246 estudiantes de manera aleatoria y en forma estratificada, de acuerdo a la población femenina del Liceo en tandas matutina y vespertina. De los 246 estudiantes encuestados, 54 resultaron aptas para la investigación al confirmar el uso de test de embarazo de forma casera. La valoración del nivel de conocimiento se estableció mediante una escala desde 0% hasta 100%, en base a las contestas sobre conocimiento de las pruebas de embarazo casero según las edades, los medios de información, uso de

* Medico General

estas pruebas por las estudiantes.

RESULTADOS

Los resultados del estudio se expresan en los siguientes cuadros:

Cuadro 1. Distribución por edades de las estudiantes del Liceo Ramón Emilio Jiménez que usaron pruebas de embarazo casero abril 2010.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	1	2
13	6	11
14	13	24
15	14	25
16	15	28
17	3	6
18	2	4
Total	54	100

Fuente: encuesta a estudiantes del Liceo Ramón Emilio Jiménez

Los rangos de edades de 13 a 16 años presentaron mayores porcentajes de estudiantes con conocimiento y practica del uso de las pruebas de embarazado llamados caseras.

Cuadro 2. Distribución por medio informativo en el cual adquirieron el conocimiento sobre las pruebas de embarazo de uso casera. Abril 2010

medio de informacion	Numero	Porcentaje
Internet	27	50
Folletos	6	11
Revistas	13	24
Radio	14	25
Televisión	15	28
Otros	3	6

El medio informativo mas frecuentado para adquirir el conocimiento sobre las pruebas de embarazo casera fue el Internet.

Cuadro 3. Distribución de la frecuencia del uso de las pruebas de embarazo casera en el Liceo Ramón Emilio Jiménez. Abril 2010

Uso de la prueba de embarazo casero	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	4	7
2 veces	14	30
3 veces	15	28
Varias	21	35

Fuente: encuesta a estudiantes del Liceo Ramón Emilio Jiménez.

DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes constituye un problema de salud, familiar y muchas veces de deserción escolar. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2002 (1), en el país revela que hubo un incremento de la fecundidad y maternidad en adolescentes debido a un aumento en la proporción de mujeres entre 15 a 19 años que iniciaron el proceso de procreación, datos corroborados por la ENHOGAR-2006 que revela que al llegar a los 19 años alrededor del 42% de las adolescentes habían salido embarazadas, y 34% (33.9%) ya eran madres. Entre el 7% y el 48% de las adolescentes reconocen que su primera experiencia sexual fue forzada (5, 6)

Son escasas las estadísticas publicadas sobre el uso de las pruebas de embarazo casera en República Dominicana.

En nuestro estudio el 2% de las encuestadas había usado la prueba de embarazo casera, con un incremento al 28% a los 16 años de edad.

REFERENCIAS

1. ENDESA 2000, República Dominicana.
2. Cruz, E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(1):5-10
3. Fernández, C. El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. Vol. 9. Núm. 2. (42-54). Febrero 1992
4. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) Encuesta Nacional de hogares 2006 (ENHOGAR-2006)
5. Ganju, D. Las adversidades sociales y de salud como experiencia de las mujeres jóvenes. 2004: 56-57.
6. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
7. OMS. Planificar los embarazos antes de producirse. 2005. capitulo II.
8. OPS. Sexualidad y embarazo. 2005
9. Ronald, A. Anticoncepción y esterilización. Tratado de ginecología y obstetricia. 8va. ed. 2000: 579-591
10. William Obstetricia 21 va ed. 2003: Capitulo III

ETIOLOGÍA Y COMPORTAMIENTO DEL SÍNDROME FEBRIL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE SANTO DOMINGO

Feliz Ruiz, Sterling; Francés Matos, Sachenka; Félix Ramírez, Genis; Mateo Sánchez, Cynthia

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo con el objetivo de determinar la etiología y el comportamiento del síndrome febril en los pacientes ingresados durante el 2009 en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Se analizaron 58 pacientes que fueron reportados como positivo para la malaria, dengue o leptospirosis. El 43.1% (n=25) correspondió al dengue, malaria con un 32.8% (n=19), el restante 24.1% (n=14) fue reportado como leptospirosis. Conjuntamente la mortalidad en el síndrome febril fue de 5.2% (n=3), el 67.7% correspondió a leptospirosis y un 33.3% a dengue clásico.

Palabras clave: Etiología síndrome febril, malaria, leptospirosis, dengue.

ABSTRACT

A retrospective study was conducted with the objective to determinate the etiology and behavior of febrile syndrome in patients in 2009 admitted to the hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. We analyzed 58 patients who were reported as positive for malaria, dengue or leptospirosis. The 43.1% (n=25) corresponded to dengue, malaria with a 32.8% (n=19) and remaining 24.1% (n=14) was reported as leptospirosis. Together mortality febrile syndrome was 5.2% (n=3), 67.7% were leptospirosis and dengue fever to 33.3%.

Keywords: Etiology febrile syndrome, malaria, leptospirosis, dengue.

INTRODUCCIÓN

El síndrome febril (SF) está definido como todo paciente con inicio brusco de fiebre y con menos de siete días de evolución el cual no se ha identificado signos o síntomas relacionados con un foco infeccioso.¹

La leptospirosis, el dengue y la malaria son las causas principales a establecer como diagnóstico diferencial en todo paciente que presenta las manifestaciones características del SF. El comportamiento de estas infecciones está ampliamente distribuido en todo el territorio dominicano.

Desde hace décadas la malaria y el dengue están entre las principales infecciones transmitidas por vectores, cada año se reportan alrededor de 350 y 500 millones de episodio clínico atribuido a malaria.² Anualmente entre 50 y 100 millones personas se afectan por dengue, y 500,000 es debido a dengue hemorrágico.³⁻⁴ Desde hace años, el dengue y la malaria

se consideran enfermedades endémicas las cuales reportan miles de casos cada año en República Dominicana.^{5, 6}

La malaria o paludismo es causada por parásitos protozoarios del género *Plasmodium*. Se conocen más de 100 especies de *Plasmodium* pero solo 4 provocan malaria. El *P. falciparum* es el responsable de la forma más severa de la enfermedad^{2,7} y el que ocasiona el 99.8% de los casos reportados en todo el territorio dominicano, el 0.2% restante es causado por *P. vivax* e importado de otros países. El *P. malaria* y el *P. ovale* no han reportado casos en dominicana.^{2, 8}

La leptospirosis tiene distribución mundial pero es más frecuente en áreas tropicales donde las condiciones para su transmisión son particularmente favorables. Se conocen dos especies de *Leptospiras*, la *L. interrogans*, y la *L. biflexa*, la primera patógena para el hombre, conociéndose 19 serogrupos con 250 variantes serológicas (serovares); siendo la *L. pomona*, *L. canicola* y *L. icterohemorrágica* las más frecuentes.⁸ En la República Dominicana en los últimos 3 años en promedio se ha reportado más de 1, 200 casos por año. En el 2005 la *L. pomona* fue el serotipo más frecuente y afectó principalmente a los hombres entre los 20 y 39 años de edad que trabajaban en la agricultura.⁶

La similitud de los signos y síntomas clínicos del dengue, leptospirosis y malaria, pone de manifiesto lo complejo que es diferenciarlas clínicamente entre sí y de otras entidades con sintomatología similar. Conjuntamente a esta dificultad se suma la falta de reporte oportuno de los resultados de laboratorio de los pacientes ingresados con SF. Es por ello que nos planteamos como objetivo principal del estudio conocer la etiología del síndrome febril en los pacientes asistidos con esta sintomatología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal retrospectivo mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes de ambos sexos diagnosticados con dengue, malaria o leptospirosis en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello durante el año 2009.

El estudio consistió en la revisión de los registros clínicos de los pacientes previamente diagnosticados. Las pruebas utilizadas para la determinación de IgM e IgG para dengue y se aplicó un formulario para la recolección de datos sociodemográficos, estadía hospitalaria, reportes de laboratorio al ingreso y al egreso del paciente así como las condiciones generales de los mismos.

RESULTADOS

Se analizaron 58 pacientes que fueron reportados como positivo para la malaria, dengue o leptospira. La mediana de edad en los individuos de estudio fue de 26 años, edad mínima 16 y máxima 86 años. Los diagnósticos confirmados el 43.1% correspondió al dengue, clínicamente 80% descrito como dengue clásico mientras que el restante 20% como dengue hemorrágico. Conjuntamente la malaria con un 32.8 %. El restante 24.1% fue reportado como leptospirosis. (Grafico 1)

En la positividad de las infecciones, el sexo más afectado lo fue el masculino con 67.2 %, a excepción de dengue hemorrágico en el que femenino predominó con un 60%. En todos los demás diagnósticos el sexo masculino mantuvo una mayor proporción, 78.6% para leptospirosis, un 73.7% para malaria y 60% para dengue clásico.

Diagnostico confirmado

Sexo	Dengue Clásico	Dengue Hemorrágico	Leptospirosis	Malaria	Total
Femenino	8	3	3	5	19
Masculino	12	2	11	14	39
Total	20	5	14	19	58

individuales de pruebas rápidas; SD Rapid Test para Leptospira y Globex Diagnostics IgG/IgM Combo Test Card para dengue, la metodología usada fue descrita por el fabricante. de igual forma, se aceptaron los resultados positivos mediante Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente (ELISA, del ingles: Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay) de aquellas pruebas reportadas por el Laboratorio Nacional de Salud Publica Dr. Defilló para dengue y por el Laboratorio Veterinario Central (LAVECEN) para leptospira. La gota gruesa para diagnosticar malaria fue tomada por los técnicos del Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET).

Filas%	42.1	15.8	15.8	26.3	100
Colum %	40	60	21.4	26.3	32.8
Filas%	30.8	5.1	28.2	35.9	100
Colum %	60	40	78.6	73.7	67.2
Total	20	5	14	19	58
Filas%	34.5	8.6	24.1	32.8	100
Colum %	100	100	100	100	100

Las personas menores de 30 años edad fue el grupo etareo mas afectado por leptospirosis y dengue con 78.6% y 72.8% respectivamente. Contrario a esto el 63.3% de los pacientes con malaria eran mayores de 30 años de edad.

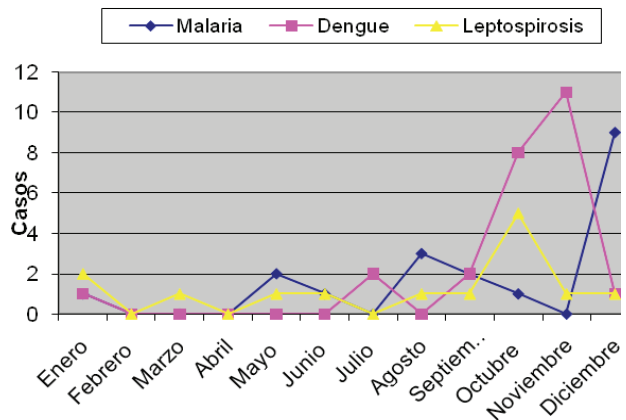
La mortalidad en el SF fue de 5.2 %, de este porcentaje el 67.7% correspondió a leptospirosis y un 33.3% clínicamente dengue clásico. La estancia hospitalaria de los fallecidos por leptospirosis fue de 3 días, mientras que 9 días de hospitalización duro el fallecido por dengue clásico. Se resalta que 1 paciente fallecido por leptospirosis tenía menos de 19 años de edad, los dos restantes tenía 50 o más años.

La procedencia más relevante de los pacientes diagnosticados perteneció a los sectores del área III* de salud con un

39.7%, específicamente Villa Mella (52.2%) y Sabana Perdida (34.7%). Los barrios perteneciente al área de salud del hospital (área IV) **reportaron un 13.9%. Conjuntamente destacamos que 18.9% de los pacientes procedían de ciudades cercanas a Santo Domingo.

Grafico 2: Tendencia de la malaria, dengue y leptospirosis a través del año 2009. Obsérvese la elevación de los casos en los meses finales del año.

Comportamiento del Síndrome Febril durante el año 2009. Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello



En el estudio también indagamos acerca de los datos de laboratorio al momento del ingreso como recuento de plaquetas, urea y creatinina. Al ingreso, el 79.3% de los pacientes presento menos de 100 mil plaquetas. En contraste, en todos los pacientes con recuento de plaquetas mayor de 100 mil; la distribución tenía un comportamiento homogéneo, en dengue (30.7%), leptospirosis (30.7%) y malaria (38.4%). Ninguno de los casos que desarrollo dengue hemorrágico presento plaquetas mayores de 100 mil al ingreso.

En su mayoría, los pacientes se mantuvieron 6 días o menos internos. Aun al 5to día de ingreso permanecían hospitalizados el 85.7% de los pacientes por dengue, 86.6% por malaria y 70% por leptospirosis.

Para las tres enfermedades al 6to día de comenzar la sintomatología ya estaban hospitalizados el 75.6% de los pacientes. El 100% de los casos diagnosticados como dengue hemorrágico fue ingresado al 4to día o menos de la sintomatología.

Destacamos que en el ingreso los pacientes presentaron datos normales de urea (ml/dl) y creatinina (mg/dl) entre 88.9% y 90.1% respectivamente.

Durante los primeros nueve meses del año de estudio el comportamiento de las enfermedades mantuvo una tendencia equilibrada hasta mostrar una elevación de los casos diagnosticados en los últimos cuatro meses del año. (Grafico 2)

DISCUSIÓN

El síndrome febril sólo en el año 2009 fue motivo de 330 ingresos en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello.

Sabana Perdida, Villa Mella, Los Guaricados, Pantoja, Los Girasoles. **Barrios de esta área son: Simón Bolívar, Cristo Rey, Ens. Luperon, Capotillo, Gualay. La Zurza.

*División territorial de la región 0 de salud, los barrios principales son:

Resultando como positivo para dengue, malaria o leptospirosis 58 pacientes. Se destaca que solo el 17% de estos pacientes resulto diagnosticado con una de estas tres enfermedades.

La disminución de las plaquetas fue el criterio clínico mayor utilizado para ingresar a los pacientes, a pesar de, un 20% poseían plaquetas mayor de 100 mil pero menor de 250

mil acompañado de un cuadro clínico de SF característico de alguna de estas enfermedades. Probablemente, estos valores de las plaquetas se debieron a los pocos días de fiebre que verdaderamente había transcurrido.

En el año 2009 se registraron 761 casos de dengue clásico y hemorrágico en el Distrito Nacional (DN). El hospital reporto el 3.2% (n/25) de los casos detectado en el DN. En las mismas condiciones el aporte de los casos de malaria fue el mayor con 67% (n/19). De igual forma, las leptospirosis detectadas en el hospital aporato a las estadísticas del DN el 8.5% (n/14). Para dos años anteriores esta misma apreciación se observo una variación de entre tres y cuatro puntos porcentuales.

La incidencia del dengue, malaria y leptospirosis tiene cierta similitud con los **resultados** expuesto por otros autores en un centro de salud. 11, 12

En esta investigación al igual que algunas publicaciones comprobamos que el sexo masculino es el más afectado. 11, 12 En los casos específicos de malaria las personas que más se enfermaron fueron estudiantes y amas de casa en un 21% conjuntamente. En contraste, el 75% de los afectados en el país son trabajadores de la agricultura. 6

En falciparum es el responsable de todos los casos de malaria detectados en la investigación, lo que demuestra la rareza de otros agentes circulando en el país. 2

Evidenciamos que el dengue y la leptospira afectaron frecuentemente a adultos jóvenes. Los datos del país reportan la misma situación. 4, 6-7

La autoridades visualizaron mejor esta realidad en el brote de dengue del año 2005 donde aproximadamente el 75% de los afectados fueron jóvenes menores de 20 años. 6

La mortalidad entre las personas diagnosticadas con dengue o leptospira no fue elevada a nivel nacional, esta ocurrencia disminuyo en el 2009 con respecto al 2008, en todos los casos de República Dominicana disminuyó en más de un 50% en el 2009, con respecto al 2008. 16 No existe similitud entre la mortalidad por dengue de nuestro estudio (33.3%) y la ocurrida a nivel nacional (10%) para el 2009, atribuido en gran parte a que estas muertes ocurrieron mayormente fuera de Santo Domingo. Los dos años anteriores (2007 y 2008) tanto la morbilidad como la mortalidad fue más elevada, 8, 16 debido a que el país se vio afectado por las inundaciones causadas por varias tormentas, aumentando el número de casos.

El hospital Dr. Francisco Moscoso Puello pertenece al área IV de salud, pero observamos que la mayor parte de los pacientes con SF procedían del área III de salud. En estas circunstancias algún investigaciones reportaron que el fácil acceso a la emergencia de la población de la zona; al tiempo que el hospital maneja casos más complejos del tercer nivel de salud, condicionaron a que las personas acudan por la confianza de recibir las atenciones medicas necesarias sin ser referido a otro centro de salud. 13

Desde el 2005 la incidencia de los casos por SF muestran una elevación en los últimos 4 meses del año en el hospital*,

de la misma manera ocurre a nivel nacional.** En nuestros **resultados** claramente pudimos observar esta tendencia, lo cual atribuimos al clima cálido de en estos meses al mismo tiempo a las lluvias y las catástrofes naturales producto de la temporada ciclónica, las cuales afectan al país en su mayoría en los últimos cinco meses del año.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las disposiciones otorgadas por el departamento de epidemiología del hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Particularmente agradecemos a las doctoras Sherley Sánchez y Ana Julia Cesin por las facilidades y el empeño en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Troyes L, Fuentes L, Troyes M, Canelo L. (et al)... Etiología del Síndrome Febril Agudo en la Provincia de Jaén, Perú 2004-2005. Rev Perú Méd Exp Salud Pública 23(1), 2006.
2. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales. Guía para el diagnóstico, manejo y prevención de la malaria. Santo Domingo, Rep. Dom. 2009.
3. Comisión nacional para la prevención y el control del dengue: Dengue y dengue hemorrágico, diagnóstico y tratamiento. Santo Domingo, Rep. Dom. 2007.
4. Terrero, Clemente. La enfermedad del dengue. Ed. 2da. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
5. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2009. Santo Domingo: SESPAS-DIGEPI; 2009.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe Estadístico Salud en Las Américas: República Dominicana. 2005.
7. Disponible en: http://bvsvdo.intec.edu.do:8080/textos/e_s/PAHORD.pdf
8. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud, 2005.
9. Santo Domingo: SESPAS; 2005.
10. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2008. Santo Domingo: SESPAS-DIGEPI; 2008.
11. Martínez Ruth, Díaz Fredi, Villar Luis. Criterios clínicos para diagnosticar el dengue en los primeros días de enfermedad. Biomédica, 2006;26:22-30.
12. Abuaud C, Osorio G, Rojas J, Pino L. Leptospirosis: Presentación de una infección fulminante y revisión de la literatura. Rev Chil Infect 2005; 22 (1): 93-97
13. Valdez M, Cruz M, Victorino T. (et al)...Índice de láminas positivas de Malaria en la Región VI de Salud. Junio 1998. Rev Méd Dom Vol. 59, No. 3. Septiembre-diciembre, 1998.
14. Pérez A, Mena J, Valdez M. Características clínicas y epidemiológicas del dengue clásico y hemorrágico en niños de 0-15 años en el Hospital Plaza de la Salud. Rev Méd Dom. Vol. 63 No. 3. Septiembre/Diciembre, 2002.

Puello.

**Boletines semanales, DIGEPI, disponible es <http://www.sespasdigepi.gob.do>

*Dto. de epidemiología, Hospital Dr. Fco. Moscoso

15. Feliz Sterling, Encarnación Sayonelis,
16. Marmolejos Elizabeth. Nivel de Satisfacción que asisten a la emergencia de cirugía general del hospital Dr. Luis E. Aybar Octubre- Noviembre de 2008.
17. Marcelino A, Martínez S, Guzman N. (et al)... Seroprevalencia de Anticuerpos Contra Virus Dengue en Niños de 0-15 Años. Rev Méd Dom. Vol. 30. N°2. Mayo-Agosto 1994.
18. Marcelino A, Rodríguez A. Dengue Hemorrágico-Síndrome de Shock por Dengue. Rev Med Dom. Vol. 30. N°2. Mayo-Agosto 1994.
19. República Dominicana, Secretaría de
20. Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias 2009. Santo Domingo, Rep. Dom. Febrero 2010. Disponible en: <http://www.sespas.gov.do/subsecretari as/ tecnica.asp>



FRECUENCIA Y DESCRIPCIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR EN ESTUDIANTES DEL LICEO SECUNDARIO PROFESOR JUAN DE JESÚS REYES. ZONA URBANA DEL MUNICIPIO MAO, PROVINCIA VALVERDE, REPÚBLICA DOMINICANA.

José Espinal Cedeño, *Altagracia Ibe Báez,* Patricia R. Saint-Hilaire R,* Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la frecuencia del hábito de fumar entre estudiantes del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes de la zona urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico de corte transversal que se desarrolló a través de una encuesta auto aplicada prospectivamente a estudiantes de la educación secundaria pública, en el mes de junio de 2010.

De 205 estudiantes entrevistados, 17 (8,3%) eran fumadores. La mayoría (15/17) tenía ≥ 15 años de edad. La frecuencia absoluta del tabaquismo fue mayor en las mujeres que en los hombres (58,8 contra 41,2%). Los estudiantes del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes que fumaban (15/17), correspondían a tercero y cuarto curso del bachillerato. La cantidad de cigarrillos fumados diariamente fue elevada, 12 estudiantes fumaban más 10 cigarrillos por día. En promedio, las mujeres fumaban mayor cantidad de cigarrillos que los hombres. La iniciación del consumo del tabaco fue precoz. Antes de los 9 años ya los estudiantes se habían iniciado en el hábito de fumar. Y Antes de los 15 años la mayoría (16/17). Los conflictos familiares, la curiosidad, y la imitación, fueron los motivos más importantes dados por los autos encuestados para comenzar a fumar. La publicidad televisiva sigue siendo el medio más frecuentemente referido a través del cual los estudiantes del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes del conocen el tabaco. Las escuelas y las fiestas fueron los lugares donde los estudiantes del liceo profesor Juan De Jesús Reyes, se iniciaron en el hábito de fumar. El Marlboro (9/17), Nacional (3/17) y Constanza (2/17), fueron las marcas de cigarrillos preferidas por los estudiantes. Los estudiantes auto encuestados prefieren los cigarrillos con filtro y se deleitan aspirando profundamente el humo de los cigarrillos que fuman. Relacionar el hábito tabáquico de los estudiantes con el hábito de fumar de sus progenitores.

A pesar de que una proporción importante de los estudiantes fumadores intentó dejar de fumar, continúa fumando, argumentando no poder dejar el hábito por costumbre, fantasía y por el placer que le causa.

PALABRAS CLAVES: Tabaquismo, hábito tabáquico, estudiantes.

ABSTRACT

With the objective to determine the frequency of the habit to smoke between students of the secondary grammar school professor Juan De Jesus Reyes of the urban zone of the

municipality of Mao, Valverde province, a descriptive and analytical study of cross section that was developed through a survey car applied to students of public the secondary education prospectivamente, in the month of June of 2010 was carried out.

Of 205 students interviewed, 17 (8.3%) were smokers. The majority (15/17) had ≥ 15 years of age. The absolute frequency of the tabaquismo was greater in the women than in the men (58.8 against 41.2%). The students of the secondary grammar school professor Juan De Jesus Reyes who smoked (15/17), corresponded to third and fourth course of the baccalaureate. The amount of smoked cigarettes daily was elevated, 12 students smoked more 10 cigarettes per day. In average, the women smoked greater amount of cigarettes than the men. The initiation of the consumption of the tobacco was precocious. Before the 9 years already the students had begun in the habit to smoke. And Before the 15 years the majority (16/17). The familiar conflicts, the curiosity, and the imitation, most important dices by the encuestados cars were the reasons to begin to smoke. The televising publicity continues being the average one more frequently referred through as the students of the secondary grammar school professor Juan De Jesus Reyes of know the tobacco. The schools and the celebrations were the places where the students of the grammar school professor Juan De Jesus Reyes, began in the habit to smoke. Marlboro (9/17), National (3/17) and Constanza (2/17), were the cigarette marks preferred by the students. The encuestados students car prefer cigarettes with filter and they delight deeply inhaling the smoke of the cigarettes that smoke. To relate the tabáquico habit of the students to the habit to smoke of its ancestors.

Although an important proportion of the students smokers tried to let smoke, it continues smoking, arguing not to be able to leave the habit by custom, fantasy and by the pleasure that him cause.

KEY WORDS: tabaquismo, tabaquico habit, students.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Aracelis Mueses R, Mayra D. Ramos P, Yudelkis M. Sosa M.** Llevaron a un estudio prospectivo, descriptivo y observacional que se desarrolló a través de una auto encuesta

** Aracelis Mueses R, Mayra D. Ramos P, Yudelkis M. Sosa M. Características epidemiológicas del hábito de fumar en estudiantes del liceo Dr. Elías Rodríguez. Bonaó, República Dominicana. 2008. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2008.

* Médico general

** Pediatra Neumólogo, MSP.

epidemiológica transversal dirigida a los estudiantes del liceo Dr. Elías Rodríguez; del municipio de Bonaó, Provincia Monseñor Nouel, República Dominicana, en abril de 2008. Fueron auto encuestado 865 estudiantes, 177 (20,5%) fumaban y 688 (79,5%) no fumaban. Entre los fumadores (97, 54,8%) eran masculinos. La mayoría (28,8%) se habían iniciado en el hábito de fumar antes de los 15 años, aunque una proporción significativa (14,7%), se había iniciado después de los 20 años.

La mayor proporción de fumadores se inició en las fiestas, 72 (41,0%); seguido del hogar, 45 (25,0%). Los motivos para comenzar a fumar más frecuentemente reportados por los estudiantes fumadores fueron, curiosidad (40,0%), imitación (28,0%) y conflictos familiares (21,0%). Las razones por las que los fumadores continúan fumando fueron: Calma los nervios (23, 7%), costumbre (19,2%) y necesidad, entre otras. La mayoría (60,0%) fuma cigarrillos. La marca más frecuentemente utilizada fueron: Nacional (28,8%) y Constanza (23,7%). La televisión (50,3%) fue el medio por el cual conoció el fumado, seguido de afiches (35,5%) y la radio (10,2%).

En 84 (37,5%) de los estudiantes fumadores había antecedentes familiares de fumado: 30,5 por ciento para los padres, 17,0 por ciento para las madres y 20,9 por ciento para ambos. La mayoría (49,1%) fuma menos de cinco cigarrillos por día; 44,6 por ciento entre 6-15 cigarrillos por día y apenas 6,2 por ciento más de seis cigarrillos por día. Un total de 115 (64,9%) ha intentado dejar de fumar.

El 64,9 por ciento de los fumadores entrevistados habían intentado abandonar el cigarrillo. La mayoría (94,9%) sabe que el consumo de cigarrillo es perjudicial para la salud, pero apenas la mitad (50,8%) conoce la asociación del fumado con el cáncer de pulmón, menos de un tercio (30,5%) con el cáncer laríngeo y 17,5 por ciento con el enfisema pulmonar.

José Lara Brea, Aracelis Lantigua y Nassidith Ramírez,* llevaron a cabo un estudio en dirigido a estudiantes pertenecientes al Liceo Víctor Garrido en la zona urbana del Distrito Nacional. Fueron entrevistados 200 estudiantes, 16 por ciento de los cuales era fumadores. La edad promedio de la población encuestada fue de 16 años (rango: 13-19 años). Los que habían dejado de fumar con anterioridad fueron 12 estudiantes para un 6 por ciento. En relación a la edad en que empezó a fumar, predominaron los de 14-19 años con un total de 16 estudiantes para un 57 por ciento. En cuanto a la variedad de tabaco, el mayor porcentaje correspondió a los cigarrillos con 19 para un 68 por ciento. La marca predilecta fue Montecarlo 12 para 43 por ciento. De acuerdo a la cantidad de cigarrillos que fuman por día predominó de 1-4 cigarrillo fumado por día con 13 estudiantes para 46 por ciento; En relación a padres que fuman predominaron «ambos» con 40 para un 71 por ciento.

Según la razón por la que fuman por curiosidad tuvo 10 estudiantes para un 36 por ciento; En relación a los medios de comunicación a través de los cuales conocieron el cigarrillo, la televisión obtuvo 14 estudiantes para un 50; en cuanto al lugar donde empezó a fumar en el hogar y fiestas 10 estudiantes cada uno, para un 36 por ciento respectivamente.

De acuerdo a ha intentado dejar de fuma tanto el «sí como el no» obtuvieron 10 estudiantes para un 50 por ciento cada uno

* Lara-Brea J, Lantigua A, Ramirez N. Consumo de tabaco en estudiantes de la educación secundaria del liceo Victor Garrido, Distrito Nacional, noviembre, 2009. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2010.

respectivamente. En relación a cuantas veces han intentado dejar de fumar, predominó 1 vez con 7 estudiantes para 50 por ciento; de acuerdo a por qué continúan fumando «por placer» con 13 estudiantes para un 46 por ciento.

Sindy A. Diloné Báez, Alejandrina Del orbe S, Leanny R. Familia Lara,** estudiaron el consumo de cigarrillos en estudiantes de Medicina y Odontología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (octubre-diciembre, 2009). Fueron entrevistados 378 estudiantes de medicina y odontología, de los cuales 120 (31,7%) eran fumadores. Los estudiantes de medicina atribuyen al estrés la razón principal de inicio del fumado (31,9%), 28,3 por ciento prefieren la marca Marlboro y 37, 2 por ciento y el 37,2 por ciento fuma entre 10-14 cigarrillos por día.

Carmelina Cuevas Díaz, Marcia Elizabeth Fernández Francisco, Ruth Esther Peña Cancú Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes adolescentes del liceo José Gabriel García de Samaná, mayo 2006.***

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una auto encuesta epidemiológica transversal, dirigida a los estudiantes adolescentes del Liceo José Gabriel García de Samaná, durante el mes mayo de 2006.

Del total de 506 estudiantes auto encuestados, 33 (6,5%) eran fumadores. La mayor cantidad de cigarrillos fumados por día correspondió a las mujeres que fumaban más de 5-10 cigarrillos por día, la marca predilecta fue marlboro, la televisión, fue el medio más importantes a través del cual los estudiantes del Liceo José Gabriel García conocieron el tabaco, seguido por el padre, el hogar y la fiestas fueron los lugares preferidos por los estudiantes ara iniciarse en el fumar; las razones por las que comenzaron a fumar fueron curiosidad, imitación, conflicto familiar, entre otras; las razones por las que continúan fumando fueron entre otras: costumbre, placer; en la mayoría de los fumadores existía antecedentes de fumado familiar de la madre, del padre y en ambos.

Sorilandy Encarnación-Mateo S, Peña HA. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes de secundaria del municipio de San José de Ocoa, 2004.**** La autoencuesta fue dirigida a 919 estudiantes. Se obtuvo respuesta de 853 (92,8%). La mayoría (69,1%) tenía entre 12 y 19 años. De 853 estudiantes, 109 (11,9%) resultaron fumadores. Según la cantidad de cigarrillos fumados, la mayor frecuencia de fumadores correspondió al sexo femenino (7.3/11.9%). La mayor frecuencia correspondió a los que fumaban menos de 10 cigarrillos por día. El Cuadro V presenta la distribución de los fumadores según marcas de cigarrillo. La marca Nacional ocupó el primer lugar (4.6%) seguido de Marlboro (3.8%). Fumaban con filtro 8.9 por ciento; sin filtro, 1.0 por ciento y no respondieron, 2.0 por ciento. La mayor proporción de fumadores se registró en el segundo (3.8%) y cuarto curso (3.8%), seguido del tercer curso (3.3%) y primer curso (1,0%).

** Diloné-Báez SA, Del Orbe A, Familia-Lara LR. Consumo de cigarrillos en estudiantes de Medicina y Odontología. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Octubre-diciembre, 2009. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2010.

*** Cuevas-Díaz C, Fernández-Francisco ME, Peña-Cancú RE. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes adolescentes del liceo José Gabriel García de Samaná, mayo 2006. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2006.

**** Sorilandy Encarnación-Mateo S, Peña HA. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes de secundaria del municipio de San José de Ocoa, 2004. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2004.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Con el objetivo de determinar la frecuencia del hábito de fumar entre estudiantes del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes de la zona urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico de corte transversal que se desarrolló a través de una encuesta auto aplicada prospectivamente a estudiantes de la educación secundaria pública, en el mes de junio de 2010.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico al liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, de la zona urbana del municipio de Mao, provincia Valverde. Esta provincia se encuentra localizada geográficamente en la región del Cibao de la República Dominicana. El Liceo a su vez está delimitado, al Norte, por la calle Abraham Lincoln; al Sur, por la calle Emilio Arte Ext; al Este, por la callejón Restauración-prolongación; al Oeste, por la calle, Hostos.

Universo y muestra

La población que se investigó estaba compuesta por los estudiantes de ambos sexos y diferentes edades que se había inscrito en el año escolar 2009-2010 en los diferentes cursos del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes. En este liceo se imparte docencia en tres tandas: matutina (830 alumnos), vespertina (550 alumnos) y nocturna (300 alumnos). Como se trata de una encuesta auto aplicada, se decidió incluir a los estudiantes, de las tandas vespertina y nocturna, es decir, 850 estudiantes.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los estudiantes que para el momento del estudio cumplieron con los siguientes requisitos:

1. Consentir y aprobar su participación en la encuesta auto aplicada.
2. Estar presente el día de la aplicación del cuestionario.
3. Ser estudiante del nivel secundario.
4. Participar voluntariamente en la encuesta.
5. Todas las edades
6. De ambos sexos

Criterios de exclusión

1. Rechazar su participación en el estudio.
2. Estar ausente el día de aplicación de la encuesta.
3. Llenar inadecuadamente el formulario.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, adaptado de documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS),* de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER),** del British Medical Research Council*** y de otros colaboradores.

El cuestionario está elaborado en formato 8½ x 11, contiene 23 preguntas cerradas y abiertas. Contiene, además de los

* Organización panamericana de la salud. Alianzas estratégicas y legislación en América latina para el control del tabaquismo. Proyecto inter gerencial tabaco o salud en Latinoamérica. Ginebra: OPS, 2008: 4-23.

** Nichols E. Adicción al tabaco. Sinopsis informativa. UICTER/OPS/OMS, 2008:34-42., INSERM. U. 179, 44 Chémica de Ronde, B. P. 34 78110 Le Vésimet, Francia. 2008..

*** Cletcher CM. Standardized questionnaires on respiratory symptoms. Br Med J 2008: 1665.

datos sociodemográficos de los estudiantes (edad, sexo, etc.), preguntas relacionadas con el tabaquismo. (Ver anexo IV.6.4: Instrumento de recolección de la información).

Sobre el tabaquismo se plantean preguntas acerca del número de cigarrillos fumados por día, la aspiración o no del humo para los fumadores, la edad de los estudiantes en el momento en que habían comenzado a fumar y el tabaquismo de los padres.

Los criterios de clasificación de los fumadores para establecer el grado de severidad del tabaquismo fueron tomados del INSERM.40 Estos son los siguientes:

Se consideraron fumadores a todos los estudiantes que fumaban como promedio un cigarrillo por día o que fumaban ocasionalmente al momento de la encuesta y fumador ocasional al que fumaba ocasionalmente en el momento de la encuesta, es decir, menos de 5 cigarrillos por mes; ex-fumador al que haya dejado de fumar por lo menos seis meses antes de la encuesta y no fumador al que nunca ha probado cigarrillo.

Grado de hábitos tabáquico:****

Leve: al que fuma <10 cigarrillos por día.

Moderado: al que fuma entre 10-19 cigarrillos por día.

Severo: al que fuma \geq 20 cigarrillos por día.

Procedimiento

Inicialmente se solicitó permiso a la dirección del liceo para la obtención del permiso de sometimiento de la encuesta autoaplicada a los estudiantes (ver anexo IV.6. 3: carta de solicitud de permiso).

Las preguntas contenidas en el cuestionario se formularon a través de una encuesta autoaplicada. Tres estudiantes de último año de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) se encargaron de la recopilación de los datos en base al formulario estandarizado aplicado a los estudiantes ya señalados. Los estudiantes sometidos a la encuesta fueron aquellos que al momento de la misma estuvieron presentes en el aula. El llenado del formulario se llevó a cabo en el mes de junio de 2010.

Tabulación

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó programas de computadoras: Microsoft Office Excel 2007. ®

Análisis

Los datos obtenidos a partir de la presente encuesta fueron estudiados, en primer lugar como hechos epidemiológicos. En una segunda etapa, se efectuaron correlaciones lineales entre los datos según las diferentes variables susceptibles de intervención en la adquisición del hábito de fumar de los estudiantes. Las variables que fueron susceptibles de comparaciones se analizaron mediante el test de las desviaciones cuadráticas (X^2), considerándose de significación estadística una $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Se hizo solicitud formal a la dirección del liceo, con fines de oficializar el proceso de llenado de los formularios. En este,

**** Hernández J, Guevara C.L, García M.F, Tascon J.E. Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: características y percepciones. Revista Colombia Médica, Vol. 37, No. 1, Jan./Mar. 2006, pp. 31 – 38

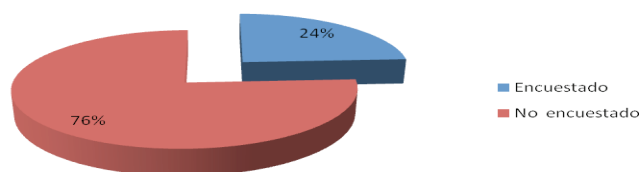
no se incluyó el nombre de los estudiantes que participaron en el instrumento de recolección de los datos. Se hizo el compromiso formal de entregar un ejemplar de la tesis a la biblioteca del liceo, y finalmente, previo al inicio del llenado de los formularios, se leyó el documento de consentimiento informado.

RESULTADOS

Participación

La encuesta fue dirigida a 850 estudiantes de las tandas vespertina y nocturna del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, la participación fue de 205 (24,1 %) estudiantes (Figura I).

Figura I. Distribución de los estudiantes según participación en la entrevista auto aplicada. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep.Dom.



Fuente Segura

Frecuencia de estudiantes fumadores

Fueron entrevistados 205 estudiantes, 17 (8,3 %) admitieron ser fumadores. La mayoría (15 estudiantes fumadores) tenía 15 o más años y sólo dos menos de 15 años. Al sexo femenino correspondieron 10 (58,8%) y al masculino 7 (41,2%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de los estudiantes fumadores, según grupo de edad y sexo. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010.Rep. Dom.

Grupo de edad (años)	Total (%)	Femenino (%)	Masculino (%)
<15	2	2	0
15 -16	7	4	3
17 -19	4	3	1
20	4	1	3
Total	17 (100,0)	10 (58,8)	7 (41,2)

Fuente: Directa.

En el cuadro 2 se presenta la distribución de los estudiantes fumadores según nivel (curso). Un total de 15 de 17 estudiantes correspondían a tercero y cuarto.

Cuadro 2. Distribución de los estudiantes fumadores, según Nivel académico y sexo. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010 Rep.Dom

Nivel académico	Total (%)	Femenino (%)	Masculino (%)
Primero	0	0	0
Segundo	2	1	1
Tercero	6	4	2
Cuarto	9	5	4
Total	17 (100,0)	10 (58,8)	7 (41,2)

Fuente: Directa.

La cantidad de cigarrillos fumados por los estudiantes entrevistados fue mayor en las mujeres que en los hombres. Un total de 12 de 17 fumadores, consumían entre 10 y \geq 20 cigarrillos por día.

Cuadro 3. Distribución de los estudiantes fumadores, según grado de tabaquismo y sexo. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep Dom

Grado de tabaquismo (cigarrillos/día)	Total (%)	Femenino (%)	Masculino (%)
< 5 (Leve)	1	1	0
5-9 (moderado)	4	2	2
10-19 (severo)	6	3	3
\geq 20 (Muy severo)	6	4	2
Total	17 (100,0)	10 (58,8)	7 (41,2)

Fuente: Directa.

Características del hábito de fumar

En el cuadro 4 se presenta la distribución de los estudiantes fumadores del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, de Mao, donde ya se observa que dos estudiantes se habían iniciado en el hábito de fumar cigarrillos antes de los 10 años; 14 (82,3%) entre 10-14 años y apenas, 1 a los 16 años.

Cuadro 4. Distribución de los estudiantes fumadores, según de los progenitores. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010.Rep Dom

Edad de inicio (años)	Frecuencia	Porcentaje
< 10	2	11,8
10-14	14	82,3
15-19	1	5,9
\geq 20	0	0
Total	17	100,0

Fuente: Directa.

Los conflictos familiares (11/17), la imitación (3/17), la curiosidad (2/17) y la fantasía (1/17), fueron las causas dadas por los estudiantes para comenzar a fumar cigarrillos (Cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución de los estudiantes fumadores, según de los progenitores. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Causa de fumado	Frecuencia	Porcentaje
Conflicto familiar	11	64,7
Imitación	3	17,7
Curiosidad	2	11,8
Fantasía	1	5,8
Decepción	0	0
NS	0	0
NR	0	0
Total	17	100,0

Fuente: Directa.

En el cuadro 6 se presenta la distribución de los estudiantes fumadores según medio por el cual adquirieron el hábito. La televisión (13/17) y la radio (2/17) fueron los más frecuentes.

Cuadro 6. Distribución de los estudiantes fumadores, según medio por el que conoció el tabaco. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Medio	Frecuencia	Porcentaje
Televisión	13	76,5
Radio	2	11,7
Periódico	1	5,9
Revistas	1	5,9
Total	17	100,0

Fuente: Directa.

El lugar donde los estudiantes se iniciaron en el hábito de fumar fue: escuela (11/17) y fiestas (6/17) (Cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución de los estudiantes fumadores, según lugar donde inició el fumado. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	0	
Escuela	11	64,7
Fiestas	6	35,3
Excursión	0	
Total	17	100,0

Fuente: Directa.

El Marlboro (9/17), Nacional (3/17) y Constanza (2/17), fueron las marcas de cigarrillos más frecuentemente preferidas por los estudiantes (Cuadro 8).

Cuadro 8. Distribución de los estudiantes fumadores, según marca de cigarrillos fumados. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Marca	Frecuencia	Porcentaje
Marlboro	9	52,9
Montecarlo	1	5,9
Winston	1	5,9
Nacional	3	17,7
Hilton	1	5,9
Constanza	2	11,7
Total	17	100,0

Fuente: Directa.

En el cuadro 9 se presente la distribución de los estudiantes fumadores según aspiración del humo y el tipo de aspiración.

Un total de estudiantes (15/17) aspiraban el humo del cigarrillo, mientras que 12/15, los aspiraban de manera profunda.

Cuadro 9. Distribución de los estudiantes fumadores, según marca de cigarrillos fumados. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Aspiración del humo	Sí	No
17	15	2
Tipo de aspiración	Profunda	Superficial
15	12	3

Fuente: Directa.

De los estudiantes fumadores, 9 sus progenitores también eran fumadores (5 los padres, 2 las madres y 2 ambos). (Cuadro 10).

Cuadro 10. Distribución de los estudiantes fumadores, según tabaquismo de los progenitores. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Progenitor	Total	Fumador	No fumador
Padre	17	5	12
Madre	17	2	15
Ambos	17	2	15
Total	17	9	8

Fuente: Directa.

Cuadro 11, se observa que los estudiantes fumadores del Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, han intentado dejar el fumado en promedio unas 6 veces (rango: 1-12). Las razones dadas por los estudiantes para continuar fumando fueron: calmante (12/17), costumbre (10/17) y placer (9/17).

Cuadro 11. Distribución de los estudiantes fumadores, según hayan intentado dejar de fumar, cantidad de intentos y razones por las que continúan fumando. Liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, Mao, provincia Valverde, 2010. Rep. Dom.

Variable	Total	Sí	No
¿Ha intentado dejar de fumar?	17	7	11
Cantidad de intentos (veces)			
1-4	17	10	7
5-9	17	12	5
10-14	17	4	13
15-19	17	3	14
≥ 20	17	1	16
Promedio	17	6 veces	
Razones por la que continúa fumando:			
Calmante	17	12	5
Placer	17	9	8
Costumbre	17	10	7
Fantasia	17	2	15

Fuente: Directa.

DISCUSIÓN

En este estudio, que fue dirigido a las tandas vespertina y

nocturna del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, de la zona urbana del municipio Mao, provincia Valverde, la participación de los estudiantes fue baja, apenas de 205 (24,1 %) estudiantes. La razón básica de esta baja participación se debió a que la fecha de aplicación del instrumento de recolección de los datos, coincidió con el periodo de examen. De todas maneras, la muestra resultó significativa.

La frecuencia de fumado encontrada entre estos estudiantes participantes (8,3%) fue menor a la reportada en estudiantes del liceo Dr. Elías Rodríguez del municipio de Bonaó, Provincia Monseñor Nouel, en abril de 2008 (20,5%);* del Liceo Víctor Garrido en la zona urbana del Distrito Nacional (16,0%),** estudiantes de Medicina y Odontología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (31,7%) (octubre- diciembre, 2009); estudiantes del municipio de San José de Ocoa (11,9%); *** Estudiantes de la Romana (19,9),**** y estudiantes de secundaria de Monte Cristi (12,9%).***** Sin embargo, resultó mayor a la reportada en estudiantes adolescentes del liceo José Gabriel García de Samaná, mayo 2006 (6,5%);***** estudiantes de Villa Altigracia (3,5%),***** Bani (2,4%),***** Elías Piña (7,8%),***** La Vega (7,3%) e Higüey (4,5%).*****

Estas informaciones resultan interesantes, dado que comprueban que mientras en Europa y los Estados Unidos, con público bien informado abandona el consumo de cigarrillos, en los países en desarrollo como es el nuestro, la tasa de tabaquismo sube a un ritmo cada vez más acelerado o se mantiene constante, principalmente por el gran aumento en

el número de jóvenes fumadores.

Basándose en las pautas de consumo actuales se calcula que en la primera década del siglo XXI morirán prematuramente más de diez millones de latinoamericanos a causa del corazón, los infartos y otras afecciones provocadas por el tabaco.

El comportamiento en el consumo de cigarrillos se debe en gran parte a la intensa campaña publicitaria que la industria del tabaco ha emprendido en el tercer mundo, para sustituir los mercados que han ido perdiendo en los países industrializados.

La tasa de fumadores en el mundo en vía de desarrollo está en aumento. Según los expertos en el tema, esto se debe principalmente a la agresiva campaña publicitaria que utilizan las multinacionales del tabaco. Así es como las corporaciones multinacionales se han volcado con nuevas técnicas publicitarias a estos nuevos mercados después que las restricciones legales y campañas antitabáquicas comenzaron a tener lugar en los países desarrollados.

La publicidad es el arma que tiene la industria para incrementar la prevalencia de la adicción tabáquica. En nuestro país, la industria se esfuerza particularmente por asociar la práctica de fumar con el prestigio, el poder, la libertad y el lujo.²³

Los hechos precedentemente citados unidos a la industria del turismo dominicano son factores que de por sí crean la expectativas en la población para iniciarse en el fumar. En este sentido hay que destacar la precocidad de los estudiantes del liceo secundario profesor Juan De Jesús Reyes, de Mao, donde ya a los 9 años algunos se han iniciado en este hábito.

La iniciación del consumo de tabaco, medida en personas menores de 15 años de edad, supera el 94 por ciento. Aunque no se dispone de series temporales sistematizadas, la información existente indica que los grupos más recientes (sobre todo el sexo femenino) en las áreas urbanas en la República Dominicana están comenzando a fumar a una velocidad superior a la de sus predecesores.²⁰ Esto constituye un claro indicador del aumento de la prevalencia del tabaquismo en la República Dominicana.

La cantidad de cigarrillos fumados diariamente es alta, ya que el mayor porcentaje (70,6%) correspondió al grado moderado-severo. Un elemento importante a descartar es que a pesar de que en otros estudios 2-8 reportados, en promedio, los hombres fumaban mayor cantidad de cigarrillos que las mujeres, y la proporción de fumadores severos era más importante entre éstos; en la presente investigación este hecho fue contrario. La mayor frecuencia de fumadores fue entre las mujeres, así como también la severidad de consumo de cigarrillos.

Entre los estudiantes encuestados los conflictos familiares, la imitación, y curiosidad, fueron los motivos más importantes para comenzar a fumar. Llama la atención este hallazgo. Debido a que en los últimos años, los conflictos familiares ocupan el primer lugar como factor causante de inicio del fumar. Esto podría suponer el surgimiento de cierta armonía del un deterioro importante de las relaciones padre-hijo en el hogar con la consiguiente desmoralización de la sociedad. Sin embargo, la razón principal de todo esto es el deseo de los jóvenes de sentirse y parecerse a los adultos. El hecho de que durante la niñez los padres hayan desaprobado el hábito de fumar, es una razón que se agrega, por el deseo de contradecirlos. Pensamos que el peligro de cánv cer y enfermedad cardiaca, lejos de desalentarlos resulta para ellos un sutil desafío.¹¹

La publicidad televisiva sigue siendo un medio muy

* Aracelis Mueses R, Mayra D. Ramos P, Yudelkis M. Sosa M. Características epidemiológicas del hábito de fumar en estudiantes del liceo Dr. Elías Rodríguez. Bonaó, República Dominicana. 2008. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2008.

** Lara-Brea J, Lantigua A, Ramírez N. Consumo de tabaco en estudiantes de la educación secundaria del liceo Víctor Garrido, Distrito Nacional, noviembre, 2009. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2010.

*** Sorilandy Encarnación-Mateo S, Peña HA. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes de secundaria del municipio de San José de Ocoa, 2004. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2004.

**** Abreu M, Jiménez Y, Pimentel RD y Félix E. Frecuencia del hábito tabáquico entre estudiantes adolescentes de la educación secundaria institucional de la zona urbana del municipio de La Romana. Rev UNIBE de Cienc y Cult 1995; 5.

***** Pimentel RD, Franjul-Troncoso M, et al. Prevalencia de estudiantes fumadores de la zona urbana de Monte Cristi. Rev UNIBE de Cienc y Cult 1993; 4(3).

***** Cuevas-Díaz C, Fernández-Francisco ME, Peña-Cancú RE. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes adolescentes del liceo José Gabriel García de Samaná, mayo 2006. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2006.

***** Casado-Reyes SR, Félix-Saviñón RD, Job D, Pineda-Del Rosario C. Tabaquismo y síntomas respiratorios en la población escolar. Relación del hábito tabáquico y sintomatología respiratoria en escolares de la educación secundaria de Villa Altigracia. [Tesis de grado-USAD]. Santo Domingo, República Dominicana, 2002.

***** Pimentel RD, Gómez-Félix ME. Hábito tabáquico en los estudiantes banilejos. Bol Comun 1992; 2(6).

***** González A. Frecuencia y descripción del hábito tabáquico entre escolares de la educación secundaria tradicional de la zona urbana del municipio de Elías Piña. [Tesis de pos grado, UNIREMOHOS]. Santo República Dominicana, 2002.

***** López-Rosario AM, De la Cruz CE, Villamán Ampro E, Montilla-Castillo D. Frecuencia y descripción del hábito tabáquico entre escolares de la educación secundaria de la zona urbana del municipio de Higüey. [Tesis de grado-UASD]. Santo Domingo, República Dominicana, 2002.

eficaz a través del cual los adolescentes conocen el tabaco, corroborándose su consumo en las escuelas, el hogar y las fiestas como los lugares donde se inician en el fumar.¹² Pero en el caso de los fumadores del liceo secundario José Gabriel García de Samaná, la imitación de los padres y amigos juegan el papel más importante.

Por último, debemos comentar que, a pesar de que una proporción importante de los fumadores intentó dejar de fumar, continúa fumando. Los adolescentes y los jóvenes se deleitan aspirando el humo de sus cigarrillos, no sospechan que estén inundando sus pulmones con más de tres mil compuestos químicos que agreden traicioneramente todos los rincones de sus pulmones. Tal vez no tienen información suficiente acerca de los efectos de la nicotina. La nicotina es la droga más adictiva que se conoce.¹¹ El apetito por la nicotina puede durar toda la vida, aún después que el fumador dejar el cigarrillo; el 60 por ciento de las personas que dejan de fumar, vuelve a hacerlo antes que haya transcurrido el primer año de abstinencia. La adicción a la nicotina es tan difícil de dominar como la de la heroína. Los efectos físicos de la nicotina y del tabaco mataron a 40,000 personas en los Estados Unidos en un solo año; 13 más que todas las demás drogas juntas.

REFERENCIAS

1. Abréu M, Jiménez Y, Pimentel RD y Félix E. Frecuencia del hábito tabáquico entre estudiantes adolescentes de la educación secundaria institucional de la zona urbana del municipio de La Romana. *Rev UNIBE de Cienc y Cult* 1995; 5.
2. Acosta V, Jiménez Y.A, Peña M, Martínez S, Ramírez A. Repercusiones Económicas del Consumo de Cigarrillos entre Estudiantes de Medicina. [Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2004
3. American Health Association. Fumar y los niños: Un mensaje a los padres. Dallas, Texas, 1990: 1-6.
4. Anónimo. Cifras de producción de tabaco en el mundo. Cultivadores de tabaco en España. <http://www.Cultivadores de tabaco.org/cifras.htm>.
5. Aracelis Mueses R, Mayra D, Ramos P, Yudelkis M, Sosa M. Características epidemiológicas del hábito de fumar en estudiantes del liceo Dr. Elías Rodríguez. Bonao, República Dominicana. 2008. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2008.
6. Ayarde- Romero B, Cuti M, Ascarrunz-González M. E et al. Efecto Genotóxico del Consumo de Tabaco en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la UMSA que habitan en la altura. *BIOFARBO*. [online]. dic. 2008, vol.16, no.1 [citado 03 Marzo 2010], p.67-71. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181353632008000100012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1813-5363.
7. Adolescencia temprana y tabaquismo. Disponible en: www.monografias.com/trabajos27/adolescencia-Tabaquismo/adolescencia-tabaquismo.shtml
8. Báez-Moreno, WM; Severino-Mejía, NP; Santana-Pérez, CE; Suero-Ramírez, A; Pimentel, RD. Encuesta sobre opiniones en relación al tabaquismo de profesores de escuelas públicas de Santo Domingo. *Rev Med Dom*, 2002; 63 (2): 89-98.
9. Batista, BU; Rosario, R; Cabrera, ME. El tabaquismo en la úlcera péptica: Comparación entre ulcerosos fumadores y no fumadores. Tesis de grado UASD, 1990:12-19.
10. BAT: Asociación Británica de Productores de Tabaco
11. Castaño- Castrillon J.J, Páez-Cala M.L, Pinzón-Montes J.H, Rojo-Bustamante E, et al. Estudio Descriptivo Sobre Tabaquismo en la Comunidad Estudiantil de la Universidad de Manizales. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2008; 56 (4).
12. Casado-Reyes SR, Félix-Saviñón RD, Job D, Pineda-Del Rosario C. Tabaquismo y síntomas respiratorios en la población escolar. Relación del hábito tabáquico y sintomatología respiratoria en escolares de la educación secundaria de Villa Altagracia. [Tesis de grado-USAD]. Santo Domingo, República Dominicana, 2002.
13. Centers for Disease Control and prevention. Smoking & Tobacco Use. Fact Sheet. Tobacco-related mortality: Current Estimates (updated September 2006). Disponible en: www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/youth_tobacco.htm
14. Cifras del tabaquismo. Se consigue en: <http://www.tabaquismo.freehosting.net/smsl/CIFRAS%20DEL%20TABAQUISMO.htm>
15. Componentes del tabaco: Disponible en: www.eltabacoapesta.com/index.php/el_tabaco/efectos-del-tabaco/componentes-del-tabaco
16. Cletcher CM. Standardized questionnaires on respiratory symptoms. *Br Med J* 2008: 1665.
17. Componentes del Tabaco: www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/01-01comp.htm Consecuencias del tabaco en la salud de los fumadores. Disponible en: consultorios.universia.edu.pe/2006/11/20/consecuencias-del-tabaco-en-la-salud-de-los-fumadores/
18. Chez-Checo J, Sang MA. El tabaco. Historia General en República Dominicana. Botánica, usos y comercio: Sociedad Taína 1900, 2007
19. Cuevas-Díaz C, Fernández-Francisco ME, Peña-Cancú RE. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes adolescentes del liceo José Gabriel García de Samaná, mayo 2006. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2006.
20. Definición de hábito. Se consigue en: www.wordreference.com/definicion/habito
21. Dejar de fumar.Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Disponible en: www.dejardefumar.com.ar/articulos.asp?cat=15
22. Dependencia. Se consigue en: www.adiccionesadrogas.net/drogas.html
23. El tabaco: historia, naturaleza, dejar de fumar. Disponible en: www.nodo50.org/tortuga/article.php3?id_article=3962
24. Diloné-Báez SA, Del Orbe A, Familia-Lara LR. Consumo de cigarrillos en estudiantes de Medicina y Odontología. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Octubre-diciembre, 2009. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2010.
25. Encuesta Nacional de Salud, 2007. Endesa, 2007.
26. Encuesta sobre Prevalencia de Tabaquismo por Sexo y Año en estudiantes adolescentes de la República Dominicana. Informe de la OPS/OMS, 2008)
27. Fases del fumador. Disponible en: www.tuotromédico.com/temas/fases_del_fumador.htm
28. Flores-Martín S, Steen B. Historia del Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR: Manual del Tabaquismo, 2005
29. Flores-Martín S, Steen B. Función del Personal de Salud Frente al Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología

- y Cirugía Torácica. SEPAR: Manual del Tabaquismo, 2005
30. Gómez EE, Montenegro DS, Giusti ML. Prevalencia del consumo de cigarrillos en estudiantes de Medicina y de Bioquímica de la UNNE. Revista de post- grado de la VIa Cátedra de Medicina. 2005 Abril. N° 144: 10 (7). Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista144/3_144.htm
 31. González A. Frecuencia y descripción del hábito tabáquico entre escolares de la educación secundaria tradicional de la zona urbana del municipio de Elías Piña. [Tesis de pos grado, UNIREMOHOS]. Santo República Dominicana, 2002.
 32. Hernández J, Guevara C.L, García M.F, Tascon J.E. Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: características y percepciones. Revista Colombia Médica, Vol. 37, No. 1, Jan./Mar. 2006, pp. 31 – 38
 33. Historia del tabaco - Dejar de fumar. Disponible en: dejar-de fumar.org.es/historia tabaco.html
 34. Infante-Reyes AR, Nova RJ, Ceballo AN, Asencio R. Prevalencia del hábito tabáquico de una población de adolescentes escolares. Rev Med Dom 1995; 56(3): 105-107.
 35. INSERM. U. 179, 44 Chemica de Ronde, B. P. 34 78110 Le Vésimet, Francia. 2008.
 - 36.
 37. 36. La asistencia clínica en el tabaquismo. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobhead er=application%2Fpdf&blobkey=id&blob.
 38. Lara-Brea J, Lantigua A, Ramírez N. Consumo de tabaco en estudiantes de la educación secundaria del liceo Víctor Garrido, Distrito Nacional, noviembre, 2009. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2010.
 39. López-Rosario AM, De la Cruz CE, Villamán Amapro E, Montilla-Castillo D. Frecuencia y descripción del hábito tabáquico entre escolares de la educación secundaria de la zona urbana del municipio de Higüey. [Tesis de grado-UASD]. Santo Domingo, República Dominicana, 2002.
 40. Márquez- Pérez F.L. Historia Natural del Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR: Consumo del tabaco como proceso, 2005
 41. Mejía, D; Cordero, N; Toribio, S; Pimentel, RD. Frecuencia del hábito tabáquico entre estudiantes adolescentes de la zona urbana de Nagua. Rev Med Dom, 1999; 60(1): 53-60
 42. Nichols E. Adicción al tabaco. Sinopsis informativa. UICter/OPS/OMS, 2008:34-42.
 43. Organización panamericana de la salud. Tabaco: Circulo vicioso de la pobreza. Convenio Marco de OMS para el control del tabaco. Ginebra- Suiza: Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, caragraphics S. A, 2006 Mayo. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10024&SE=SN>.
 44. Organización panamericana de la salud. Alianzas estratégicas y legislación en América latina para el control del tabaquismo. Proyecto inter gerencial tabaco o salud en Latinoamérica. Ginebra: OPS, 2008: 4-23.
 45. Ortega-Gómez M. T, Ramírez-Imbert R.O, et al. Tabaquismo en pacientes que demandan atención por patologías digestivas en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Doctor Luís Eduardo Aybar. [Tesis de grado-Medicina]. Santo Domingo, 2007
 46. Pimentel, RD. Conocimientos y actitudes sobre el tabaquismo y su prevención entre estudiantes de la salud. Rev UNIBE de Cienc y Cult 1991; 3: 56-60.
 47. Pimentel, RD. Estimación de los contenidos de alquitrán y nicotina de los cigarrillos fumados por estudiantes adolescentes de la educación pública de Santo Domingo. Rev Med Dom, 1998; 59 (1): 176-181.
 48. Pimentel RD, Franjul-Troncoso M, et al. Prevalencia de estudiantes fumadores de la zona urbana de Monte Cristi. Rev UNIBE de Cienc y Cult 1993; 4(3).
 49. Pimentel RD, Gómez-Félix ME. Hábito tabáquico en los estudiantes banilejos. Bol Comun 1992; 2(6).
 50. Pimentel RD, Peralta-Fermin RD, Arias De la Cruz ML y Sasso F. Prevalencia de estudiantes fumadores en la zona urbana de Santo Domingo. Rev UNIBE de Cienc y Cult 1993; 4(3).
 51. Pimentel RD, Payero-Brisso JF, et al. Características epidemiológicas del tabaquismo entre estudiantes de Puerto Plata. Neumos 1992; 8(3).
 52. Ramírez-Rivas, González-Jorge AJ y Pimentel RD. Epidemiología del tabaquismo entre odontólogos de Santo Domingo. Rev UNIBE de Cienc y Cult 1991; 3(1): 39-46.
 53. Salvador- Llivina T, Córdoba García R, Planchuelo-Santos M.A, Nebot Adell M, Becoña Iglesias E, M. Barrueco F, J.A. Riesco- Miranda J.A. Prevención del Socidrogalcohol. Guía de Tabaco. Se consigue en: http://www.pnsd.msps.es/categoria2/publica/pdf/guia_tabaco_socidrogalcohol.pdf.13/07/09.
 54. Sorilandy Encarnación-Mateo S, Peña HA. Frecuencia y descripción del hábito del tabaquismo en estudiantes de secundaria del municipio de San José de Ocoa, 2004. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2004.
 55. Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), 2005.
 56. Tabaco, artículo. Se consigue en: www.monografias.com/trabajos12/tabaco/tabaco.shtml
 57. Tabaquismo Personal Educativo. Se consigue en: www.slideshare.net/guest88739c/for tabaquismo-personal-educativo
 58. Tabaco y Tabaquismo: CAUSAS. Disponible en: Tabaco tabaquismo.blogspot.com/2006/05/causas.html
 59. Tratado de Terapéutica y Materia Medica, de Trousseau y Pidoux, 1872.
 60. El Tabaco: historia general en República Dominicana. Disponible en: www.glj.com.do/home.php/biblioteca_virtual/historia_tabaco/botanica_usos_comercio
 61. Tabaquismo: www.profesorenlinea.cl/Ciencias/tabaquismo.htm
 62. The European Tobacco Control 2007 Report, 2007.
 63. Valdez Sandra; Prensa Libre.com. Preocupa número de fumadores en la región. Disponible en: <http://www.prensalibre.com/pl/2008/diciembre/06/281451.html>

ÍNDICE DE INFECCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL DOCENTE DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Julissa Polanco Cruz, Carmen Natalia. Vásquez,* Francisco Almonte,* Liliana Crystal Ventura,* Adalgisa Almonte, * Mario Uffre.**

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal con el propósito de determinar el índice de infección en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital docente Dr. Francisco Moscoso Puello en Mayo-Julio del 2009. La muestra fueron 332 pacientes intervenidos, se infectaron 47 pacientes, el índice de infección correspondió al 14%. 56 % eran sexo masculino, el sexo femenino estuvo representado por un 44 por ciento. Con relación a los infectados el sexo femenino, fue el más frecuente con un 57 por ciento. 220 intervenciones se realizaron de forma electiva, correspondiendo al 66 por ciento. Las cirugías de emergencia estuvieron representadas por 112 pacientes para un 34 por ciento. El 72% de los infectados había sido operado vía emergencia, 33 pacientes.

Se visualizó que los pacientes que tuvieron varios factores de riesgos como diabetes, hipertensión mostraron índice más alto de infección 36.3 por ciento. De los procedimientos realizados 75 fueron laparotomía exploratoria, de los cuales se infectaron 13, correspondiendo a un 30.2 por ciento de todos los infectados. Las amputaciones por pie diabético ocuparon el segundo lugar con 18 procedimientos, infectándose 9 lo que corresponde a un 21 por ciento. El 42 por ciento de los pacientes que se infectaron estuvo representado por los pacientes que duraron más de 3 horas en cirugía

Los microorganismos encontrados en los cultivos fueron: Sphafilococcus Aureus, Cándida Sp y Escherichia Coli, siendo este ultimo el más frecuente con un 24 por ciento.

Palabras claves: Infección, sexo, intervenciones quirúrgicas, cirugías tipo emergencia y electiva, factores de riesgos, tiempo transquirurgico, microorganismos.

ABSTRCT

Performed a prospective, descriptive, cross with the purpose of determining the infection rate in patients who underwent surgery at the Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello teaching in May-July 2009. The sample consisted of 332 patients underwent surgery, 47 patients were infected, the infection rate fell to 14%. 56% were male, female sex was represented by 44 percent. With regard to infected females, was the most common with 57 percent. 220 operations were performed electively, corresponding to 66 percent. Emergency surgeries were represented by 112 patients to 34 percent. 72% of those infected had been operated via emergency, 33 patients.

* Médico general

** Médico cirujano

It envisioned that patients who had multiple risk factors as diabetes, hypertension showed highest infection rate 36.3 percent. Of the 75 procedures performed were exploratory laparotomy, of whom 13 were infected, corresponding to 30.2 percent of all infections. The diabetic foot amputations were second with 18 procedures, infecting nine corresponding to 21 percent. The 42 percent of patients who became infected was represented by patients that lasted over three hours in surgery

The microorganisms found in cultures were: Sphafilococcus Aureus, Candida sp and Escherichia coli, the latter being the most common with 24 percent.

Key words: Infection, sex, surgery, emergency and elective surgeries type, risk factors, time transsurgical, microorganisms.

INTRODUCCIÓN

La intervención quirúrgica supone necesariamente una alteración en las barreras normales del organismo empezando por la piel donde se hace la incisión. La infección ha sido reconocida por muchos años como el riesgo mayor de cualquier cirugía. Avances importantes han sucedido en los últimos años que obligan al cirujano a estar al día en las nuevas tecnologías que benefician al paciente. Todas las heridas quirúrgicas están contaminadas por bacterias, pero sólo una minoría desarrolla infección clínica. En el 1992 el término para las infecciones asociadas con procedimientos quirúrgicos cambió de infección de la herida quirúrgica por infección del sitio operatorio (ISO). La causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumento y personal.

Por otra parte, se sabe que el riesgo de infección del sitio quirúrgico está directamente relacionado con la cantidad de bacterias contaminantes: a mayor cantidad de bacterias, mayor es el riesgo de infección; también depende de la agresividad del germen y del estado de las defensas del paciente:

Los Centros para el Control de enfermedades (CDC) publicaron recomendación detalladas para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico. 1) efectuar operaciones sin contaminación de modo cuidadoso y con manejo adecuado de los tejidos, 2) reducción de la contaminación y 3) complemento de las defensas del paciente, incluido el uso de antibióticos.

El propósito de esta investigación es determinar el índice de infección en pacientes operados en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, para así constatar que se están aplicando las medidas adecuadas y los parámetros establecidos por organismos nacionales e internacionales de salud en cuanto a

asepsia, antisepsia y antibioterapia todo esto recolectando la información de los pacientes y dándole seguimiento después de realizado el procedimiento quirúrgico vía telefónica y viéndoles en el hospital.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, de corte transversal que procura determinar el índice de infección en pacientes intervenidos quirúrgicamente, en el Hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2009.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico las salas de internamiento del servicio de cirugía, pertenecientes al hospital Docente Dr. Francisco Moscoso Puello; el cual se encuentra localizado en la calle Nicolás de Ovando, esquina Josefa Brea, en el sector del Ensanche Luperón.

Métodos de recolección de datos

Se realizó un cuestionario diseñado en función de los objetivos y variables, compuesto por 8 ítems con respuestas cerradas (ver anexos). La recolección de la información estuvo a cargo de los sustentantes, se dió seguimiento telefónico con el fin de saber si estos mostraron signos o síntomas que sugirieran infección, si su respuesta era afirmativa, se le citaba en la emergencia del área de cirugía de dicho hospital para proceder a la indicación de un cultivo en el caso de que fuera pertinente. Se tabuló con el método de palotes y se procesó en microsofít Excel 2007.

RESULTADOS

Distribución índice de Infección en pacientes intervenidos quirúrgicamente.

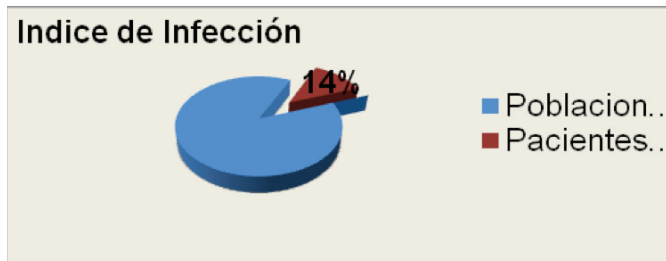
De los 332 pacientes intervenidos, se infectaron 47 paciente, el índice de infección correspondió al 14%.

Tabla 1

Población General	Porcentaje	Pacientes infectados	Porcentaje
332	100	47	14

Fuente: Ficha recolección de datos

Grafico 1



Distribución sexo más afectado con relación a las infecciones
De los 332 pacientes intervenidos 186 eran del sexo masculino con un 56%, mientras que el sexo femenino estuvo representado por 146 pacientes para un 44%.Con relación a los infectados el sexo femenino, fue el más frecuente con un 57%.

Tabla 2.

Sexo	Población General	Porcentaje	Pacientes Infectados	Porcentaje
Masculino	186	56	20	43
Femenino	146	44	27	57
Total	332	100	47	100

Fuente: IDEM

Distribución factores de riesgos en relación a la infección.

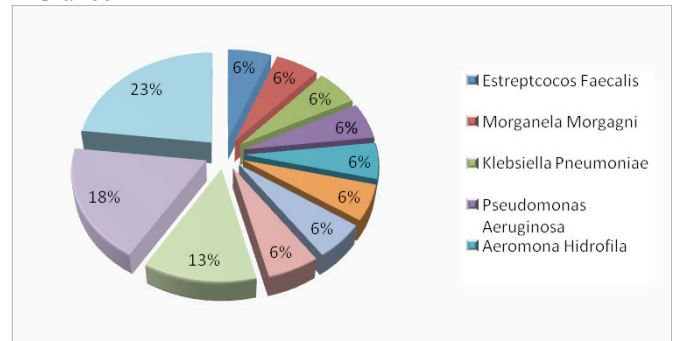
Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Cardiovascular	7	14.8
Diabetes	7	14.8
Tabaquismo	3	7
Factores combinados	17	36.3
Alcohol	3	7
Total	37	100

Se visualizó que los pacientes que tuvieron varios factores de riesgos mostraron índice más alto de infección (36.3%). Los pacientes con antecedentes cardiovasculares y diabetes ocuparon el segundo lugar con el mismo porcentaje 14.8%

Distribución microorganismos encontrados en pacientes infectados

Los microorganismos encontrados en los cultivos fueron: Sphafilococcus Aureus, Candida Sp y Escherichia Coli, siendo este ultimo el más frecuente con un 24%.

Gráfico 4



Fuente: IDEM

Nota: Un paciente puede tener más de un germen aislado en el cultivo.

DISCUSION

De los 332 pacientes intervenidos, se infectaron 47 paciente, el índice de infección correspondió al 14%. La infección quirúrgica es una causa importante de morbilidad, constituye el 25 % del total de infecciones nosocomiales.

De los 332 pacientes intervenidos 186 eran del sexo masculino correspondiendo a un 56%, mientras que el sexo femenino estuvo representado por 146 pacientes para un 44%. Con relación a los infectados el sexo femenino, fue el más frecuente con un 57%. Nuestros **resultados** arrojaron que los factores intrínsecos de los pacientes guardan una estrecha

relación con la infección del sitio operatorio, debemos tener en cuenta que los individuos que tenían factores combinados, sobresalieron en la población infectada, representados por el 36.3 por ciento. Los pacientes con antecedentes cardiovasculares y diabetes ocuparon el segundo lugar con el mismo porcentaje 14.8.

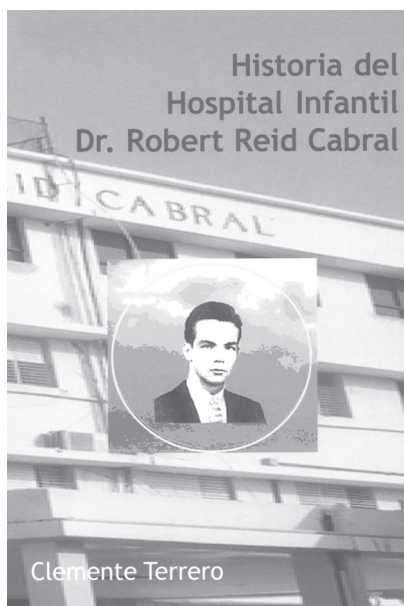
Haley y Morgan, en su libro Identificando los factores de riesgo en pacientes infectados luego de la cirugía publicado en el año 2004, hablan de cómo la diabetes produce daños en los mecanismos que regulan el tono vascular originando alteraciones en los patrones de flujo sanguíneo, la obesidad debido a la pobreza del riego vascular en el tejido adiposo y el mayor espesor del espacio muerto en el tejido celular subcutáneo favorece el desarrollo de la infección del sitio operatorio. Davila en Costa Rica señala que los factores de riesgo son la causa más predecible de complicaciones que pueden llevar a una muerte temprana o tardía después de la cirugía.

En Colombia en el 2003 se realizó un estudio, donde se encontraron 133 pacientes con ISO en el Hospital Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali. En 123 casos (92.5%) se obtuvo el resultado del cultivo y de ellos en 17 pacientes (13.8% de los cultivos) se aislaron dos gérmenes. La bacteria cultivada con mayor frecuencia fue *Escherichia Coli* (36%), seguida por *S. Aureus* (27%), pero también son importantes otros gramnegativos como *Enterobacter*, *Klebsiella* y *Proteus*. Dicho estudio coincidió totalmente con los resultados arrojados por nuestra investigación, la única diferencia sería que el microorganismo *Candida Sp* ocupó el tercer lugar en los cultivos en nuestros resultados y en dicha investigación no se mencionó tal microorganismo.

REFERENCIAS

1. http://www.felacred.org/boletin/boletin_4_3_e.html Noticias FELAC. Autor: Jaime Escallon. Consultado 16 agosto 2009.
2. Molina RI, Bejarano M, Garcia O, Infección del sitio operatorio en un hospital Nivel II, Colombia Cir, 2005, volumen 20 no 2, págs. 87-88
3. <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicaacs/2/2695>
4. Transcripción conferencia dictada en el Curso de Instrumentistas Quirúrgicos, realizado en el marco del LI Congreso del Capítulo Chileno del Colegio Americano de Cirujanos, en Santiago, entre el 2 y el 5 de Mayo de 2007. Consultado 5 agosto 2009.
5. Quintero G.A, Infección sitio operatorio, Guías para manejo de urgencias, págs. 1070-1071
6. Dominguez A.M, Vanegas S. Camacho S., Quintero G., Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y sitio operatorio, Revista de cirugía, Colombia, 1999.
7. Brunicardi F.C, Andersen, Biliar, Dum, Hunter, Pollock, Schwartz, Infecciones quirúrgicas, Principios de cirugía, México, Mc Graw Hill 2006, págs. 109-127.
8. Lawrence W.W, Doherty G.N, Inflamación infección y antibióticos, Diagnostico y tratamiento quirúrgico, México, Editorial Manual Moreno 2003, págs. 129-160.
9. Serrano M, Biología de la infección, Infección en cirugía, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2001, págs. 13-27.
10. Roosevelt Fajardo, Anaya D.A, Asepsia y antisepsia, Infección en cirugía, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2001, págs. 40-41.
11. Sussman O.A., Martinez R.C, Antisépticos y desinfectantes, Infección en cirugía, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2001, págs. 50-69.
12. Quintero G.A, Profilaxis antibiótica, Infección en cirugía, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2001, págs. 119-129.
13. Galarza A. Epidemiología y control de la infección nosocomial, Infección en cirugía, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2001, págs. 149-153
14. 13) Cirugía de urgencia, Buenos Aires, Editorial medica panamericana, 2005, págs 57-66.141.

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.

MALFORMACIONES CONGENITAS EN RECIÉN NACIDOS,
HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.

*Dra. Danyd Moquete Mendez**, *Dra. Jacqueline Reyes Brito***, *Dra. Luz Celeste Acosta Acosta***, *Dra. Grisel Cedano Rosario***.

RESUMEN

Presentaremos los resultados de autopsias de cinco (5) recién nacidos en el Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, donde relacionamos las edades de las madres, edad del embarazo al momento del nacimiento, enfermedades que padecieron las madres durante el embarazo, tipos de malformaciones congénitas y su incompatibilidad con la vida.

Hacemos esta exposición para motivar una consulta genética de los padres, para así tener mejores expectativas de vida en sus próximos embarazos.

Palabras claves: Malformaciones congénitas, recién nacido, hipoplasia pulmonar.

ABSTRACT

Present the results of autopsies of five (5) newborns in the Central Hospital of the Armed Forces, which relate the ages of mothers, pregnancy, age at birth, illnesses suffered by mothers during pregnancy, rates of congenital malformations and their incompatibility.

We make this statement to motivate a genetic consultation of parents in order to have better expectations of life in their next pregnancy.

Keywords: congenital malformations, newborn, pulmonary hypoplasia.

INTRODUCCIÓN

Defectos del nacimiento, malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías congénitas son términos que se utilizan en la actualidad para describir los defectos del desarrollo que se presentan al nacer. Los defectos del nacimiento o anomalías congénitas pueden ser estructurales, funcionales, metabólicos, conductuales o hereditarios.

Es usual dividir las causas de anomalías congénitas en: a) factores genéticos (p. ej., anomalías cromosómicas) y b) factores ambientales, como fármacos. Sin embargo, muchas anomalías comunes son causadas por factores genéticos y ambientales actuando en conjunto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revizaron los archivos de del servicio de anatomía patológica del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, donde se comprobó que se practicaron en el 2009, treinta y cinco (35) autopsias de las cuales diecinueve (19) fueron a

recién nacidos, diagnosticados con malformaciones congénitas en cinco (5) de ellas.

Luego de proceder a la práctica de autopsia se diagnosticaron malformaciones internas y externas, se procede a tomar cortes representativos de todos los órganos fijados en formalina al 10%, embebidos en parafina y posteriores cortes y teñidos en hematoxilina y eosina.

Las malformaciones diagnosticadas fueron de los sistema óseo, respiratorias, cardiovascular, gastrointestinal, sistema nervioso central y genitourinario.

RESULTADOS

De las treinta y cinco (35) autopsias realizadas durante el año 2009, diecinueve (19) fueron a recién nacidos para un 54.3%, de los cuales cinco (5) fueron diagnosticados con malformaciones congénitas para un 26.3%, que detallamos a continuación:

1. Sistema nervioso central: hidrocefalia (un caso).
2. Sistema respiratorio: hipoplasia pulmonar (tres casos).
3. Sistema cardiovascular: transposición de las grandes arterias (un caso).
4. Sistema óseo: paladar hendido y labio leporino. (un caso).
5. Sistema gastrointestinal: agenesia de estomago y esófago. (un caso).
6. Sistema genitourinario: agenesia de vejiga urinaria e hidrocele bilateral. (un caso).

En tres casos hubo hipoplasia pulmonar, y también se diagnosticaron casos donde esta malformación estuvo asociada a transposición de las grandes arterias en un caso y en otro caso a agenesia de esófago, estomago, vejiga urinaria y paladar hendido con labio leporino.

La madre con edad mas elevada fue de 26 años, con producto diagnosticado como hidrocefalia, y la madre mas joven, para 15 años, tuvo un producto con malformaciones múltiples (paladar hendido, labio leporino, agenesia de esófago, estomago y vejiga urinaria, e hipoplasia pulmonar).

Según la historia clínica dos de las madres, para un 40%, cursaron su embarazo con antecedentes de infección de vías urinarias y vaginitis.

De los cinco casos estudiados, cuatro de ellos nacieron por cesárea para un 80% y uno por parto vaginal distócico para un 20%.

En relación a la gestación de las pacientes, en dos casos para un 40% fueron productos de primera gestación, incluyendo a la madre adolescente (15 años), quien fue la que tuvo el parto distócico y el producto con las múltiples malformaciones. En un caso se trato de la segunda gestación, el otro caso tercera

* Medico Patólogo, Hospital Central De Las Fuerzas Armadas.

** Residente de Primer año de Citología, Hospital Central De Las Fuerzas Armadas.

gestación y el último de los casos, quinta gestación quien fue la madre con el producto de la hidrocefalia.

De los cinco productos estudiados, cuatro, para un 80% nacieron vivos y las muertes fueron perinatales. En un caso para un 20% el producto nació muerto (óbito fetal).



Fig.1 Corazón abierto mostrando transposición de las grandes arterias (aorta hacia la derecha y pulmonar a la izquierda).

DISCUSIÓN

Las malformaciones congénitas y los monstruos han fascinado a la humanidad por siglos. Los babilonios consideraban que el nacimiento de hijos anormales tenía un valor predictivo para los asuntos económicos y políticos del país. En la cultura griega, las anomalías congénitas y las monstruosidades constituían los modelos de algunas figuras mitológicas como el cíclope Polifemo, era un monstruo gigante, tenía un solo ojo en la frente, según la fábula se alojaba en el Etna ante los rayos Zeus, bajo las órdenes de Efesios.

La teratología es el nombre que se le da al estudio del crecimiento anormal, deriva del griego τέραξ (monstruo) y hóyoç (ciencia).

Fue utilizada por primera vez en 1832 por Geoffroy St. Hilaire en su libro "Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux", que fue subtítulo *Traité de tératologie*. A lo largo de la historia, se han propuesto muchas explicaciones fantásticas tradicionales y teorías biológicas, que actualmente parecen racionales como el consumo de alcohol y la inadecuada alimentación.

Otra explicación biológica, sugerida por Harvey en 1651, fue que algunas anomalías como (paladar hendido y hernia umbilical) podían explicarse por interrupción repentina de determinados procesos del desarrollo.

Las anomalías (anormalidades estructurales de cualquier tipo) pueden ser únicas o múltiples y de importancia clínica mayor o menor. Las anomalías menores únicas se encuentran en alrededor de 14% de los recién nacidos. Estas anomalías (p. ej., del oído externo o pliegue de simio en la mano) no tienen importancia médica o cosmética, pero deben poner en alerta al clínico sobre la posible presencia de anomalías mayores concomitantes.

Las anomalías congénitas se pueden clasificar de acuerdo a diferentes factores: a) factores genéticos y b) factores ambientales, como fármacos. Sin embargo, muchas anomalías comunes son causadas por factores genéticos y ambientales actuando en conjunto.

Malformaciones causadas por factores genéticos

Cualquier mecanismo tan complejo como la mitosis o la meiosis subyacentes pueden funcionar mal algunas veces. Los complementos cromosómicos están sujetos a dos clases de cambios: 1) numéricos y 2) estructurales.

Anomalías cromosómicas numéricas

Los cambios en el número de cromosomas representan aneuploidia o poliploidia.

Aneuploidia: es cualquier desviación del número diploide o de un cromosoma.

Monosomía: los embriones a los que les falta un cromosoma suelen morir, de aquí que la monosomía de un cromosoma es extraordinariamente rara en las personas vivas.

Trisomía: si hay tres cromosomas en vez del par común, se denomina trisomía.

Tetrasomía y pentasomía. Algunas personas, por lo general con retraso mental, tienen cuatro o cinco cromosomas sexuales.

Mosaicismo. Las personas con esta alteración tienen dos o más líneas celulares con cariotipos distintos; pueden estar afectados tanto los autosomas como los cromosomas sexuales.

Anomalías estructurales

La mayor parte de las anomalías estructurales son resultado de divisiones cromosómicas inducidas por factores ambientales, por ejemplo radiaciones, medicamentos y virus. Los tipos de anomalías resultantes dependen de lo que ocurra con las piezas rotas.

Translocación. Se trata de transferencia de una parte de un cromosoma hacia otro no homólogo.

Supresión. Cuando un cromosoma se rompe, se puede perder una parte del mismo.

Duplicación. Esta anomalía puede estar representada como una porción duplicada de un cromosoma: 1) dentro del propio cromosoma, 2) injertada en el cromosoma, o 3) como fragmento separado.

Isocromosoma. Esta anomalía se produce cuando el centrómero se divide en sentido transversal en vez de longitudinal, y parece ser la anomalía estructural más común del cromosoma X.

Malformaciones causadas por genes mutantes

En la actualidad se cree que del 10 al 15% de las malformaciones congénitas son producidas por genes mutantes. Como estas malformaciones se heredan según las leyes de Mendel, se pueden hacer predicciones sobre la probabilidad de su ocurrencia en los niños afectados y sus parientes.

Malformaciones producidas por factores ambientales

Aunque el embrión humano está bien protegido en el útero, ciertos agentes, llamados teratógenos, pueden producir malformaciones congénitas cuando los tejidos se encuentran en desarrollo.

Medicamentos

Alcaloides. Cafeína y nicotina no producen malformaciones congénitas en los embriones humanos, pero la nicotina puede afectar el crecimiento fetal.

Agentes andrógenos. La administración de progestágenos sintéticos para impedir el aborto ha producido masculinización de los fetos femeninos.

Antibióticos. El tratamiento con tetraciclina durante el segundo y tercer trimestres del embarazo puede producir defectos dentales menores (por ejemplo, hipoplasia del

esmalte), coloración amarillo pardo de los dientes deciduales y crecimiento óseo defectuoso.

Antiepilépticos. Hay pruebas muy sugestivas de que la trimetadiona (Tridione) y la parametadiona (Paradione) producen dismorfia fetal facial, defectos cardiacos, paladar hendido y retraso del crecimiento intrauterino cuando se dan a la mujer embarazada.

Agentes antitumorales. Los productos químicos inhibidores del crecimiento tumoral son muy teratógenos.

Corticosteroides. La cortisona produce paladar hendido y defectos cardiacos en las cepas susceptibles de ratones y conejos.

Insulina e hipoglucémicos. La insulina no es teratógena en el embrión humano, salvo posiblemente en el tratamiento de la madre mediante convulsiones insulínicas.

Medicamentos tiroideos. El yoduro de potasio contenido en los jarabes para la tos y el yodo radiactivo pueden producir bocio congénito.

Talidomida. Hay muchas pruebas que demuestran que este medicamento es un teratógeno potente.

Agentes infecciosos

Hay pruebas convincentes de que tres microorganismos (virus de la rubéola, citomegalovirus y toxoplasma gondii) producen malformaciones congénitas

Radiaciones

Las radiaciones ionizantes son teratógenos potentes. El tratamiento de las madres embarazadas durante el periodo de desarrollo embrionario con dosis grandes de rayos roentgen y radium puede producir microcefalia, retraso mental y malformaciones esqueléticas.

Factores mecanicos

El líquido amniótico absorbe las presiones mecánicas,

y protege así al embrión de la mayor parte de los traumas externos. Así, se acepta en general que son extraordinariamente raras, aunque posibles, las anomalías congénitas producidas por lesiones externas a la madre.

En estos casos no hemos podido llegar a una conclusión sobre las causas de las múltiples malformaciones de estos recién nacidos, debido a que no tenemos a nuestro alcance un estudio cromosómico, ni una historia bien acabada sobre los padres, hábitos y entorno ambiental.

REFERENCIAS

1. Archivos del servicio de anatomía patológica del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas.
2. Moore-Persaud : Embriología básica, 4ta edición W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pensilvania, U.S.A., 1993.
3. Moore, K.: Embriología Clínica, 1ra edición, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pensilvania, U.S.A., 1973.
4. LANGMAN, J.: Embriología médica, 9na edición, Buenos Aires : Médica Panamericana, cop. 2004
5. Bronner-Fraser M: Adhesive interactions in neural crest morphogenesis. In: Maderson P(ed). Developmental and Evolutionary Aspects of the Neural Crest. John Wiley and Sons, 1987; 21-34.
6. Frenkiel S: Embryology of the nose and sinuses. In TL Tewfik, and VM Der Kaloustian(eds.). Congenital Anomalies of the Ear, Nose, and Throat. Oxford University Press, New 1997; 183-187.
7. Hengerer AS, Strome M: Choanal atresia: a new embryologic theory and its influence on surgical management. Laryngoscope 1982 Aug; 92(8 Pt 1): 913-21.



¿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

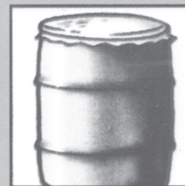
Use pañuelo y el antebrazo al estornudar o toser



CASOS CLÍNICOS

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 actúe y terminamos de llenar el tanque.

3.- Tapamos bien nuestro tanque.

LEINOMIOMAS. REPORTE DE UN CASO TRATADO QUIRÚRGICAMENTE Y REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN EL IDCP.

Rosaura Abréu,* Marianela Gonzalez D, ** Denny Martínez, ***Teresa Feliz P****

RESUMEN

Los leiomiomas cutáneos son tumores benignos de las células musculares lisas existentes en la dermis, son poco frecuentes y suelen presentarse como lesiones dolorosas, únicas o múltiples, localizadas en parte proximal de extremidades. Se han descrito formas múltiples familiares de leiomiomas cutáneos, relacionadas con los leiomiomas uterinos o síndrome de Reed, de herencia autosómica dominante.

Se describe el caso de una mujer de 44 años de edad con historia de leiomiomatosis uterina, con dermatosis que afecta brazo y espalda, constituida por numerosas neoformaciones, pequeñas, no confluentes, superficie lisa eritematopigmentadas, de 0.5 a 1 cm de diámetro, de 2 años de evolución, dolorosas a la presión.

PALABRAS CLAVES: Leiomiomas. Síndrome de Reed.

ABSTRACT

Cutaneous leiomyoma is an uncommon benign tumor of dermis smooth muscles cells. It is a solitary or disseminated tumor, slightly painful and usually observed in the proximal extensor areas of the extremities. Some forms of multiple leiomyomas have being related with uterine leiomyomatosis (Reed's Syndrome) with autosomal dominant inheritance.

We describe the case of a woman 44 years old with history of uterine leiomyomatosis with dermatoses affecting arm and back, tumors formed by numerous, small, not confluent, smooth surface eritematopigmentadas, 0.5 to 1 cm in diameter, 2 years of evolution, painful to pressure.

KEY WORDS: leiomyoma. Reed's Syndrome.

INTRODUCCIÓN

La dermis contiene fibras musculares lisas en los músculos pilooectores, las paredes de los vasos sanguíneos y en el músculo dartos de escroto, areola, vulva y pezón. Podemos encontrar tres tipos de lesiones tumorales musculares lisas: hamartomas, leiomiomas y leiomiomas, aunque estos últimos son muy raros. 1

* Médico Residente III de Dermatología. IDCP-DHBD Santo Domingo, República Dominicana.

** Médico R I cirugía Dermatológica. IDCP-DHBD Santo Domingo, República Dominicana.

*** Médico Dermatólogo. IDCP-DHBD Santo Domingo, República Dominicana.

**** Médico Cirujana Dermatológica. IDCP-DHBD Santo Domingo, República Dominicana.

Los leiomiomas cutáneos son tumores benignos de la piel poco frecuentes, que surgen del músculo liso dérmico. Fueron descritos por Virchow en 1854. (2). Estos se clasifican según su origen en: del músculo pilooerector (piloleiomioma), del músculo liso de la túnica media de los vasos sanguíneos (angioliomioma) y de músculos dartoicos (leiomioma genital o dartoico). 1, 2

Los piloleiomiomas pueden ser únicos o múltiples y los leiomiomas genitales habitualmente son únicos.

Se presentan generalmente entre la segunda y tercera década de la vida, son más frecuente en varones, aunque las mujeres suelen presentar mayor número de lesiones.

Clínicamente se trata de lesiones nodulares dérmicas rojizas o pardas, cuyas dimensiones varían de milímetros a un centímetro y que cuando son múltiples se disponen en grupo, linealmente o en patrón zosteriforme en caras extensoras de extremidades, tronco, cuello y cara. 1,3

Los piloleiomiomas solitarios y los leiomiomas genitales, generalmente son asintomáticos, a diferencia de los piloleiomiomas múltiples, que con frecuencia se asocian a dolor, desencadenado por frío, roce suave, presión, trauma y emociones.

El síndrome de Reed consiste de leiomiomatosis uterina y cutánea múltiple de transmisión autosómica dominante de penetrancia variable. 3

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años de edad, casada, mestiza, secretaria; procedente y residente en Santo Domingo, quien acude a consulta por dermatosis que afecta brazo derecho y parte superior y media de espalda, de aproximadamente 2 años de evolución, dolorosa a la presión.

Dermatosis constituida por numerosas neoformaciones, pequeñas, agrupadas, no confluentes, superficie lisa eritematopigmentadas unas, color normal otras, consistencia blanda a firme, de tamaño aproximado de 0.5 – 1 cm de diámetro.

Antecedentes personales patológicos: Histerectomía total por múltiples Leiomiomas uterinos. 1992. Antecedentes alérgicos: negados. Antecedentes heredofamiliares: madre con historia de leiomiomas uterinos.

Datos de laboratorio y pruebas complementarias

A la paciente se le practican estudios básicos de laboratorio, que incluyen biometría hemática, glicemia, IgE, examen general de orina, VDRL, los cuales reportaron dentro de valores de referencia y no reactivo respectivamente.

Se le realiza biopsia, donde se toma un fragmento de piel de 3

por 3 mm de diámetro de la región de la espalda la que reporta: Epidermis muestra pigmentación basal. En dermis se observa proliferación de fibras musculares lisas maduras dispuestas en bandas confluentes; fibras musculares lisas maduras dispuestas en bandas confluentes; fibras musculares lisas con músculos terminales en puntos romos y citoplasma eosinofílico; tinción de tricrómico muestra fuscino filia de fibras musculares lisas, fuscino filia de las fibras musculares lisas.

Descripción de procedimiento quirúrgico

Previa asepsia y antisepsia de área quirúrgica, se delimita lesión, realizamos diseño, se infiltra con xilocaína al 1%, se realiza incisión elíptica, retirando la piel que cubre la lesión, se debrida tejido adyacente hasta delimitarla; el hallazgo fue una lesión bien delimitada, fija, semi-sólida. Se extirpa lesión. Se aproxima por planos anatómicos, los planos profundos con hilo vicryl 0000 y piel con hilo nylon 0000 con sutura simple interrumpida, se coloca apóculo esteril empapado de unguento de gentamicina.

Casuística en el IDCP-DHBD

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de todos los casos de leiomiomas cutáneos diagnosticados por biopsia desde Junio 2003 a Junio 2008 y registrados en el archivo clínico e histopatológico del IDCP-DHBD.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, lugar de presentación de la lesión, forma de presentación.

RESULTADOS

Se encontró un total de 40 casos con diagnóstico histopatológico de leiomioma. Tabla 1. La edad en la que se presentaron las lesiones osciló entre 19 años para la edad mínima y 70 años para la edad máxima. Tabla 2. El lugar de presentación de las lesiones más frecuentemente fueron los miembros inferiores con 19 casos en total. Tabla 3

En cuanto a la forma de presentación encontramos que la más frecuente fueron los leiomiomas no clasificados, siendo más frecuente en el sexo femenino para 27 casos y su ubicación en miembros inferiores; cabe destacar el hallazgo de 4 casos de leiomiomasarcoma. Tabla No. 3 y 4.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas son tumores benignos derivados del musculo liso que se encuentra en la dermis, estos pueden ser solitarios o múltiples, siendo estos últimos menos frecuentes y en ocasiones pueden estar asociados a leiomiomas uterinos, entidad conocida como síndromes de Reed; del que se postula una herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta.^{3,4}

Existen genes asociados al desarrollo de leiomatosis múltiple cutánea y uterina localizados en la región 1q42-q43 que codifica la enzima fumarato hidratasa, una enzima del ciclo de Krebs, que al mutar predispone a cáncer por razones no conocidas. En estudios realizados en personas con síndrome de Reed se evidenció mutación del gen de la fumarato hidratasa en 89 % de los casos. 3

El síndrome de Reed está asociado a la mutación de un gen supresor de tumores ubicado en el cromosoma 7q22.5, además se ha reportado la coexistencia con carcinoma de células renales, cáncer de mama, astrocitoma, cáncer de prostata y neoplasia endocrina múltiple. 4,6

En diversos trabajos sobre pileoleiomiomas cutáneos múltiples se refiere que las pápulas pueden coalescer formando placas, pero estas placas normalmente aparecen en el contexto de cientos de lesiones. La espalda es una localización rara de estas lesiones tanto en las formas solitarias como en las múltiples. 2

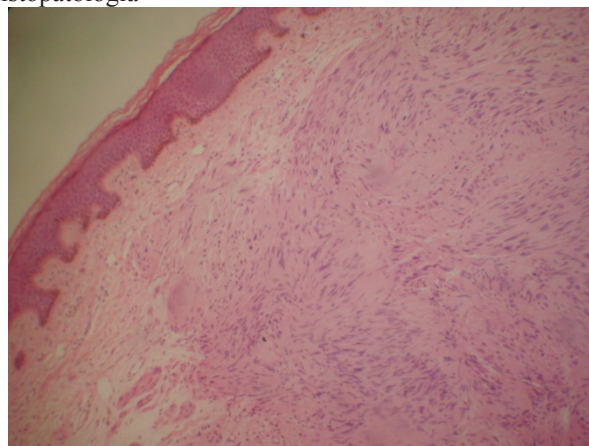
El dolor que se produce en estas lesiones puede ser causado por contracción de la musculatura lisa (respuesta al frío, tacto, emociones). 3

En el caso de nuestra paciente en la que se optó por la forma quirúrgica, a pesar de que presentaba lesiones múltiples, no obtuvimos tan buenos resultados estéticos dada la forma de cicatrización de la paciente, pero, si hubo eliminación del dolor en las lesiones extirpadas. En el caso de que se hubiese optado por el láser de CO2, quizás los resultados hubieran sido los mismos y con cicatrices aún mayores.

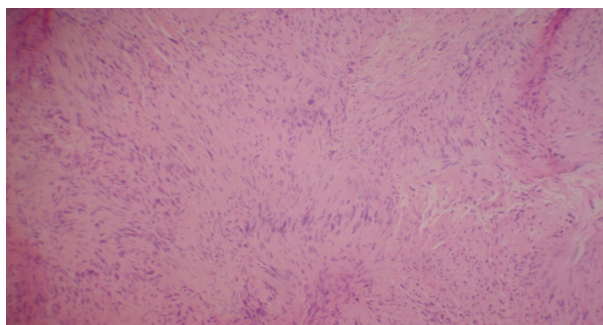
REFERENCIAS

1. Freer,E. Leiomiomas del músculo piloerector. Rev. costarric. cienc. méd 1999;20 (3-4):231-235.
2. Del Pozo J, Martínez W. Pileoleiomiomas cutáneos multiples, no familiares. Internacional de Dermatología y Dermocosmética, 2001; Vol.4, (7) medynet.com
3. Yoice Revollar. Leiomiomatosis cutánea y uterina: Síndrome de Reed. Dermatología Peruana 2005; Vol. 15(3)
4. Ghaninejad Hayedeh. Hereditary leyomyomatosis and renal cell carcinoma syndrome: A case report. Dermatology Online Journal 14 (1): 16
5. Van der Heijden O. Allelotype analysis of uterine leiomyoma: localization of a potential tumor suppressor gene to a 4-cM region of chromosome 7q. Mol Carcinog 1998, 23:24ae
6. Heekyoung Choi. Multiple endocrine neoplasia type 1 with multiple leiomyomas linked to a novel mutation in the MEN1 gene. Yonsei Med J. Vol. 49, No 4, 2008

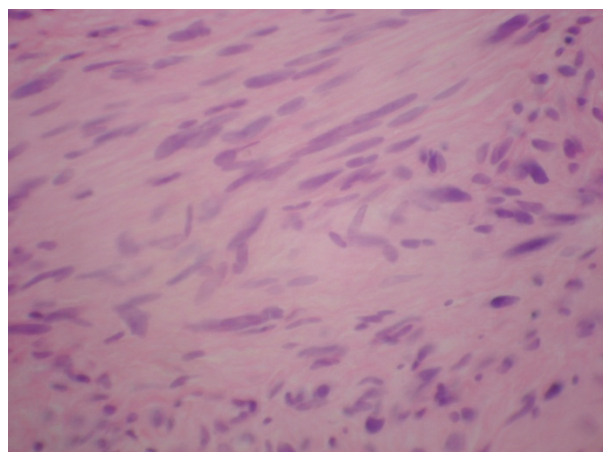
Histopatología



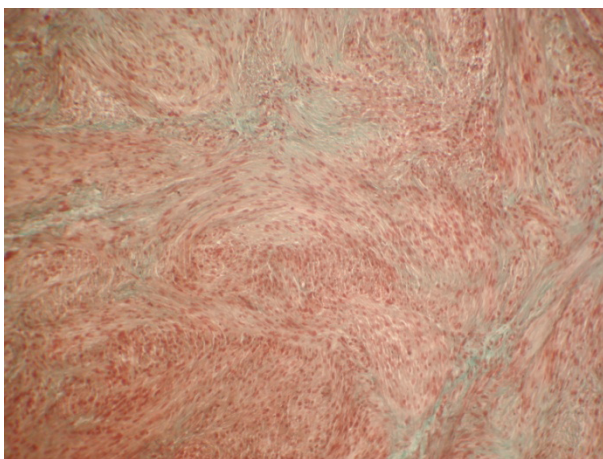
Epidermis muestra pigmentación basal. En dermis se observa proliferación de fibras musculares lisas maduras dispuestas en bandas confluentes (HE-10X)



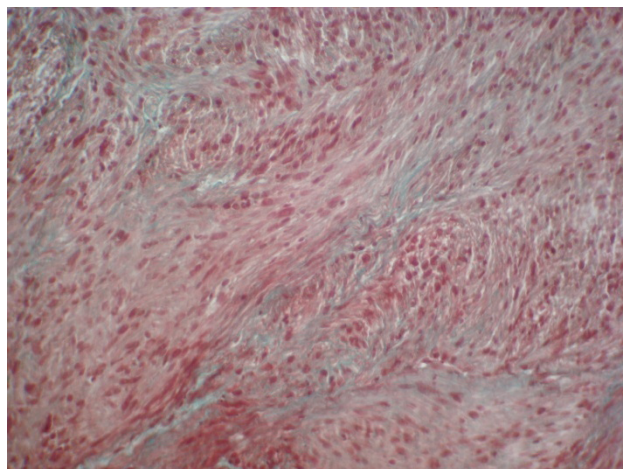
Fibras musculares lisas maduras dispuestas en bandas confluentes. (HE 20X)



Fibras musculares lisas con músculos terminales en puntos romos y citoplasma eosinofílico (HE 40X)



Tinción de tricrómico muestra fuscino-filia de fibras musculares lisas (tricrómico 10X)



Tinción de tricrómico muestra fuscino-filia de las fibras musculares lisas (tricrómico 20X)

Tabla 1. Leiomioma según forma de presentación y sexo

Forma de presentación	femenina	masculino	Total general
Angiofibromixoma		1	1
Angioleiomioma	10	3	13
Leiomioma	15	7	22
Leiomiosarcoma	2	2	4
Total general	27	13	40

Fuente: archivo del dep de histopatología IDCP-DHBD

Tabla 2. Leiomioma según forma de presentación y edad

Forma de presentación	Mínima edad	Máxima edad
Angiofibromixoma	26	26
Angioleiomioma	25	70
Leiomioma	19	57
Leiomiosarcoma	52	70
General	19	70

Fuente: archivo del dep. de histopatología IDCP-DHBD

Tabla 3. Leiomioma según forma de presentación y lugar de presentación

Forma de presentación	cabeza/cuello	Ext. Inferior	Ext. Superior	tronco	Total general
Angiofibromixoma			1		1
Angioleiomioma		9	4		13
Leiomioma	3	8	7	4	22
Leiomiosarcoma		2		2	4
Total general	3	19	12	6	40

Fuente: archivo del dep. de histopatología IDCP-DHBD

Fotos paciente antes del procedimiento quirúrgico



Otra paciente
Antes

Después del procedimiento quirúrgico



Después

**COLGAJOS COMO ALTERNATIVA VALIOSA EN CIRUGÍA PLÁSTICA:
REVISION DE CASOS**

Otoniel Díaz, * Pablo García,** Manuel Díaz,*** Tania Medina,****
Lissette Cheas,*****

RESUMEN

Un colgajo es una porción de tejido que se transfiere de una zona a otra del cuerpo que a menudo ha perdido piel, grasa, movimiento muscular o soporte esquelético y esta porción de tejido lleva consigo su aporte vascular.

Se realizó un estudio tipo retrospectivo, analítico que tuvo como objetivo demostrar cuan valioso se han convertido los colgajos en la cirugía plástica y reconstructiva en la actualidad. Se realizó un protocolo que se aplicó a los 7 pacientes en quienes se realizó un colgajo en el periodo julio 2006- julio 2007 en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva en el hospital Salvador B. Gautier.

La primera causa de lesión fueron los accidentes laborales, seguidos por quemaduras. La mayoría se resolvió en un periodo menor a 1.5 años. El grupo más afectado es el de adultos por estar en la etapa productiva y el género masculino estuvo representado por 5 de 7 casos.

En la mayoría de los casos no se evidencian complicaciones, sin embargo es bien conocida la relación entre la diabetes mellitus y los trastornos de cicatrización. Lo más importante a destacar es la relación entre los fracasos de los procedimientos con el uso activo del cigarrillo.

Palabras claves: Colgajo, Injerto, Cicatrización.

ABSTRACT

A flap is a section of tissue which is transferred from one area of the body to another in where there's often lost skin, fat tissue, muscular movement or skeletal support along with its vascular pedicle.

A retrospective, analytic investigation was done, whose objective was to demonstrate how important flaps have become nowadays in plastic and reconstructive surgery. A protocol was followed for 7 patients who had flaps done during July 2006 to July 2007 in the department of reconstructive and plastic surgery of the Hospital Salvador B. Gautier.

The leading cause of lesion was work accidents followed by burns. The majority of the cases were resolved in a period of less than 1.5 years. Adults were the most affected group due to being in a productive phase and the masculine genre was represented by 5 out of 7 cases.

In the majority of the cases no complications were evident

* Cirujano Plástico, Reconstructivo y de Mano

** Residente 4to de Cirugía General

*** Residente 3ero de Cirugía General

**** Residente 1ero de Cirugía General

***** Medico Pasante

but the relation between diabetes mellitus and healing defects is well established. The most important thing to bring out is the relation between failed procedures and the active use of cigarettes.

Key words: Flap, Graft, Healing.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos quirúrgicos cuyo objetivo es la reconstrucción de mutilaciones o el reparo de defectos, constituyen el más brillante triunfo de la cirugía.

Un colgajo, es una porción de tejido que se transfiere de una zona a otra del cuerpo que a menudo ha perdido piel, grasa, movimiento muscular o soporte esquelético y esta porción de tejido lleva consigo su aporte vascular. El colgajo es transferido para reconstruir un defecto primario dejando con esto un defecto secundario que puede cubrirse con un cierre directo o mediante un injerto de piel. Existen muchas formas de clasificar un colgajo según la forma de movimiento del colgajo, según el tipo de vascularización, según su proximidad al defecto, según la composición del tejido transferido, según otras características propias, según la manipulación recibida antes de la transferencia, según los tejidos que lo componen.

Las complicaciones se deben a una mala planificación preoperatoria, a errores de la técnica operatoria, o bien a un mal manejo postoperatorio. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos: sepsis, necrosis del colgajo, cicatriz dolorosa, pérdida sensitiva, secuelas estéticas, deformidades, infecciones, seroma, hematoma, dehiscencia de la herida, inadecuada cobertura del defecto, pérdida parcial del colgajo y pérdida completa del colgajo. También hemos de tener en cuenta los factores sistémicos: el tabaquismo crónico y la obesidad.

La técnica quirúrgica es muy importante. El manejo postoperatorio debe ser adecuado. Evitar presiones en la base del colgajo, vendajes constrictivos, y excesivo movimiento en la zona del colgajo. Los colgajos musculares son difíciles de monitorizar, especialmente si están cubiertos de un injerto cutáneo, pero se debe observar el color, temperatura y sangrado. Colocar drenajes aspirativos en la zona dadora y receptora. Si el defecto era una zona contaminada es conveniente el tratamiento antibiótico perioperatorio. Es muy importante evitar el reposo prolongado e iniciar la rehabilitación de forma precoz.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo retrospectivo, analítico que tuvo

como objetivo demostrar cuan valioso se han convertido los colgajos en la cirugía plástica y reconstructiva en la actualidad.

El estudio se dividió en tres etapas: la primera, búsqueda de información; la segunda, levantamiento de datos y la tercera, procesamiento de la información.

En la búsqueda de información se realizó la consulta de textos sobre colgajos y se hizo un reconocimiento y análisis de áreas a investigar. Luego se procedió a realizar un protocolo.

Se aplico el protocolo a los pacientes que se les realizo un colgajo en el periodo julio 2006- julio 2007 en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva en el hospital Salvador B. Gautier. Luego de aplicar el protocolo a 7 pacientes se analizaron los **RESULTADOS** introduciendo los datos al programa SPSS.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

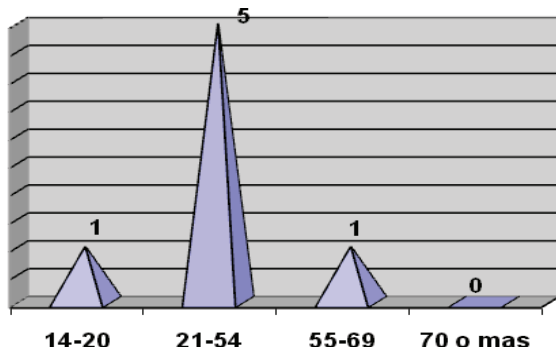
Tabla 1. Causas de lesión y tiempo entre esta y el colgajo de los pacientes en los casos revisados.

Lesión	Tiempo entre lesión y TX
Contractura de cuello por quemadura	1 años 4 meses
brida 1er 3er espacio interdigital por quemadura	15 años
Amputación Traumática 3,4,5 dedos mano derecha	3 meses
Solución continuidad 3er dedo mano izquierda	7 días
Herida Arma de Fuego mano derecha	1 año 2 meses
Cicatriz inestable mano derecha	1 mes
Trauma labio inf. 85%	

Fuente: Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Dpto. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Santo Domingo, Septiembre 2007.

Cuando revisamos los casos, nos percatamos que la primera causa de lesión fue los accidentes laborales, distribuidos en lesiones en manos por maquinarias principalmente y por diferentes mecanismos, seguida por quemaduras, no en etapa aguda sino para la corrección de las secuelas como contractura, bridas y cicatriz inestable. La mayoría se resolvió en un periodo menor a 1. 5 años, excepto a un caso de una joven de 17 años quien había presentado quemaduras con la consecuente aparición brida y que fue corregida 15 años después.

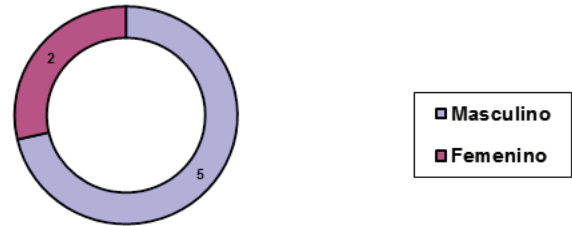
Grafica 1: Rangos de edad de los casos revisados.



Fuente: Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Dpto. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Santo Domingo, Septiembre 2007.

Dividimos por grupos de edad en adolescentes (14-20), Adultos (21-55), Vejez (55-69) y Ancianidad (mayor de 70), como era de esperar, el grupo mas afectado es el de adultos por estar en la etapa productiva, por tanto a mayor exposición a agentes agresores.

Grafica 2. Genero más afectado en la revisión de casos



Fuente: Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Dpto. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Santo Domingo, Septiembre 2007.

En cuanto al género, el masculino representado por 5 de 7 casos, es el grupo más afectado posiblemente por la situación laboral y el tipo de trabajo que realizan, como se demostró en la grafica anterior los accidentes laborales son la causa número 1 de lesión de los individuos.

Tabla 2. Relación Antecedentes Personales Patológicos y Tóxicos con las Complicaciones.

Caso No.	Antecedentes	Complicaciones
1	DM	Necrosis 10% colgajo
2	Negado	Ninguna
3	Fumador	Necrosis 100% colgajo
4	Negado	Ninguna
5	Negado	Ninguna
6	HTA	Infección por Candida albicans
7	HTA, Ca Colon, DM, exfumador, café	Ninguna

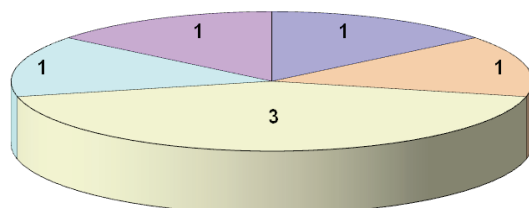
Fuente: Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Dpto. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Santo Domingo, Septiembre 2007.

En la mayoría de los casos no se evidencio complicaciones, sin embargo es bien conocido la relación entre la diabetes mellitas y los trastornos de cicatrización, encontrando la posibilidad de estar vinculada la necrosis del 10% del colgajo libre de muslo derecho al área del cuello, por contractura post quemadura de 1 año y 4 meses de evolución, con este antecedente único de Diabetes tipo 2 de la paciente. Podemos así decir que en esta recopilación de casos de 2 pacientes con la patología mencionada solo 1 para un 50 por ciento presento complicaciones y solventadas satisfactoriamente en evolución posterior.

Lo más importante a destacar en esta tabla es la relación entre los fracasos de los procedimientos de transplante, colgajos e injertos, revascularizaciones y reimplantaciones, entre otros, con el uso activo del cigarrillo. En nuestro caso el único fracaso encontrado lo asociamos a esta causa, se trato del caso

de una masculino de 40 años, gran fumador, quien 3 meses previo al procedimiento presenta amputación traumática del 3er, 4to y 5to dedo de la mano derecha, realizándole colgajo de Mc Gregor con la supervivencia de solo 1 mes y medio. Hay que mencionar que en ningún momento desde el trauma, ni posterior a la cirugía el paciente abandono el uso del tabaco.

Grafica 3. Tipo de colgajos realizados en los casos analizados



Libre AL muslo
 Ostrosky
 Mc Gregor
 Avance Triple
 Transdedo

Fuente: Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Dpto. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Santo Domingo, Septiembre 2007.

El más utilizado fue el colgajo de la región inguinal como donante (Mc Gregor), En nuestro análisis 2 de los 3 casos que utilizamos estos colgajos presentaron complicaciones. El primer caso ya comentado sobre el paciente fumador, con necrosis de 100 por ciento del colgajo y el segundo caso con infección por *Candida albicans*.

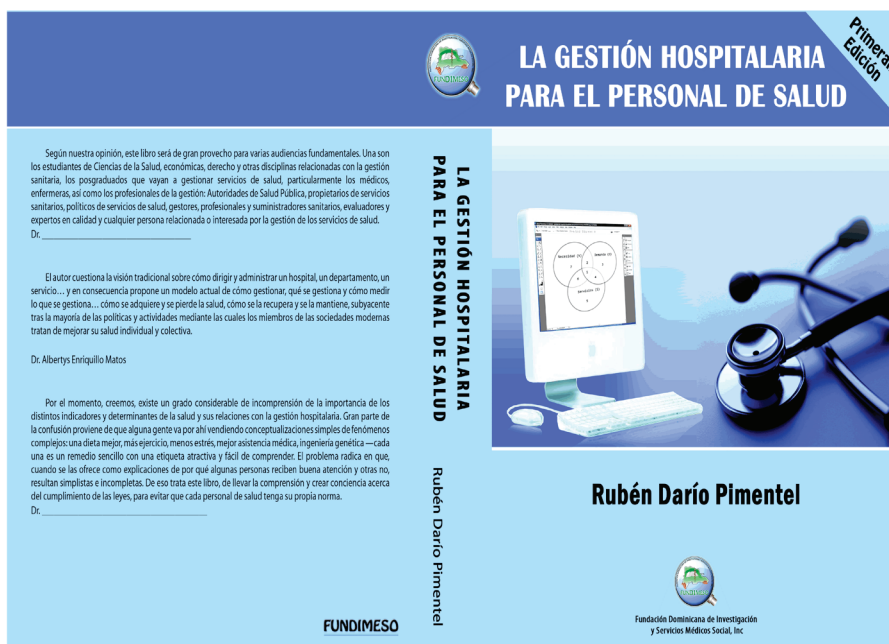
Se realizaron otros tipos de colgajos tomando en cuenta la extensión (colgajo libre AL muslo) y la localización en los casos restantes.

REFERENCIAS

1. Calderón W. Cirugía Plástica. Colgajos. Santiago, Sociedad de Cirujanos de Chile, 2001: 168-77
2. Grabb and Smith's. "Plastic Surgery". Little, Brown and Company, 1991. Pp. 1113-1141.

3. Mathes S. Grabb-Smith. Muscle Flaps and Their Blood Supply. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997.
4. Mathes S., Nahai F "Reconstructive surgery. Principles, Anatomy & Technique"
5. www.clinicaarquero.com/10_colgajos.htm
6. R. Suárez Fernández, M. Valdivieso, D. Martínez, C. Mauleón, P. Lázaro Ochaita Colgajos cutáneos –los más usados, Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética Clínica. Junio 2001
7. Collado Delfa, José Manuel. Buesa, Ángel de Acosta. Manual de Cirugía Plástica. Sociedad Española de Cirugía plástica. www.secpre.org/documentos%20manual%207.html
8. Castillo D Paulo. Colgajos musculares y musculocutáneos. Conceptos generales. Cuadernos de Cirugía, Vol. 17 N° 1, 2003, pp. 71-74
9. Bermúdez LE, Nieto LE. Microsurgery in war wounds. Reconstructive Microsurgery. Pags 135-138. Proceedings of the II Congress of the World Society for Reconstructive Microsurgery. Ed. Gunter German. Monduzzi Editore, Bologna, Italy.
10. Ninkovic M, Moser-Rumer A, Ninkovic M, Spanio S, Rainer C, Gurunluoglu R. Anterior neck reconstruction with Pre-expanded free groin and scapular flaps. Plast. Reconstr. Surg. 113:61, 2004.
11. Hough M, Fenn C, Kay S. The use of free groin flaps in children. Plast. Reconstr. Surg. 113: 1161, 2004.
12. Samson M, Morris S, Tweed A. Dorsalis Pedis flap donor site: Acceptable or not? Plast. Reconstr. Surg. 102: 1549, 1998.
13. Ghareeb FM. Using the extensor digitorum brevis muscle to improve donor-site morbidity of the dorsalis pedis flap. Plast. Reconstr. Surg. 109; 2031, 2002.
14. Kim SW, Hong JP, Lee WJ, Chung YK, Tark KC. Single-stage Achilles tendon reconstruction using a composite sensate free flap of Dorsalis pedis and tendon strips of the Extensor Digitorum Longus in a complex wound. Ann. Plast. Surg. 50: 653, 2003.

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. Gilbertys 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 incomprensión 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, en Fundimeso (c/Pedro A. Bobea y en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

ANEURISMA DE LA AORTICA ASCENDENTE A PROPÓSITO DE UN CASO.

Atahualpa Duarte.G. * Manuel lopez. * Keila Villa,* Francisco Viola .*,
Dania Solano.*

RESUMEN.

El aneurisma de la aorta ascendente se define como la dilatación anormal de un sector del sistema vascular y la causa más frecuente suele deberse a una degeneración quística de la capa media vascular, manifestada por una pérdida de las células musculares lisa y una degeneración de las fibras elásticas con presencia en la capa media vascular de espacios quísticos llenos de un material mucoide. Dentro de los aneurisma de la aorta torácica en todas las series modernas en la actualidad el aneurisma de la aorta ascendente es el más frecuentes en un 60%, seguido de un 40% el aneurisma de la aorta descendente, y de un 10% el aneurisma del cayado aórtico, y la causa más frecuente en niños y adultos jóvenes se debe a la degeneración quística de la capa media vascular relacionada al síndrome de marfan. Presentamos el caso de un masculino de 20 años de edad con un aneurisma de la aorta ascendente diagnosticado por ecocardiografía y tomografía de torax contrastada. Este paciente es referido de otro centro de salud al hospital Luis E. Aybar por presentar disnea.

Palabra clave: Aneurisma de la aorta, dilatación de la raíz aórtica, insuficiencia valvular aórtica.

ABSTRACT.

Within the thoracic aortic aneurysm in all modern series currently the ascending aortic aneurysm is most common in 60%, 40% followed by aneurysm of the descending aorta, and 10% Aneurysm aortic arch, and the most frequent cause in children and young adults due to cystic degeneration of the vascular middle layer related to Marfan syndrome. There are cases of ascending aortic aneurysm without cystic degeneration demonstrated connective tissue disease, which have a familiar pattern. We report the case of a male aged 20 with an aneurysm of the ascending aorta diagnosed by echocardiography and CT of abdomen. He was referred and hospitalized for dyspnea.

Key words: Aneurysm of the aorta, aortic root dilation, aortic insufficiency

INTRODUCCIÓN.

Las cifras mundiales de la incidencia del aneurisma de la aorta ascendente no se conoce con certeza, aunque los estudios puntuales hasta el momento han arrojado como resultados de que la prevalencia de esta enfermedad es más frecuente a partir de los 50 años de edad y que el sexo masculino es el más afectado. En nuestro país no contamos con ningún estudio referente a esta enfermedad, y por tanto el propósito

de la presentación de este caso es contribuir a una mayor información sobre esta enfermedad y estimular en lo adelante a que se desarrollen investigaciones tanto a nivel local como nacional con la finalidad de alcanzar una base de datos y así poder prevenir las consecuencias de esta enfermedad como la insuficiencia de la válvula aortica y aumentar la esperanza de vida de estos pacientes. Las causas del aneurisma de la aorta ascendente son: dilatación aortica degenerativa, disección aortica, osteogénesis imperfecta, aortitis sifilítica, síndrome de Behcet, síndrome Reiter.Arteritis de celulas gigantes, hipertensión arterial sistémica. Dentro de los Aneurisma de la aorta torácica en todas las series modernas en la actualidad el aneurisma de la aorta ascendente es el más frecuentes en un 60%, seguido de un 40% el aneurisma de la aorta descendente, y de un 10% el aneurisma del cayado aórtico, y la causa más frecuente en niños y adultos jóvenes se debe a la degeneración quística "necrosis quística" de la capa media vascular relacionada al síndrome de marfan, esta enfermedad se caracteriza por ser autonómica dominante del tejido conjuntivo que se debe a la mutación del gen de la fibrilina 1 una proteína estructural que es el principal componente de las microfibrillas de elastina, esto produce una cantidad reducida de elastina en la pared aortica generando su dilatación y también se produce con el síndrome de Ehlers-Danlos. Existen casos de aneurisma de la aorta ascendente por degeneración quística sin una enfermedad demostrada del tejido conjuntivo, lo cual tienen un patrón familiar.

Esto pacientes pueden presentar tromboembolia que pueden producir accidente cerebro vascular isquémico embolico, infartos renales y mesentéricos. Además dentro de la manifestaciones clínicas de los aneurismas de la aorta ascendente es el producido por un efecto de masa local, como el síndrome de la vena cava superior debido a la obstrucción del retorno venoso al comprimir la vena cava superior, también puede comprimir la taquea o el bronquio principal izquierdo y producir una desviación de la traquea, sibilancia, y tos, puede comprimir el esófago y condicionar disfagia, así también el nervio laríngeo recurrente y provocar ronquera. El diagnóstico de esta enfermedad se hace por la historia clínica, la radiografía de tórax, la aortografía, la tomografía computarizada con medio de contraste y la resonancia magnética. Los dos estudios últimos detectan de forma muy precisa los aneurismas de la aorta y su tamaño, cuando los aneurismas afectan a la raíz aortica es preferible la resonancia magnética a la tomografía computarizada, ya que la tomografía computarizada visualiza peor la raíz y evalúa de forma menos precisa su diámetro.

* Residente de Medicina Interna.

Historia Clínica

Datos Generales

Nombre: P. Z
Sexo: Masculino.
Edad: 20 años.
Ocupación: Desempleado.
Residencia: Bayaguana.
Procedencia: Bayaguana.

Motivo de consulta

-Disnea:

Historia de la enfermedad actual:

Refiere paciente que cuadro clínico inicio hace tres meses caracterizado por disnea descrita como sensación de sed de aire de tipo evolutiva a moderado esfuerzo la cual evolucionó a reposo desde hace una semana, por dicho cuadro clínico es traído a este centro de salud donde previa evaluación se decide su ingreso.

Antecedentes personales patológicos

- Hipertensión arteria diagnosticada hace dos años,
- Enfermedad cardiaca de tipo que no sabe especificar diagnosticada hace dos años

Antecedentes Familiares Patológicos

- Madre: padece de hipertensión arterial hace 5 años..
- Hermanos: hermano mayor de 23 años padece de hipertensión arterial desde hace tres años.

Medicamentos

- Digoxina 0.25mg una tableta al día de uso regular por espacio de tres meses dejado hace dos años, la cual fue instaurado por segunda vez hace tres meses.
- Carvedilol. 3.125mg una tableta al día de uso regular por espacio de tres meses dejado hace dos años, la cual fue instaurado por segunda vez hace tres meses en dosis de 12.5mg.

Hábitos Tóxicos:

- Tabaco: un cigarrillo de forma ocasional por espacio de un año, dejado hace un año.
- Alcohol: un litro de Cerveza o Ron una vez al mes desde hace 6 años, dejado hace tres meses.
- Café: una taza ocasional
- Té: negado
- Drogas: negado

Revisión por sistema

Sistema Cardiovascular

Disnea Paroxística Nocturna: Descrita como sensación de sed de aire acompañada de tos nocturna que despierta al paciente por las noches de tres meses de evolución.

Ortopnea: Descrito como que el paciente no tolera el decúbito supino de tres meses de evolución.

Palpitaciones: Descrito como la percepción de los latidos cardiacos en torax anterior desde hace dos años con periodos de remisiones y exacerbaciones y que se instauró de manera continua hace dos meses.

Examen físico

Paciente alerta, orientado en las tres esferas psíquicas, afebril, deshidratado, taquipneico, de complejión física media que luce agudamente enfermo.

TA: 150/ 90 mmHg. FC: 116 l/m. FR: 36 r/m.

Ápex: visible y palpable en sexto espacio intercostal línea axilar anterior izquierda

Corazón: Rs Cs Rs, R1 y R2 aumentados en frecuencia más no así en intensidad, se palpa frémito en tórax anterior, se ausculta soplo diastólico 5/6 con epicentro en foco aórtico no irradiado a cuello, se ausculta soplo sistólico 3/6 con epicentro en foco mitral que se irradia a axila.

El resto de la exploración física no mostró hallazgos patológicos.

ESTUDIOS REALIZADOS

Hemograma

Leu: 4.9
Eri: 4.63
HB.: 12.3
HTC: 36.9
PLT: 263
VCM: 80
HCM: 26.5
CCMH: 33.3

Química

Linf: 49.4
Mon: 5.3
Gra: 45.3
VRDL: no reactivo
Electrolitos
138.9 mmol.
5.0 mmol.
117.2 mmol.

Glicemia 102 mg/dl.

Bun 18 mg/dl.

Creatinina: 0.6 mg/dl.

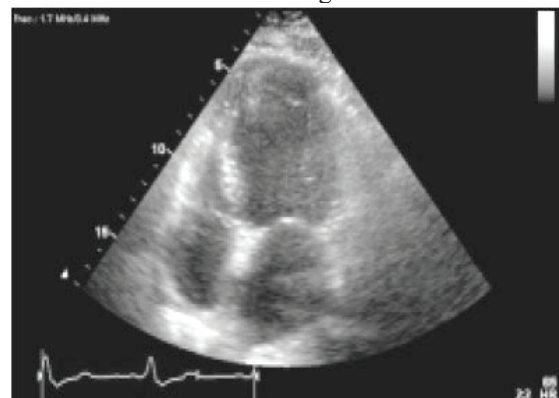
Examen de orina

- Color amarillo .
 - Aspecto: turbio.
 - GE: 1030.
 - pH: 5.5.
 - Bilirrubina 1 +.
 - Proteínas 3 +
- Células epiteliales: algunas.
Bacterias: algunas.
GB: 0- 1/c.
GR: 2-4/c.

Electrocardiograma

- Taquicardia sinusal.
- Datos de sobrecarga de volumen sistólico de ventrículo izquierdo.
- Crecimiento de cavidades izquierdas.
- Bloqueo fascicular anterior izquierdo del de Haz de Hiz.

Ecocardiograma



1. Aneurisma de aorta ascendente.
2. Dilatación de raíz aortica.

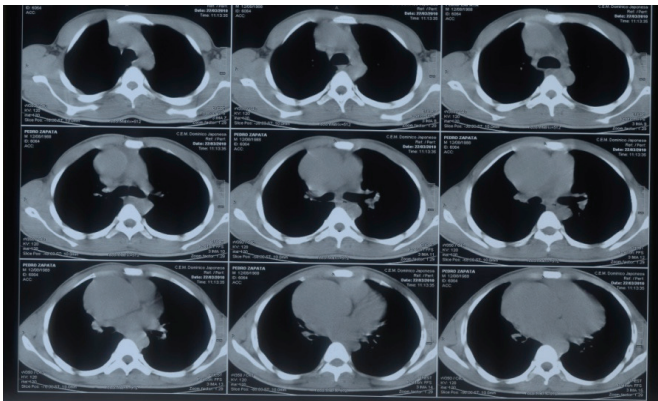
3. Hipocinesia global de ventrículo izquierdo.
4. Regurgitación valvular aortica severa.
5. Disfunción diastólica del ventrículo Izquierdo.
6. Disfunción sistólica muy severa del ventrículo izquierdo.
7. Derrame pericardio pequeño global.

Radiografía de torax PA



1. Ensanchamiento del mediastino.
2. Cardiomegalia severa.
3. Distribución cefálica de los vasos sanguíneos.
4. Boton aortico prominente.

Tomografía de abdomen.



- 1-Cardiomegalia.
- 2-Aneurisma de la aorta ascendente.
- 3-Consolidacion de lóbulo medio.
- 4-Perfusión en mosaico

DISCUSIÓN.

El aneurisma de la aorta ascendente produce sintomatología que generalmente obedece con mayor frecuencia a insuficiencia valvular aortica como consecuencia de la dilatación de la raíz aórica produciendo a su vez insuficiencia cardiaca congestiva secundaria, y por tanto los signos y síntomas de presentación de la insuficiencia cardiaca congestiva con mayor frecuencia conllevan a estos pacientes a la consulta médica. La rotura o disección aortica es la complicación más temida del aneurisma de la aorta ascendente la cual puede ser mortal y menos de la mitad de los paciente con una rotura puede llegar vivo a un hospital, la mortalidad a las 6 horas es de 54% y a las 24 hora es de 76%. En la actualidad se recomienda la cirugía cuando los aneurismas de la aorta ascendente superan los 5,5 cm. o más y los de la aorta descendente cuando alcanzan mayor de 6,0 cm. El momento óptimo de la reparación quirúrgica de los aneurismas de la aorta ascendente sigue siendo incierto en primer lugar porque los datos disponibles sobre la evolución natural de los aneurismas torácicos son limitados, especialmente con respecto a los resultados de la intervención quirúrgica. En segundo lugar con la incidencia elevada de las enfermedades cardiovasculares coexistentes en esta población muchos pacientes fallecen de otras enfermedades cardiovasculares antes de que sus aneurismas se rompan.

REFERENCIAS

1. Braunwald, Eugene. TRATADODE CARDIOLOGIA. México, D.F., McGraw-Hill. 7ma Edición. 2006. P1403-1592.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17.ed. China: McGraw-Hill. 2009 p.1475-1563.
3. Renato. Francisco. Albrecht.(et al). Aneurisma roto de la aorta ascendente. Rev. méd. Chile v.129 n.12 Santiago dic. 2001.
4. Nelson, Waldo. Tratado de Pediatría. 6.ed. Mexico: McGraw-Hill. 2001 p.1490.
5. Ramiro, Manuel (et al). El Internista: Medicina Interna para Internistas. 2.ed. México: McGraw-Hill. 2002.
6. www.texasheartinstitute.org/HIC/.../asurg_span.cfm.
7. www.hcardiologia.com/colgarweb/aa.pdf.
8. www.medicinageneral.org/revista_102/pdf/830-832.

SEDACIÓN Y ANESTÉSICOS USADOS EN CIRUGÍA DE CARA EN EL HOSPITAL DR. DARIO CONTRERAS, SANTO DOMINGO.

Ana Delia Torres,* José Antonio Félix Jiménez,** Nélsida Rodríguez,**
Lady Figari.**

RESUMEN

Objetivo: es un estudio de corte longitudinal, descriptivo que trata de aportar a planificación de servicios de cirugía y anestesia en nuestros hospitales, se investiga sobre la sedación y anestésicos usados en las cirugías de caras realizadas en el Hospital Dr. Darío Contreras, Santo Domingo, República Dominicana, durante los meses de febrero - abril 2010. Las estadísticas del año 2009, publicadas en ese Hospital señalan que ha recibido 8,000 pacientes traumatizados en accidentes de tránsito. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, tipo de anestésico con sedación.

El universo estuvo compuesto por 1987 pacientes con traumatismos diversos de estos se les realizó cirugía de cara a 268 pacientes. La muestra estuvo compuesta por 56 casos a los que se les aplicó sedación mas anestesia. Este estudio muestra 21 pacientes con rangos de edades entre 21 y 30 años, correspondiente a 37.5%, el sexo más afectado fue el masculino con un 76.7%, la sedación profunda fue la más frecuente.

Palabras claves: anestésico; sedación, cirugía.

ABSTRACT

This purpose it's contributed for the service surgery and anesthesia organization to execute a descriptive and cross study at during febrero - abril 2010 at Darío Contreras Hospital. The estadistic from Darío Contreras Hospital to shows 8000 patiente with transito accident.

The variable was age, sex, and anesthetic with seative

To shows in the profile the 37.5 % was 21 - 30 age and masculine more with 76.7 %, the sedative hight more frequently.

Keys words: anaesthetic, sedative, surgery

INTRODUCCION

La anestesia general se define como un estado reversible de inconsciencia producido por agentes anestésicos, con la pérdida de la sensación de dolor de todo el cuerpo (3). Los agentes anestésicos o drogas, poseen una característica fundamental son irreversibles, una vez que estas moléculas abandonan la célula, ésta retorna a su condición inicial o estado normal. La anestesia general se acompaña de pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea, también puede acompañarse de pérdida de la capacidad para respirar espontáneamente, esto

dependerá del nivel de profundidad de la anestesia (4,6).

El paciente está profundamente dormido, necesita a veces soporte para la respiración, sin llegar necesariamente a intubación endotraqueal. Permite total o parcial procedimientos más prolongados. Los niveles de dolor pueden ser leve a moderado. Generalmente se asocia con analgésicos potentes. Se pueden describir dos grados:

Sedación consciente

Un estado médico controlado de depresión de la conciencia que permite mantener todos los reflejos de defensa de la vía aérea, el paciente conserva su habilidad de tener su vía aérea libre en forma independiente y continua, permite una adecuada respuesta al estímulo físico o verbal, hay respuesta a órdenes verbales, el paciente está tranquilo, no dormido. No necesariamente cursa con analgesia, o si se ha combinado un analgésico con el sedante, permite procedimientos de un nivel de dolor muy leve.

Sedación profunda

Es un estado médico controlado de depresión de conciencia o inconsciencia de la cual el paciente no es despertado fácilmente. Puede acompañarse de una pérdida total o parcial de los reflejos de defensa de la vía aérea e incluye la pérdida de la habilidad para mantener la vía aérea abierta de forma independiente y continua y de responde a los estímulos físicos o verbales de forma intencionada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trato de un estudio descriptivo, de corte longitudinal, con el objetivo de aportar a planificación de servicios de cirugía y anestesia en nuestros hospitales, se investiga sobre la sedación y anestésicos usados en las cirugías de caras realizadas en el Hospital Dr. Darío Contreras, Santo Domingo, República Dominicana, durante los meses de febrero - abril 2010. El universo estuvo representado por 1987 pacientes con traumatismos diversos de estos se les realizó cirugía de cara a 268 pacientes. La muestra estuvo compuesta por 56 casos a los que se les aplicó sedación mas anestesia. El criterio de inclusión fue todo paciente al que se le realizo cirugía de cara con el procedimiento anestésico y sedación. Las variables seleccionadas fueron edad, sexo y niveles de conciencia en el proceso anestésico, recogidas en un cuestionario.

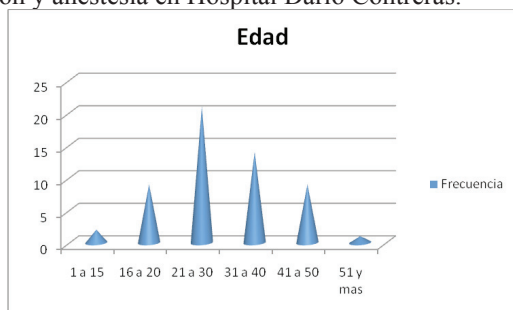
RESULTADOS

Grafico que muestra los grupos de edades de los pacientes con sedación mas anestesia.

* Médico general

** Médico anesthesiologo

Grafico 1. Distribución de frecuencia por grupo de edades de los pacientes con cirugía de cara a los que se les administró sedación y anestesia en Hospital Darío Contreras.

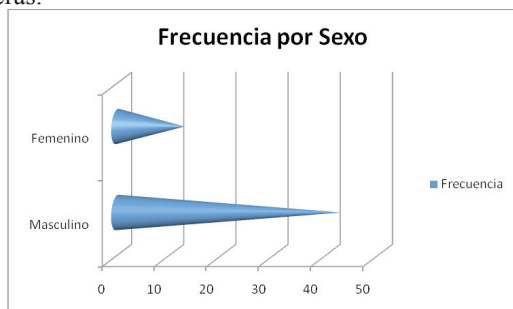


Fuente: expediente clínico de los pacientes con cirugía de cara.

Este tipo de procedimiento fue mas frecuente en las edades de 21 a 30 años.

En este cuadro la distribución de la edad muestra: entre los 21 a 30 años con 37.5%; de 31 a 40 con 25%; de 41 y mas con 17.8% y la niñez y adolescencia alcanzó 19.64%.

Grafico 2. Distribución del sexo en los pacientes con anestesia mas analgesia en cirugía de cara Hospital Darío Contreras.

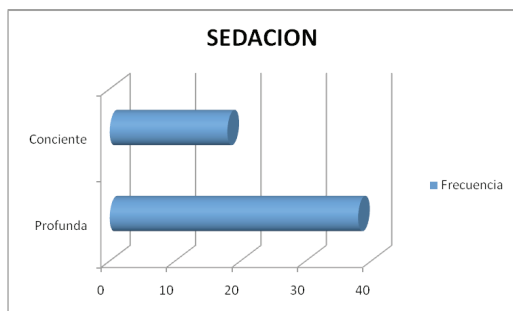


Fuente: ibid grafico 1

El sexo mas afectado fue el masculino, con 76.7%

En el cuadro el sexo muestra que el sexo masculino tenia el 76.7% y las mujeres el 23.3%

Grafico 3. Distribución por niveles de sedación alcanzados en la anestesia administrada a los pacientes con cirugía de cara.



Fuente: ibid al grafico 1

En este cuadro observamos en relación al nivel de sedación fue mas frecuente el nivel profundo con 67% y el nivel consciente con 33%.

DISCUSION

Este tipo de procedimiento anestésico mas sedación es frecuente en cirugía máxilofacial, ambas conllevan un riesgo de mortalidad registrado en estudio realizados por Cote (2) en el año 2000; antecedido por Poswillo en 1990, es muy frecuente utilizar sedación y anestesia en la cirugía plástica de cara.

Mundialmente es reconocido que La principal causa de este tipo de pacientes con traumatismos de cara son los accidentes de tráfico, en el 40% de los casos; seguidos por los accidentes domésticos con un 20% ; las caídas casuales se presentan en el 14%; los accidentes laborales suponen un 3% y otras causas el 8% restante. (7)

Existe un claro predominio por el sexo masculino presentando un porcentaje del 68%, con una edad media de 32 años y un rango de edad entre 20 y 45 años. Situación que coincide con los resultados de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Al revisar diversas fuentes bibliográficas es importante recordar que en pacientes traumatizados puede producirse una aspiración de sangre, saliva, contenido gástrico, lo que eleva la mortalidad, situación que requiere cuidados especiales en la anestesia y la sedación. Según Baker, (1) las abrasiones y laceraciones constituyeron el 63 % de las lesiones por dicha causa en su serie, y el 16 % corresponde a las fracturas, datos que se aproximan a los nuestros, aunque inferiores con respecto a las fracturas faciales. En lo que respecta a las agresiones físicas, a pesar de que sigue siendo aceptada la denominación de síndrome del niño maltratado, algunos autores prefieren denominar a las lesiones que acompañan al cuadro, como lesiones no accidentales (5, 9), en nuestro estudio el 4% de los casos se produjo en niños.

REFERENCIAS

1. Baker, S. Lesiones en accidentes de tránsito 1993: 549.
2. Cotes, H. morbilidad y mortalidad en cirugía maxilofacial 2000: 89 - 90
3. Fanelli, G. Anestesia y complicaciones neurológicas. 1999; 88 (4) 850-852
4. Franco, C. Anestesia local 2004;98 (2): 519
5. García, G. Traumatismo orales 2003: 321
6. Navete, S. uso de lidocaína en anestesiología. 2006; 104: 199-201
7. Revista Cubana de Estomatología. Vol. 43. Sept. - dic.2004:epidemiología de trauma facial
8. Revista cubana de medicina militar enero junio 1995. síndrome de aplastamiento:145-146
9. Robert, I. Políticas sociales y accidentes en niños. 1995:311-925-8.
10. UNICEF. 2000 muertes diarias en niños por accidentes. 2007

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

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

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirla en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-Sanabia F, Carrera M, Hernández-Gutiérrez, AA, Javier D, Hiraldo-Zabala F, López VR, Comportamiento de colesterol y triglicéridos en pacientes hospitalizados. Rev Med Dom 1992; 53(4): ;120-3.

Tesis: Montero HR, Miniél-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se 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, escríbalos 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".