



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

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

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

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

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

**Circulación:**  
500 ejemplares

**Diagramación:**  
Vishnu Rafael Almonte H.  
**Impresión:**  
Editora Almonte  
Tel: 809-531-2644  
E-mail: editoraalmonte@gmail.com  
Santo Domingo, R.D.

© 2008

## FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

## DIRECTOR

Dr. Waldo Ariel Suero

## EDITOR

Dr. Gregorio Soriano

## COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.

Dra. Dulce Chain, 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  
1991-1992

Dr. Fernando Fernández  
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  
2000-2001

Dr. Rubén Darío Pimentel  
2000-2001

Dr. José Díaz  
2002-2003

Dr. Rubén Darío Pimentel  
2002-2003

Dr. Miguel A. Montalvo  
2003-2005

Dr. César Belén  
2003-2005

Dr. Rubén Darío Pimentel  
2003-2005

Dra. Karina Fernández  
2006-2007

Dr. Martín Julián Castillo  
2006-2007

Dr. Rubén Darío Pimentel  
2006-2007



# COLEGIO DE MÉDICOS DOMINICANOS

## Ley 68-03

Junta Directiva Nacional

2007-2009

Dr. Waldo Ariel Suero Muñoz, Presidente  
 Dr. Tony Pimentel, 1er. Vicepresidente  
 Dr. José Peralta, 2do. Vicepresidente  
 Dr. Oscar López Camacho, 3er. Vicepresidente  
 Dr. Hugo Bautista, Secretario General  
 Dra. Dinorah Polanco, Secretaria de Actas  
 Dr. Rafael D' los Santos, Secretario de Finanzas  
 Dra. Johanny Sánchez, Secretaria Científico cultural  
 Dra. Mery Hernández, Sec. Educación Médica  
 Dr. Eusebio Rivera Almodóvar, Sec. Accion Gemial  
 Dr. Omar Colón Pozo, Sec. Relaciones Públicas  
 Dr. Samuel Vargas, Sec. Seguridad Social y Coop.  
 Dr. Cristian Polanco, Sec. Ética y Calificaciones  
 Dr. Gregorio Soriano, Sec. Publicaciones y Biblioteca  
 Dr. José Luis Encarnación, Sec. Asuntos Internacionales

Dr. Pedro Abramson Miller, Sec. de Deportes  
 Dr. Luís Balboa, Sec. Residencias Médicas  
 Dr. Pedro Ignacio Pérez, Sec. Asuntos Intersindical  
 Dr. Efraín Rodríguez, Sec. de Extensión  
 Dra. Florentina Liquez, Sec. de la Mujer  
 Dr. Cristian de León, Sec. Médicos Pasantes  
 Dr. Rafael Santana Jaime, Sec. Médicos Generales  
 Dr. Cristian Mateo, Sec. Médicos Residentes  
 Dr. Senén Caba Plasencia, Presidente Regional del Distrito  
 Dr. Hugo Cruz Peralta, Presidente Regional Norte  
 Dr. Rafael Amador, Presidente Regional Sur  
 Dra. Inés Bryan C., Presidenta Regional Este  
 Dr. José Ramón Morillo García, Sec. Administrativo  
 Dr. Jesús Maria Guerrero, Presidente AMIDSS  
 Dr. Ramon Acosta, Director Ejecutivo ARS-CMD

### LISTADO PRESIDENTES PROVINCIALES 2007-2009

PROVINCIAS	PRESIDENTE/A
<b>Pte. Regional Distrito</b>	<b>Dr. Senén Caba</b>
<b>Pte. Regional Norte</b>	<b>Dr. Hugo Cruz Peralta</b>
*Santiago	Dr. Manaces Peña Vélez
*La Vega	Dr. Rafaelina Mercedes Concepción
*Bonao	Dr. Ramón Sánchez Mallol
*Moca	Dr. Pedro Rodolfo Mercado Celeste
*Nagua	Dr. Rafael Emilio Chalas
*Cotui	Dr. Simón Jiménez Otañez
*Puerto Plata	Dr. Anulfo Suero Santana
*San Francisco de Macorís	Dr. Nelson Rosario Socias
*Valverde Mao	Dr. Juan González
*Salcedo	Dr. Osiris Núñez
*Samaná	Dr. Yanet Figuereo Bello
*Santiago Rodríguez	Dr. Plas Sosa
*Montecristi	Dra. Saida Tejada
*Dajabón	Dr. Samuel Ureña
<b>Pte. Regional Sur</b>	<b>Dr. Rafael Amador</b>
*San Cristóbal	Dra. Concepción Aurora Sierra Guerrero
*Bani	Dr. Floripe columna
*Ocoa	Dra. Raquel Decena
*Azua	Dra. Maria del Carmen Díaz Cedano
*San Juan de la Maguana	Dr. Ángel Mateo Gil
*La Matas de Farfán	Dr. Laureano Encarnación Ubri
*Elías Piña	Dr. Román Romero del Rosario
*Barahona	Dra. Luisa Hayde Canario Feliz
*Bahoruco- Independencia	Dr. Pedro Román
<b>Pte. Regional Este</b>	<b>Dra. Inés Bryan</b>
*Monte Plata	Dr. Arelis Gatón
*Hato Mayor	Dra. Nancy Encarnación
*El Seybo	Dr. Leonardo Isidro Hidalgo Duran
*Higüey	Dr. Rogelio Osiris Sierra Ogando
*San Pedro de Macorís	Dra. Carmen Diaz
*La Romana	Dr. Neftali Rijo Severino
<b>PRESIDENTES</b>	Dra. Mercedes Escarlante
New York	
Filadelfia	
Miami, Florida	

### TRIBUNAL DISCIPLINARIO 2007-2009

Dr. José Luis Ramirez	Presidente	809-812-3422/566-1732
Dr. Franklin Sasso	Miembro	809-785-6299/809-508-1029
Dr. José Antonio Matos	Miembro	497-5279/333-5657/684-3389 ext.238
Dr. Alejandro Guerrero	Miembro	809-299-1772/809-596-3706
Dr. David Batista P.	Miembro	809-757-0338/809-320-8538
Dr. José Arturo Jiménez	Suplente Presidente	809-3508313
Dr. Víctor Suero	Suplente	852-4590/688-1992/530-5001
Dr. Carlos David Madera	Suplente	
Dr. Orlando A. Matos	Suplente	



## CONTENIDO

### EDITORIAL

05. Detección de virus de gripe en sangre de donadores.  
Rubén Darío Pimentel

### TRABAJOS ORIGINALES

09. Incidencia de hernias inguinales y manejo en el departamento de Cirugía general del hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo, de La Romana, República Dominicana. Osvaldo A. Guerrero, Karolyn Z. Avila, Juan José Sánchez S, Luis Ml. Tejada Moreno, Neftali Rijo Severino.

13. Opiniones de médicos y enfermeras acerca de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales, Santo Domingo. Lucelania Leonardo De la Cruz, Carolyn Elvira Reynoso Reynoso, Mircala Desireé Vargas Plasencia, Rubén Darío Pimente

23. Comportamiento y manejo clínico del dengue en niños ingresados en el hospital Dr. Luís Eduardo Aybar. Raynelda Martínez R. Vanyelin Reyes A. María De Jesús Pepín. Idairis Matos A. Juana Daniela Rijo N. Miguel Catalino.

27. Incidencia de las enfermedades más frecuentes en niños de 0 a 14 años en el hospital municipal de Las Caobas. Keyla Mesa, Josefina Ménde Matínez, Yleana F. García Reyes, Dinorah Cuello Alvarado, Wendy G. Dipré Acevedo, Amancia Vásquez.

30. Conocimientos de los padres o responsables de niños menores de cinco años sobre signos de alarma en infecciones respiratorias aguda que asisten al hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Paola del Carmen Veras, Ana Salime del Rosario, Linette Ulloa, Daniel De la Rosa, Rafael Díaz.

33. Manejo y experiencia en tumores de las glándulas parótidas. Jorge Ymaya Carela; Samuel Álvarez Collado; Héctor Ramírez Pimentel, Manuel Soto S; Bernardo Santana R.

40. Nivel de Satisfacción de las madres que demandan atención de urgencia para sus hijos en la emergencia de la clínica infantil Dr. Robert Ried Cabral, Ricardo N. Ravelo D, Rodolfo Minier, Ángela Arias, Massiell A. Quiroz M, Biocaris M. Montero, Francisco M. Cuevas Montero.

43. Colectectomía laparoscópica en el Centro del Seguro Médico para maestros (SEMMA) Santo Domingo.

2001-2005. Agustín Méndez A., Cesar Reyes Ferreira, José Elías Durán, Pedro Báez, Rubén Darío Pimentel.

51. Frecuencia de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas en el hospital Dr. Darío Contreras. Servia A. Pérez R, Irosemaine Poncet, Luisanna M. Tejada C., Nurky A. Ramírez H., David Sidney.

55. Incidencia de lesiones de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier. 2000-2005. Rosa Elena Jáquez Mora, Any Lluathany D'Oleo Feliz, Danilo De Jesús Been Carrasco, Maltha Cruz Abad, Beulah Nudit Del rosario Capellán.

59. Comportamiento epidemiológico de la morbimortalidad asociada a quemaduras eléctricas en los pacientes admitidos en la unidad de quemados Pearl F. Ort, hospital Dr. Luis E. Aybar. (2000-2006). Yesenia I. Arias Disla, Indira E. Olivero Matos, Eunice J. De los Santos Berrido, José H. De los Santos Berrido.

64. Incidencia de condilomatosis departamento de infecciones de transmisión sexual del hospital Juan Pablo Pina. Glennys Elisa Castillo Díaz, Haiser Bereni De León Olivero, Jackson Perdomo De Jesús, Rubén Darío Pimentel.

70. Comportamiento epidemiológico del sangrado gastrointestinal alto en ingresados en el hospital Dr. Salvador B. Gautier. Samantha Severino, Waldo Ariel Suero Alcántara, Vilma Villabrille Suero, Rosalía Ramírez, Mauro Canario.

73. Correlación de los niveles de albúmina sérica con el grado de severidad y mortalidad en pacientes críticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del centro médico de la Universidad Central del Este (2005-2006). Pérez Pablo, Cabrera Luisa, Castro Wilka, Tavárez, Carlos.

78. Primera relación sexual de adolescentes de la comunidad rural Río Limpio, provincia Elías Piña. Juan Manuel Rivas Reynoso, Janer Arianny Cruz Santana, Jenny Elizabeth Contreras Rivas, Rafaelina de los Milagros Díaz Contreras, Nelson Paúl Contreras Corletto.

82.Comportamiento de Glaucoma en pacientes que acudieron a Incoceglá durante el primer trimestre del 2007. Johnny Medina.

85.Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes, estudiantes de bachillerato en el sector Libertador de Herrera. Marcin Javier Bakun, Mercedes M. Piña, Michael d. Marte, Odile Astacio, Raquel Ozuna

89.Incidencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en la región Sur. Gloreley Garrido, Femaria Peña, María E. Rubio L, Edward Acosta, Robisson Romero.

93.Prevalencia de hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis B en pacientes consultados en la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier. Solanly Arias, Edwin Acevedo, Omar De La Rosa, Cesar A. Jiménez, Yoanni Rodríguez, María Oviedo, Tamara Moore.

98.Características clínicas y sociodemográficas del embarazo múltiple en el hospital de la mujer Dominicana en el periodo enero 2005-diciembre 2006. Adalia Montás D<sup>a</sup> Óleo Paola Daysi Guzmán Taveras Yokaira Ferreira De Jesús Vilma Lorenlay Núñez Monción Kenia Mejía.

101.Incidencia de retinopatía hipertensiva en la consulta de oftalmología del hospital Regional Dr. Antonio Musa. Eladio E. Ubiera Ducoudray, Yeneudy R. Baez Melo, Juan E. Peralta, Dorka A. Carrasco M., Enid I. Terrero D. Emilio Alvarez, Gilberto Rivera.

106.Efecto de la Nalbufina endovenosa sobre el apgar del producto en pacientes sometidas a cesárea con bloqueo peridural hospital militar Dr. Ramón De Lara, Fuerza Área Dominicana. Rafael Borrome, Yokasta De la Rosa, Luz María Pérez, Carlos Méndez, Leydy Pujols, Mary Dargi Castillo.

#### **CASOS CLÍNICOS**

111.Miasis en traqueotomía a propósito de un caso. Marcos Mirambeaux, Edwin Severino, Jaime Martínez, Wally Reynoso, Fe María Faña del Orbe.

115.Carcinoma de riñón: a propósito de un caso. Hospital militar Dr. Ramón de Lara (FAD). Nelson V. Sánchez, Glennys Valenzuela, Versania I Cruz, Adria Elena Castillo, Miguel Zorrilla.

#### **EDUCACIÓN CONTINUADA**

##### **127.Medicina vernácula**

Usos tradicionales de la Sábila en República Dominicana. Pimentel RD.

#### **INFORMACIONES PARA LOS AUTORES**

## **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.

## DETECCIÓN DE VIRUS DE GRIPE EN SANGRE DE DONADORES.

RUBÉN DARÍO PIMENTEL\*

En el volumen 69, número 1, de fecha enero-abril, 2008, página 5-6, se editorializó sobre la influenza aviar: aprendiendo de la experiencia de otros. Aquel editorial concluyó con la sugerencia de que se debían hacer estudios intrafamiliares que combinen la medición de la susceptibilidad biológica con los datos sobre los patrones de conducta, entre ellos los hábitos de alimentación y de higiene. De repente se dejó de hablar de la gripe aviar. Desapareció del ámbito nacional esta amenaza.

En el presente número, insistimos en los aspectos preventivos, del enemigo invisible: detección de virus de gripe en sangre de donadores.

Los virus que causan la gripe, incluido el extremadamente patógeno virus aviar (H5N1) podrían poner en peligro los bancos de sangre. Cabe recordar que durante el siglo XX hubo tres pandemias gripales (en 1918, de la gripe porcina; en 1957, la de gripe asiática y, en 1968, la llamada gripe de Hong Kong), que hoy día se reconocen como subtipos antigénicos de la gripe A: H1N1, H2N2 y H3N2. Las grandes epidemias de gripe no tienen ningún patrón ni periodicidad previsible y son muy diferentes una de la otra. Sin embargo, hay datos indicativos de que las verdaderas pandemias, que implican cambios de subtipos en la hemaglutinación, se deben a reagrupamientos genéticos de los virus de la gripe en animales.

Para comprobar la inocuidad de los abastecimientos de sangre, desde 1997 se ha empleado la técnica de amplificación del número de secuencias del ácido nucleico (TAN) para detectar las hepatitis B y C y el VIH-1 en sangre donada. En 2000, la expansión de la técnica para detectar el virus de la hepatitis A y el parvovirus B19 permitió incluir pruebas para detectar los virus de la gripe. El método consistió en mezclar 100 µl de hasta 96 muestras y cada mezcla entera de hasta 9,6 ml se centrifugó a 59 000 X g durante 60 minutos a 4 °C. Los virus se extrajeron en columnas de espín y el ácido nucleico se eluyó en un volumen de 75µl. Para el tamizaje ordinario con este método de amplificación solamente se necesitan 60 µl de extracto. El volumen sobrante de 15 µl puede entonces usarse para tamizaje adicional de los virus de gripe.

La amplificación cuantitativa del virus gripe/H5 se realizó según las instrucciones del fabricante del estuche Artus influenza/H5 LC RT-PCR, QIAGEN, de Hamburgo,

Alemania, usando también un termociclador fabricado por Roche en Mannheim, Alemania. La prueba requiere dos reacciones separadas de amplificación. El primer paso es una reacción en cadena de la plimerasa (PCR) genérica de la gripe. La especificidad de esta reacción quedó demostrada con todos los subtipos de gripe A (H1-H5, N1-N9) y todos los subtipos de gripe B. Las muestras que resultaron positivas en la primera PCR se analizaron de nuevo por PCR con cebadores y sondas de la gripe H5N1. Este ensayo permite diferenciar la gripe aviar (H5N1) de otras cepas víricas gripales.

Para remedar la situación la situación de una donación de sangre positiva a H5, se empleó como estándar de cuantificación externo una cultura sobrenadante depurada de células Vero infectadas con gripe (H5N1) (cepa A/Thailand/1 [KAN-1] 2004). En esta preparación, la integridad de los viriones se confirmó mediante microscopía electrónica. La concentración vírica de ARN se midió en un laboratorio externo mediante múltiples determinaciones simultáneas de la PCR. Se prepararon 10 diluidos con diferentes concentraciones de H5N1 los cuales se añadieron a mezclas séricas negativas de 9,5 µl. Esto se hizo ocho veces. Análisis ulteriores de los extractos por medio de reacciones de amplificación genérica al igual que con virus H5N1 mostraron una probabilidad de detección superior a 95 por ciento.

Los informes de investigaciones anteriores indican que, en los Estados Unidos, la TAN descrita ha aumentado la confianza en la inocuidad de los productos sanguíneos. En estudios de la Cruz Roja de Añemania, después de la introducción de esa técnica hubo solamente una transfusión que transmitió el VIH-1. En el estudio aquí descrito se tamizaron 10 272 muestras de sangre individuales incluidas en las mezclas y ninguna estaba infectada con gripe, lo que corresponde a un bajo índice (<20) durante el periodo (febrero a abril, 2006), según el esquema europeo de vigilancia de la gripe. Durante una epidemia se espera un índice de >80, como se observó en 2005. Por lo tanto, el tamizaje debe repetirse en cada temporada de gripe. La gripe tiene un periodo de incubación de 2 a 10 días y es de esperar una fase virémica de infección antes de que empiecen los síntomas clínicos.

Además de poner en cuarentena a los pacientes infectados, tratarlos con medicamentos antivíricos y seguir trabajando hacia una vacuna contra la gripe aviar, durante una pandemia

\* Jefe de investigación centro de gastroenterología ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

es necesario tamizar a los donantes de sangre para evitar la transfusión de sangre infectada. La TAN puede incorporarse sin demora y el virus puede ser enriquecido suficientemente por centrifugación. Sin embargo, como en todos los métodos que implican mezclas de muestras, la infección podría transmitirse en alguna rara ocasión cuando la viremia del donante estuviera por debajo de la sensibilidad analítica del ensayo de tamizaje.

No obstante, hay ciertas estrategias que pueden ponerse en marcha para minimizar esa posibilidad.

Referencia

1. Hourfar MK, et al. Blood screening for influenza. Emerg Infect Dis [serial on the Internet]. 2007; 13(7). Disponible en <http://www.cdc.gov/EID/content/1317/1081/htm>.)

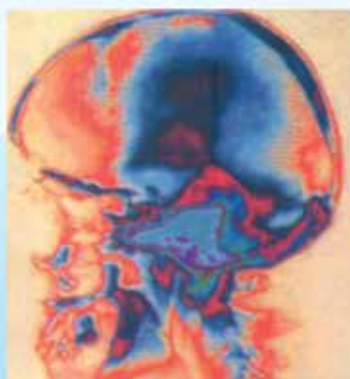


**DIAGNOSTICO MEDICO SIGLO XXI, C. X A.**  
*Calidad Total en Diagnósticos*

**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](mailto:dmssiglox1@hotmail.com)

# TRABAJOS ORIGINALES

## 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.



## INCIDENCIA DE HERNIAS INGUINALES Y MANEJO EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL FRANCISCO A. GONZALVO, DE LA ROMANA REPÚBLICA DOMINICANA.

Oswaldo A. Guerrero\*, Karolyn Z. Avila\*, Juan José Sánchez S\*, Luis M. Tejada Moreno\*,  
 Nefthali Rijo Severino\*\*<sup>2</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, con recolección de datos retrospectivo en aquellos pacientes con hernias inguinales y su manejo en el departamento de cirugía general del Hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo la Romana periodo Enero-Diciembre 2006. Habiendo atendido un total de 292 consultas debidas a hernias inguinales, representando un 18% de las consultas de ese departamento. Los pacientes en edades entre 18 y 40 años fueron los más afectados, así como el sexo masculino (76%).

Tomando en cuenta que se realizaron 186 procedimientos, las técnicas más utilizadas fueron las herniorrafias con 180 para un 96.7% de los casos, y 6 hernioplastia para un 3.3%. La mortalidad fue 0% para esta patología (hernias inguinales) en el Hospital Francisco A. Gonzalvo.

**Palabras claves:** hernias, herniorrafias, hernioplastia.

### ABSTRACT

I am made a descriptive, observational study, with data collection retrospective in those inguinal patients with hernias and their handling in the department of general surgery of Hospital Dr. Francisco A. Gonzalvo the Roman period January-December 2006. Having taken care of a total of 292 inguinal consultations due to hernias, representing an 18% of the consultations of that department. The patients in ages between 18 and 40 years were affected, as well as masculine sex (76%).

Taking into account that was made 186 procedures, the used techniques but were herniorrafias with 180 for 96, 7% of the cases, and 6 hernioplastia for 3, 3%. Mortality was 0% for this pathology (hernias inguinales) in the Hospital Francisco A. Gonzalvo.

**Key words:** hernias, herniorrafias, hernioplastia.

### INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una de las patologías más frecuentes que encontramos en cirugía general.

La primera descripción de reducción herniaria data del tiempo de Hammurabi en los papiros egipcios. Durante toda la historia el médico ha tenido que enfrentarse a esta patología, utilizando para ello innumerables técnicas, desde la contención externa hasta las modernas técnicas de reparación actual. Los últimos años han sido fructíferos en el desarrollo de técnicas quirúrgicas para efectuar una reparación efectiva.

Sin embargo desde sus orígenes, ha generado gran controversia para su tratamiento pasando desde el renacimiento donde sólo se reservaba el tratamiento quirúrgico para los casos complicados, hasta la época posterior a Bassini, con quien se inicia la era moderna de la reparación de la hernia inguinal.

Con el correr del tiempo nace una técnica que revolucionaría las técnicas de reparación herniaria. Esta técnica venía gestándose hace años, intentando reforzar y/o reparar la pared posterior del conducto inguinal a través del uso de una prótesis.

Luego de intentar con diversos materiales, es descrita la reparación de la hernia inguinal a través de una malla de polipropileno por Liechtenstein (1984). Esta técnica se basa en la instalación de la malla en la pared inguinal posterior, que se deja sin tensión.

Dicha técnica ha tenido múltiples variaciones luego de su descripción (sobre todo en cuanto al tamaño de la malla), aceptándose actualmente la técnica como "reparación con malla sin tensión".

Casi al mismo tiempo, con el advenimiento de la técnica laparoscopia, no se tardó en incluir la reparación de la hernia inguinal dentro de las posibilidades terapéuticas aceptadas con esta técnica. Los resultados, que se miden básicamente en términos de recurrencia, costo, complicaciones y tiempo de reinserción laboral, fueron alentadores, pero el mayor costo, y el uso casi obligado de anestesia general, fue poco a poco haciendo que perdiera adeptos en todo el mundo.

En este trabajo conoceremos la frecuencia de las hernias inguinales y su manejo por el departamento de cirugía general del Hospital Francisco A. Gonzalvo de La Romana República Dominicana.

### MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio realizado descriptivo, observacional, retrospectivo. La población de estudio estuvo compuesta por 292 casos de hernias inguinales que asistieron al departamento de cirugía general del Hospital Francisco A. Gonzalvo en el año 2006. No se requirió toma de muestra, debido a que el

\*Médicos generales

\*\*Médico cirujano

Hospital Francisco A. Gonzalvo, La Romana 2006

tamaño del universo y el tiempo disponible nos permitió el estudio de cada uno de sus componentes. el método utilizado para la recolección de datos fue el formulario, revisando los expedientes clínicos de cada uno de los objetos en estudio, así como la hoja de consulta del departamento de cirugía, y el libro de cirugía del Hospital Francisco A. Gonzalvo, realizando nuestra investigación en un periodo de 6 meses.

Las informaciones obtenidas se presentaron de forma simple las variables que fueron susceptibles de comparaciones se analizaron mediante formulas estadística sobre todo las desviaciones estándares, encontrándose significación de importancia desde el punto de vista estadísticos.

**RESULTADOS**

En nuestro estudio de un total de 1614 consultas realizadas por el Departamento de Cirugía General del H-FAG La Romana periodo enero/diciembre 2006, doscientos noventa y dos (292) casos correspondieron a Hernias Inguinales, para un 18% de la totalidad (cuadro 1).

**Cuadro 1. Distribución de casos según la cantidad de consultas y la cantidad de hernias inguinales diagnosticadas en la consulta de cirugía general del h-fag la romana rd periodo enero/diciembre 2006.**

Cantidad de Consultas	Cantidad de Hernias Inguinales
1614	292

Fuente: Directa.

Un total de doscientos noventa y dos (292) casos de hernias inguinales que asistieron a la consulta de cirugía general del H-FAG periodo enero/diciembre 2006, resultando que los adultos fueron los más afectados con 191 casos para un 65.4%, seguido de la edad pediátrica con 101 casos para un 35.6% (cuadro 2).

**Cuadro 2. Distribución de casos de hernias inguinales según la edad adulta y la edad pediátrica, por el departamento de cirugía general del h-fag la romana rd periodo enero/diciembre 2006.**

Edad.	Número de casos.	%
>18	191	35.6
<19	101	65.4
TOTAL	292	100

Fuente: Directa.

De todos los casos de hernias inguinales el grupo etario de 0-10 el más afectado con un total de ochenta y un casos (81) para un 27.7% de los casos, siguiendo en orden de frecuencia de grupos 21-30 con 55 casos para un 19%, 31-40 anos con 45 casos para un 15%, de 51-60 con 33 casos para un 11%, de 11-20 con 31 casos para un 11%, de 41-50 con 25 casos para un 9%, el grupo de más de 71 anos tuvo 12 casos para un 4%,

de 61-70 tuvo 10 casos para un 3% (cuadro 3).

Identificamos que según el sexo el masculino fue el más afectado con 221 casos (76%), y el femenino con 71 casos (24%) (Cuadro 4).

De acuerdo a nuestro estudio según la localización anatómica de las hernias inguinales, resultando que la hernia inguinal derecha fue la más frecuente con un 204 casos para un 70%, seguido por la hernia inguinal izquierda con 72 casos para un 25%, y la menos frecuente fue la hernia inguinal bilateral con 16 casos para un 5 % (cuadro 5).

Entre los tipos de hernias inguinales tenemos que la más frecuente es la hernia inguinal indirecta con 195 casos para un 67%, seguido de la hernia inguinal directa con 97 casos para un 33% (cuadro 6).

Un total de trescientos setenta y dos (372) casos que fueron diagnosticado con algún tipo de hernia en la consulta de Cirugía General del Hospital Francisco A Gonzalvo La Romana R D Periodo Enero/Diciembre 2006, correspondiendo a hernia inguinales 292 casos para un 79.3% y 80 casos para 20.7% a otras hernias (cuadro 7).

Según los procedimientos realizados en el hospital francisco A. Gonzalvo durante el periodo de estudio Enero/Diciembre 2006, obtuvimos un total de ciento ochenta y seis (186) cirugía las cuales correspondieron a ciento ochenta (180) herniorrafias, para un 96.7%, y seis (6) hernioplastias para un 3.3% (cuadro 8).

**Cuadro 3. Distribución de casos de hernias inguinales según los diferentes grupos etarios por el departamento de cirugía general del hospital Francisco a. Gonzalvo la Romana RD periodo enero/diciembre 2006.**

Grupo Etario	Cantidad	%
0-10	81	28
11-20	31	11
21-30	55	19
31-40	45	15
41-50	25	9
51-60	33	11
61-70	10	3
más de 71	12	4
Total	292	100

Fuente: Directa.

**Cuadro 4.** Distribución de casos de hernias inguinales según el sexo, por el departamento de cirugía general del h-fag la romana RD periodo enero/diciembre 2006.

Sexo	Números de casos	%
Masculino	221	76
Femenino	71	24
Total	292	100

Fuente: Directa.

**Cuadro 5.** Distribución de casos de hernias inguinales según su localización, por la consulta de cirugía general del h-fag la romana rd periodo enero/diciembre 2006.

TIPO	# DE CASOS	%
H I D	204	70
H I I	72	25
H I B	16	5
TOTAL	292	100

Fuente: Directa.

**Cuadro 6.** Distribución de casos de acuerdo al tipo de hernia inguinal, por el departamento de cirugía general del h-fag la romana rd periodo enero/diciembre 2006.

Tipos de hernias	Núm. de casos	%
Directa	97	33
Indirecta	195	67
Total	292	100

Fuente: Directa.

**Cuadro 7.** Distribución de caso de hernias que asistieron a la consulta de cirugía general del h-fag de la romana r d periodo enero/diciembre 2006.

Tipos de hernias	# de casos	%
Hernias inguinales	292	79.3
Otras hernias	80	20.7
Total	372	100

Fuente: Directa.

**Cuadro 8.** Distribución de los tipos de cirugía según los procedimientos de la consulta de cirugía general del h-fag la romana r d periodo enero/ diciembre 2006.

tipo de cirugía	Núm. de casos	%
herniorrafias	180	96.7
hernioplastias	6	3.3
total	186	100

Fuente: Directa.

## DISCUSIÓN

Hallar una mayoría dentro del sexo masculino como de mayor índice de padecimiento de esta enfermedad está acorde a lo reportado universalmente por la literatura. La mayor parte de los pacientes estudiados tuvieron una hernia inguinal de variedad indirecta, lo cual está en concordancia si se tiene en cuenta la edad de los pacientes estudiados y lo planteado por la literatura revisada en referencia a este aspecto y la relación directa entre edad y hernia indirecta.

Las técnicas faciales primaron en este estudio, dato este en relación a lo realizado habitualmente en nuestro servicio; por otra parte la colocación de mallas protésicas aún no es un hábito común en nuestros cirujanos, lo cual entra en discordancia con la actualidad donde este proceder se va haciendo norma en la literatura consultada y más actualizada.

En este trabajo llama la atención el relativo bajo índice de reproductividad en nuestros pacientes operados por técnicas convencionales en comparación a los casos en donde se usaron técnicas protésicas, dato este curioso en relación a los altos porcentajes de efectividad, según este último método, reportado por la literatura actual. De esta manera se puede concluir que con la edad aumenta la incidencia de la Hernia Inguinal, patología esta con un alto índice de reportes en los servicios quirúrgicos de todo el mundo.

Por su parte el tratamiento convencional de la hernia inguinal sigue teniendo una alta aceptación por un grupo de cirujanos y sigue demostrando su efectividad a pesar del advenimiento de nuevas técnicas. Por ello se sugiere seleccionar correctamente a los paciente para aplicar la técnica más apropiada al paciente y su enfermedad, profundizar en el fundamento científico y técnico de la colocación de las prótesis (mallas) quirúrgicas y por último profundizar en el conocimiento, abordaje y manejo de la patología herniaria y de la región inguinal en particular por nuestro residentes y personal especializado.

## REFERENCIAS

1. Madden IH, Moore SW, Little WJ. Anatomía y reparación de la hernia inguinal. Surg Clin Northam 1971; 51(6):129 – 40.
2. Cooper A. Anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital hernia. Surg Clin Northam 1992; 16(2):108.
3. Skandalakis JE, Gray Stephen W. Anatomía y técnicas quirúrgicas de las hernias. México: Interamericana; 1992 P.54 – 141.
4. Nyhus LM, Pollar R, and Bombek CT. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia the Evolution of a Technique. Ann Surg 1988; 36(2):208 – 433.
5. Nyhus LM, Baker Robert I. Mastery of surgery. 2ed. T2. Boston: Little Brown; 1992. P 1605-24.
6. Montejo Viamonte N, Varela V, Hernández González A. Materiales de sutura en Cirugía. Antecedentes históricos y empleo actual de los mismos. Rev Cubana Cir 1990; 29(2):211 –24.
7. Espinel González M, Dopico Reyes E. Reparación de hernias inguinales recidivantes por vía preperitoneal con el uso de mallas protésicas. Rev Cubana Cir 1997; 36(1):35 –9.
8. Wantz GE. Gaint prostetic reinforcement of the visceral sac for repair of hernias of the groin at hing rick for recurrence. Surg Gynecol Obstet 1989; 169:408.
9. Ramírez Hernández I, Mendoza Rodríguez M, Castillo Puebla G. Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bajo anestesia local. Rev Cubana Cir 1990; 34(3):491 – 502.
10. Collado Otero JC, Collado Canto E, González González M. Hernia inguinal con anestesia local. Rev Cubana Cir 1992;31(2):110 – 15
11. Wantz GE. Complications of inguinal hernial repair. Sur Clin North Am 1984; 64(2):287 –98.
12. Stoppa R, Warlaumont C, Verhaeghe P. Preperitoneal placement of Dacron Mesh in the repair of groin hernias. Surg Round 1987; 64(2): 69 – 85.
13. Stoppa R. The treatment of complicated groin and incisional hernia. World J Surg 1989; 13:545 –54.
14. Carbonell Tatay F, Gómez Iglesias S. Hernia inguinal. Tecnica de Gilbert. Video. IV Congreso Nacional de Videocirugía. León, 1995 (octubre).
15. Carbonell Tatay F, Gómez S. Hernia inguinal. Recuerdo histórico. Tecnica de Gilbert. Video. XXI Congreso Nacional de Cirugía. Madrid, 1996 (noviembre).
16. Carbonell Tatay F, Gomez S. Gilbert's technique in inguinal hernia. Video Review of Surgery 1997; 6: 16 28.
17. Carbonell Tatay F. Gilbert technique: Multicentric trial. Grepa, 21st International Congress. Madrid, 1999 (noviembre).
18. Gilbert Al. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. Am J Surg 1989 Mar; 157(3): 331-333.
19. Gilbert Al. Improved sutureless technique advice to experts. Problems in General Surgery 1995; 1 (12): 117 119.
20. Gilbert Al. Inguinal hernia repair: biomaterials and sutureless repair. Perspectives in General Surgery 1991; 2: 113-129.
21. Gilbert Al. Sutureless repair of inguinal hernia. Am J Surg 1992; 163 (3): 331-335.
22. Giraud, Vittori, Foucher. Emploi des plaques de nylon (crinoplaque) pour le traitement des eventrations et des hernies inguinales. Bourdeaux Chir 1951; 1: 22 27 (enero).
23. Gilbert Al. Sutureless repair of inguinal hernia. Am J Surg 1992; 163 (3): 331-335.
24. Giraud, Vittori, Foucher. Emploi des plaques de nylon (crinoplaque) pour le traitement des eventrations et des hernies inguinales. Bourdeaux Chir 1951; 1: 22 27 (enero).
25. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension-free hernioplasty. Am J Surg 1989 Feb; 157(2): 188-93.
26. Moreno-Egea A, Carrasco L, Lirón R, Pérez-Abad JM, Pellicer E, Martín IG. Indicaciones de la hernioplastia sin tensión en el tratamiento de la hernia inguinal primaria (273 casos). Cir Esp 1997; 62: 120-124.
27. Martínez C, Núñez JR, Jorgensen TW, Sanz R, Ruiz M, Pastor L. Herniorrafia de Bassini en la hernia inguinal primaria. Recidivas tras 5-10 anos. Cir Esp 1996; 59 (6): 509-513.
28. Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. Int Surg 1986 Jan-Mar; 71(1): 1-4.
29. Lichtenstein IL. Hernia repair without disability. St. Louis: CV Mosby, 1970.
30. Lichtenstein L. The one-day inguinal hermorrhaphy: the American method. Contemporary surgery 1982;20: 17

### 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.*

## OPINIONES DE MÉDICOS Y ENFERMERAS ACERCA DE LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA EN ENFERMOS TERMINALES.

*Lucelania Leonardo De la Cruz,\* Carolyn Elvira Reynoso Reynoso,\* Mircala Desiré Vargas Plasencia,\* Rubén Darío Pimentel.\*\**

### RESUMEN

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una encuesta entrevista de corte transversal dirigida a personal de salud que laboran seis hospitales públicos pertenecientes a la Secretaría de Estado de Salud Pública de Santo Domingo, República Dominicana, para indagar acerca de las opiniones que tienen médicos y enfermeras acerca de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales. Dicha encuesta se llevó a cabo entre los meses de agosto y septiembre del 2006.

La encuesta fue dirigida a 422 miembros del personal de salud (médicos y enfermeras), se obtuvo respuesta de 374, es decir, 88,6 por ciento. El 17,1 por ciento de los médicos y enfermeras entrevistados se mostraron a favor de la práctica de la eutanasia: 10,1 por ciento para los médicos y 7,0 por ciento para las enfermeras. Sin embargo, ni los médicos ni las enfermeras han practicado la eutanasia.

Tanto los médicos como las enfermeras favorecieron que la conducta asumida ante el sufrimiento y el dolor de un paciente en etapa terminal, sea la prolongación de la vida.

Laborar en el sector público tiene una influencia significativa para mostrarse a favor de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales.

Los médicos y enfermeras que admitieron no pertenecer a ninguna religión favorecieron en su totalidad la práctica de la eutanasia.

Los hombres, entre los médicos, favorecieron la práctica de la eutanasia.

Los médicos jóvenes se muestran más a favor de la práctica de la eutanasia que los médicos especialistas.

Entre los viudos (médicos y enfermeras) se mostraron en desacuerdo con la práctica de la eutanasia, mientras que los solteros y divorciados la favorecen.

Los médicos y enfermeras egresados de la universidad estatal favorecen más la práctica de la eutanasia que los egresados de universidades privadas.

Los médicos y enfermeras tienen opinión dividida acerca de que los pacientes sean los que deban decidir acerca de la práctica de la eutanasia y se muestran contrarios a que ellos

(médicos o enfermeras) o los familiares tomen esa decisión.

Como podemos observar hay una significativa reducción sobre la opinión favorable con relación a la práctica de la eutanasia.

Ya que en un estudio realizado en el 2003 dirigidos a los médicos en donde más de un 19% se mostró a favor, mientras que en esta investigación solo un 10.1% la favoreció. De igual forma la opinión de las enfermeras se redujo ya que una encuesta realizada en el 2004 encontramos que un 21.30% se mostró a favor en comparación con esta investigación que solo un 7.0% la favoreció.

**Palabras clave:** Suicidio Asistido, Muerte Digna, Muerte Indolora, Muerte Piadosa, Muerte Dulce, Muerte por Compasión, Buena Muerte, Eutanasia.

### ABSTRACT

It was made a prospective and descriptive study that was developed through a survey interview of cross section directed to health personnel in six public hospitals pertaining to the Secretariat of State of Public Health of Santo Domingo, Dominican Republic, to investigate about the opinions that have doctors and nurses about the practice of Euthanasia in terminal patients.

This survey was carried out between the months of August and September of the 2006. The survey was directed to 422 members of the health personnel (doctors and nurses), obtained answer of 374, that is to say, 88.6 percents. The 17.1 percent of the doctors and nurses interviewed were in favor of the practice of Euthanasia: 10.1 percents for the doctors and 7.0 percents for the nurses.

Nevertheless, neither the doctors nor the nurses have practiced Euthanasia. As much the doctors as the nurses favored that the conduct assumed before the suffering and the pain a patient in final stage, is the prolongation of the life.

In the public sector has an influence significant to be in favor of the practice of Euthanasia in terminal patients. The doctors and nurses whom they admitted not to belong to non religion favored in their totality the practice of euthanasia. The men, between the doctors, favored the practice of euthanasia. The young doctors are more in favor of the practice of euthanasia

\* Médico general

\*\* Médico pediatra neumólogo, MSP.

that the specialist doctors.

Between the widowers (doctors and nurses) they were in discord with the practice of euthanasia, whereas the unmarried ones and divorced favor it.

The doctors and graduated nurses of the state university favor more the practice of euthanasia than the graduated ones of private universities.

The doctors and nurses have divided opinion about which the patients are those who must decide about the practice of euthanasia and opposites are that they (doctors or nurses) or the relatives make that decision.

The doctors and nurses have divided opinion about which the patients are those who must decide about the practice of euthanasia and opposites are that they (doctors or nurses) or the relatives make that decision.

As we can observe is a significant reduction on the favorable opinion in relation to the practice of euthanasia. Since in a study made in the 2003 directed to the doctors in where more of a 19% one was favor, whereas in this single investigation 10, 1% favored it. Similarly the opinion of the nurses was reduced since a survey made in the 2004 we found that 21,30% were favor in comparison with this investigation that single 7,0% favored it.

**Key words:** Attended suicide, Worthy Death, Painless Death, Pious Death, Sweet Death, Death by Compassion, Good Death, Euthanasia.

## INTRODUCCIÓN

Euthanasia deriva del Griego *eus* que significa bueno y *tanatos* muerte; esto es muerte tranquila, fácil, sin sufrimiento ni padecimiento.

Se concibe generalmente a la eutanasia como la “doctrina que aconseja facilitar el trámite de la muerte a moribundos de agonía muy penosa y a los enfermos desahuciados que padecen intensos dolores procurándoles una muerte tranquila”.

La eutanasia ha sido definida como la adopción de medidas específicas para provocar la muerte de una persona enferma, a petición de esta con el auxilio de la ciencia médica.

El diccionario de términos médicos la define como la provocación indolora de la muerte para evitar el sufrimiento; en sentido estricto, toda ayuda a morir que acorta la vida de un enfermo incurable, bien sea de manera pasiva, en la que deliberadamente se suspende un Tratamiento, o activo, mediante la administración de dosis elevadas de sedantes.

La eutanasia, es la terminación deliberada de la vida de un paciente en orden a prevenir posteriores sufrimientos. Es decir, se entiende como acción u omisión que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor.<sup>1</sup>

Actualmente el significado real es el de muerte indolora, provocada directamente por procedimientos médicos, de personas que son consideradas como condenadas a una vida irreversiblemente dolorosa o inválida, con la intención de «liberar» a esas personas del sufrimiento o a la sociedad de

una supuesta carga inútil.

A través de varias décadas el tema de la eutanasia ha sido tratado por toda la sociedad, al igual que son muchos los hechos que han ocurrido a lo largo del pasado siglo.

Hace varios años la eutanasia fue legalmente reconocida en Holanda y en otros países ha creado opiniones favorables a tal punto que más del 80 por ciento de los adultos de varios países opinan favorablemente.

Tomando en cuenta los resultados de las investigaciones anteriores, la intención de la presente investigación es dar a conocer las opiniones de los médicos y enfermeras que ejercen su profesión en seis hospitales de la secretaria de estado de salud pública y asistencia social (SESPAS) en la ciudad de santo domingo acerca de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales.

Posteriormente en el año 2004 se realizó una investigación para conocer las opiniones que tenían las enfermeras sobre la práctica de eutanasia en enfermos terminales, en donde un 21.3% de ellas favoreció la práctica de la eutanasia

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una encuesta entrevista de corte transversal dirigida al personal de salud de seis hospitales públicos de Santo Domingo, República Dominicana, para indagar acerca de las opiniones que tienen médicos y enfermeras acerca de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales. Dicha encuesta se llevará a cabo entre los meses de agosto y septiembre del 2006.

### Demarcación geográfica

La encuesta se efectuó en los hospitales de la SESPAS: Dr. Francisco E. Moscoso Puello, Dr. Luis E. Aybar, Dr. Darío Contreras, Padre Billini, Dr. Robert Reid Cabral, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Todos localizados en el Distrito Nacional, excepto el hospital Dr. Darío Contreras, que se encuentra en el municipio Santo Domingo Este de la provincia Santo Domingo.

### Población y muestra

El universo está representado por el personal de salud que labora en los seis hospitales señalados anteriormente. En esos hospitales laboran un total de 3 438 profesionales: 1 279 médicos; 2 159 enfermeras.

La formula a través de la cual se calculó la muestra fue la siguiente:

$$N = \frac{(1.96) 2d^2}{\text{Gamma}^2} \quad \text{en donde:}$$

N= tamaño de la muestra.

d<sup>2</sup>= derivación estándar de la variable de población.

Gamma<sup>2</sup>= es el límite de error aceptado entre el promedio de la muestra y el promedio real de la población general.

1.96= es el factor que nos asegura que estamos dentro de los límites de error en el 95 por ciento de los casos.

El cálculo nos dio un total de 384 profesionales, para evitar

posibles sesgos en la muestra calculada se le agregó el 10 por ciento (38), por lo que esta asciende a profesionales. En el cuadro I se distribuye la muestra por hospitales.

El universo está representado por el personal de salud que labora en los seis hospitales señalados anteriormente. En esos hospitales laboran un total de 3,438 profesionales. Se incluyó una muestra de 422 (médicos y enfermeras de los hospitales antes mencionados, esta muestra se presenta en el cuadro que sigue).

Cuadro 1 de la relación de los profesionales de la salud a entrevistar según hospitales. Santo Domingo, 2006.

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Total	422	100.0
Dr. Francisco E. Moscoso Puello	71	16.8
Dr. Darío Contreras	70	16.6
Dr. Luis E. Aybar	71	16.
Dr. Robert Reid Cabral	70	16.6
Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	70	16.6
Padre Billini	70	16.6

#### Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los médicos y enfermeras que para el momento del estudio cumplía con los siguientes requisitos:

- Ser médico general, especialista y/o residente
- 1. Ser enfermera graduada, auxiliar o bachiller técnico en enfermería
- 2. Laborar en un hospital de los señalados anteriormente.
- 3. Aprobar su participación en la encuesta entrevista
- 4. No se discriminó edad ni sexo.

#### Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizó como patrón el formulario de la tesis, opiniones de las enfermeras acerca de la práctica de eutanasia en enfermos terminales realizada en el 2004.

El cuestionario está elaborado en formato 8½ X 11. Con un total de 24 preguntas 22 cerradas y 2 abierta. Además de las preguntas relacionadas con datos sobre las características demográficas como la edad, el sexo, religión, nacionalidad, estado civil de los encuestados; contiene datos sobre la

eutanasia, tales como: si está de acuerdo o no, si la ha practicado.

#### Procedimiento

El instrumento de recolección de la información fue llenado por los sustentantes estudiantes de último año de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. El llenado de los formularios se llevó a cabo de noviembre del 2006 a enero del 2007. Para este llenado, los estudiantes en cuestión visitaron los diferentes centros de salud ya indicados.

#### Tabulación y análisis

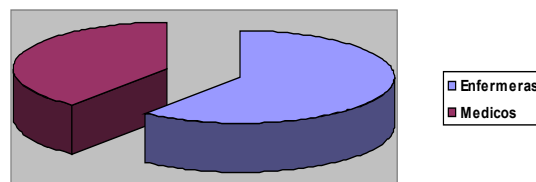
Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó programas de computadoras: Epi-info, versión 2.3.3. (Noviembre 4, 2006).

## RESULTADOS

### Participación en la encuesta

La encuesta fue dirigida a 422 miembros del personal de salud (médicos y enfermeras) que ejercen su profesión en la ciudad de Santo Domingo indagando acerca de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales, se obtuvo respuesta de 374, es decir, 88.6 por ciento (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la muestra según participación. Hospitales de Santo Domingo, 2006.



### Características generales

#### Enfermeras

Las enfermeras participantes tuvieron una edad promedio de 40 años y un rango de edades comprendido entre 25 y 61 años. Al sexo femenino correspondieron 212 (93.8%). La mayoría (64.1%) eran católicas y dominicanas (59.9%); un 24 por ciento estaba casada y 14 por ciento soltera; 55 por ciento era auxiliar de enfermería y 74.7 por ciento egresada de otras universidades (Cuadro I).

**CUADRO I. DISTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMERAS ENTREVISTADAS SEGÚN DIFERENTES VARIABLES SANTO DOMINGO, 2003.**

VARIABLES:	Frecuencia	Porcentaje
Total	226	60.4
Edad (años):		
< 30	12	3.2
30-39	64	17.1
40-49	101	27.0
50-59	43	11.5
≥ 60	6	1.6
Edad promedio 40 (años)	Rango: 25 – 61 años	
Sexo:		
Femenino	212	94
Masculino	14	6.9
Religión:		
Católicos	145	64.2
Protestantes	66	29.2
Ninguna	15	7.0
Nacionalidad:		
Dominicana	224	59.9
Extranjera	2	0.5
Estado civil:		
Casados	91	14.7
Solteros	55	24.3
Divorciados	53	4.8
Unión libre	50	13.4
Viudos	12	3.2
Nivel académico:		
Licenciada	91	40.3
Auxiliar	123	54.4
Bachiller	12	5.3
Lugar de trabajo:		
SESPAS	224	52.5
IDSS	8	1.9
Sector militar	33	2.6
Años de graduados:		
< 5	21	9.3
5-9	28	12.3
10-14	52	23.0
15-19	62	27.4
20-24	43	19.0
25-29	14	6.2
≥ 30	6	2.6
Egresados de:		
UASD	57	74.7
Otras	169	25.2

**Médicos**

Los médicos participantes tuvieron una edad promedio de 28 años y un rango de edades comprendido entre 22 y 62 años. Al sexo femenino correspondió 72 (48.6%). La mayoría (62.8%) era católicos y dominicanos (37.7%); un 19.5 por

ciento estaba casado y 18.4 por ciento soltero; 6.0 por ciento era médico general y 67.5 por ciento egresado de la UASD (Cuadro I).



**CUADRO II. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS ENTREVISTADOS SEGÚN DIFERENTES VARIABLES  
SANTO DOMINGO, 2006**

VARIABLES:	Frecuencia	Porcentaje
Total	148	35.6
Edad (años)		
< 30	85	20.5
30-39	45	10.8
40-49	12	2.9
50-59	5	1.2
≥ 60	1	0.2
Edad promedio 28 (años)	Rango: 22 - 62 años	
Sexo:		
Femenino	73	49.0
Masculino	75	51.0
Religión:		
Católicos	93	62.8
Protestantes	38	25.6
Ninguna	17	11.5
Nacionalidad:		
Dominicana	141	37.7
Extranjera	7	1.9
Estado civil:		
Casados	73	19.5
Solteros	69	
Divorciados	3	0.8
Unión libre	3	0.8
Viudos	0	0.0
Nivel académico:		
General	9	6.0
Especialista	32	21.6
Residente	107	72.3
Lugar de trabajo:		
SESPAS	139	32.5
IDSS	8	1.9
Sector militar	16	
Años de graduados:		
< 5	85	57.4
5-9	42	28.3
10-14	8	5.4
15-19	6	4.1
20-24	0	0
25-29	6	4.1
≥ 30	1	0.7
Egresados de:		
UASD	100	67.5
UTESA	10	6.7
UNPHU	1	0.7
UNIBE	5	3.3
UCE	15	10.1
PUCAMAIMA	1	0.7
Otras	16	10.8

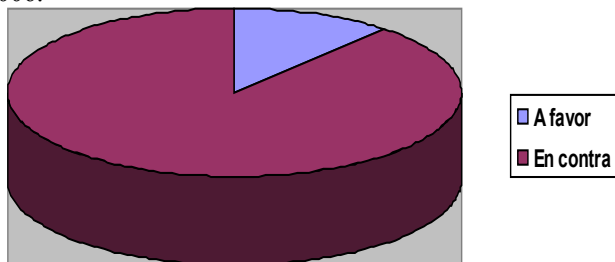
Opiniones del personal de salud (médicos y enfermeras)

**Enfermeras**

De un total de 226 enfermeras 26 (7%) (Figura 2) opinó a favor de la práctica de la eutanasia. Las razones dadas por las que se mostraron contrario se presentan en el Cuadro II. El 59.5 por ciento opinó «Por que solo Dios tiene el derecho a terminar con la vida del enfermo». Apenas un 2.2 por ciento dijo que había recibido solicitud para la práctica de la eutanasia. Cuando se indagó acerca de quién lo solicitó, las respuestas fueron: El propio enfermo (37.5%), un familiar (12.5%). Un 26.5 por ciento de las enfermeras piensa que los enfermos tienen derecho a decidir sobre su propia muerte, mientras que apenas un 2 por ciento piensa que el personal médico tiene derecho a decidir sobre la muerte de un paciente y favorecen que el 0.5 por ciento tenga derecho sobre esta decisión.

El 58.5 por ciento de las enfermeras se mostró a favor del control del dolor de los pacientes y un 43 por ciento cree positivo que se pueden aliviar los síntomas, reduciendo así la necesidad del paciente de tomar medidas drásticas como la solicitud de la eutanasia. Finalmente, un 2 por ciento de las enfermeras opinó que frente a un paciente con enfermedad terminal recomendaría la práctica de la eutanasia.

Figura 2. Distribución de las enfermeras entrevistadas según estuvieran de acuerdo o no con la práctica de la eutanasia en enfermos terminales. Seis hospitales de Santo Domingo, 2006.

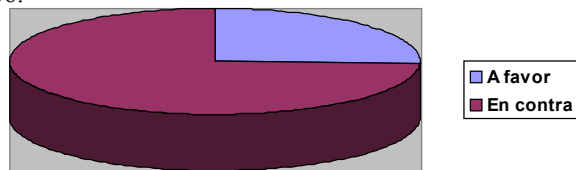


**Médicos**

De 148 médicos, 38 (10.1%) (Figura 3) opinó a favor de la práctica de la eutanasia. Las razones dadas por las que se mostraron contrario se presentan en el Cuadro 2. El 33.7 por ciento opinó «Porque solo Dios tiene el derecho a terminar con la vida del enfermo». Y apenas un 2.2 por ciento dijo que había recibido solicitud para la práctica de la eutanasia. Cuando se indagó acerca de quién lo solicitó, las respuestas fueron: El propio enfermo (4%), un familiar (4%). Un 82 por ciento de los médicos piensa que los enfermos tienen derecho a decidir sobre su propia muerte, mientras que apenas un 0.5 por ciento piensa que el personal médico tiene derecho a decidir sobre la muerte de un paciente y favorecen que el 2 por ciento tenga derecho sobre esta decisión.

El 38 por ciento de los médicos se mostró a favor del control del dolor de los pacientes y un 8 por ciento cree positivo que se pueden aliviar los síntomas, reduciendo así la necesidad del paciente de tomar medidas drásticas como la solicitud de la eutanasia. Finalmente, un 2 por ciento de los médicos opinó que frente a un paciente con enfermedad terminal recomendaría la práctica de la eutanasia.

Figura 3. Distribución de los médicos entrevistados según si estuvieron de acuerdo o no con la práctica de la eutanasia en enfermos terminales. Seis hospitales de Santo Domingo, 2006.



**Opiniones de médicos y enfermeras**

Del un total de 374 entrevistados, 64 (17.1%) se mostró a favor de la práctica de la eutanasia.

**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.

Cuadro III. Opiniones de Médicos y Enfermeras de seis hospitales de Santo Domingo acerca de la práctica de la Eutanasia en enfermos terminales. 2006.

Opinión	Total (%)	Médicos (%)	Enfermeras (%)
Favorece la práctica de la eutanasia	374 (100.0)	148 (39.6)	226 (60.4)
Sí	64 (17.1)	38 (10.1)	26 (7.0)
No	310 (82.9)	110 (29.4)	200 (53.4)
En caso negativo:			
Por ser inmortal	10 (3)	7 (2.2)	3 (0.9)
Porque solo Dios puede	303 (94)	110 (33.7)	193 (59.5)
Ninguna respuesta	7 (2)	5 (1.5)	2 (0.6)
Otra	5 (1)	2 (0.6)	3 (0.9)
Ha practicado la eutanasia			
Sí	0 (0)	0 (0)	0(0)
No	374 (100)	148 (39.6)	226 (60.4)
Le han solicitado practicarla			
Sí	16 (4.3)	8 (2.2)	8 (2.2)
No	358 (95.5)	140 (37.4)	218 (58.2)
En caso positivo:			
Algún familiar	6 (38)	4 (25)	2 (12.5)
Enfermo	10 (62)	4 (25)	6 (37.5)
Ninguna respuesta			
Decisión sobre practicar la eutanasia			
Enfermo	147 (40)	67 (18)	80 (21)
Médico	7 (1)	5 (2)	2 (1)
Algún familiar	36 (9)	15 (4)	21(5)
Ninguna respuesta	184 (50)	61 (16)	123 (33)
Derecho paciente sobre decisión de su muerte			
Sí	181(48.4)	82 (21.9)	99 (26.5)
No	193 (51.5)	66 (17.7)	127(33.9)
Tiene el médico derecho a decidir			
Sí	4 (1.1)	2 (0.5)	2 (0.5)
No	370 (98.9)	146 (39.1)	224(59.9)
Tiene la familia derecho a decidir			
Sí	34 (9.1)	22 (5.9)	12 (3.2)
No	340 (90.9)	126 (33.7)	214 (57.2)
Derecho del paciente rechazar vida artificial			
Sí	258 (69.0)	115 (30.7)	143 (38.2)
No	116 (31)	33 (8.8)	83 (22.2)

Control del dolor			
Sí	361(96.5)	142(38)	219 (58.5)
No	13 (3.5)	6 (1.6)	7 (1.9)
En caso positivo se puede aliviar el dolor			
Sí	280 (75)	119 (32)	161 (43)
No	94 (25)	29 (8)	65 (17)
Conducta ante un paciente terminal			
Practicar la eutanasia	15 (15)	8 (2)	7 (2)
No hacer nada	9 (2)	5 (1)	4 (1)
Tratar la depresión	141(25)	51 (9)	90 (16)
Prologar la vida	293 (54)	113 (21)	180 (33)
Reanimación CP	88 (16)	34 (6)	54 (9)

## DISCUSIÓN

La presente investigación ha permitido conocer las opiniones que tienen médicos y enfermeras que laboran en seis diferentes hospitales de Santo Domingo, acerca de la eutanasia. Un 17.1 por ciento de estos profesionales se mostró partidario de la práctica de la eutanasia. La proporción de médicos que se mostraron a favor de la eutanasia superó en 3.1 por ciento a la de las enfermeras. Un estudio realizado en el 2004 entre enfermeras de Santo Domingo, reporta una proporción de 21.3 por ciento que se mostró a favor de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales, tres veces superior a la frecuencia hallada en la presente investigación; de igual modo, en el año 2003 se reportó un 19.9 por ciento de médicos que opinaron a favor de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales, por lo tanto en los médicos las opiniones favorables acerca de la práctica de la eutanasia en enfermos terminales disminuyó el doble. A pesar del esfuerzo realizado no se encontró otra documentación nacional que pudiera servir de comparación con los presentes resultados. Aunque todo parece indicar que la eutanasia, entre los médicos y las enfermeras dominicanos, no es muy popular, sobre todo, si observamos las opiniones de otros países.

Una encuesta conducida por *Newpoll* en julio de 1995 encontró que el 81 por ciento de los adultos australianos apoyan voluntariamente la eutanasia. Esta encuesta presenta un aumento frente al resultado de otra encuesta llevada a cabo en julio de 1994 donde se apoyaba con un 79 por ciento. Una votación por el *Roy, Morgan* el Centro de investigación en junio de 1995 mostró resultados similares: 78 por ciento a favor. Este presenta un aumento desde 66 por ciento en 1986. Una votación separada mostró que el 60 por ciento de los médicos y el 78 por ciento de las enfermeras en Victoria favorecieron la eutanasia. Una votación adicional se tomó entre 6 500 congregaciones cristianas, representando 19 denominaciones. Ellos encontraron que 40 por ciento se mostró de acuerdo con el suicidio asistido para enfermos terminales, 30 por ciento se opuso, 30 por ciento no sabe, no responde. Entre creyentes más viejos el apoyo era más alto 50 por ciento de los sesenta para delante.<sup>11</sup>

Por otra parte, cuando se analizó la información obtenida según el sexo de los profesionales, hubo una diferencia significativa ( $p < 0.01$ ) a favor de los hombres entre los médicos, no fue posible hacer este análisis entre las enfermeras porque la mayoría era del sexo femenino y no admitía comparación.

La religión, parece tener una influencia importante en las opiniones favorables de los médicos y de las enfermeras acerca de la eutanasia. Los que confesaron ser «ateos o de ninguna religión» favorecieron la práctica de la eutanasia, mientras que entre los católicos apenas un 4.3 por ciento estuvo de acuerdo con su práctica, los pertenecientes a otras religiones en su totalidad condenaron dicha práctica. En general estos resultados también fueron inferiores al 40 por ciento ya reportado en Australia entre cristianos. Otro factor que parece influir en las opiniones favorables a la práctica de la eutanasia es el estado civil. Estas opiniones fueron significativamente

(<0.001) más importantes en los solteros y divorciados que en los casados. En cambio llama la atención, que todos los viudos se mostraron en desacuerdo con la práctica de la eutanasia.

Cuando las opiniones fueron tratadas estadísticamente para averiguar si la categoría de los médicos tenía alguna influencia sobre la práctica de la eutanasia se encontró que los médicos que aún no han realizado una especialidad o que la están haciendo favorecen la eutanasia más significativamente ( $p < 0.01$ ) que aquellos que ya son especialistas. De igual manera ocurrió con los médicos egresados de la universidad estatal, donde proporcionalmente hubo opinión favorable para la práctica de la eutanasia que en las instituciones de educación superior privadas. Estos mismos hallazgos se destacan cuando se analizó la información relativa a las enfermeras. Por último, las opiniones que favorecen la práctica de la eutanasia fue significativamente ( $p < 0.001$ ) más importante entre médicos y enfermeras que laboran en el sector público cuando se le compara con el sector privado.

El criterio que prevalece entre médicos y enfermeras acerca del derecho que tiene el enfermo a decidir su muerte está dividido. Cerca de la mitad favorece este criterio, sin embargo, 51.5 por ciento no lo acepta y la proporción entre médicos y enfermeras es similar. Sin embargo, la mayoría (98.9%), de médicos y enfermeras piensa, no tener derecho a decidir acerca de la práctica de la eutanasia de sus pacientes. Tanto los médicos como las enfermeras, se muestran a favor en apenas 9,1 por ciento, del posible derecho que tienen los familiares a decidir acerca de la práctica de la eutanasia de un enfermo terminal. Desde el año de 1976 se inició en el mundo el debate sobre la legalización de la eutanasia, apoyada por organizaciones como «*Exit*». Exigiendo la despenalización de ella; incluso se promulgó la llamada «Declaración de Tokio», con las siguientes tesis finales:

1. Cada persona (se supone mentalmente competente) debe decidir por sí misma sobre su vida y su muerte.
2. El testamento de vida, sus cláusulas y especificaciones deben reconocerse como Derechos Humanos.
3. Estos testamentos deben tener validez y poder legal.

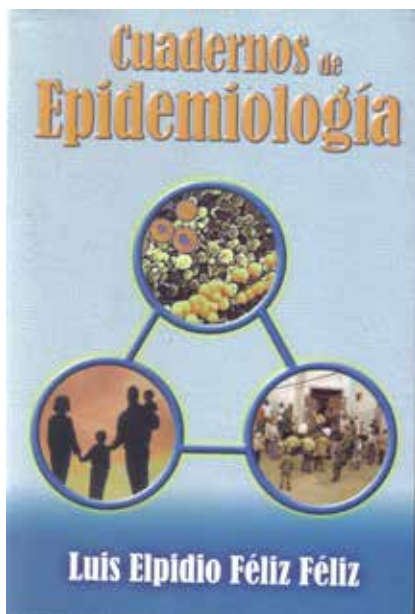
El día 28 de noviembre del año 2000, la Cámara Baja del Parlamento de Holanda aprobó la legalización de la eutanasia con 140 votos a favor y 40 en contra; luego aprobada por el senado. Esto permite a los médicos decidir sobre la suerte de los enfermos. En el informe Reuters; DPA y ANSA se agrega que en 1999 los médicos holandeses «ayudaron a bien morir a 2 216 pacientes (90 % con cáncer terminal). En Australia aprobaron la legalización de la eutanasia desde 1996. Francia lo está considerando. En Bélgica, existía un intenso debate, resuelto en mayo del 2002 a favor de la despenalización, pero siguiente diferentes trámites o procedimientos legales para caso de enfermos terminales o con padecimientos incurables. Como puede verse el derecho a decidir acerca de la muerte de otro está muy limitado. En el caso nuestro pensamos que siendo la vida lo más preciado, el acontecimiento de la muerte no debe recaer en nadie, y deberá dejarse a la evolución natural de los acontecimientos

## REFERENCIAS

1. Padre Paul Marx, O.S.B., *And Now...Euthanasia*, 2ª ed, Washington, D.C. (EUA) Human Life International, 1985: 7.
2. Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997): Sinopsis de Psiquiatría. Baltimore, Maryland, William Wilkins; Argentina, Editorial Panamericana.
3. Suárez-Richards M. Introducción a la psiquiatría, No. de edición, Argentina: Editorial Salerno, 1995:
4. Garduño-Espinosa A. Eutanasia ¿Utopía, barbarie o aporía? Rev Mex Ped 2001; 68(1): 2-4.
5. Vélez-Correa L A. *Ética médica: Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. 2ª. Ed, Editora Corporación para investigaciones científicas, Medellín (Colombia). 1996: 219-34.
6. Costa, V A. *Eutanasia: ¿Existe un derecho a morir?* La Prensa de Argentina. Buenos Aires (Argentina).
7. Castañeda, A. J. Suicidio Asistido. Aprueba El Suicidio Asistido Tribunal De Apelaciones De EE.UU. Vida Humana Internacional, Sección Hispana De Human Life Internacional.
8. Condición Legal Actual De La Eutanasia
9. Castañeda A. J. Los «Testamentos en vida» Vida Humana Internacional.
10. Willke J.C. Eutanasia: ¡Cuando el médico mata al paciente!
11. Vega-Gutiérrez J. Martínez-Baza P. Eutanasia y Deontología XVII Congreso Internacional de la Academia de Medicina Legal en España en 1988. Madrid (España). 1998.
12. *La Eutanasia, 100 Cuestiones y Respuestas sobre la Defensa de la Vida Humana y la Actitud de los Católicos*. Conferencia Episcopal Española, Fundación Cultura de la Vida Humana, Vida Humana Internacional Bogotá (Colombia).
13. L' Osservatore Romano, *Dignidad del moribundo. Eutanasia y suicidio asistido* Priests for Life. Se consigue en: <http://www.priestsforlife.org/> 5-3-99: 7.
14. Discurso del Santo Padre a los participantes de la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida. *Dignidad del moribundo. Eutanasia y suicidio asistido*, 27-2-99.
15. Clowes B. Instituto de Capacitación para la Vida y la Familia de Human Life Internacional. . Alocución del Papa Pío XII al Congreso de la Unión Internacional de Ligas de Mujeres Católicas, *¿Tiene sentido el sufrimiento human?* Roma (Italia) 11 de septiembre de 1947. 2. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. *Declaración sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980. Sección III, «El cristiano ante el sufrimiento y el uso de los analgésicos».
16. Human Life International. Declaración sobre la Eutanasia. Por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. 1998. Vida
17. Castañeda, A. J. Aclaraciones importantes. Vida Humana Internacional.
18. Preguntas éticas levantadas por la discusión sobre la eutanasia.
19. Castañeda A. J. Cómo refutar los argumentos a favor de la eutanasia y el suicidio asistido. *El Tiempo*. Colombia. Se consigue en: web Euthanasia and assisted suicide.
20. Félix A J. Manual de Ética Profesional Santo Domingo, Colección Estudio; 1990.
21. Mella-Mejías C. Ética Médica, Santo Domingo (Rep. Dom): Editora alfa y Omega; 1990.
22. Domínguez M. J. Derecho Civil Parte General, Editorial México; 1990.
23. Monje F. Eutanasia Sentido de la Vida, del Dolor y la Muerte, Madrid (España): Editorial Palabras; 1989.
24. Pichardo Alejandro. Responsabilidad Civil y Penal del Médico, 2ª ed; Santo Domingo (Rep. Dom.): Editora Trajano Potentini; 2003.
25. Pichardo Alejandro. Eutanasia Visión Ético-Jurídico. Santo Domingo (Rep. Dom), Editora jurídicas trajano potentini, 2002.
26. Borda G. Manual del Derecho Civil Parte General, Argentina (Buenos Aire): Editorial Perrot; 1993.
27. Bouza L A. El Homicidio Por Piedad y el Nuevo Código Penal, (Montevideo): editorial Moderna Lane y Cia; 1985.
28. Castillo V A. Ética Médica ante el Enfermo Grave, Editorial Jims; S.A. 1986.
29. Félix V. Colectivo de Autores Bioética desde una Perspectiva Cubana, Editora La Habana Cuba; 1997.
30. Cuello C E. Tres Temas Penales, Barcelona (España): Editorial Bosch; 1974.
31. Pichardo Alejandro. Bioética. Santo Domingo (Rep. Dom) Editora A. Muñoz y CIA, 2002: 289.
32. Mañón A. MI De Js. Historia Social de la Medicina, Santo Domingo (Rep. Dom): Editora Universitaria; 1969.
33. Fíblas C. Debate Sobre La Eutanasia, 1ª ed; Editorial Planeta; 2000.
34. Silverio U. El Problema de la Eleccion Moral, 1ª ed; Editora Dialogo; 1999: 106-119.
35. Jiménez De Asúa Luís. Libertad de Amor y Derecho a Morir. Ensayo de un Criminalista sobre Eugenesia y Eutanasia, 7ma ed., Buenos Aires (Argentina) Editora depalma, 1984: 438.
36. Seminario. Problemas de la Eutanasia, Madrid (España) Editora Universidad Castlos III de Madrid, 1999: 233.
37. ADUENDA. Sentencia de la Corte Constitucional sobre la Eutanasia, Santa Fe (Bogota) Editora Temis, 1997: 48.
38. Lozada Alemán. Esabel Yeni. El Aborto, la Eutanasia y la Pena de Muerte. Ética social, santo domingo (Rep. Dom), 2001: 45.
39. Pérez Valera. La Eutanasia. Piedad o Delito, México, Editora Jus, 1989: 310.
40. Beristain Antonio. Eutanasia. Dignidad y Muerte.

- Y otros trabajos, Buenos Aires (Argentina), Editora Depalma, 1991: 168.
41. Salvador- A, Antisemitismo y Eutanasia; Rev Invierno 2005; (39): 615-616.
  42. Beato, Que Se Oposo al programa de Eutanasia Nazi Humanistas; Rev Verano 2005; (37): 150-151.
  43. Mar Adentro una Sentimental Apología de la Eutanasia. Humanistas; Rev Verano 2005; (37): 192-193.
  44. La Bioética en la Encrucijada. Sexualidad, Aborto, Eutanasia; Rev Sscripta Theologica 2004; (36): 346-346.
  45. En Busca de la Solución en Conflictos en torno a la Eutanasia en Cuba; Rev spanish Santiago 1998; 53-59.
  46. ¿Debe una Sociedad Liberal Penalizar la Eutanasia?; Rev de derecho 2000; (1): 137-152.
  47. La Eutanasia Medicina Universitaria; 2000, (3): 313-319.
  48. Gispert Cruellls J. Conceptos de Bioética y Responsabilidades Médicas; Editorial Manual Moderno, S. A. México, D. F. 2005, 171-188.
  49. Redondo Álvaro, Diccionarios de Términos Médicos; Editorial Eduprogreso, S. A. España, Madrid.1998.
  50. Linares, Ivanhoe; Maaerlen, Mingkingueis; Reyes Azmin, Amaury. Opiniones de Enfermeras de Santo Domingo, acerca de la Práctica de la Eutanasia en enfermos Terminales". Tesis de Grado para optar por el título de Doctor en Medicina. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Rep. Dom., 2004.
  51. <http://es.Wikipedia.org/wiki/eutanasia>
  52. <http://www.monografias.com/trabajos7/eutan/eutan.shtm>
  53. <http://es.catholic.net/hispamoscatalicosenestadoninidos/584/1469>
  54. <http://www.definicion.org/eutanasia>.

## 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.

## COMPORTAMIENTO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE EN NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DR. LUÍS EDUARDO AYBAR.

\* Raynelda Martínez R. \* Vanyelin Reyes A. \* María De Jesús Pepin.  
\* Raynelda Martínez R. \* Vanyelin Reyes A. \* María De Jesús Pepin.  
\* Idairis Matos A. \* Juana Daniela Rijo N. \*\* Lic. Miguel Catalino.

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de recolección retrospectiva de datos. Se revisaron 92 expedientes de pacientes menores de 16 años con diagnósticos de probable dengue, dengue clásico, dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue en el Hospital "Dr. Luís Eduardo Aybar" Junio – Diciembre 2006.

En cuanto al comportamiento que tuvo el dengue en función de los casos, se encontró un 22.8 % de dengue clásico, un 71.7 % de dengue hemorrágicos y 5.4 % con síndrome de choque por dengue. En cuanto al manejo clínico se pudo apreciar el apego del personal de salud a las Normas de (SESPAS), salvo 5 casos digitalizados por presentar choque por dengue, no encontrándose estas recomendaciones en las normas. El grupo etario más afectado fue de 8-11 años para ambos sexos para 45.7 %. El sexo más afectado fue el masculino con 60.8 %. En las manifestaciones clínicas se reportó la fiebre en el 100% de los casos, y cefalea en 84.8%.

Concluimos que: La preferencia de este centro hospitalario de ingresar a pacientes que estén cursando con dengue hemorrágico y seguir el dengue clásico y probable dengue de manera ambulatoria. Todos los pacientes con dengue clásico y hemorrágico fueron manejados de acuerdo a lo establecido por (SESPAS). Salvo en 5 casos que presentaron choque por dengue siendo necesario digitalizarlos.

**Palabra clave:** Comportamiento, Manejo clínico, Dengue, Niños.

### ABSTRACT

In this investigation a descriptive study of transversals cut and smaller patients of 16 years with diagnoses of probably dengue was made, dengue classic, dengue hemorrhagic and shock by dengue in the Hospital "Dr. Luís Eduardo Aybar" June – December 2006.

As far as the behavior that had dengue based on the cases, one was a 22.8% classic of dengue, a 71.7% hemorrhagics of dengue and 5.4 % with syndrome of shock by dengue. As far

\* Médico general

\*\* Asesor

Universidad Autónoma de Santo Domingo; Santo Domingo, República Dominicana.

as the clinical handling the attachment of the personnel of health to the norms of (SESPAS), except for 5 digitized cases presenting/displaying shock by dengue could be appreciated, not being these recommendations in the norms. The etario group more affected was of 8-11 years for both sexes for 45.7 %. Sex more affected was the masculine one with 60.8 %. In the clinical manifestations one reported the fever in the 100% of the cases, and migraine in 84.8%.

We concluded that: The preference of this hospitable center to enter patients who are attending with dengue hemorrhagic and to follow dengue classic and probable dengue of ambulatory way. All the patients with dengue classic and hemorrhagic were handled according to the established thing by (SESPAS). Safe in 5 cases that presented shock by dengue being necessary to digitize them.

**Key word:** Behavior, Clinical handling, Dengue, Children.

### INTRODUCCIÓN

El Dengue puede ser causado por uno de los cuatro serotipos de virus antigénicamente distintos (DEN-1, DEN-2, DEN-3, y DEN-4); todos pertenecientes al género *Flavivirus*. La infección por uno de estos serotipos proporciona inmunidad solamente a esa variante de virus; así que las personas residentes en un área endémica pueden presentar más de una infección durante el curso de su vida<sup>1-5</sup>

El dengue es una enfermedad infecciosa transmitida por artrópodos (mosquito *Aedes Aegyptis*), con mayor incidencia en climas tropicales y subtropicales, en las cuales suelen hacerse de forma cíclica; brotes y epidemias por lo que provoca hospitalización, deserción temporal escolar y laboral, pero en el peor de los casos provoca la muerte.<sup>2,3,14</sup>

En el caso del Hospital "Dr. Luís Eduardo Aybar" es un hospital de IV nivel situado en la parte alta de la capital, el cual, años tras años ha manejado una considerable cantidad de dengue en niños en su unidad de pediatría.

El propósito del presente estudio es de aportar información actualizada sobre el comportamiento y manejo clínico del Dengue Clásico, Hemorrágico y Síndrome de choque por dengue, en este caso, las experiencias del personal médico de la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar de

Santo Domingo, República Dominicana en el periodo Junio-Diciembre del 2006.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de recolección retrospectiva de datos, con el propósito de determinar el comportamiento y manejo clínico del dengue en los pacientes ingresados en la unidad de pediatría del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, Junio – Diciembre 2006.

El estudio tuvo como escenario la unidad de pediatría del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar localizado en el sector María Auxiliadora, ubicado en la calle Federico Velásquez N° 1, Santo Domingo, República Dominicana.

La población de pacientes ingresados por dengue fue de 196 casos durante el año 2006, obteniendo una muestra de 92 niños con diagnóstico de dengue clásico y/o dengue hemorrágico en el periodo junio – Diciembre 2006.

El criterio de inclusión de esta investigación estuvo representado por:

- Niños de 0-15 años.
- Masculino y femenino.
- Historia clínica completa.
- Diagnóstico definitivo de dengue.

Para la recolección de datos se empleó un formulario elaborado por las sustentantes en donde se registraron los datos relacionados con las variables.

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamiento, mediante el uso de programa de computadora Excel (distribución, frecuencia simple y porcentaje).

**RESULTADOS**

Durante el periodo comprendido junio – Diciembre 2006 se obtuvo 92 pacientes diagnosticados con dengue, de estos el mayor ingreso lo representó el dengue hemorrágico con 66 casos (71.7%).

**CUADRO 1. RELACIÓN DEL COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LOS NIÑOS INGRESADOS CON DENGUE SEGÚN EDAD Y SEXO UNIDAD DE PEDIATRÍA HOSPITAL DR. LUIS EDUARDO AYBAR JUNIO-DICIEMBRE 2006**

FORMAS CLÍNICAS	TOTAL	EDAD/SEXO															
		Masculino								Femenino							
		0-3 Años		4-7 Años		8-11 Años		12-15 Años		0-3 Años		4-7 Años		8-11 Años		12-15 Años	
		Fr.	(%)	Fr.	(%)	Fr.	(%)	Fr.	(%)	Fr.	(%)	Fr.	(%)	Fr.	(%)	Fr.	(%)
Dengue Clásico	21	3	14.3	6	28.6	4	19.0	3	14.3	0	0.0	1	4.8	2	9.5	2	9.5
Dengue Hemorrágico	66	1	1.5	14	21.2	17	25.8	6	9.1	2	3.0	6	9.1	16	24.2	4	6.1
Choque por Dengue	5	1	20.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>5</b>	<b>5.4</b>	<b>20</b>	<b>21.7</b>	<b>22</b>	<b>23.9</b>	<b>9</b>	<b>9.8</b>	<b>2</b>	<b>2.2</b>	<b>7</b>	<b>7.6</b>	<b>20</b>	<b>21.7</b>	<b>7</b>	<b>7.6</b>

Fuente: Formulario de Recolección de Datos aplicado a los records de los Archivos de la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, Junio-Diciembre 2006.

**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.*



Se puede apreciar en una panorámica global la relación que existe entre las diferentes edades y el sexo con el comportamiento clínico. El grupo etario más afectado fue de 8–11 años para ambos sexos con 42 casos (45.7%). En cuanto al sexo se encontró que el masculino predominó en 56 casos para el 60.8% con relación a 36 casos (39.1%) femeninos. (Cuadro 1).

**CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS INGRESADOS CON DENGUE SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS UNIDAD DE PEDIATRÍA HOSPITAL DR. LUÍS EDUARDO AYBAR JUNIO-DICIEMBRE 2006**

Signos/Síntomas	frecuencia	(%)
Fiebre	92	100
Dolor retroocular	31	33.7
Diarrea	10	10.9
Náuseas y vómitos	65	70.7
Dolor Abdominal	63	68.5
Pérdida de peso	2	2.2
Mialgia	26	28.3
Cefalea	78	84.8
Petequias	28	33.5
Artralgia	22	23.9
Erupciones	1	1.1
Gingivorragia	1	1.1
Otros	1	1.1

Fuente: Formulario de Recolección de Datos aplicado a los records de los Archivos de la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, Junio-Diciembre 2006.

El síntoma de fiebre se presentó en el 100% de los casos, se reportó cefalea en 78 casos (84.8%), seguido de náuseas y vómitos en 70.7%. (Cuadro 2).

**CUADRO 3. RELACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INGRESOS DE LOS NIÑOS INGRESADOS CON DENGUE Y LOS RESULTADOS DE LOS MISMOS EXPRESADOS EN PORCENTAJES, UNIDAD DE PEDIATRÍA HOSPITAL DR. LUÍS EDUARDO AYBAR JUNIO-DICIEMBRE 2006**

Criterios de ingresos	Frecuencia	(%)
Plaqueta por debajo de 100,000/mm <sup>3</sup>	73	79.3
Deshidratación moderada	75	81.5
Hemoconcentración	58	63.0
Malestar general	49	53.3
Presión arterial media por debajo de la mínima para la edad.	3	3.3

Fuente: Formulario de Recolección de Datos aplicado a los records de los Archivos de la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, Junio-Diciembre 2006.

El criterio de ingreso más frecuente fue la deshidratación moderada la cual estuvo presente en 75 de los casos (81.5%), seguido de las plaquetas por debajo de 100,000/mm<sup>3</sup> reportándose en 73 casos (79.3%). (Cuadro 3).

En el manejo médico de estos niños no se encontró ninguna eventualidad mayor, solo 5 de ellos presentó choque por dengue por lo que se digitalizaron, encontrándose 3 de ellos en las edades comprendidas de 8–11 años (60.0%). A los 87 niños restantes se les realizó el esquema establecido para el manejo clínico del dengue.

Apreciamos que al 100% de los pacientes se les administró Lactato en Ringer e hidratación oral, seguido de acetaminofen, toma de la presión arterial media cada dos horas, así como hemogramas cada 24 horas.

## DISCUSIÓN

A pesar de que se encuentra mucho material bibliográfico sobre el dengue, este es considerado un problema de salud pública, por esto se elaboró una guía clínica para el manejo haciendo énfasis en la terapia.

Este estudio comprendió un período de 6 meses (Junio–Diciembre 2006) con una muestra de pacientes que estuvieron ingresados en la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar encontramos que el mayor ingreso lo representó el Dengue Hemorrágico con 66 casos (71.7%), el hecho de que la mayoría de los casos eran hemorrágicos, esto pudo estar significando una política de preferir el ingreso en dicho centro para los casos de dengue hemorrágico y seguir dengue clásico ambulatoriamente.

En cuanto al sexo los estudios consultados que analizaron esta variable, tuvieron resultados diferentes, a saber en el de Anabelle Alfaro y el estudio del Hospital Robert Reid Cabral del 2000–2002<sup>16-18</sup>. Donde se reportó que el sexo femenino fue más frecuente, mientras que en el presente estudio se encontró que fue el sexo masculino que predominó en un 60.8%. En lo referente a la edad también tiene un comportamiento similar en los dos estudios anteriormente mencionados; la edad más frecuente fue de 0–5 años en cambio en este estudio reveló que el grupo etario más afectado fue de 8–11 años para ambos sexos con un 45.7%.

Según estudios realizados por la Dra. Anabelle Alfaro, el dolor abdominal y el dolor retroocular se consideran como predictores independientes del dengue hemorrágico, pero en el caso nuestro el 71.7% de los niños presentó dengue hemorrágico y la cefalea superó los casos que presentaron el dolor retroocular, por lo que pensamos que estos síntomas son muy difíciles de detectar por los pediatras en los lactantes y niños en esta edad, debido a que la sintomatología no es clara.<sup>16-18</sup>

Podemos destacar que a ninguno de los pacientes se les administraron transfusiones sanguíneas y/o paquete globular. En cuanto a los estudios sonográficos estos se realizaron en 74 casos alcanzando un 68.08%. Resulta importante señalar que a 62 pacientes con dengue hemorrágico se les realizó este estudio. Encontrándose entre las edades de 8–11 años para ambos sexos, con un 56.8%.

De los 92 casos bajo estudio a 34 se les realizó radiografía registrándose 26 casos en las edades comprendida entre 8–11 años en ambos sexos, siendo 31 de ellos casos de dengue

hemorrágico y Síndrome de choque por dengue.

#### RECOMENDACIONES.

- Asegurar que se unifiquen y se cumpla un protocolo de atención nacional para el manejo de los casos diagnosticados de dengue, sin olvidarse de considerar las características correspondientes en cada caso.
- Mejorar el sistema de vigilancia de la enfermedad con la finalidad de que todos los casos sean notificados a la institución correspondiente.
- A la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) fortalecer las campañas de concientización de dengue, los programas de información y educación a la población sobre prevención, identificación de casos sospechosos de Dengue promoviendo la participación comunitaria e integrando los medios de comunicación social en vista de que esta enfermedad tiene un comportamiento endémico en la República Dominicana con la aparición de casos durante todo el año.
- Adecuar salas especiales para el ingreso de pacientes con dengue y cualquiera de sus manifestaciones, evitando así el congestionamiento de las emergencias y salas de los centros hospitalarios.

#### REFERENCIAS

1. Kasper, Dennis... [et al.]. Harrison. "Principios de Medicina Interna". 16 Ed. México, D. F. McGraw Hill Interamericana. 2006; 1292p. 1 V.
2. Parks, Will; Lloyd, Linda. "Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso". Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2004.
3. Arias, Juan. "El dengue: ¿cómo vamos?" [en línea]. Organización Panamericana de Salud. 2002. <<http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&CD=DENGU>> [10 enero 2007].
4. Berhman, Richard... [et al.]. "Nelson Tratado de Pediatría". 16 ed. España. MacGraw Hill. 2001. 1 V. 1102 – 1105.
5. Velez, Hernán... [et al.]. "Enfermedades Infecciosas de Fundamentos de Medicina". 6 ed. Medellín, Colombia. 2002.
6. Organización Panamericana de la Salud. "Estrategia de gestión integrada de prevención y control del dengue en Centroamérica y República Dominicana". Washington; Organización Panamericana de la Salud; 2004.
7. República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. "Cómo implementar localmente la nueva estrategia integral de prevención del dengue: Guía para los equipos de salud". Santo Domingo; Secretaría de Estado de Estado de Salud Pública y Asistencia Social: Editora Corripio; 2006. 9 – 24 p.
8. Gates, Robert. "Secretos de la Infectología". 2 ed. México. McGraw Hill Interamericana. 2001; 28, 351p.
9. Academia Nacional de Ciencias. "El dengue". San José; Academia Nacional de Ciencias; 2001.
10. República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. "Dengue y dengue hemorrágico: diagnóstico y tratamiento". Santo Domingo; Secretaría de Estado de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2006.
11. Rodríguez, Morella; Marzal, Miguel. "Dengue: una revisión" [en línea]. Curso latinoamericano sobre enfermedades infecciosas. Octubre a noviembre 2004. <[http://www.biolac.unu.edu/PDF/BioM\\_Dengue.pdf](http://www.biolac.unu.edu/PDF/BioM_Dengue.pdf)> [12 enero 2007].
12. Terrero, Clemente. "Dengue Guía práctica para su diagnóstico y manejo". Editora universitaria. Año 2000.
13. San Martín, José Luís; Prado, Mónica. "Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas". Organización Panamericana de la Salud. Vol. 15. No. 2. 2004.
14. Martínez Torres, Eric. "La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de la salud". Organización Panamericana de la Salud. Vol. 20. No.1. Julio 2006.
15. Guzmán, María G; García, Gissel y Kouri, Gustavo. "El dengue y el dengue hemorrágico: prioridades de investigación". Organización Panamericana de la Salud. Vol. 19. No. 3. Marzo 2006.
16. Alfaro, Anabelle; Guardia, Mónica; Wong, Roly; Angulo, Dinia; Wong, Jenny; y Pérez, María Teresa. "Caracterización Clínica del Dengue Hemorrágico en niños". Hospital Dr. Enrique Baltodano de Libera, Costa Rica 2003.
17. Pierre, Dejenane; Del León De Los Santos, Yanet María; Valenzuela, Manuel. "Comportamiento e incidencia del Dengue en pacientes atendidos en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, Septiembre 2002 – Septiembre 2003". Santo Domingo, República Dominicana. Año 2003.
18. Rodríguez Rivas, Yullys; Payano Del Rosario, Carmen Luisa; Brito Nuñez, Verónica María; Saint Hilaire Azulphar, Jean Deni. "Comportamiento del Dengue en niños de 0 – 15 años de edad en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el período Enero 2000 – Diciembre 2002". Santo Domingo, República Dominicana.
19. República Dominicana. Dirección General de Epidemiología. Resumen Ejecutivo correspondiente al mes de noviembre de 2006.
20. República Dominicana. Dirección General de Epidemiología. "Informe de eventos en alerta epidemiológica: Dengue. 25 de noviembre de 2006".

## INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS EN EL SUB CENTRO DE LAS CAOBAS

\*Keyla Mesa, \*Josefina Méndez Martínez, \*Yleana F. García Reyes;  
 \*Dinorah Cuello Alvarado, \*Wendy G. Dipré Acevedo, \*Amancia Vásquez Vásquez.

### RESUMEN

Con el propósito de determinar cuáles son las enfermedades más comunes en la población de 0 a 14 años atendidos en el sub centro de las Caobas, se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el cual se examinaron los formularios Epi correspondientes de dicho centro en el periodo Octubre-Diciembre del 2007, en donde se encontró que la población total atendida fue de 3331 pacientes de los cuales 3123 estaban enfermos. En esos pacientes enfermos detectados se registro a la Infección Respiratoria Aguda como más común con un 59.49 por ciento. El grupo etareo más afectado fue de 1 a 4 años de edad con un 46.18 por ciento, siendo la IRA la enfermedad más común en este grupo con 966 casos.

**Palabras claves:** Incidencia, enfermedades, niños.

### ABSTRAC

In order to determine which are the most common diseases in the population of 0 to 14 years treated at the center of the Caobas, was conducted a descriptive study, cross-sectional and retrospective in which examined the relevant forms Epi said center the period October-December 2007, which found that the total population served was 3,331 patients, of whom 3,123 were ill. These sick patients detected register Acute Respiratory Infection more common with a 59.49 percent. Age group most affected was between 1 and 4 years of age with a 46.18 percent, the ARI remains the most common disease in this group with 966 cases.

**Key word:** Incidence, disease, children.

### INTRODUCCION

Si bien es cierto que la una población vulnerable a las enfermedades lo es la infantil, aun mas en países sub desarrollados donde la falta de servicios en salud de calidad y los factores socioeconómicos interfieren en la lucha para disminuir estos índices de enfermedad existentes. En el mundo cada año mueren alrededor de doce millones de niños antes de cumplir los cinco años de edad. Más de un 70% de estas muertes, que en su mayoría ocurren en países

en desarrollo, se deben a enfermedades agudas de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión desnutrición, y con frecuencia a una combinación de varias. (1) La estrategia Atención Integral de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que se viene implementando desde 1996 en muchos países, elaborada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, se ha constituido en una excelente alternativa para disminuir la mortalidad y morbilidad de los niños menores de cinco años. (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, han unido sus esfuerzos para apoyar la implementación de la estrategia en los diferentes países de la Región de las Américas. (1) Cabe entonces analizar la importancia de AIEPI a la vista de la situación de salud de la niñez que presentó el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002:

Aproximadamente 1,7 millones de defunciones al año son atribuibles al agua insalubre y a las condiciones deficientes de saneamiento e higiene, principalmente por la diarrea infecciosa resultante. Nueve de cada diez muertes son de niños, y casi todas las muertes se producen en los países en desarrollo. (1)

La carencia de hierro es una de las deficiencias nutricionales más prevalentes en el mundo, pues afecta a 2000 millones de personas, según estimaciones, y se cobra la vida de casi un millón cada año. Los niños pequeños y sus madres son los más frecuente y gravemente afectados, debido al gran aporte de hierro que se necesita durante el crecimiento infantil y el embarazo. Según el Estado Mundial de la Infancia 2003, de UNICEF: Diez millones ochocientos tres mil niños menores de cinco años murieron en el mundo durante el año 2001. Los doscientos treinta y un millones niños que nacieron en 2001 tienen una esperanza de vida hasta los 64 años.

En América Latina: 540.000 niños menores de cinco años mueren cada año. 170.000 de esas muertes fueron por enfermedades transmisibles, que pueden prevenirse a tiempo. Al finalizar el siglo XX una de cada tres muertes de menores de cinco años en el continente americano se debía a enfermedades infecciosas y desnutrición. Hasta un 70% de las consultas médicas de menores de cinco años se deben a Infecciones Respiratorias Agudas, diarrea y Desnutrición

\* Médicos generales

AIEPI Comunitario es el componente de atención integrada a la población infantil que vincula a los servicios de salud con la comunidad y la familia, para, en primer lugar, efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia; en segundo lugar, realizar un tratamiento apropiado y completo; y en tercer lugar efectuar acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud. (1)

**MATERIAL Y METODOS**

La presente investigación es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el cual se examinaron los registros Epi del archivo del Sub Centro de Las Caobas, previa autorización de la dirección médica administrativa. Se tomaron los registros del mes de octubre hasta diciembre del 2007.

Nuestro universo estuvo representado por todos los pacientes de 0 a 14 años atendido en el periodo señalado, lo cual fue de 3331 pacientes; mientras que la muestra tomada fueron de 3123 lo cual correspondía a los pacientes que estaban enfermos de esa población universo estudiada.

Los datos se recavaron con la colaboración del personal del archivo general de dicha institución , siendo los datos obtenidos sometidos a revisión y procesamiento por el método de paloteo y el programa Microsoft Office Excel, con los cuales se realizaron cuadros y gráficos para luego ser impresas las mismas.

**RESULTADOS**

De un total de 3331 pacientes que acudieron a la consulta del sub centro de las caobas en el periodo octubre-diciembre del 2007, 3123 tenían alguna patología registrando un 93.76 por ciento.

**CUADRO 1. POBLACIÓN ATENDIDA EN EL SUB CENTRO DE LAS CAOABAS**

Pacientes	Número de casos	Por ciento
<i>Sanos</i>	208	6.24
<i>Enfermos</i>	3123	93.76
<i>Total</i>	3331	100

Fuente: Archivo Sub Centro de la Caobas.

Del total de 3123 pacientes con alguna patología se registraron las siguientes en orden de frecuencia: Infección Respiratoria Aguda con 1858 casos (59.49%), Enfermedad diarreica aguda (EDA) con 228 pacientes, conjuntivitis con 40 casos, vaginitis con 9 casos y 988 pacientes que presentaban otras patologías.

**CUADRO 2. INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES**

Patología	Número de casos	Por ciento
<i>-Conjuntivitis</i>	40	1.28
<i>-Enfermedad diarreica Aguda</i>	228	7.30
<i>-Infección Respiratoria Aguda</i>	1858	59.49
<i>-Vaginitis</i>	9	0.29
<i>-Otros</i>	988	31.64
<i>Total</i>	3123	100

Fuente: Archivo Sub Centro de la Caobas.

La edad que fue más común en los pacientes con alguna patología fue de 1 a 4 años los cuales contaban con un total de 1442 casos reflejando un 46.18 por ciento, de los cuales 966 presento IRA.

**CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS PACIENTES**

Edad	Conjuntivitis	EDA	IRA	Vaginitis	Otros	Total	Por ciento
<i>&lt; 1 año</i>	12	85	472	0	403	972	31.12
<i>1-4 años</i>	18	104	966	3	351	1442	46.18
<i>5-14 años</i>	10	39	420	6	234	709	22.70
<i>Total</i>	40	228	1858	9	988	3123	100

EDA: Enfermedad diarreica aguda

IRA: Infección respiratoria aguda



## CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES O RESPONSABLES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDA QUE ASISTEN AL HOSPITAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL.

*\*Paola del Carmen Veras, \*Ana Salimé del Rosario, \*Linette Ulloa,  
\*Daniel De la Rosa, \*Rafael Díaz.*

### RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Agudas representan una de las primeras causas de atención médica a nivel mundial según la OMS. Con el propósito de determinar el conocimiento de los padres o responsables de niños menores de cinco años sobre signos de alarma en infecciones respiratorias agudas, que asisten al Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal. Mayo-julio 2007. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, obteniendo la información por medio de una entrevista realizada a 300 padres o responsables que asistieron al área de emergencia del hospital. Se procesó la información obtenida con el programa Epi Info 3.4, el procesador Word y el programa Excel.

Como resultado se obtuvo que el 76,2 % de los padres o responsables no conocen los signos de alarma en Infecciones Respiratorias Agudas. El signo más conocido fue la fiebre con el 97%. El 62,7% de los padres o responsables no conocen las infecciones respiratorias agudas siendo el resfriado común más conocido con el 96,7%. El 89,3% de los niños han padecido de alguna Infección Respiratoria en lo que iba del año.

**Palabras claves:** Edad, Infecciones Respiratorias Agudas, Signos de Alarma.

### ABSTRACT

The Acute Respiratory Infections represent one of the leading causes of health care globally according to WHO. In order to establish the knowledge of the parents or guardians of children under five years on signs of alarm in Acute Respiratory Infections, attending the Hospital Juan Pablo, San Cristóbal. May-July 2007. A descriptive study was conducted, prospective cross-sectional. Obtaining the information through an interview with a parent or responsible for 300 children under five years old who attended the emergency area of the hospital, it process information obtained with the Epi Info 3.4, Word processor and Excel software.

The result was a 76.2 % of the parents or guardians did not know signs of alarm in Acute Respiratory Infections. Fever was the sign best known with a 97%. A 62.7% of the parents

or guardians did not know acute respiratory infections remain the most common cold known with a 96.7%. The 89.3% of children have suffered some respiratory infection.

**Key words:** Age, Acute Respiration Infections, Signs of Alarm.

### INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son un grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que pueden ser virales o bacterianas, con un período inferior de 15 días, presentando uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, pudiendo estar o no acompañados de fiebre.<sup>1,5,6,7,10,13</sup>

Las IRA más comunes son: el resfriado común, faringoamigdalitis aguda, otitis media aguda, epiglotitis, crup infeccioso, faringitis aguda, bronquiolitis y neumonía.<sup>8</sup>

Actualmente representan la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio según datos de la OMS.<sup>11</sup>

Las IRA se destacan como un gran problema de salud, tanto por su alta frecuencia como por las dificultades de su control, el impacto en la mortalidad infantil y el importante consumo de recursos que conlleva, además la enfermedad puede cursar con o sin complicaciones las cuales pueden dejar secuelas que afecten la calidad de vida de las personas.<sup>3,7</sup>

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños atendidos en los servicios de salud es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de estos al respecto de los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por un personal de salud.<sup>8</sup>

Los signos de alarma de las IRA que se consideran indicativos para llevar a un niño a un personal o servicio de salud son: dificultad respiratoria o disnea, taquipnea, tos, fiebre (mas de tres días), sibilancia, cianosis, hipotermia en menores de 2 meses, respiración ruidosa, tiraje subcostal. 1, 8

La demora a un servicio de salud puede provocar un agravamiento de la enfermedad, o incluso su muerte. Por esta razón es muy importante que la comunidad conozca los signos de alarma que debe observar en un niño cuando está enfermo para concurrir inmediatamente al servicio de salud en caso de que aparezcan.

\* Medico Pasante

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal con el propósito de determinar el conocimiento de los padres o responsables de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en IRA en el área de emergencia del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante el periodo mayo- julio 2007.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 300 padres o responsables de niños menores de 5 años que asistieron al área de emergencia pediátrica del Hospital Juan Pablo Pina, durante el periodo señalado.

Las variables operacionales fueron: edad, escolaridad, conocimientos sobre las IRA, conocimientos sobre los signos de alarma en IRA, considerando a la dificultad respiratoria o disnea, respiración rápida (taquipnea), tos, fiebre (más de tres días), sibilancia, cianosis peribucal y distal, hipotermia en menores de 2 meses, respiración ruidosa, tiraje subcostal, hipotermia en menores de 2 meses, somnolencia o insomnio como los principales signos indicativos para llevar a un niño aun personal o servicio de salud son.1

La información se obtuvo mediante la técnica de la entrevista, usando como instrumento el cuestionario que contenía todas las variables a investigar y orientándoles sobre las terminologías desconocidas para ellos.

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa de análisis de datos Epi Info 3.4, el procesador de palabras Word y el programa Excel.

## RESULTADOS

De un total de 300 padres o responsables entrevistados 92 dijeron que sus niños se encontraban en el rango de edad de 1y menor de 2 años de edad correspondiendo a un 30,7%.

Tabla 1.

Distribución de la población según la edad de los niños menores de cinco años.

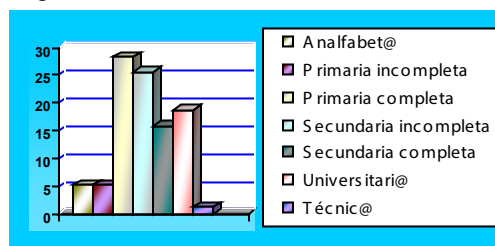
Edad de los niños	N	%
0-1	71	23,7
1 y menor de 2	92	30,7
2 y menor de 3	52	17,3
3-4	39	13,0
4-5	46	15,3

Fuente: Entrevista realizada a los padres o responsables de los niños menores de cinco años

La escolaridad de los padres o responsables de los menores de cinco años más frecuente fue la primaria completa con un 28,3%.

Gráfico 1.

Distribución de la población según la escolaridad de los padres o responsables de los niños menores de cinco años.



Fuente: Entrevista realizada a los padres o responsables de los niños menores de cinco años.

En cuanto al conocimiento de los padres o responsables las IRA se obtuvo que un 62,7% de los casos dijo no conocerlas, siendo el resfriado común la más conocida con un 96,7% y un 89,3% de los casos se han enfermado de alguna IRA.

Sobre el conocimiento de los padres o responsables respecto a los signos de alarma de IRA, un 76,2% dijo no conocerlo, siendo el signo de alarma más conocido la fiebre con un 97%.

Tabla2.

Conocimiento de los padres o responsables según los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas

Signos de Alarma	Conoce	%	No conoce	%
Signos de Alarma de IRA	73	23,6	227	76,2

Fuente: Entrevista realizada a los padres o responsables de los niños menores de cinco años

## DISCUSIÓN

Las causas principales relacionadas con la alta mortalidad por IRA son el retraso en el diagnóstico, la falta de tratamiento oportuno por desconocimiento de los signos o síntomas iniciales de la infección, trayendo esto consigo una consulta tardía por parte de los padres, debido al desconocimiento de los signos de peligro que causan la muerte del niño.14

Puesto que este estudio no tiene antecedentes nacionales, las discusiones se realizaron con estudios realizados en países con condiciones sociales y económicas similares al nuestro y con una población de estudio y variables similares.

El rango de edad de los niños fue entre 1 y menor de 2 años con un 30.7%, difiriendo con el estudio realizado por Barrios De León, en Sacatepequez Guatemala. Octubre 2003, donde el 22% correspondió al rango de 2-3 años. Difiriendo también con otros estudios donde explica que los menores de un año son el grupo más vulnerable debido a la menor cantidad de alvéolos, mayor número de células productoras de moco, escaso y frágil tejido colágeno y elastina, inmadurez del sistema inmunológico y una gran exposición al contagio

entre otros factores.

La escolaridad de los padres o responsables más frecuente fue primaria completa con un 28.3% difiriendo con el estudio de Pérez Moreno antes mencionado donde la secundaria incompleta obtuvo un 30%. Demostrando con ello que si existe relación entre el nivel de instrucción de los padres o responsables y el conocimiento de estos sobre los signos de alarma pudiendo ser una limitante para el uso de materiales escritos en actividades de promoción y educación en salud y para la búsqueda y acceso a la información por otros medios. El 62.7% de los padres o responsables no conocen las IRA coincidiendo con el estudio realizado por Pérez Moreno, en Managua, Nicaragua. Septiembre 2005, donde el 68% no las conocen, dando como resultado una búsqueda tardía para el niño, subestimando la gravedad de la enfermedad aliviándolos con medidas aplicadas en casa.

El 76.2% de los padres o responsables no conocen los signos de alarmas de las IRA, lo cual se aproxima con el estudio realizado por Ruiz y Gómez, en Nuevo León, México; donde el 73.5% dijeron no conocer los signos de alarmas de las IRA, impidiendo con ello la búsqueda de atención a tiempo ya que no serán capaces de reconocer los signos de alarma y su gravedad, debido al desconocimiento.

En cuanto a los signos de alarma que conocen los padres o responsables, un 97% conoce la fiebre. Difiriendo con el estudio realizado por Sáenz de Tejada en una comunidad de kaqchiquel, Guatemala donde el 56 por ciento reconocían la tos como principal signo de alarma.

Es importante connotar que un 82,4 por ciento de los padres o responsables consideran al humo del cigarrillo y/o la contaminación ambiental como un factor de riesgo de infecciones respiratorias, coincidiendo con la literatura revisada, donde expresa que el hábito de fumar pasivo constituye un peligro para los niños que se encuentran expuestos a una atmósfera de humo de tabaco. Al respecto *Fernández Salgado* plantea que esta situación se incrementa cuando ambos progenitores fuman.

## REFERENCIAS

1. Blanco, Jorge Luís y Magallanes Correa. Guía Profesional de Signos y Síntomas. 4ta Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, 2004.
2. Berhman, E. Richard. Nelson. Manual de Pediatría. 16 ava. Ed. España. ed. Mc Graw-Hill Interamericana 2003.
3. Carreras, L., Echevarría, J. y Diéguez, N. Neumonía

adquirida en la comunidad. Acta Médica 2000; 91(1-2): 22-28.

4. Fishman, Fred y Fishman, Elias. Manual de Enfermedades Pulmonares. 3ra Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, D.F, 2004.
5. González, I. Comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en la población de Savanne Zombie, Haití. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Jacmel, Haití, 2002
6. Guyton Arthur C. may John. Tratado de Fisiología Médica. 10 ma edición. México. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill.2001.P. 525-577.
7. Honorio, Carmen. Conocimiento y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratoria agudas en el C.S Max Arias, Schereiber. Tesis para optar por el título de Enfermería .2001.
8. Klossek, Jean Michel. Sinusitis y Rinosinusitis. Ed. Masson. Barcelona, España.2002.
9. Macri, Carlos y Teper. M. Alejandro. Enfermedades Respiratorias Pediátricas. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, D.F.
10. Océano. Diccionario Enciclopédico. 3ª edición. Managua 2003.
11. OPS/OMS. Intervenciones Operativas Prioritarias para evaluar el impacto de los Programas de Control de las IRA. Doc. Ref. HPM/ARI/ 09-92.
12. Ortiz, E., Avila,...et al. Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas. Hospital Pediatrico ' General Millanés'. Bayazo, Granma, Cuba.2004.
13. Roa, H. Jairo y Bermúdez Gómez, Mary. Neumología. ed. Mc Graw Hill Interamericana. Santa Fe de Bogota, Colombia. 2003. P. 131-138, 150-151.
14. Robaina Suarez G. Morbilidad y manejo de las Infecciones Respiratorias agudas en niños. Revista Cubana de Pediatría 2003.
15. Rudolph, D. Colin y Rudolph Abraham. Pediatría de Rudolph. 21va.ed. España. McGraw-Hill Interamericana 2004.
16. Schwartz, William. Manual de Pediatría. 3era. Ed. México. Ed Mc Graw-Hill Interamericana.2005. P. 785-787



## MANEJO Y EXPERIENCIA EN TUMORES DE LAS GLÁNDULAS PARÓTIDAS.

Jorge Ymaya Carela, \* Samuel Álvarez Collado, \* Héctor Ramírez Pimentel, \* \*  
 Manuel Soto S, \* \* Bernardo Santana R., \* \* \*

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de colección retrospectiva de datos en 90 pacientes, en un periodo de siete años, con la finalidad de determinar el manejo clínico – quirúrgico en patologías de las glándulas parótidas, en el *Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter (IOHP)*. Variables principales: hallazgos clínicos, evaluar la capacidad diagnóstica de la PAAF en estos tumores; diagnóstico histopatológico, tratamiento y principales secuelas postoperatorias. Se observó un predominio de las afecciones neoplásicas benignas en la glándula parótida (66 %), representando el adenoma pleomorfo (56 %) de los casos; y de las malignas (34 %), siendo las más frecuentes el adenocarcinoma (10.2 %), y el mucoepidermoide (8,5 %). El sexo predominante fue el femenino en el 73 por ciento de los casos, con un rango promedio de edad entre la tercera y quinta década de la vida (57.6 %). La PAAF tuvo sensibilidad 80 por ciento; especificidad 94 por ciento; VP positivo 86 por ciento y VP negativo 91 por ciento; PR positiva, 14; PR negativa, 0.07. El procedimiento quirúrgico más frecuente fue parotidectomía superficial en el 53 por ciento de los pacientes, siendo la incisión de elección la de Blair en el 57,6 por ciento. La principal secuela postoperatoria fue la paresia del nervio facial (7 %).

**Palabras claves:** Parótida; glándula salivar; neoplasias de parótida; parotidectomía; nervio facial; paresia; TNM; estadio clínico; grado histológico; recurrencia; recidiva; persistencia tumoral; radioterapia y quimioterapia.

### ABSTRACT

A descriptive study of retrospective collection of data in 90 patients, in a period of seven years, with the purpose of determining the clinical handling - surgical in patients with pathologies of the parotids glands, in the Institute Oncologic Dr Heriberto Pieter. Main variables: clinical findings, to evaluate the capacity diagnose of the PAAF in these tumours; histopathology diagnosis, treatment and main post operating sequels. A predominance of the benign neoplastic affections in the parotid gland was observed (66 %), representing the

pleomorphic adenoma (56%) of the cases; and of you vitiate (34 %), being but frequent adenocarcinoma (10, 2%) and the mucoepidermoide (8, 5%). Predominant sex was the female one in 73% of the cases, with a rank average of age between the third and fifth decade of the life (57, 6%). The PAAF had sensitivity 80 %; specificity 94 %; Positive VP 86% and negative VP 91%; Positive RV, 13.6; Negative RV, 0.07. The surgical procedure but frequents was parotidectomy superficial in the 52, 5% of the patients, being the incision of election the one of Blair in 57, 6 por ciento. The main post operating sequel was paresis of the face nerve (7 %).

**Key words:** Parotid; gland salivary; neoplasm of parotid; parotidectomy; face nerve; paresis; TNM; clinical stage; histological degree; recurrence; recidiv; tumorlike persistence; x-ray and chemotherapy.

### INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales se clasifican en: Mayores (parótidas, submandibulares y sublinguales), y Menores (todas aquellas que se ubican en toda la submucosa del tracto respiratorio y digestivo superior, desde los labios hasta el árbol bronquial y esófago).<sup>1</sup>

La parótida es una glándula salival muy voluminosa, bilateral, situada a ambos lados de la cara, localizada en la fosa retromandibular o celda osteofibrosa cubriendo parcialmente al músculo masetero y envuelta por la fascia parotídea (aponeurosis cervical superficial); por debajo del conducto auditivo externo, por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior y por delante de las apófisis mastoide y estiloide; pesa alrededor de 25 gramos. La parótida produce la mayor cantidad de saliva de predominio seroso, siendo su conducto excretor el de Stenon, que desemboca a la altura del 2<sup>do</sup> molar superior. La glándula está atravesada por la arteria carótida externa y por los nervios facial y auriculotemporal, y en ella tiene nacimiento la vena yugular externa. Así mismo el nervio facial (VII par craneal) separa el lóbulo superficial del profundo.<sup>1,2</sup>

La etiología de los tumores de glándulas salivares es multifactorial (virus Epstein-Barr, irradiación, contacto con asbestos, plomería, ebanistería, productos del caucho

\* Cirujano General y Fellowship 1 año cirugía – oncológica.

\*\* Cirujano oncólogo; Adjunto al servicio de cabeza y cuello IOHP.

\*\*\* Cirujano oncólogo; jefe del servicio de cabeza y cuello IOHP

o exposición a metales).<sup>1</sup> Estos tumores son relativamente infrecuentes y vienen a representar del 1 al 3% de los tumores del organismo y del 2–6,5 % de todos los tumores de cabeza y cuello, Según Raspall;<sup>3</sup> en cambio, de acuerdo a lo establecido en la nacional cancer institute,<sup>1</sup> estos tumores son poco comunes con una incidencia general de aproximadamente 2,5 a 3,0 casos por cada 100,000 por años en el mundo occidental. Las neoplasias malignas de la glándula salival constituyen <0,5% de todos los cánceres y aproximadamente 3% a 5% de todos los cánceres de la cabeza y el cuello. . El 70 – 80 % de estos tumores se originan en la glándula parótida, con un porcentaje entre el 20 y el 30% de malignidad en esta localización Según diversos trabajos la incidencia de estas neoplasias malignas se estima en 5 - 6 casos por cada millón de habitantes por año, con una edad media de aparición entre la 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> década de la vida, siendo poco frecuente en niños. Las neoplasias de origen benigno (2/3) son más frecuentes que las de origen maligno (1/3), constituyendo las benignas el 65% de las lesiones parótidas (principalmente adenoma pleomorfo).<sup>4</sup>

Los tumores malignos de las glándulas parótidas están divididos histológicamente en malignidades de grado bajo, intermedia y malignidades de grado alto;<sup>[anexo 1]</sup> siendo las malignidades mucoepidermoides (60-90 %) y los adenocarcinomas (3 %) los más comunes, seguido del carcinoma adenoide quístico o cilindroma, siendo este último de comportamiento imprevisible.<sup>3</sup>

El tratamiento inicial en tumores benignos y malignos en glándulas salivales mayores o menores es “casi” siempre quirúrgico, y de ser posible, debe realizarse la resección de parótida (parotidectomía, con la preservación del nervio facial en los casos que sea posible). La asociación de radioterapia, quimioterapia o vaciamiento cervical linfático viene dada por el estadio, el grado de agresividad y el tipo histológico tumoral. La indicación de radioterapia postcirugía se plantea cuando hay márgenes quirúrgicos positivos, tumor primario avanzado y alto grado de malignidad, compromiso de nervio facial o de lóbulo profundo en parótida, ganglios positivos y cuando se produce “siembra” del tumor en la operación por ruptura de su cápsula. En este trabajo se analiza la frecuencia y el comportamiento clínico biológico de las afecciones de las glándulas parotidas tratadas quirúrgicamente en nuestro medio.<sup>1, 3, 4</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de recolección retrospectiva de datos, con el objetivo de determinar el comportamiento y/o manejo clínico quirúrgico en pacientes con patologías de las glándulas parótidas, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, durante el periodo enero 2000 – diciembre 2006, Santo Domingo, República Dominicana.

El universo estuvo constituido por 90 pacientes sometidos a cirugía por patologías de las glándulas parótidas, siendo nuestra muestra 59 casos, debido a que se excluyeron 31 casos porque no se adaptaban a las variables principales de la investigación.

Para la recolección de los datos se diseñó un formulario, el cual se aplicó a los expedientes clínicos, tomando en cuenta las siguientes unidades de análisis: edades y sexos, hallazgos clínicos, evaluar la capacidad diagnóstica de la PAAF, diagnóstico histopatológico, tratamiento, principales secuelas postoperatorias; así como tipo de procedimiento e incisión realizada, evolución posquirúrgica, estadiaje (en caso de malignidad), tiempo hospitalario y de cirugía; porcentaje de presentación de recurrencia, recidiva y persistencia tumoral. Una vez obtenida la información se procesó en el programa epi - info, versión 3.2, obteniéndose datos porcentuales.

## RESULTADOS

Estudiamos una muestra probabilística de 59 pacientes de ambos sexos y de diferentes grupos de edad; presentándose el sexo femenino 43 pacientes (73 %) y el masculino 16 casos (27 %); siendo los rangos de edad mas afectados: 31 – 45 años, 18 casos (30.5 %); 46 – 60 años, 16 casos (27.1 %); 16 – 30 años, 12 casos (20.3 %); 61 – 75 años, 9 pacientes (15.3 %); mayor 75 años, 3 enfermos (5.1 %) y 0-15 años, 1 caso (1.7 %). Registramos una edad mínima de 14 años, una máxima de 82 años, con una mediana de 44 y una moda de 30.

Se observó que la procedencia predominante fue en Santo Domingo con 35 casos (59 %), 13 casos (22 %) para la región Norte; y región Sur y Este 14 y 5.1 por ciento, respectivamente; siendo las principales ciudades: Bonao, San Cristóbal, Azua, Bani, La vega, Nagua y Salcedo.

En un 30,5 por ciento se observó enfermedades asociadas, siendo las principales hipertensión arterial (13.6%) y afecciones hepáticas (3,4 %). En cambio, el 37 por ciento estuvo asociado a sustancia como: café 15 por ciento; alcohol 14 por ciento y cigarrillo 8,5 por ciento. Los antecedentes quirúrgicos predominantes fueron cirugía de cuello 20 por ciento y cirugías pélvicas en 9 por ciento de los casos.

El motivo de consulta predominante en el 100 por ciento de los casos fue la presencia de una masa en región parotidea, siendo el lado derecho predominante con 32 casos (54 %); seguido por dolor cervical, parálisis facial y otras en un 1,7 por ciento, respectivamente cada una.

Dentro de los estudios diagnósticos paraclínicos realizados pudimos establecer que la Sonografía del cuello se utilizó en el 27 por ciento de los casos, reportando la misma una imagen ecogénica e ipoecogénica (10 %) e hiperecogénica (7 %). En cambio, la TAC cuello se utilizó en el 32 por ciento de los pacientes, siendo sus principales hallazgos la delimitación de un tumor sólido (27 %), tumor quístico (7 %) con presencias de adenopatías (5 %). Sin embargo, se determinó que la Punción aspirativa por aguja fina (PAAF), se realizó en 49 casos (83 %), siendo su reporte sugestivo de benignidad en 35 casos (59 %) y sugestivo de malignidad 14 casos (24 %). La PAAF tuvo una sensibilidad 80 por ciento; especificidad 94 por ciento; Valor Predictivo positivo (VP +) 86 por ciento y Valor Predictivo negativo (VP -) 91 por ciento; Razón de verosimilitud o proporción positiva (RP +), 13.6; Razón de verosimilitud o proporción negativa (PR -), 0.07. Otros

estudios realizados fueron congelación 5 casos, de los cuales 3 fueron sugestivo de benignidad (5.1 %) y 2 sugestivo de malignidad (3.4 %); obteniéndose una sensibilidad del 100 por ciento y especificidad del 75 por ciento; e impronta 7 pacientes, de los cuales 5 (8.5 %) sugestivo de benignidad y 2 (3.4 %) sugestivo de malignidad; calculándose una sensibilidad 40 por ciento y una especificidad de 100 por ciento.

El diagnóstico anatomopatológico más frecuente dentro de las neoplasias benignas fue el adenoma pleomorfo 33 casos (56 %), seguido del tumor de Warthin 3 casos (5.1 %), quiste simple, sialodentitis crónica y hemangioma parotideo en 1.7 %, respectivamente para cada una; predominando estas en el sexo femenino en el 72 por ciento de los casos. En cuanto a las neoplasias Malignas se observó una mayor predisposición de adenocarcinoma (10.2 %) y carcinoma mucoepidermoide (8.5 %); seguido por carcinoma adenoide quístico y carcinoma escamoso, con 5.1 por ciento para cada patología. Otros tumores malignos menos frecuentes que se presentaron en una proporción de 1 caso (1.7 %) fueron: carcinoma indiferenciado, linfoma, Swannoma maligno; con predominio del sexo masculino en el 62.5 por ciento. *La concordancia entre el diagnóstico clínico (presuntivo), en base al examen físico y estudios paraclínicos mencionados, y el diagnóstico anatomopatológico (definitivo) fue del 95 por ciento.*

De los 63 procedimientos realizados el tipo de cirugía más frecuentemente realizada fue la parotidectomía superficial con 31 casos (52.5 %), seguido de parotidectomía profunda o total en 15 casos (25.4 %), rescate quirúrgico en 7 casos (11.8 %), siendo 4 casos secundario a enucleación realizada en el primer intento quirúrgico; biopsia insicional 4 pacientes (6.8 %); disección radical modificada cuello 2 casos (3.4 %) y disección selectiva 2 pacientes (3.4 %). Otros procedimientos menos frecuentes en proporción de 1 caso (1.7 %) fueron: parotidectomía radical y tumorectomía. Las incisiones más frecuentemente utilizadas en estos procedimientos fueron: Blair o Y de Sistrunk 34 casos (58 %); Blair modificada o S itálica, 10 casos (17 %) y palo de jockey 8 casos (13,5 %), entre otras.

El tiempo hospitalario de estos pacientes fue de 72 horas para el 52 por ciento; 48 horas el 30,5 por ciento, y mayor de 72 horas, 17 por ciento; siendo la evolución postoperatoria de los mismos satisfactorios en el 88 por ciento de los casos y no satisfactorios en el 12 por ciento.

Las complicaciones más frecuentes encontradas fueron lesión neurológica periférica, parestias del nervio facial, 4 casos (7 %), principalmente rama bucal y mandibular, excluyéndose los casos en que el nervio fue sacrificado y/o seccionado intencionalmente; seguida por seroma 5 por ciento y síndrome de Frey en el 1,7 por ciento.

Del total de casos estudiado los malignos representaron, 20 casos (34 %), siendo el estadiaje clínico de mayor presentación el III con 8 casos (40 %), seguido por el estadio II, 5 casos (25 %); el IV 4 casos (20 %), y estadio I (1,5 %). Fueron enviados a terapia adyuvante 21 pacientes (36 %), de los cuales 18 pacientes recibieron Radioterapia (30.5 %) de los cuales el

60 % (12 casos) correspondían con estadios avanzados de la enfermedad (estadios III y IV) y sólo 8 casos (40%) con estadios precoces (estadios I y II); y 3 casos Quimioterapia (5 %).

Nos percatamos de un nivel de recurrencia de 9 casos (15 %), una evidencia de recidiva de 4 casos (7 %) y persistencia tumoral de 5 casos (8,5 %).

## DISCUSIÓN

Diversos son los trabajos en la literatura médica internacional, pero muy pocos en nuestra geografía nacional, en que tratan la temática de las patologías de las glándulas parótidas (benignas y malignas), siendo esta unas de las principales razones de motivación para la selección y discusión de la misma. El adenoma pleomorfo de la glándula parótida ha sido reportado en personas de todas las edades, desde el recién nacido hasta edades avanzadas, con una alta incidencia entre la cuarta y quinta décadas; datos que se corresponden con nuestros hallazgos, ya que, la principal causa de cirugía o etiopatogenia de las parótidas en nuestro estudio fue dicha patología en el 56 % de los casos. En nuestro estudio se confirma una vez más el predominio del sexo femenino, en neoplasias benignas; similares resultados reportan Pinilla, Zoa, Del Pozo y otros.<sup>5</sup> Sin embargo, *Estrada Sarmiento, en Cuba*, reporto que el adenoma pleomorfo tuvo una mayor incidencia en el sexo masculino (52 %),<sup>6</sup> lo que defiere de nuestros resultados. En cambio, las neoplasias maligna más frecuente en nuestro estudio fueron el adenocarcinoma y el mucoepidermoide; tal como lo expresa la literatura médica, *aunque en orden de frecuencia contrario. Sin embargo, A. Capote Moreno*,<sup>7</sup> plantea en su estudio que el carcinoma adenoide quístico representó el 24 % seguido por el adenocarcinoma 15 %, y A. Rodríguez Paramás,<sup>8</sup> reportó que el carcinoma epidermoide fue el más frecuente (20%). El riesgo de degeneración maligna de un *adenoma pleomorfo* es de 15% en los primeros 5 años sin tratamiento, ascendiendo a un 10% a los 15 años; el riesgo para las recurrencias es del 7%.<sup>4</sup> El estadio de estos tumores, tanto clínico como patológico, se ha llevado a cabo según los criterios de la Clasificación TNM del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. [Anexo 2]

El comportamiento biológico por grupos de edades reflejó un predominio de neoplasias benignas (50,8 %) entre los 16 y 45 años; en cambio las neoplasias malignas ocuparon el 42 por ciento, entre los 46 y 75 años. Estos resultados concuerdan con lo planteado por otros autores.<sup>3,4,8</sup>

Las características clínicas más relevantes en las neoplasias benignas fueron la ausencia de dolor, el crecimiento lento y la no fijación a los tejidos vecinos, sin estar afectado el nervio facial. En las malignas fue viceversa, pero el dolor estuvo presente sólo en el 1,7 por ciento de los casos, contrario a lo establecido por otros autores, quienes lo sitúan entre el 10 y 26 por ciento. En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre las afecciones tumorales de las glándulas parótidas, la derecha es la más afectada, lo cual también fue hallado en nuestra serie.<sup>3,4</sup>

En relación a los medios diagnósticos utilizados nos percatamos que pese a que obtuvimos una sensibilidad y especificidad aceptada en cuanto a la Punción aspirativa con aguja fina (P.A.A.F), la literatura plantea que la sensibilidad es de un 85 - 95 por ciento y la especificidad del 98 por ciento, y siendo el riesgo de realizar micro siembra mínimo.<sup>3</sup>

Es menester mencionar, que la realización de TAC o RM no es muy necesaria en los tumores de las glándulas salivares cuando son pequeños y bien delimitados, pues a menudo los estudios de imagen no ayudan a diferenciar tumores malignos de benignos, ni sirven para una planificación terapéutica. Su realización está indicada cuando se sospecha que el tumor puede sobrepasar los límites de la glándula y en la parótida además, cuando se sospecha afectación del lóbulo profundo o la exploración muestra signos sospechosos de malignidad (afectación facial y trismus). La sialografía **No** es ya una alternativa en el estudio de imagen; aconsejándose realizar sialo-RM o sialo-TAC.<sup>4</sup>

El tratamiento quirúrgico de elección en las afecciones parotídeas benignas (neoplásicas o no) fue la parotidectomía subtotal. La enucleación se efectuó en 5 pacientes, todos con neoplasias benignas. Este método es utilizado usualmente por algunos autores, aunque generalmente se rechaza porque sus resultados no son satisfactorios. En las neoplasias malignas de parótida el tratamiento fundamental fue la parotidectomía total o profunda, y radical cuando el nervio facial estaba afectado; y se realizaron 4 disecciones de cuello cuando hubo sospecha clínica o radiológica de adenopatías cervicales positivas o de manera electiva al tratarse de neoplasias de alto grado de malignidad, de acuerdo a como lo plantea la literatura. Aunque todas las incisiones quirúrgicas utilizadas en nuestra serie proporcionaron una excelente exposición y buenos resultados, la que predominó fue la de Blair o Y de Sistrunk (57.6 %). Nuestros resultados se corresponden con lo planteado por Pinilla, Del Pozo y otros, *pero no con Estrada Sarmiento*, en su serie de 25 pacientes operados de tumores parotídeos; siendo la incisión de Hamilton Bailey (48 %), la más utilizada.<sup>9, 10 11</sup>

En cuanto a las terapias adyuvantes, de los 21 casos remitidos, no se estableció la respuesta de estas debido a que faltaban elementos de juicios para llegar a dicha conclusión; pero de acuerdo a la literatura se plantea que existe diferencia estadística significativa con los enfermos que reciben la radioterapia a los que no la reciben, en cuanto a recurrencia local, aunque no existe mucha diferencia en cuanto a la sobrevida a 5 y 10 años. Autores como Krenkli et al.,<sup>5</sup> que realizaron exclusivamente radioterapia en 14 pacientes con metástasis parotídea, presentan un control local del 57% tras la radioterapia como único tratamiento, a los 2 años desciende al 50% y a los 5 años tan sólo era del 20%, por ello recomiendan la radioterapia exclusiva para los pacientes inoperables o los tipos histológicos radiosensibles. La experiencia de Guillaumondegui et al.<sup>12</sup> Señala que mediante su aplicación se espera reducir el riesgo de recidiva local, tras cirugía sobre la celda parotídea, del 29,6% al 9,1%. La administración

de quimioterapia debe ser considerada en circunstancias especiales, cuando se rehúsa radiación o cirugía o en el caso de tumores recidivantes o que no responden al tratamiento.

<sup>1</sup> En el caso adenocarcinoma quístico hasta ahora presentan una respuesta limitada a la quimioterapia; aunque hay estudios esperanzadores mediante tratamiento con Imatinib mesylate, inhibidor de la KIT tirosina kinasa.<sup>13</sup>

En relación al estadio clínico nos pudimos percatar que estamos acorde con otros autores, como A. Capote, que reportó un 79,5% casos en estadios avanzados (nuestra serie 60%), que recibieron radioterapia; y que al momento de su llegada a consulta de primera vez se encontraban en estadio III (45%) y IV (10%).<sup>2</sup>

En nuestra serie la paresia del nervio facial fue del 7 %, siendo tumoral en el 75 % de los casos, por la tracción del nervio durante el acto quirúrgico y al edema postoperatorio; siendo la rama bucal y mandibular las más afectadas, y se plantea que es a causa de la pobre anastomosis de esa región; consenso aceptado por otros autores, al igual que otras investigaciones.<sup>5</sup> Una interesante y consistente observación, fue que en ocasiones la paresia del nervio facial no era perceptible en el postoperatorio inmediato, y se hace evidente a las 24 horas y a menudo progresando durante las 72 horas siguientes del postoperatorio. Casi todas recobraron la función normal entre las 4 y 8 semanas. *Lacconrey* en una serie de 127 pacientes presentó el 64,6 % de paresia del nervio facial en un seguimiento de 15 años, cifra superior a la nuestra (7 %) lo cual atribuimos al tamaño del universo. *Estrada Sarmiento*<sup>6</sup> en un estudio de 31 pacientes reportó 32.2 %; y *Juan Pedro López Pérez*,<sup>5</sup> en su estudio sobre morbilidad quirúrgica de las glándulas salivares, reportó un 36 %. *A. Capote Moreno*,<sup>2</sup> en su estudio sobre factores pronósticos de neoplasias salivares, reportó 15 % de parálisis de una o varias ramas A diferencia de nuestros hallazgos *Bearhs* reportó una paresia permanente de la rama mandibular, en una serie de 47 pacientes. La parálisis facial permanente se produjo en 1 paciente, sacrificado deliberadamente.

*Zoa* en su serie de 54 pacientes con tumores mixtos parotídeos informa el 9,2 % de recidivas, cifras superiores a la nuestra (6,8 %); sin embargo, *Patrick* en su investigación sobre los tumores de las glándulas salivales establece un grado de recidiva de 3,4 % para los pacientes con tumores mixtos de la glándula parótida. Sin embargo la literatura plantea que las recidivas oscilan entre 3,5 – 13 %, siendo mayor cuando se realiza una simple tumorectomía; y apareciendo la misma hasta 10 -15 años luego de la primera intervención. La recurrencia de los tumores parotídeos ha sido menos en años recientes desde que muchos cirujanos han abandonado la enucleación y aceptado la parotidectomía subtotal o superficial como proceder de elección y/o procedimiento mínimo para los tumores parotídeos del lóbulo superior. *Frote y Frasel* mencionados por *Zoa* reportan solo el 4 % de recurrencia en una serie de 142 tumores parotídeos; siendo estos datos mucho menor que la de nuestra serie que reportó 15 %. Sin embargo *A. Capote*, en su serie de 75 pacientes en 20 años de seguimiento

reporto un índice de recurrencia de 44 %. La reintervención de recurrencia aumenta muchísimo el riesgo de lesión facial, a veces es necesario sacrificarlo tras varios fracasos de intervención de recurrencias.<sup>2, 12</sup>

En conclusión podemos decir que por la baja incidencia de recidivas y las mínimas complicaciones postoperatorias, la parotidectomía subtotal debe ser usada en el tratamiento de los tumores mixtos del lóbulo superior de la glándula parótida; así que cuando se realiza un procedimiento menor, como enucleación la tasa de recurrencia aumenta drásticamente, por tanto no debe ser realizado; convirtiéndose la parotidectomía superficial como procedimiento mínimo a realizar. Además debemos tener presente las terapias adyuvantes (radioterapia o quimioterapia), fundamentalmente, cuando estamos ante entidades malignas de alto grado o con extensión regional, bordes positivos postoperatorios o persistencia tumoral, paciente en estadios avanzados inicialmente, dos o más adenopatías cervicales positivas, extensión ganglionar extracapsular; y, *presencia de necrosis, anaplasia e invasión neural, componente intracístico, 4 o más mitosis por campo* (parámetros anatomopatológicos). Además, debemos recordar que: Las afecciones neoplásicas benignas son más frecuentes en la parótida, específicamente el adenoma pleomorfo; la parotidectomía subtotal (superficial) constituye el tratamiento fundamental de las afecciones benignas; la parotidectomía total de las malignas y la paresia del nervio facial representa la complicación mediata más frecuente en el postoperatorio de la cirugía parotídea, debido a su íntima relaciones anatómicas. Consideramos que debido a la alta sensibilidad y especificidad que tiene la PAAF, la misma debe ser utilizada como una herramienta diagnóstica rutinaria. Es menester recordar, que el pronóstico de estos pacientes dependerá del estadiaje clínico, el grado histológico, la invasión del perineuro, la calidad de la exéresis quirúrgica y la administración de radioterapia.

#### REFERENCIAS.

1. National Cancer Institute. Cancer Glandulas salivares: tratamiento. [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)
2. Skandalakis, John E. Anatomía y técnica quirúrgicas. 2da ed. 2002. McGraw-hill interamericana, pg 42-56.
3. Raspall, Guillermo. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello; Atlas clínico. 2 da ed. Masson, S.A. Barcelona, España, pag. 1-5.
4. Ruiz Jesús .CLÍNICA Y EXPLORACIÓN DE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVARES. PATOLOGÍA TUMORAL DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES, TEMA 80.1º.- otorrinoweb.com
5. López Pérez, Juan Pedro; Rodríguez Jiménez, Rubén. Morbilidad quirúrgica de las glándulas salivales mayores. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara. Revista Cubana de Oncología, enero-junio, 1995
6. Estrada Sarmiento, Manuel; Espinosa, Isel; Fernández, Francisco. Resultados a largo plazo de la parotidectomía subtotal para tumores mixtos. Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Cespedes". Bayamo, Granma. Rev Cubana Cir v.40 n.4 La Habana oct.-dic. 2001
7. A. Capote Moreno<sup>1</sup>, L. Naval G<sup>2</sup>as<sup>2</sup>, F.J. Rodríguez-Campo. **Prognostic factors in primary malignant salivary gland neoplasms. A 20-year retrospective study.** Rev Esp Cirug Oral Maxilofac vol.27 no.5 Madrid Sept.-Oct. 2005
8. A. Rodríguez Paramás, C. Lendoiro Otero, J. A. González García, R. Souviron Encabo, B. Scola Yurrita Tumores malignos de la glándula parótida *Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*
9. Feig W. Barry; Berger David; Fuhrman George. Oncología Quirúrgica, MD Anderson Cancer Center, department of surgical oncology. 3 era ed. Lippincott Williams & Wilkins, Houston, Texas 2005, pp 109-123.
10. GY Yu. **Superficial parotidectomy through retrograde facial nerve dissection.** *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Peking University School of Stomatology, Beijing, 100081, P. R. China J.R.Coll.Surg.Edinb., 46, February 2001, 104-107*
11. Luis M. Gil-Carcedo; Elisa Gil-Carcedo; Luis A. Vallejo, et al. Puntos clave en la cirugía de los tumores de la glándula parótida. Hospital Universitario Río Hortera Universidad de Valladolid
12. Salivary gland cancer. **Article:**<http://www.mayoclinic.com/health/salivary-gland-cancer/DS00708/DSECTION=6>
13. Rubiano Jaime, MD. Carcinoma adenoide quístico de glándulas salivares. Experiencia en el hospital Royal Marsden, Londres Inglaterra

**Anexos**

Anexo 1.  
Adaptado de la clasificación de la AFIP  
(Ellis y Auclair 1990).

<b>Tumores de glandulas salivares</b>
<b>Tumores Benignos</b>
<b>Adenoma Pleomorfo</b> Tumor de Warthin Oncocitoma Adenoma de Clas. Basales Mioepitelioma
<b>Adenoma Canalicular</b> Adenoma Sebáceo
<b>Cistoadenoma</b>
<b>Papiloma Ductal</b>
<b>Tumores Malignos</b>
<b>Bajo Grado</b>
<b>Ca. Mucoepidermoide Bajo Grado</b> <b>Ca. Ductus Terminal</b> Tumor Mixto Metastazante Ca. de Clas. Acinares Adenocarcinoma de Clas. Basales
<b>Grado Intermedio</b>
<b>Ca. Mucoepidermoide Intermedio</b> Ca. Adenoide Quístico (Cribiforme / Tubular) Ca. de Clas. Claras
<b>Alto Grado</b>
<b>Ca. Mucoepidermoide Alto Grado</b> Tumor Mixto Malignizado Ca. Anaplásico Neoplasias No epiteliales Ca. Adenoide Quístico Sólido Ca. de Clas. Escamosas Ca. Mioepitelial
<b>Lesiones Mesenquimales Benignas</b>
<b>Hemangioma</b> Schwanoma Lipoma
<b>Sarcomas</b>
Hemangiopericitoma Fibrosarcoma Rabdomiosarcoma
<b>Linfomas</b>
L.H / L.N.H.
<b>Metástasis</b>
Ca. Epidermoide <b>Melanoma maligno</b> Ca. de Clas. Renales Otros

Anexo 2.  
Clasificación TNM y estadiaje. Adaptada (AJCC/UICC),  
2003.

<b>Clasificación tumores de glándulas salivares</b>
<b>TNM</b>
<b>Tumor primario (T)</b> TX: El tumor primario no puede ser evaluado. T0: No hay prueba de tumor primario. T1: Tumor de 0-2 cm. en su mayor dimensión sin extensión extraparenquimal* T2: Tumor de >2 cm. pero no más de 4 cm. en su mayor dimensión sin extensión extraparenquimal* T3: Tumor tiene >4 cm. o extensión extraparenquimal* T4a: Tumor infiltra la piel, mandíbula, canal del oído, el nervio facial o ambos. T4b: Tumor infiltra la base del cráneo o los platos pterigoides o envuelve la arteria carótida o ambos.
<b>Ganglios linfáticos regionales (N)</b> NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales N0: No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, 3 cm. en mayor dimensión N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, >3 cm. pero menor 6 cm. en su mayor dimensión o en ganglios linfáticos ipsilaterales múltiples, 6 cm. en su mayor dimensión o en ganglios linfáticos bilaterales o contra laterales, 6 cm. en su mayor dimensión N2a: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, >3 cm. pero menor 6 cm. en su mayor dimensión N2b: Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales múltiples, de 6 cm. en su mayor dimensión N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contra laterales, 6 cm. en su mayor dimensión N3: Metástasis en un ganglio linfático >6 cm. en su mayor dimensión.
<b>Metástasis a distancia (M)</b> MX: No se puede evaluar la presencia de metástasis a distancia M0: No hay metástasis a distancia M1: Presencia de metástasis a distancia

**ESTADIAJE TUMORES DE G. SALIVARES**

ESTADIO I	T 1	N 0	M0
ESTADIO II	T2	N 0	M0
ESTADIO III	T3	N0	Mo
	T3	N1	Mo
	T 1-2	N 1	M0
ESTADIO IVA	T4 a	N 0	M0
	T4 a	N 1	M0
	T 1-4	N2	M0
ESTADIO IVB	T4 b	any N	M0
	any T	N 3	M0
ESTADIO IV C	any T	any N	M1

Anexo3.  
Clasificación histológica (OMS) 1992.

<b>clasificación histológica (OMS)</b>
<b>ADENOMAS</b>
<b>Adenoma Pleomorfo</b> Tumor de Warthin Oncocitoma Adenoma de Clas. Basales Mioepitelioma <b>Sialadenoma Papilífero</b> Adenoma Sebáceo <b>Cistoadenoma</b> Papiloma Ductal Coristoma
<b>CARCINOMAS</b>
<b>Ca. Mucoepidermoide</b> Ca. Adenoide Quístico Ca. de Clas. Acinares Tumor Mixto Malignizado <b>Adenocarcinoma</b> Ca. de Clas. Escamosas Ca. Indiferenciado Adenocarcinoma de Clas. Basales Ca. Sebáceo Ca. Epitelial-Mioepitelial Adenocarcinoma Mucinoso Ca. de Clas. Pequeñas Ca. Oncocítico Otros Carcinomas
<b>LESIONES PSEUDOTUMORALES</b>
<b>Sialadenosis</b> Oncocitosis Sialometaplasia Necrotizante Quistes de gl. Salivar <b>Lesión Linfoepitelial Benigna</b> Hiperplasia Linfoide Quística Sialadenitis Crónica Esclerosante
<b>OTROS TUMORES</b>
<b>Tumores No Epiteliales</b> Linfomas Tumores No Clasificados <b>Metástasis</b>

## NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS MADRES QUE DEMANDAN ATENCIÓN DE URGENCIA PARA SUS HIJOS EN LA EMERGENCIA DE LA CLÍNICA INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL.

\*Ricardo N. Ravelo D, \*Rodolfo Minier, \*Ángela Arias, \*Marssiell A. Quiroz M,  
\*Bicaris M. Montero, \*Francisco M. Cuevas Montero.\*

### RESUMEN

Durante las dos primeras semanas de septiembre, se llevó a cabo un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una encuesta entrevista epidemiológica transversal dirigida a madres que acudieron en demanda de atención de urgencia para sus hijos en la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

La indagación a usuarias se basó en opiniones sobre servicios prestados en la emergencia y evaluación de la calidad de atención médica. Fueron entrevistadas 160 madres. El nivel de satisfacción fue bajo influyendo muy particularmente el nivel de instrucción, la accesibilidad geográfica y temporal así como la edad de las usuarias. El 59 por ciento tardó 3 o más horas para llegar a la emergencia y 22 por ciento esperó más de 3 horas para ser atendida por el médico.

El trato recibido fue catalogado como malo por el 25 por ciento de las usuarias cuando se trataba de los empleados de la recepción; 14 por ciento, cuando se trataba del médico; 12 por ciento, cuando se trataba de la enfermera.

El 96 por ciento de las madres que fueron atendidas en la emergencia no pudieron explicar todo lo que quisieron a los médicos y sólo 9 por ciento entendió excelentemente la forma de cómo administrar los medicamentos explicada por los médicos.

En general, 4 por ciento de las usuarias califican el servicio de emergencia excelente; 25 por ciento bueno; 44 por ciento, regular; 26 por ciento.

**Palabras claves:** Nivel de satisfacción, Madres, Urgencias, Hospital Infantil.

### ABSTRACT

During the two first weeks of September, a prospective study was carried out and descriptive that was developed through a survey it interviews cross-sectional epidemiologist directed to mothers who went in demand of attention of urgency for their children in the emergency of infantile clinic Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, Dominican Republic.

The investigation to users was based on opinions on served

in the emergency and evaluation of the quality of medical attention. 160 mothers were interviewed. The satisfaction level was under influencing very particularly the instruction level, temporary the geographic accessibility and as well as the age of the users: The 59 percent took 3 or more hours to arrive at the emergency and 22 percents it hoped more than 3 hours to be taken care of by the doctor.

The received treatment was catalogued like bad by the 25 percent of the users when it was the employees of the reception; 14 percents, when one was the doctor; 12 percents, when one was the nurse.

The 96 percent of the mothers who were taken care of in the emergency could not explain everything what they loved the doctors and only 9 percents excellently understood the form of how administering medicines explained by the doctors.

In general, 4 percents of the power users the service of excellent emergency; 25 good percents; 44 percents, to regulate; 26 percents, bad and, 1 percent, like very bad.

**Key words:** Satisfaction level, mothers, emergency, children's hospital.

### INTRODUCCIÓN

La utilización de los servicios de salud es una interacción entre consumidores y profesionales. Es una conducta compleja determinada por una amplia variedad de factores. La interacción entre los profesionales de la salud y sus pacientes no ocurre dentro de un vacío sino dentro de una organización que está a su vez rodeada y modificada por factores sociales y culturales. Por lo tanto, la utilización de los servicios de salud se ve influenciada por elementos socioculturales y de organización, así como por factores relativos al consumidor y relativos a los profesionales de la salud. Si bien estas categorías son estudiadas como entidades independientes, se debe tener en cuenta que a menudo son inseparables.<sup>1</sup>

Como ya se ha señalado, la utilización de los servicios resulta de una interacción entre consumidores y profesionales de la salud dentro de una organización social. Muchas de las características y atributos de los usuarios están relacionados con su utilización. El nivel de enfermedad o necesidad de atención médica es sin duda uno solo. El grado de satisfacción del usuario representa un

\* Médico general



papel relevante a la hora de acudir en demanda de atención a un hospital, además de muchos otros factores: necesidad de atención al nivel de movilidad, los síntomas percibidos de enfermedad, la limitación crónica de la actividad, y el diagnóstico, la percepción de la enfermedad o de la probabilidad de que ocurra es casi siempre un factor necesario (aunque no suficiente) para la utilización de los servicios de salud. <sup>2</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una encuesta entrevista epidemiológica transversal dirigida a madres que acudieron en demanda de atención de urgencia para sus hijos en la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

El estudio tuvo como escenario geográfico la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Para cumplir con los propósitos de la encuesta, se definió como población de interés a todas las madres que acudieron a la emergencia en las dos primeras semanas de septiembre del 2006.

Se incluyó toda madre que para el momento del estudio cumplía con los siguientes requisitos:

- Haber acudido a la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral en demanda de atención de urgencia.
- Haber acudido en las dos primeras semanas de septiembre en el horario de 8:00 am a 4:00 pm.
- Aprobar su participación en la entrevista, luego de consentimiento informado.

## RESULTADOS

Fueron entrevistadas 160 madres de niños que acudieron en demanda de atención de urgencia a la emergencia del hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

En el cuadro uno vemos la distribución de edad según el nivel de satisfacción, en el cual podemos observar que cuatro madres menores de 20 años de edad nos informaron que el servicio recibido fue malo para un 9.5 por ciento, mientras tanto 18 madres que tenían entre 20-24 años de edad nos informaron que el servicio fue de buena calidad.(Cuadro I).

(Cuadro I). Distribución de los grupos de edades según el nivel de satisfacción de las madres que demandan atención de urgencia para sus hijos en la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Septiembre, 2006.

Edad años	Exce-lente	%	Bueno	%	Reg-ular	%	Malo	%
< 20	1	8.1	3	8.1	2	8.1	4	8.1
20-24	3	44.3	18	44.3	29	44.3	24	44.3
25-29	2	20.1	6	20.1	16	20.1	7	20.1
30-34	1	27.5	11	27.5	24	27.5	9	27.5
Total	7	100	38	100	71	100	44	100

Cuadro II. Edad promedio de las madres que demanda Atención de urgencia para sus hijos en la emergencia de la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Septiembre, 2006.

Edad (años)	Cantidad	%
< 20	23	8.1
20-24	71	44.3
25-29	32	20.1
30-34	44	27.5
Total	160	100.0

En el Cuadro II, se presenta la distribución de las madres entrevistadas según edad. Como se puede observar, la mayor parte tenía edad entre 20-24 años (71, 44.3%), mientras que la proporción de adolescentes fue de 23 (8.1%).

Cerca de tres cuartas partes (68.7%) de las madres entrevistadas que demandaron atención a la emergencia del hospital, procedía de la zona urbana.

EL grado académico de las madres entrevistadas nos dio como resultado que 26.8 por ciento de las madres eran analfabetas; 40.0 por ciento, pertenecía al nivel primario.

El trato recibido por los por las madres de parte de los empleados en la recepción de emergencia fue catalogado como malo 25.1 por ciento de ellas.

Cuadro III.

Valoración del trato recibido por los médicos a las madres que demandan atención para sus hijos en la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Septiembre, 2006.

Valoración del trato recibido los médicos en la emergencia.	Cantidad	%
Bueno	75	46.8
Regular	63	39.4
Malo	22	13.7
Total	160	100.0

Sobre el trato recibido por el médico tratante, 39.4 por ciento de las encuestadas, lo definió regular, y 13.8 por ciento, informo que fue malo (Cuadro III).

La atención de enfermería fue catalogada como regular 45.6 por ciento de las entrevistadas, 11.8 por ciento, la definió como mala.

Esta investigación demostró que el 96.3 por ciento de las madres que fueron atendidas en la emergencia no pudieron explicar todo lo que quisieron a los médicos.

En cuanto a la información que recibieron sobre la administración de los medicamentos el (8.7%) considero que entendieron excelentemente la forma de cómo administrar los medicamentos, el (46.2%) lo considero como bueno, el (28.7%) respondió que fue regular y un (16.3%) dijo que fue malo.

Los datos obtenidos demuestran que 66.8 por ciento de las madres que asistieron a la emergencia dijo que sí volvería a la emergencia del hospital, mientras que 33.2 por ciento, dijo no.

Cuadro IV. Como califican el servicio las madres que demandan atención para sus hijos en la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Septiembre, 2006.

Calificación	Cantidad	%
Excelente	7	4.5
Bueno	38	23.7
Regular	71	44.3
Malo	44	27.5
Total	160	100.0

En el cuadro IV. Muestra que 44.3 por ciento de las madres califican el servicio como regular; 23.7 por ciento, lo califica como bueno; mientras 4.5 por ciento, lo califica como excelente.

## DISCUSIÓN

La investigación realizada permitió conocer el nivel de satisfacción de las madres que demandaron atención de urgencia para sus hijos a la emergencia de la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. La indagación a usuarias de la obra social que desarrolla la clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral se basó en opiniones sobre servicios prestados en la emergencia y evaluación de la calidad de atención médica. En general, el nivel de satisfacción fue bajo y los factores más frecuentemente asociados a este bajo nivel fueron entre otros: EL grado académico, donde 27 por ciento de las madres entrevistadas era analfabetas, porcentaje superior al reportado a nivel nacional por la Secretaría de Educación que corresponde a 23 por ciento.

El trato recibido por las madres de parte de los empleados en la recepción de emergencia fue catalogado como malo 25 por ciento de ellas.

Por otra parte, y analizando el trato recibido por el médico tratante, 39 por ciento de las encuestadas, lo definió regular, y 14 por ciento, informo que fue malo. En el estudio publicado en Archivos Dominicanos de Pediatría en 1997,<sup>41</sup> se reportó un trato malo en apenas 5 por ciento, lo que refleja un deterioro de 9 por ciento en el trato dispensado por los médicos a las usuarias. En el caso de enfermería, 12 por ciento, de las usuarias, definió el trato como malo. Por su parte, el nivel de respeto mostrado por parte del personal de salud hacia las usuarias fue calificado como bueno para un (86%), sin embargo, el 14 por ciento lo calificó de malo.

En general, sobre la atención que se le dio en la emergencia,

73 por ciento de las madres entrevistadas calificó el servicio que variaba de como regular (25%), bueno (4%), excelente (1%); mientras que para el 26 por ciento era malo y para el 1 por ciento, muy malo. Se deben emprender acciones para mejorar este aspecto, dado que si lo comparamos que los resultados obtenidos en la consulta externa del mismo hospital para el 1997,<sup>41</sup> se observa un deterioro de 22 por ciento.

## REFERENCIAS

1. Pinillo-León R, Cabrea-Grullón C, Alonzo-Almánzar D, Galbarro-Antesana R. La calidad de la atención son derechos del paciente 2004. Rev Méd Boliv; 28(1): 9-19.
2. Arredondo-A. Factores asociados a la productividad mdica2003. Ediciones Méd. Salud; 29(2):174-178.
3. Maurice V y Ropper Bioética, temas y perspectivas, 6<sup>a</sup> ed, Bogota (Colombia): Editora quebecor Word Bogota S.A; 2004: 243-245.
4. Henríquez-Pérez MJ, Henríquez-Jiménez OA, MENA-Castro E y Aybar F. Estado actual de la humanización de la práctica médica en el hospital Robert Reid Cabral. Estudio comparativo. Arch Dom Ped 1997; 33(2): 31.42.
5. Pimentel RD. *La gestión hospitalaria para el personal de salud*. Santo Domingo (Rep Dom): Mediabyte, SA, 2006.
6. Barreto R. Las relaciones profesionales e institucionales2002.Rev. Med Priv; 10(2): 39-45.
7. Mellano P. EL médico interactivo AMI 1998; 2(1). Disponible en : <http://www.medynet.com/elmédico/informes/index.htm>
8. Bargiela CA, SMIBA 1999; 2. Disponible en:[http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad\\_de\\_vida#searchInput#searchInput](http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida#searchInput#searchInput)
9. Magri P. EL médico de hoy AMI 2004; 21(1). Disponible en : <http://www.ugt.es/comunicados/2006/julio/julio2006.htm>
10. Nolasco P. EL médico en latino América AMI 2000; 31(1). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/médico-paciente/médico-paciente.shtml#auton>
11. Vélez-Correa A. Ética Médica, 2<sup>a</sup> ed; Bogotá (Colombia): Editora Servigráfica S.A; 1994: 200-203.
12. Siliceo A. Capacitación y desarrollo del personal, 2<sup>a</sup> ed; D.F. (México): Editorial Noriega S.A; 1989: 233-234.

## COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CENTRO DEL SEGURO MÉDICO PARA MAESTROS (SEMMA) SANTO DOMINGO.

*Agustín Méndez A., Cesar Reyes Ferreira, José Elías Duran, Pedro Báez, Rubén Darío Pimentel.*

### RESUMEN

Realizamos un estudio retrospectivo sobre colecistectomía laparoscópica en Pacientes que asistieron al Centro del Seguro médico para Maestros (SEMMA) Santo Domingo en el periodo 2001-2005.

La investigación se realizó mediante revisión y comprobación de la colecistectomía laparoscópica, se recolectaron datos de 204 pacientes tomando en cuenta el sexo, edad, procedencia, motivo de consulta, método de diagnóstico por imágenes, antecedentes patológicos personales, antecedentes quirúrgicos, hallazgos transoperatorios, si recibieron o no profilaxis antibiótica, el tiempo operatorio, las complicaciones, estancia hospitalaria y diagnóstico de egreso.

Los hallazgos más significativos demostraron; que de 6,865 procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo 2001-2005, el 3.0 por ciento correspondió a los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el mismo periodo de tiempo, el 77 por ciento de pacientes fueron del sexo femenino, el grupo etareo mas colecistectomizados fueron mayores de 40 años representados con un 29.0 por ciento específicamente entre los 50-59 años, la procedencia se observó un mayor número de pacientes del sector urbano en 64 por ciento de los casos, el motivo de consulta dolor en hipocondrio derecho con o sin nauseas represento el 60.0 por ciento, el método diagnóstico más utilizado correspondió a la ultrasonografía con una frecuencia de 93.6 por ciento, en los antecedentes personales patológicos se reporto 18.0 por ciento con hipertensión y un 34.0 por ciento con ninguno, con respecto a los antecedentes quirúrgicos se reporto 54.9 por ciento con abdomen bajo y 44.1 por ciento ninguno, en cuanto a los hallazgos transoperatorios; vesícula biliar con cambio inflamatorio crónico / con múltiples cálculos represento un 41.0 por ciento en cuanto a la vesícula biliar con cambio inflamatorio crónico solo un 38.0 por ciento. Por otro lado se observo que en un 76 por ciento de los casos no recibieron a la profilaxis antibiótica en el transoperatorio y no presentaron complicaciones. El manejo del tiempo operatorio fue en el 88 por ciento de los pacientes menos de 60 minutos. Los contratiempos en el transoperatorio fueron representados en el 94.0 por ciento de los casos por ninguno y un 4.0 por ciento por

ruptura espontánea de la vesícula. La estancia hospitalaria fue representada en 97 por ciento que solo permaneció menos de 2 días. En cuanto que el diagnóstico de egreso más significativo estuvo representado por colecistitis crónica por colelitiasis en un 68 por ciento.

Se sugiere comunicar los resultados a las autoridades correspondientes así como a la escuela de medicina para que se tomen las medidas en cuanto a la implementación de esta técnica como método quirúrgico en las afecciones de la vesícula biliar, así como la publicación de los hallazgos en un artículo científico de circulación local y/o internacional.

### ABSTRACT

A retrospective study was performed about laparoscopic cholecystectomy in patients attended at the Medical Center for professors (SEMMA) Santo Domingo between the periods of 2001-2005.

The investigation was performed through the revision and evidence of the laparoscopic cholecystectomy, information about 204 patients was collected regarding the sex, age, origin, consulting motive, diagnostic image methods, personal pathologic precedents, surgical antecedents, transoperative findings, whether they received or not antibiotic prophylaxis, the surgical timing, complications, hospital stay and departure diagnostic.

The most significant findings demonstrated that; 77 percent of the patients were females, the highest origin belonged to urban patients for a 64 percent, and the most used diagnostic method corresponded to the ultrasonography with a frequency of 93.6 percent. On the other hand we observed that 76 percent of the cases didn't receive the antibiotic prophylaxis. The management of surgical timing in 80 percent of the patients was less than 60 minutes. The hospital stay was represented in 97 percent that stayed less than 2 days. The most significant departure diagnostic was represented by cholelithiasis with 68 percent.

It is suggested to communicate these results to the correspondents authorities as well as Medicine School to take measures for the implementation of this technic as the surgical method in the affections of the gall bladder, as well as the publications of the findings in a scientific article of a local and or international circulating magazine.

\* Medicos generales

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente del 15 al 20 por ciento de la población presenta o presentará patologías en relación con la vía biliar en sus distintas formas. Existen numerosas patologías biliares tanto benignas como malignas que conducen a una extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía).

La colecistectomía es una de las operaciones que se practica con mayor frecuencia. Parecía que su técnica quirúrgica había alcanzado un estándar muy difícil de superar. Sin embargo, el arte y la ciencia de la cirugía han experimentado un desarrollo sustancial en los últimos años; el progreso en las áreas cibernéticas, imágenes de video e instrumentación han hecho posible estos avances.

La creación del video cirugía y el desarrollo de la laparoscopia es un hecho considerado como la tercera revolución en cirugía, después de la anestesia y la era de los antibióticos. Esta revolución de cirugía mínimamente invasiva o laparoscópica se ha expandido y desarrollado en los últimos 20 años internacionalmente, la cual surge como respuesta a la necesidad de procedimientos quirúrgicos menos invasivos, en busca de mejores resultados que se manifiesten en mayor sobrevida, menos complicaciones y un retorno rápido a la actividad y vida productiva del paciente.

Desde los primeros pasos de la laparoscopia, introducida en su forma exploratoria por Heinz Kalk en 1929, pasando por la primera colecistectomía laparoscópica efectuada por Mühe en 1985, hasta la práctica quirúrgica actual en los países desarrollados, se ha establecido como la alternativa de elección, tanto en procedimientos electivos como de urgencia, llegando a efectuarse en un 95 por ciento de las colecistectomías.

En el ámbito latinoamericano, fue el venezolano Dr. Luis Ayala en realizar la primera colecistectomía laparoscópica.

El primer curso formal de Colecistectomía Laparoscópica para cirujanos generales en América Latina se llevó a cabo en Hospital ABC de la ciudad de México, los días 9,10 y 11 de Agosto de 1990, organizado por la asociación médica del propio hospital y el capítulo de México del *American College of Surgeons*.

El Dr. Moisés Jacob, cirujano de origen cubano residente en Miami, fungió como profesor del curso, actividad que realizó en numerosos países de la región latinoamericana. El primer procedimiento quirúrgico de este tipo fue realizado en nuestro país el 22 de diciembre del 1990 por el Dr. Abel R. González, en Santo Domingo en el centro médico Dr. Abel González.

De esta manera se inició la era de la Colecistectomía laparoscópica en Europa, Estados Unidos y América latina que en corto tiempo revolucionaría la práctica de la cirugía general en todo el mundo.

### Antecedentes

En un estudio realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello 2001-2004 de pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Sustentada por Dr. Guillermo Carmona Grillo. Análisis de 234 casos, se presentan resultados de la técnica empleada en la colecistectomía laparoscópica.

Se revisó retrospectivamente una serie de 2421 historias clínicas de pacientes intervenidos, analizándose 234 casos. Se constataron los datos de distintas variables y se les compararon con los resultados de publicaciones similares, calcularon promedios, porcentajes y frecuencias en cada una de ellas, obteniendo como resultados: la edad promedio fue de 48 años, las mujeres fueron colecistectomizadas en un 70.22 por ciento, la categorización ASA I fue hallada en un 82 por ciento, el hallazgo ecográfico más frecuente fue litiasis vesicular múltiple, el hallazgo intraoperatorio más frecuente fue litiasis vesicular no complicada, el tiempo quirúrgico promedio fue de una hora y media y la estadía hospitalaria fue de más o menos 2 días. Las complicaciones quirúrgicas y la tasa de conversión a cirugía abierta no fueron representativas.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó todas las colecistectomías laparoscópicas realizadas entre marzo de 1993 y mayo de 1999, en el Hospital Manuel Uribe Ángel, de Envigado República de Colombia. Se practicaron 898 procedimientos y se describieron los datos de 739. En el 76 por ciento la colecistectomías laparoscópicas fueron realizadas en mujeres, y el promedio de edad fue de 42.5 años. La colelitiasis no complicada 90.9 por ciento y la colecistitis aguda calculosa 6.8 por ciento se describieron como las indicaciones más frecuentes de colecistectomías laparoscópicas.

El porcentaje de conversión fue del 2.6 por ciento; para el sexo femenino fue de 1.8 por ciento, y para el masculino 0.8 por ciento.

Así mismo para la colelitiasis no complicada fue del 1.9 por ciento, y para la colecistitis aguda calculosa, de 8.0 por ciento. La edad y la clasificación de ASA no fueron factores de riesgo de conversión. Se presentaron complicaciones mayores en el 3.8 por ciento de los pacientes, siendo la hemorragia la más importante en el 1.2 por ciento. En el 0.5 por ciento de los pacientes se produjo lesión de la vía biliar. El 4.5 por ciento presentó complicaciones menores; la infección del puerto umbilical fue la más frecuente en un 3.8 por ciento de los pacientes. El procedimiento se realizó ambulatoriamente en el 75.4 por ciento de los pacientes y sólo se encontró la clasificación de ASA como un factor de riesgo para dicho procedimiento.

Los estudios realizados han sido la base sobre la cual hemos formulado nuestras ideas y conocimientos para atrevernos a realizar este tipo de estudio en el Centro del Seguro Médico para Maestros (SEMMA) Santo Domingo sobre Colecistectomía Laparoscópica.

### Justificación

Durante el transcurso de los años se han realizado en el Centro del Seguro Médico para Maestros (SEMMA) Santo Domingo numerosas Colecistectomías de tipo laparoscópica mostrando buenos resultados.

En esta investigación, poniendo especial énfasis a las características epidemiológicas de la población y en la técnica quirúrgica, tanto en su curso considerado normal, como

ante la presencia de alguna complicación. Se aprecia que los diferentes parámetros a ser analizados en una población atendida en el Centro Médico SEMMA Santo Domingo 2001-2005, podrían aportar datos complementarios.

La razón que nos lleva a realizar esta investigación, es la inquietud de valorar, si la laparoscopia es la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de emergencia y/o electivo de las afecciones de la vesícula biliar, y de esta forma relacionar los beneficios y/o perjuicios de este procedimiento, con los estudios ya realizados y nuestra investigación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio retrospectivo que se desarrolló a través de la revisión de expedientes clínicos correspondientes a pacientes que fueron sometidos a colecistectomía en el Centro Médico SEMMA Santo Domingo, durante el periodo comprendido del 2001 al 2005 (anexo XIII.1.: Cronograma).

### Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico al Centro Médico SEMMA Santo Domingo. Este centro de salud se encuentra en la parte Sur del Distrito Nacional, en el sector de Gazcue. Está delimitado, al Norte la calle Josefá Perdomo; al Este, por la José Joaquín Pérez; al Oeste, por la Hermanos Deligne y al Sur, por la calle Santiago. Es un centro de Salud de características privadas, destinado a ofrecer atención, a los profesores afiliados el Seguro Médico de los Maestros.

### Universo y muestra

De los archivos del Centro Médico SEMMA Santo Domingo se seleccionaron 204 pacientes que fueron sometidos a la colecistectomía laparoscópica en el periodo 2001-2005, los cuales padecían afecciones del árbol biliar.

De los 204 registros de los pacientes se agruparon de acuerdo al sexo, a la edad, motivo de consulta, procedencia, método de diagnóstico por imágenes, antecedentes personales patológicos, antecedentes quirúrgicos, hallazgos transoperatorio, si recibieron profilaxis antibiótica, tiempo quirúrgico, presencia de complicaciones, tiempo de estancia hospitalaria, así como el diagnóstico de egreso.

### Criterios inclusión

Se incluyeron todos los expedientes que para el momento del estudio cumplieron con los siguientes requisitos:

1. Estar localizable en la fecha de llenado del formulario de recolección de los datos.
2. El expediente clínico debe estar completo.
3. Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el periodo 2001-2005.
4. Pacientes >18 años
5. Pacientes de ambos sexos

### Criterios de exclusión

1. Pacientes < 18 años.
2. Pacientes embarazadas.
3. Pacientes sometidos a colecistectomía abierta o convencional de inicio.
4. Todo expediente clínico en el que faltaba uno o más criterios de inclusión fue excluido.

### Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información se diseñó un formulario estandarizado, con aportaciones de los sustentantes y de los asesores.

El formulario está elaborado en formato 8½ X 11, contiene un total de 46 preguntas, 20 cerradas y 20 abiertas. Contiene, además de los datos sociodemográficos de los pacientes, tales como edad, sexo, procedencia; así como preguntas relacionadas con el procedimiento (anexo XIII.3.2: Instrumento de recolección de la información).

### Procedimiento

Previo al inicio del estudio se realizó una prueba piloto en 20 expedientes clínicos con fines de entrenamiento en la revisión de los expedientes para el llenado y codificación de los formularios.

La localización de los expedientes clínicos se inició en los libros de registro de sala de cirugía, así como en los libros de registro del Departamento de cirugía del Centro Médico SEMMA Santo Domingo. Una vez localizado el número de expediente clínico, se procedió a la identificación de los expedientes clínicos en el área de archivo y registro médico.

El llenado de los formularios fue desarrollado por los sustentantes, estudiantes de último año de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), los que además, se encargaron de la recopilación de los datos en base al formulario estandarizado aplicado a los expedientes clínicos. La revisión y llenado de formularios se llevó a cabo durante el mes de Mayo del 2007 (anexo XIII.3.2: Cronograma).

### Tabulación y análisis

Para la tabulación de los datos se utilizó programas de computadora *Microsoft Word: Epi-Info™ Community Health Assessment Tutorial Document versión 2,0 Publishd october, 2005*.

Las informaciones obtenidas a partir del presente estudio, fueron estudiadas en primer lugar como hechos epidemiológicos. Se calcularon las proporciones simples.

### Principios éticos

En el Centro Médico SEMMA Santo Domingo, existe la norma de que todo paciente que se ingresa, debe llenar un formulario de consentimiento informado. Los nombres de los pacientes colecistectomizados participantes en el estudio, no se divulgarán.

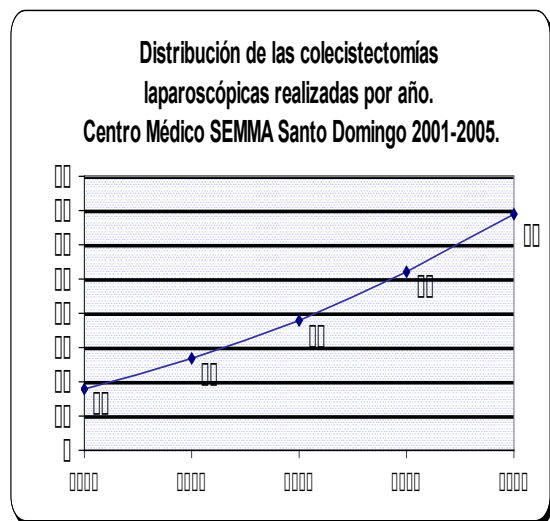
**RESULTADOS**

Cuadro I.

Distribución de las cirugías según cantidad realizadas. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Cirugías realizadas	frecuencia	Por ciento
Otras cirugías realizadas en el periodo 2001-2005	6,661	97.0 por ciento
Colecistectomías Laparoscópicas realizadas en el periodo 2001-2005	204	3.0 por ciento
<b>Total</b>	<b>6,865</b>	<b>100.0 por ciento</b>

Grafico I.



Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro II.

Distribución de los pacientes estudiados según sexo. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Sexo	Frecuencia	Por ciento
Femenino	158	77,0
Masculino	46	23,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro III.

Distribución de los pacientes estudiados según edad. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Edad (años)	Frecuencia	Por ciento
< 20	8	4,0
20-29	23	11,0
30-39	23	11,0
40-49	51	25,0
50-59	59	29,0
>60	40	20,0
<b>Total Z</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro IV.

Distribución de los pacientes estudiados según procedencia. Centro Médico SEMMA Santo Domingo 2001-2005.

Procedencia	Frecuencia	Por ciento
Urbano	130	64,0
Rural	74	36,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro V.

Distribución de los pacientes estudiados, según su motivo de consulta. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Motivo de consulta	Frecuencia	Por ciento
Dolor hipocondrio derecho	60	29,0
Dolor hipocondrio derecho/nauseas	60	29,0
Dolor abdominal	20	10,0
Epigastralgia	14	7,0
Dolor abdominal/nauseas	10	4,0
Dolor abdominal/pirosis	6	3,0
Dolor hipocondrio derecho/intolerancia a las grasas	6	3,0
Dolor hipocondrio derecho /ictericia	4	2,0
Nauseas/vomito	4	2,0
Epigastralgia/ Nauseas	4	2,0
Cólico biliar	2	1,0
Dolor hipocondrio derecho /vomito	2	1,0
Dolor hipocondrio derecho /dispepsia	2	1,0
Dolor hipocondrio derecho /pirosis	2	1,0
Dolor hipocondrio derecho fiebre	2	1,0
Dolor hipocondrio derecho/epigastralgia	2	1,0
Epigastralgia/pirosis	2	1,0
Dolor abdominal a la palpación profunda/vomito	2	1,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro VI.

Distribución de los pacientes estudiados por antecedentes personales patológicos. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Antecedentes personales	Frecuencia	Por ciento
Ninguno	70	34,0
Hipertensión	38	18,0
Obesidad	18	9,0
Alcohol	10	5,0
Patología hepática	8	4,0
Diabetes mellitus	8	4,0
Hipertensión/ Diabetes mellitus	8	4,0
Hipertensión/ Obeso	8	4,0
Tabaco	6	3,0
Hipertensión/Tabaco	6	3,0
Hipertensión/ Diabetes/ Obeso/ Hernia	4	2,0
Tabaco/ Patología Hepática/ Hernia	4	2,0
Diabetes/ Hernia	2	1,0
Obeso/ Hernia	2	1,0
Patología Hepática/ Tabaco	2	1,0
Hipertensión/ Hernia	2	1,0
Hipertensión/ Patología Hepática/ Obeso	2	1,0
Alteración de la coagulación	2	1,0
Hipertensión/ Diabetes/ Obeso/ Tabaco/ Alcohol	2	1,0
Hipertensión/ Diabetes/ Hernia/ Tabaco	2	1,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro.VII.

Distribución de los pacientes estudiados por método de diagnóstico por imágenes Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Método diagnóstico por imágenes	Frecuencia	Por ciento
Ultrasonografía	191	93.6
No Realizado	12	5.4
Tomografía abdominal con contraste	1	0,4
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro VIII.

Distribución de los pacientes estudiados por antecedentes quirúrgicos. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Antecedente quirúrgico	Frecuencia	Por ciento
<b>Abdomen bajo</b>	<b>112</b>	<b>54,9</b>
<b>Ninguno</b>	<b>90</b>	<b>44,1</b>
<b>Abdomen alto/ abdomen bajo</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro IX.

Distribución porcentual de los pacientes por hallazgos Transoperatorio Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Hallazgos transoperatorio	Frecuencia	Por ciento
<b>Vesícula biliar con cambio inflamatorio crónico/ con múltiples cálculos</b>	<b>84</b>	<b>41,0</b>
<b>Vesícula biliar con cambio inflamatorio crónico</b>	<b>78</b>	<b>38,0</b>
<b>Vesícula biliar con cambio inflamatorio agudo</b>	<b>18</b>	<b>8,8</b>
<b>Vesícula biliar con cambio inflamatorio crónico/ Adherencia vesicular</b>	<b>12</b>	<b>6,0</b>
<b>Adherencia vesicular/ cálculos</b>	<b>10</b>	<b>4,9</b>
<b>Ninguno</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro X.

Distribución de los pacientes estudiados por profilaxis antibiótica. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Profilaxis Antibiótica	Frecuencia	Por ciento
<b>No</b>	<b>156</b>	<b>76,0</b>
<b>Si</b>	<b>48</b>	<b>24,0</b>
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro XI.

Distribución porcentual de los pacientes por tiempo operatorio. Centro Médico SEMMA Santo Domingo 2001-2005.

Tiempo operatorio (minutos)	Frecuencia	Por ciento
<60	180	88,0
61-120	22	11,0
>121	2	1,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro XII.

Distribución de los pacientes estudiados por contratiempos en el transoperatorio. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Contratiempo	Frecuencia	Por ciento
Ninguna	192	94,0
Drenaje calculo en la cavidad abdominal	2	1,0
Perforación de la vesícula	2	1,0
Ruptura espontánea de la vesícula	8	4,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

Cuadro XIII.

Distribución de los pacientes estudiados por estancia hospitalaria. Centro Médico SEMMA Santo Domingo, 2001-2005.

Estancia hospitalaria (días)	Frecuencia	Por ciento
< 2	198	97,0
3 a 5	6	3,0
> 7	0	0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo

Cuadro XIV.

Distribución de los pacientes estudiados por diagnóstico de egreso Centro Médico SEMMA Santo Domingo 2001-2005.

Diagnóstico de egreso	Frecuencia	Por ciento
Colecistitis crónica por Colelitiasis	138	68,0
Colecistitis crónica	50	24,0
Colecistitis aguda	10	5,0
Vesícula en Porcelana	2	1,0
Pólipo vesicular	2	1,0
Colecistitis crónica/ Hepatitis B y C	2	1,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Archivos del SEMMA Santo Domingo.

## DISCUSIÓN

El presente estudio, llevado a cabo en el Centro Médico SEMMA Santo Domingo, durante el periodo 2001-2005, permite presentar la frecuencia de colecistectomía. Durante dicho periodo, se realizaron 204 colecistectomías laparoscópicas de un total de 6,865 cirugías realizadas; por lo que su frecuencia fue de 3.0 por ciento. Tradicionalmente, la colecistectomía laparoscópica es superior en el sexo femenino, esto debido a que coincidiendo con los diferentes reportes de la literatura médica, donde se afirma que la mayor proporción de colecistectomía laparoscópica se practica en el sexo femenino, en el presente estudio, más de tres cuartas partes (77,0%) de las colecistectomías laparoscópicas se hicieron a mujeres, es decir, que la relación mujer /hombre fue de 2,5: 1.

Fue a partir de los 40 años de edad donde la colecistectomía laparoscópica inició su incremento, observándose la mayor frecuencia de cerca de tres cuartas partes (74,0%), con una discreta mayoría (29,0%) en el grupo de 50-59 años. Los estudios consultados reportan que su presentación es más común por encima de los 50 años, coincidiendo con nuestro estudio. Por otra parte, la literatura informa que en los casos de cáncer avanzado se recomienda además el vaciamiento linfático del pedículo hepático e incluso una hepatectomía derecha; pero las posibilidades de curación son mínimas según las estadísticas de los diversos autores, por esta razón se recomienda practicar la colecistectomía en los pacientes mayores de 50 años con colelitiasis asintomática o con cuadro clínico; salvo los casos en que el riesgo operatorio sea muy alto ya sea por la edad o enfermedades intercurrentes.

Llama la atención que el 36,0 por ciento de los pacientes a los que se les practicó colecistectomía laparoscópica, procedía de la zona rural. Probablemente, haya influido el hecho de que el Centro Médico SEMMA Santo Domingo, es una institución para ofrecer servicio al seguro de los maestros de toda la geografía nacional.

En el 80,0 por ciento de los casos de colecistitis aguda existe historia previa de sintomatología vesicular, el cuadro agudo se presenta generalmente en forma brusca y en otros casos puede ser progresivo. El síntoma más común es el dolor intenso en el cuadrante superior derecho o en epigastrio con irradiación escapular en el 40,0 por ciento de los casos, se acompaña de náuseas y vómitos en el 85,0 por ciento de los casos. En el estudio llevado a cabo en el Centro Médico SEMMA Santo Domingo el motivo de consulta mayormente implicado en la realización de Colecistectomía Laparoscópica fue dolor en hipocondrio derecho acompañado o no de náuseas. En el caso de colecistectomía laparoscópica sólo el 29,0 por ciento tenía dolor en hipocondrio derecho y/o náuseas: Esta manifestación fue tres veces menor que la reportada en la literatura.

Al examen clínico se encontró dolor en hipocondrio derecho con hiperestesia y defensa muscular involuntaria; en algunos casos se palpó la vesícula y en otros la presencia de un plastrón vesicular después de varias horas. Aunque es común la presencia de fiebre con o sin escalofríos previos, en la experiencia de los 204 casos estudiados, apenas en 2 (1,0%)



se registró fiebre. La ictericia es relativamente poco frecuente, así como la coluria, generalmente se deben a edema u otra forma de obstrucción de las vías biliares. Nuestra casuística coincidió con esta información, apenas 4 (2,0%) de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica tenían ictericia, y en ninguno de los 204 casos se reportó coluria.

En 93,6 por ciento de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica se utilizó la ecografía como método diagnóstico previo, apenas en 0,5 por ciento, la Tomografía Axial computarizada, mientras que en 12 no se hizo ninguno de estos procedimientos. En este sentido la literatura médica reporta que el examen auxiliar más útil para el diagnóstico de colelitiasis es la ecografía o la tomografía axial computarizada, a falta de éstos puede ser útil la radiografía simple de abdomen e incluso una colangiografía endovenosa, estos estudios pueden demostrar cálculos radiopacos, presencia de gas en vesícula (infección por clostridium) o aire por la presencia de una fistula.<sup>18</sup>

La hipertensión arterial (35%), la diabetes mellitus (13%) y la obesidad (18%) fueron los antecedentes personales más frecuentemente relacionados a la litiasis y por tanto a la colecistectomía laparoscópica en los 204 pacientes que se incluyeron en el presente estudio. Estos antecedentes son comunes a los que se reportan en la literatura médica revisada con algunas diferencias, como es el caso de la hipertensión arterial, sin embargo, cuando se separa la hipertensión arterial de otros antecedentes entonces apenas representa 18, 0 por ciento.

Por su parte, los antecedentes quirúrgicos de cirugías del abdomen bajo alcanzó un (54,9%) y pacientes sin ningún antecedente quirúrgico con un (44,1%).

La vesícula biliar con cambios inflamatorios crónicos solo o asociado a múltiples cálculos y a adherencias (85,1%), fueron los hallazgos transoperatorios más frecuentemente reportados; en 8,8 por ciento, se reportó vesícula biliar con cambios inflamatorios agudos, sin embargo, en 1,0 por ciento no hubo reportes de la existencia de cambios.

Una ventaja de la colecistectomía laparoscópica es el reducido tiempo operatorio que se utiliza en comparación con otras modalidades. En el caso de los pacientes estudiados en el Centro Médico SEMMA, el tiempo operatorio fue menor de 60 minutos en 88,2 por ciento.

A pesar de que un 76,0 por ciento de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica no recibieron profilaxis antibiótica, la ocurrencia de complicaciones fue infrecuente (12/204): Drenaje biliar en la cavidad abdominal (6), ruptura espontánea de la vesícula (2), drenaje cálculo en la cavidad abdominal (2), perforación de la vesícula (2).

En la evolución de las colecistitis agudas pueden presentarse complicaciones como perforación en cavidad libre (peritonitis aguda) o perforación crónica al ser bloqueada, generalmente por epiplón con formación de abscesos subhepáticos o intrahepáticos. De las fistulas, las más frecuentes son al duodeno, le siguen con menos frecuencia al colon y al estómago; por las fistulas pueden pasar cálculos

desde la vesícula, si son de gran tamaño producen obstrucción al detenerse en la válvula ileocecal, cuando se trata de fistulas colecistoduodenales. Aunque en nuestro estudio no se presentaron es bueno recordar que las colangitis y pancreatitis se presentan con cierta frecuencia y se deben a obstrucción del colédoco terminal al migrar los cálculos.<sup>17</sup>

La etiología por cálculos de la colecistitis aguda llega al 95,0 por ciento de los casos, lo que podría explicar la frecuencia de colecistectomía laparoscópica en los pacientes estudiados. Aunque debe tenerse presente otras causas no litiasicas como: las infecciones, el reflujo del jugo pancreático a la vesícula, bridas y neoplasias; en los ancianos puede presentarse obstrucción de la arteria cística por esclerosis, produciendo la colecistitis aguda vascular con isquemia y necrosis.

La colecistitis crónica (92,0%) fue el diagnóstico de egreso más frecuente de los pacientes sometidos a colecistectomía Laparoscópica, sin embargo, 5,0 por ciento, correspondieron a colecistitis aguda.

Una ventaja confirmada en los reportes del presente estudio, fue el hecho de que el 97,0 por ciento tuvo una estancia hospitalaria de menos de dos días

## CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación sobre colecistectomía laparoscópica en el Centro Médico SEMMA Santo Domingo, en el periodo 2001-2005, podemos concluir diciendo:

1. La frecuencia de colecistectomía laparoscópica en el Centro Médico SEMMA Santo Domingo, durante el periodo 2001-2005 fue de 3.0 por ciento.
2. El sexo de mayor predominio fue el femenino.
3. La edad en que mayormente se hizo colecistectomía laparoscópica fue en mayores de 40 años, particularmente, en el grupo de 50-59 años.
4. La procedencia de mayor demanda de colecistectomía laparoscópica fue la urbana.
5. El motivo de consulta mayormente implicado en la realización de Colecistectomía Laparoscópica fue dolor en hipocondrio derecho y dolor en hipocondrio derecho acompañado de náuseas.
6. La sonografía abdominal fue el medio diagnóstico más frecuentemente utilizado para el diagnóstico de la litiasis
7. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad fueron los antecedentes personales más frecuentemente relacionados a la litiasis y por tanto a la colecistectomía laparoscópica.
8. Los antecedentes quirúrgicos estuvieron representados con cirugía de abdomen bajo.
9. Entre los hallazgos transoperatorios más frecuentes, se encontró la vesícula biliar con cambios inflamatorios crónicos y múltiples cálculos.
10. El tiempo operatorio de las colecistectomías laparoscópicas fue en su mayoría menor de sesenta minutos
11. Se observó un gran número de pacientes que

no recibieron profilaxis antibiótica durante el procedimiento y no obstante no presentaron complicaciones de riesgo.

12. El diagnóstico de egreso más frecuente estuvo representado por colecistitis crónica por colelitiasis.
13. La estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fue en su mayoría menor de dos días.

## REFERENCIAS

1. Department of surgery Washington University. Washington's Manual of surgery. 2. ed St. Louis, Missouri. Marban, 2001. 273-281.
2. Opus. cit. p.305-309.
3. Sánchez Sabando, Jaime: libro texto de cirugía. Sociedad ecuatoriana de cirugía. 2002 <http://www.médicosecuador.com/librosecng>
4. Benítez A, C; Morillo M; Veloz M. Exploración laparoscópica de las vías biliares. Rev.FAC. Ciencias Medicas (quito); Abril 1998.23 (1):18-9.
5. <http://encolombia.com/cirugia15No.1-00laparoscopia10.ht>.
6. Martín M, Ferrer G, Yuste E. et al. Resultados y consolidación de la colecistectomía laparoscópica en un Hospital General. Revista Cirugía Andaluza. 1996; VII: 27.Michans. 5ta Edición. Reimpresión – Buenos Aires. Editorial el ateneo, 1999.
7. Marín, Alberto: Técnica: La colecistectomía laparoscópica estándar. <http://drmarin.galeon.com/cctlap.htm>
8. Pérez Castro, José. Manual de cirugía laparoscópica. México, D.F. McGrawHill Interamericana, 1992. p.105-161
9. <http://cirugia.net/laparoscopia.htm>
10. <http://laparoscopy.com>
11. Rouviere, H.; Delmas, A. Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional. 10. ed Barcelona, España. Masson, 2002. p.406-412.
12. Moore, Keith L.; Dalley, Arthur F. Anatomía con orientación clínica. ed Madrid, España. Panamericana, 2002. 279-282.
13. Guyton, Arthur C.; Hall, John E. Tratado de fisiología médica. 10. ed México, D.F. McGraw Hill Interamericana, 2001. p.902-905.
14. Sadler, T.W. Langman: embriología médica. 7. ed México, D.F. Panamericana, 2000. p.239-240.
15. Leeson, Thomas S.; Leeson, C. Roland; Paparo, Anthony C. Texto Atlas de histología. México, D.F. McGraw Hill Interamericana, 1990. p.496-498
16. Gartner, Leslie P.; Hiatt, James L. Texto Atlas de Histología. 2. ed México, D.F. McGraw-Hill Interamericana, 2002. p.412-414.
17. Robbins SL, et al. Robbins: Manual de patología estructural y funcional. 6. ed Madrid, España. McGraw Hill Interamericana, 1999. p.882-940
18. Kasper DL, et al. Harrison's principles of internal medicine. ed New York, USA. McGraw Hill, 2005. p.1880-1890.
19. Sabiston D. Tratado de patología quirúrgica. 15. ed México, D.F. McGrawHill Interamericana, 1999. p.851-862 Vol. I
20. [http://www.tuotromédico.com/temas/intervencion de vesícula](http://www.tuotromédico.com/temas/intervencion_de_vesicula)
21. Schwartz S, et al. Principios de cirugía. 7. ed. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana, 2000. Vol. II.
22. Muhe E. die ersie cholecystectomie durch daas laparoskop.Langgenbecks Arch Klin Chir. 1986; 369:804.
23. <http://med.unne.edu.ar/revista/revista134/colelapa.htm>.
24. <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualcirugia/indice.htm>
25. Bemard HR, Hartman TW. Complications after laparoscopic cholecystectomy. AM j surg. 1993; 165(4):533-5.
26. Pineda EB, Alvarado E, Canales FH. Metodología de la investigación. 2ª ed Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1994. 203p.
27. Sabino CA. El proceso de investigación. 3ª ed, Bogota (Colombia): Editora Panamericana, 1996: 169.
28. Muñoz-Pazo C. Como elaborar y asesorar una investigación de tesis. México, D.F. Prentice Hall Hispanoamericana, 1998: 299.
29. Peynado HR. Apuntes de cirugía torácica y abdominal. 2ª ed, Santo Domingo (Rep Dom): Cocolo, 2001:160-165.
30. Euroamericana de ediciones internacional. Diccionario de términos médicos. España. Euroamericana, [s.f.]. 2v.
31. <http://laparoscopia.com.ve/>
32. <http://pdf.rincondelvago.com/cirugia-laparoscópica.html>
33. <http://laparoscopia-online.com>
34. <http://drmarin.galeon.com/ccl.htm>
35. Bemard HR, Hartman TW. Complications after laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg. 1993; 165(4): 533-5. .
36. 1996; VII: 27.Michans. 5ta Edición. Reimpresión – Buenos Aires. Ed. El Ateneo, 1999.
37. Merck Sharp & Dohme: Manual Merck de información médica general ed Barcelona, España. Océano, 2006. p. 583.
38. Suros Batllo, Juan; Suros Batllo, Antonio. Semiología médica y técnica exploratoria. 7. ed México, D.F. Salvat, 1996. p.430-450.
39. Cuschieri A, Lezoche E, Morino M, et al. Multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi. Surg Endosc 1999; 13: 952-957.

## FRECUENCIA DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POR LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS TRAUMÁTICAS EN EL HOSPITAL DR. DARÍO CONTRERAS

*\*Servia A. Pérez R., \*Rosemaine Poncet, \*Luisanna M. Tejada C.,  
\*Nurky A. Ramírez H., \*David Sidney*

### RESUMEN

Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de identificar la frecuencia de lesiones músculo-esqueléticas traumáticas en el Hospital Docente Dr. Darío Contreras, con una población estudiada de 12,913 pacientes, dicha información fue recolectada de los expedientes clínicos de los pacientes.

En este trabajo se encontró una baja frecuencia con relación a otros estudios realizados en otros países, siendo la fractura Tipo IIIb de la clasificación de Gustilo y Andersen la más frecuente para este tipo de cirugía y con una mayor frecuencia en menores de 15 años

Podemos concluir que se nos cumplen los objetivos planteados, y recomendamos que el gobierno instale un programa de orientación vial a la población.

**Palabras claves:** Lesiones músculo-esqueléticas, traumas

### ABSTRACT

It is a descriptive, retrospective study of cross section with the objective to identify the frequency of traumatic muscle-skeletal injuries in Educational Hospital Dr Darío Contreras, with a studied population of 12.913 patients, this information fue collected of the clinical files of the patients.

In this work he/she met a low frequency with relationship to other studies carried out in other countries, being the fracture Type IIIb of the classification of Gustilo and Andersen the most frequent for this surgery type and with a bigger frequency in smaller than 15 years.

We can conclude that the objectives are fulfilled raised, and we recommended that the government installs a program of road direction to the population.

**Key word:** Trauma, muscle-skeletal injuries

### INTRODUCCIÓN

En vista de los incrementos de los accidentes de vehículos y motores, el número de fracturas abiertas ha aumentado en estas últimas décadas. De tal modo en el Hospital Dr. Darío Contreras, vista por emergencia, llegaron cientos de pacientes

accidentados de todas las partes del país. Por eso, las lesiones músculo-esqueléticas constituyen uno de los problemas más graves que afectan al mundo, en donde hay un gran número de pacientes con fracturas abiertas y otras lesiones de los miembros que tienen un mal pronóstico cuando no se realizan cirugías reconstructivas.

Con respecto a los que padecen de este tipo de lesiones, se ha decidido evaluar cuales son las lesiones más frecuentes, sus causas, su tratamiento definitivo y las medidas a adoptar, con el propósito de mejorar el estado de salud de estos pacientes, principalmente de aquellos con lesiones que requieren cirugías reconstructivas.

En vista de que en los archivos de nuestra universidad no ha registrado ningún trabajo de tesis relacionado con el tema de la cirugía reconstructiva para lesiones abiertas de extremidades, hemos decidido realizar un trabajo de investigación en el Hospital Docente Dr. Darío Contreras que es el principal centro del país en el manejo masivo de este tipo de lesiones.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital Dr. Darío Contreras está ubicado en La Autopista las Américas, Santo Domingo Este, República Dominicana. Este es un Hospital de 3er Nivel especializado en traumatología, ortopedia, neurocirugía y cirugía maxilofacial. En este se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia de cirugía reconstructiva por lesiones músculo-esqueléticas en los pacientes admitidos. La población está representada por 12, 913 pacientes sometidos a cirugías en el Hospital Dr. Darío Contreras. Se seleccionaron 44 pacientes de forma intencional sometidos a cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas. Fueron excluidos todos aquellos pacientes que fueron ingresados pero que no se le realizó cirugía reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas. Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes registrados en el archivo del Hospital. Para recolectar los datos se elaboró un formulario en el cual fuimos seleccionando la información que recogió todas las variables involucradas en el estudio. Terminada la recolección de los datos, estos se sometieron a organización y limpieza. Se elaboraron cuadros y gráficos que luego fueron descriptos

\* Médicos generales

y analizados conforme a los objetivos y la hipótesis de esta investigación. La información fue procesada mediante el programa de Microsoft Excell y presentada a través de cuadros y gráficos para su mejor comprensión. Se realizó un plan de análisis con medidas tales como: frecuencia y porcentaje.

Las variables fueron las siguientes: Sexo y edad, mecanismo de la lesión, miembro afectado, tipos de lesiones músculo-esqueléticas traumáticas, tipos de lesiones o fracturas abiertas según la clasificación de Gustilo y Andersen y tipo de procedimiento utilizado.

## RESULTADOS

Cuadro 1.

Distribución de los pacientes de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas según sexo y edad

	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
<15	16	36	8	19	24	55
15-30	11	25	4	9	15	34
31-45	3	7	1	2	4	9
46-60	0	0	0	0	0	0
>60	0	0	1	2	1	2
Total	30	68	14	32	44	100

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes admitidos a cirugías reconstructivas en el Hospital Dr. Darío Contreras

En este gráfico se observa que en cuanto al sexo 30 de ellos eran de sexo masculino para un 68%, mientras que 14 eran de sexo femenino con un 32%. Lo que significa que el sexo masculino presenta más pacientes de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas con un 68%, mientras que el sexo femenino presenta menos casos con un 32%. Por otro lado que de los (as) 44 pacientes, 24 de ellos(as) tenían una edad menor de 15 años con un 55%, 15 de ellos(as) tenían edades entre 15-30 con un 34%, 4 de ellos(a) tenían edades entre 31-45 con un 9%, ninguno tenía edades entre 46-60 años para un 0% y 1 tenía una edad mayor de 61 años con un 2%. Esto deja ver que los (as) pacientes menores de 15 años son los que tienen más frecuencia en los casos de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas con un 55%, mientras que los (as) que tienen edades entre 46-60 años son los que tienen menos con ningún caso presentado.

Cuadro 2.

Distribución de los pacientes de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas según mecanismos de trauma o causas

Mecanismos de lesión o causas	No. de Casos	%
Accidentes de tránsito <sup>1</sup>	20	45
Caída	5	11
Armas de fuego	5	11
Armas blancas	2	5
Quemaduras	1	2
Otras <sup>2</sup>	11	25
Total	44	100

Fuente: IBid

1 Accidentes de motor y vehículos. 2 causas no mencionadas o causas desconocidas

En este gráfico se observa que de los (as) 44 pacientes, 20 de ellos (a) fue a causa de un accidente de tránsito con un 45%, 5 de ellos (as) fue a causa de alguna caída con un 11%, 5 de ellos fue a causa de armas de fuego con un 11%, 2 de ellos (as) a causa de armas blancas con un 5%, uno de ellos (as) a causa de alguna quemadura con un 2% y 11 de ellos a causa de otro mecanismo de trauma para un 2%. Esto arroja a la luz que los (as) pacientes que tuvieron accidente de tránsito fueron los que tuvieron mayor frecuencia en las cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas con un 45%, mientras que los que sufrieron quemaduras fueron los que tuvieron menos con un 2% de los casos.

Cuadro 3.

Distribución de los pacientes de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas según regiones más afectadas del cuerpo humano

Parte o Regiones	No. de Casos	%
Cabeza	1	2
Tronco	1	2
Miembro superior Izquierdo	2	5
Miembro superior derecho	3	7
Miembro Inferior Izquierdo	19	43
Miembro Inferior derecho	13	30
Otros <sup>1</sup>	5	11
Total	44	100

Fuente: IBid

1. partes no mencionadas

2.

En este gráfico se observa que de los(as) 44 pacientes, 1 de ellos(a) estaba afectado en la cabeza con un 2%, 1 de ellos

estaba afectado en el tronco con un 2%, 2 de ellos (as) estaban afectados en el miembro superior izquierdo con un 5%, 3 de ellos (as) en el miembro superior derecho con un 7%, 19 de ellos (as) en el miembro Inferior Izquierdo con un 43%, 13 de ellos en el miembro Inferior derecho con un 30% y 5 en alguna otra parte del cuerpo con un 11%. Esto arroja a la luz que los (as) pacientes que estaban afectados en el miembro Inferior Izquierdo fueron los que tuvieron mayor frecuencia en las cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas con un 43%, mientras que los que estaban afectados en la cabeza o en el cuello fueron los que tuvieron menos con un 1% en cada uno de los casos.

Cuadro 4.  
Distribución de los pacientes con lesiones músculo-esqueléticas traumáticas que requirieron cirugías reconstructivas

Tipos de lesiones músculo-esqueléticas traumáticas	Frecuencia	%
Fracturas abiertas	44	100
Fracturas cerradas	0	0
Esguinces	0	0
Luxaciones	0	0
Tirones	0	0
Desgarres	0	0
Total	44	100

En este gráfico se observa que de los(as) 44 pacientes, 44 de ellos(a) tenían fracturas abiertas con un 100%, ninguno presentó fracturas cerradas, Esguinces, Luxaciones, Tirones ni Desgarres.

Cuadro 5.  
Distribución de los pacientes con lesiones músculo-esqueléticas traumáticas que merecieron cirugías reconstructivas según la clasificación de Gustilo y Andersen

Tipos de fracturas	Frecuencia	%
Tipo I	0	0
Tipo II	1	2
Tipo IIIa	7	16
Tipo IIIb	31	71
Tipo IIIc	5	11
Total	44	100

En este gráfico se observa que de los(as) 44 pacientes, ninguno de ellos(a) tenía fracturas Tipo I con un 0%, 1 del Tipo II con un 2%, 7 del Tipo IIIa con un 16%, 31 del Tipo IIIb con un 70% y 5 del Tipo IIIc con un 11. Esto arroja a la luz que de los Tipos de fracturas, las del Tipo IIIb fueron las que tuvieron mayor frecuencia en las cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas con un 70%, mientras que las que tuvieron menos fueron las del Tipo I que no tuvieron ninguna frecuencia.

Cuadro 6.

Distribución de las frecuencias de cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas según tipos de procedimientos quirúrgicos

Tipos de procedimientos	Frecuencia	%
Injerto	43	98
Colgajos	1	2
Total	44	100

En este gráfico se observa que de los (as) 44 pacientes, 43 de ellos(a) se les aplicó el injerto con un 98%, mientras que a 1 se le aplicó el colgajo con un 2%. Esto arroja a la luz que a los pacientes que se les aplicó procedimiento de injerto fueron más frecuentes con un 98% en las cirugías reconstructivas por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas, mientras que al que se le aplicó el colgajo fue a un 2%.

## DISCUSIÓN

La frecuencia de cirugía reconstructiva por lesiones músculo-esqueléticas traumáticas en el Hospital Dr. Darío Contreras es poco frecuente en comparación con el estudio que se realizó en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente de Cuba.

En este estudio, el sexo más afectado es el masculino con un 68% lo que guarda estrecha relación con el que se realizó en Cuba.

El grupo de edad es el comprendido < 15 años, siendo esto muy significativo pues son desempleados y no se pueden comparar, ya que en el estudio que se realizó en Cuba no trabajaron con la ocupación de los pacientes.

Pudimos observar que estos tipos de lesiones nos confirman que los accidentes de tránsito son una de las principales causas de mortalidad en el país con un 45% mientras que en Cuba un 59%.

Siendo las lesiones del miembro inferior izquierdo más frecuentes con un 43% y el tipo de lesiones músculo-esqueléticas traumáticas más común es la fractura abierta Tipo IIIb según la clasificación de Gustilo y Andersen con un 71%; resultados totalmente diferentes a los que realizaron en el Hospital Provincial de Cuba donde predomina el Tipo II y en Bogotá el Tipo IIIa.

El procedimiento quirúrgico más utilizado es el injerto con un 98%, mientras que en Bogotá es de un 9%.

## REFERENCIAS

1. Dorland, Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, 29ava. Edición, Editora Interamericana Mc. Graw-Hill
2. Dr. Juan Manuel Fraga Sastrias. Emergency Menagment consultans (en línea). <http://www.aseimde.com/downloads/gesresemf>.
3. Olga Clemencio Giraldo A. Universidad Autónoma

- de Manizales Manizales-Caldas, Colombia. Portal de Fisioterapia y Rehabilitación. <http://www.fisioterapia.net/descarga/hdfes/fracturasóseaspdf>.
4. David M. Cline...[et al] Manuel de Medicina de Urgencias, 5ta. Edición. Editora Interamericana Mc. Graw-Hill
  5. Sabiston Jr. David C. Tratado de Patología Quirúrgica, 16ava Edición, Editora Interamericana Mc Graw-Hill, Vol. I, II
  6. <http://www.secre.org/documentos%20Manual%203html>[consulta: 7abril 2007].
  7. Emory Health care. Division of Plastic and Reconstructive Surgery [en línea] Atlanta Georgia. <http://www.healthlibray.epnet.com/getcontent.aspx%20>[consulta 3 marzo 2007]
  8. Manual de Cirugía Plástica <http://www.secre.org/documentos%20Manua%207html>[consulta 4 junio 2007]
  9. Grabel. W. C., Smith J.W. Cirugía Plástica, 3ra. Edición Editora científico –técnica, 1980, la Habana Cuba
  10. M. Duran Sacristán...[et al] Compendio de Cirugía, 1ra edición, Editora Interamericana Mc. Graw-Hill.
  11. Seymond J. Schawartz, Principios de Cirugía, 7ma. Edición, Editora Interamericana Mc. Graw-Hill, vol. I, II
  12. Jenkins JI. Braen G. R, Manual de Urgencias, 3ra Edición. Editora Masson S. A., 2005
  13. Peitzman A...[et al], Manual de Trauma. Atención médicoquirúrgica, 3ra. Edición, Editora Interamericana Mc. Graw-Hill.
  14. Moore, E., Mattox, K. Feliciano, D. Manual del Trauma, 4ta. Edición, Editora Interamericana Mc Graw-Hill 2004.
  15. Jeffrey, Weinzweig. Secretos de la Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, 2da. Edición, Editora Interamericana Mc Graw-Hill.
  16. <http://www.rel-vita.org/old/home/ler/articulos/dossier%20lesiones.html>
  17. Asesores en Emergencia y Desastres S. de R. L. do C. V. México, <http://www.immacMéxico.org/file-download.phl>.
  18. <http://svs.sld.cuq/revista/ort/vol18-1-04/ort0.5104.html>
  19. Merck Sharf & Dohme, Manual Merck, 3ra Edición, Editora Océano.
  20. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=50864/>
  21. <http://encolombia.com/medicina/ortopeidaorto15101fractruas3.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.

## INCIDENCIA DE LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN MIEMBRO SUPERIOR POR TRAUMA PENETRANTE HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER.

\*Rosa Elena Jáquez Mora, \*Any Lluathany D'Oleo Feliz, \* Danilo De Jesús Been Carrasco, \*Maltha Cruz Abad, \*Beulah Nudit Del rosario Capellán.

### RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo-retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la incidencia de lesiones del nervio periférico por trauma penetrante en el miembro superior en el Hospital Salvador B. Gautier en el periodo 2000-2005, encontrándose que de un total de 449 pacientes con trauma penetrante en el miembro superior 70 casos (15.6%) presentaron lesión de nervio periférico, el sexo más afectado fue el masculino con 63 casos (90.0%), el grupo de edades más afectados fue el de 21 a 30 años con 34 casos (50.0%), la dominancia correspondió al miembro derecho con 64 (91.0%); la etiología más frecuentemente encontrada fue por heridas cortantes con 61 casos (87.0%), los nervios lesionados mayormente fueron el nervio cubital con 24 casos (34.0%) y el nervio mediano con 21 casos (30.0%), en las lesiones combinadas predominó la relación nervio cubital-nervio mediano con 6 casos (55.0%), las áreas topográficas más afectadas fueron el antebrazo con 32 casos (46.0%) y la mano con 29 casos (41.0%), en cuanto al número total de heridas 43 casos (61.0%) presentó una sola herida; el miembro afectado con mayor frecuencia fue el lado izquierdo con 38 casos (54.0%) y se realizó tratamiento primario en 47 casos (67.0%).

**Palabras claves:** incidencia, nervio, periférico, trauma, miembro, penetrante.

### ABSTRACT

A descriptive retrospective cross-section study is done for the sake of determining the incidence of injuries of the peripheral nerves by penetrating trauma in the superior member in the Salvador B. Gautier Hospital in the period 2000-2005, finding that of 449 patients's total with penetrating trauma in the superior member, 70 (15.6%) had lesion of peripheral nerve, the more affected sex was the masculine with 63 cases ( 90,0 % ), the more affected age group was the one belonging to 21 to 30 years with 34 cases ( 50,0 % ), the dominance corresponded to the right member with 64 ( 91,0 % ) the etiology most frequently found was for cutting injuries with 61 cases ( 87,0 % ), the mostly hurt nerves were the cubital

nerve with 24 cases ( 34,0 % ) and the median nerve with 21 cases ( 30,0 % ), in combined injuries predominated the relation cubital nerve-medium nerve with 6 cases ( 55,0 % ), the more affected topographic areas were the forearm with 32 cases ( 46,0 % ) and the hand with 29 cases ( 41,0 % ), as to the total number of injuries, 43 cases ( 61,0 % ) presented a single injury; The left member was affected with bigger frequency with 38 cases ( 54,0 % ) and primary treatment in 47 cases came true (67,0% ).

**Key words:** incidence, nerve, peripheral, trauma, member, penetrating.

### INTRODUCCIÓN

El miembro superior esta conformado por el hombro, brazo, antebrazo y la mano con sus respectivos huesos, músculos, nervios y vasos sanguíneos. La inervación de este, depende casi en su totalidad del plexo braquial. El miembro superior consta de una anatomía bastante compleja donde su inervación tanto motora como sensitiva está dada por una serie de nervios formados por "haces de fibras nerviosas, en su recorrido estos nervios periféricos se dividen a veces en ramas que se unen a los nervios periféricos vecinos, esto forma una red de nervios denominada plexo nervioso". En el miembro superior tenemos la presencia del plexo cervical y el plexo braquial. Las lesiones traumáticas del plexo braquial presentan una tendencia al incremento a causa del aumento de los accidentes de tránsito, lo que trae como consecuencia, graves lesiones en la sensibilidad y la fuerza motora del miembro afectado. Cabe mencionar que los frecuentes accidentes laborales por negligencia en cuanto a equipo de protección y procedimientos de seguridad adecuados, más el incremento de la violencia registrados en los últimos años en nuestra sociedad, son factores sumamente importantes que han despertado en nosotros el interés para llevar a cabo esta investigación.

Estudios como el Goldie y Coates sugieren la existencia de 450 a 500 casos de lesiones supraclaviculares anuales en Reino Unido. Otros como el hecho en universidad de Tulane revela unos resultados de un 7.7 por ciento en jugadores de football universitario que difiere con la investigación hecha

\* Médico general

por Clancy en 1977 revela un 40 por ciento en deportes de contacto.

Estos traumas pueden ser abiertos o cerrados, en nuestro estudio usaremos los que ocurren con heridas penetrantes. También estos pueden afectar uno o varios nervios. Según la gravedad puede haber daño leve, transitorio que con tratamiento conservador evolucionen a la recuperación total, o que ameriten intervención quirúrgica por lesión importante de las estructuras nerviosas mencionadas anteriormente.

El pronóstico de una reconstrucción de plexo braquial es variable. Aunque este tipo de procedimientos no siempre tenga el resultado deseado, hoy en día se ha avanzado mucho en cuanto a la rapidez para la atención al paciente y la toma de decisiones adecuadas para mejorar el pronóstico de este. También el cuidado post operatorio para mantener al paciente en las mejores condiciones y la rehabilitación juegan un papel vital a la hora de restablecer tanto la función motora como sensitiva del área intervenida.

Con esta investigación se pretende mostrar la incidencia con la que ocurren las lesiones de nervios periféricos en el miembro superior por trauma penetrante, las causas de estas y el grado posible de discapacidad en base a la región anatómica afectada.

Se aspira a que en base a la información arrojada, se cree un protocolo que capacite al personal de salud para dar la atención rápida, adecuada y evitar complicaciones. También que se haga o refuerce un programa de educación y ejecución de medidas de prevención de este tipo de lesiones tanto a nivel laboral como en el hogar.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo-retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la incidencia de lesiones del nervio periférico por trauma penetrante en el miembro superior en el Hospital Salvador B. Gautier en el periodo 2000-2005.

Para realizar dicho estudio, de un total registrado de 4,733 pacientes que acudieron al departamento de cirugía plástica y reconstructiva de dicho centro de salud durante el periodo en estudio; de ellos a 449 pacientes se les diagnosticó con trauma penetrante en el miembro superior, y solo se tomaron 70 casos de los pacientes encontrados con lesión de nervios periféricos.

Para relacionar el área de estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios: haber demandado atención al departamento de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital Salvador B. Gautier, que haya presentado trauma penetrante del miembro superior, que se haya diagnosticado con lesión de los nervios periféricos.

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario que contiene, además de los datos sociodemográficos de los pacientes (edad, sexo, etc.) informaciones relacionadas con los nervios lesionados, área topográfica, miembro afectado, número total de heridas, tratamiento efectuado. Las preguntas contenidas en el formulario se rellenaron a través de la revisión

de los expedientes clínicos de los pacientes incluidos en la investigación.

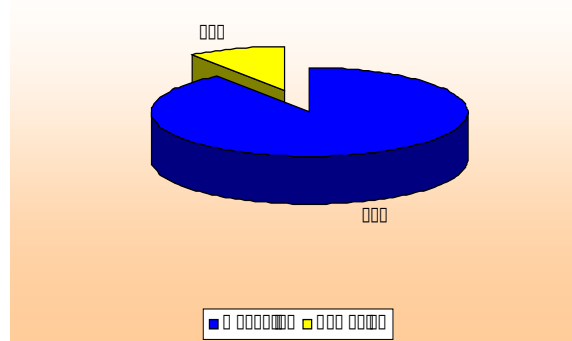
Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó el sistema manual de paloteo por cada una de las variables utilizadas. Finalmente, los resultados se expresan mediante cuadros y gráficos para su mayor comprensión.

## RESULTADOS

En cuanto al porcentaje de pacientes según el sexo observamos que de un total de 70 pacientes, 63 de los casos (90.0%) corresponden al sexo masculino y solo 7 de los casos (10.0%) al sexo femenino.

Gráfico I.

Distribución según sexo, pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005.



En cuanto a la distribución por edades se observa que en el intervalo comprendido entre 21 y 30 años se presentaron 34 casos (50.0%), entre los 31 y 40 años 15 casos (21.0%), se presentaron 9 casos (13.0%) entre los 41 y 50 años y 8 casos (11.0%) entre los 11 y 20 años.

Cuadro II.

Distribución por edad pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005

Edad (años)	Frecuencia	(%)
0-10	1	1.0
11-20	8	11.0
21-30	34	50.0
31-40	15	21.0
41-50	9	13.0
51-60	3	4.0
60>	-	-
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

En el cuadro III se observa la distribución de pacientes según la causa etiológica donde 61 casos (87.0%) correspondieron a heridas cortantes, 6 casos (9.0%) a herida proyectil arma de fuego y solo 3 casos (4.0%) a fracturas abiertas.



Cuadro III.

Distribución según etiología, pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005

Etiología	Frecuencia	%
Lesiones asociadas	-	-
Herida proyectil arma de fuego	6	9.0
Herida cortante	61	87.0
Herida punzante	-	-
Fracturas abiertas	3	4.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

En el cuadro IV se observa que el nervio más lesionado fue el cubital con 24 casos (34.0%) seguido del nervio mediano con 21 casos (30.0%) el radial con 15 casos (21.0%) y el plexo braquial solo 4 casos (6.0%).

Cuadro IV.

Distribución según nervio lesionado, pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005

Nervio lesionado	Frecuencia	%
Radial	15	21.0
Cubital	24	34.0
Mediano	21	30.0
Plexo braquial	4	6.0
Otros	6	9.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

El cuadro V representa la frecuencia de aparición de lesiones combinadas de nervios de los pacientes estudiados, en mayor frecuencia aparecen las del cubital y mediano con 6 casos (55.0%), en tres casos (27.0%) se encontraron lesión de los tres nervios y otras lesiones solo 2 casos (18.0%).

Cuadro V.

Distribución según lesión combinada, pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005

Lesión	Frecuencia	%
Cubital-mediano	6	55.0
Radial – mediano	-	-
Cubital-radial	-	-
Otras	2	18.0
Todas	3	27.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

En relación al área topográfica lesionada encontramos 32 casos (46.0%) en el antebrazo, 29 casos (41.0%) en la mano y en el cuello, brazo y dedos 3 casos (4.0%) cada uno.

Cuadro VI.

Distribución según área topográfica, pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005

Área topográfica	Frecuencia	%
Cuello	3	4.0
Brazo	3	4.0
Antebrazo	32	46.0
Mano	29	41.0
Dedos	3	4.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

En cuanto al miembro afectado, el 54.0% (38 casos) fue afectado en el lado izquierdo, mientras que un 44.0% (31 casos) en el derecho y solo un caso (1.0%) en ambos lados.

Cuadro VII.

Distribución según miembro afectado, pacientes diagnosticados con lesión de nervios periféricos en miembro superior por trauma penetrante hospital Salvador B. Gautier, 2000-2005

Miembro afectado	Frecuencia	%
Izquierdo	38	54.0
Derecho	31	44.0
Ambos	1	1.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

## DISCUSIÓN

En relación a la población estudio la incidencia de lesiones de nervio periférico por trauma penetrante en el miembro superior fue de 15.6% lo cual muestra una incidencia mayor que la encontrada en la literatura que es de un 7.7%.

El sexo más afectado fue el masculino, lo cual coincide con otros estudios. Dichos resultados pueden ser consecuencias de que los hombres están más predispuestos a enfrentamientos por riñas, atracos, y accidentes laborales; por otro lado, esta población tiene tendencia a portar objetos corto punzantes y la población con niveles educativos bajos se expone con mayor frecuencia a ambientes de violencia.

El rango de edades predominantes en este tipo de lesiones fue de 21 a 30 años (50%) algunos estudios intervalos de 20 a 25 años con una media de 32.1 años. Dichos resultados se pueden atribuir a que en estas edades los jóvenes tienden a búsqueda de vida nocturna, manejo de vehículos de forma temeraria y otras actividades que pueden motivar a la agresividad.

Con relación a la etiología, esta correspondió a heridas cortantes, otros estudios establecen que la causa principal son los accidentes de tránsito.

Los nervios más frecuentemente lesionados fueron el cubital y el mediano (34.0% y 30.0% respectivamente) relacionándose con la reacción refleja de protección que consiste en interponer uno o ambos miembros cubriendo el área atacada; el área expuesta corresponde generalmente a la

ubicación de los nervios afectados.

La mayor cantidad de pacientes con lesiones de nervios periféricos implicaron el lado izquierdo, es decir la mano no dominante, lo cual se relaciona con la misma posición de defensa.

Se le realizó tratamiento primario (neurorrafia) en un 67 por ciento de los pacientes.

#### REFERENCIAS

1. Snell RS. Neuroanatomía Clínica. 4<sup>a</sup> Ed, Editorial Médica Panamericana S.A. 1999: 106-107
2. [Anatomía y fisiología del sistema nervioso](http://www.iqb.es/neurologia/a007.htm). Se consigue en: [www.iqb.es/neurologia/a007.htm](http://www.iqb.es/neurologia/a007.htm) - 13k.
3. Tratamiento quirúrgico de las secuelas en el hombro. Total palsy of Brachial Plexus by Supraclavicular lesions. Brachial Plexus lesions associated with dislocated shoulders. J Bone Joint Surg (Br) 1990. Se consigue en: [www.Bvs.sld.cu/revistas/ort/vol18\\_2\\_04/ortop01204.htm](http://www.Bvs.sld.cu/revistas/ort/vol18_2_04/ortop01204.htm) - 62k.
4. Lusskin R., Campbell JB and Thompson W. Reconstruction After Trauma to the Brachial Plexus | JACPOC. Post traumatic lesions of the Brachial Plexus, treatment by transclavicular exploration and neurolysis. Se consigue en: [www.acpoc.org/library/1979\\_05\\_001.asp](http://www.acpoc.org/library/1979_05_001.asp) - 26k
5. García-Porrero J. y Hurlé J. Anatomía Humana, Madrid (España): McGraw-Hill- interamericana, S.A.; 2005:169-243.
6. Testut L. y Latarjet A. Anatomía Humana. 9<sup>na</sup> Ed., Salvat Editores: 1998.
7. Feliciano D., Mattox K. Y Moore E. Trauma. 5<sup>th</sup> ed, McGraw-Hill Professional; 2004: 645
8. García-López A: Diagnóstico de las parálisis traumáticas del plexo braquial. Jano Traumatol 2000, 2: 11-14, 2000.
9. Hunter JM, Schneider LH and Mackin EJ. Tendon en nerve surgery in the hand a third decade. Mosby-Year Book Inc; 1997: 11-132.
10. Dubuison A, Kline DG. Indications for peripheral nerve and Brachial Plexus surgery. Neurol Clin 1992; 10(4):935-51.
11. Magalon G, Bordeaux J, Legre R y col. Emergency versus delayed repair of severe Brachial Plexus injuries. Clin Orthop Rel Res 1988; 237:32-5.
12. Schwartz. Principles of surgery 7<sup>th</sup> edition, McGraw-Hill; 1999.
13. Ruhmann O, Wirth CJ, Gosse F. Trapezius transfer in deltoid paralysis. Orthopade 1997; 26(7):634-42.
14. [www.neurocirugia.com](http://www.neurocirugia.com) diagnósticolesionaplexobraquial.

## 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.

## COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A QUEMADURAS ELÉCTRICAS EN LOS PACIENTES ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS PEARL F. ORT, HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR.

*\*Yesenia I. Arias Disla, \*Indira E. Olivero Matos, \*Eunice j. De los Santos Berrido, \*José H. De los Santos Berrido.*

### RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico de la morbilidad asociada a quemaduras eléctricas en los pacientes admitidos en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, Hospital Dr. Luis E. Aybar, durante el período 2000-2006. La muestra estuvo constituida por 357 pacientes, de los cuales el sexo masculino correspondió al 94.1 por ciento. El grupo etario más afectado estuvo comprendido entre 20-39 años con un 63.3 por ciento. El mayor número de lesionados se observó en obreros de construcción (16.2 por ciento) y en electricistas (7.6 por ciento). La circunstancia en que ocurrieron las quemaduras eléctricas fue principalmente de forma accidental en un 46.8 por ciento. Las extremidades superiores se afectaron en un 62.5 por ciento. Durante todo el período la tasa de mortalidad fue de un 12.9 por ciento. Para la investigación utilizamos los datos recopilados a partir de los expedientes encontrados en el archivo de la Unidad de Quemados, los cuales fueron sometidos al análisis y al procesamiento de los resultados para su presentación. Se recomienda desarrollar programas de concientización a la población sobre el manejo inadecuado de la electricidad y realizar estudios sobre quemaduras eléctricas en los años siguientes, para poder darle continuidad a dicho problema, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes y así reducir la morbilidad de los mismos.

**Palabras claves:** Quemaduras eléctricas, morbilidad, mortalidad

### ABSTRACT

A descriptive, retrospective study of cross section is made, with the objective to determine the behavior epidemiologist of the associated morbimortality to electrical burns in the patients admitted in the Unit of Burned Pearl F. Ort, Hospital Dr Luis E. Aybar, during period 2000-2006. The sample was constituted by 357 patients, of who masculine sex corresponded to the 94, 1 percent. The affected group of age more was included/understood between 20-39 years with a 63, 3 percent. The greater number of injured was observed

in construction workers (16, 2 percents) and in electricians (7, 6 percents). The circumstance in that the electrical burns happened was mainly of accidental form in a 46, 8 percent. The superior extremities were affected in a 62.5 percent. Throughout the period the rate of mortality was of a 12, 9 percent. For the investigation we used the data collected from the files found in the file of the Unit of Burned, which were put under the analysis and the processing of the results for their presentation. It is recommended to develop programs of awareness to the population on the inadequate handling of the electricity and to make studies on electrical burns in the following years, to be able to give continuity to this problem, looking for to improve the quality of life of the patients and thus to reduce the morbimortality of such.

**Key words:** Electrical burns, morbidity, mortality.

### INTRODUCCIÓN

La electricidad ha sido uno de los descubrimientos más importantes de los últimos siglos, es usada tanto a nivel doméstico como industrial, y está presente en casi todas las actividades humanas, su mal manejo puede llegar a provocar desde graves quemaduras hasta la muerte.

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos debido a la acción de agentes físicos, químicos y biológicos, que provocan alteraciones funcionales reversibles y necrosis.<sup>3</sup>

Representan un importante problema de salud pública, la cual genera grandes trastornos psicológico, social y económico, no sólo para la víctima sino también para toda la familia.

En la República Dominicana, las quemaduras eléctricas son relativamente frecuentes. En un estudio realizado en 1364 pacientes con quemaduras en los años comprendidos entre 1993-2000, en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort del Hospital Dr. Luis E. Aybar, se reportó que las quemaduras eléctricas representaban el 25.6 por ciento de los casos registrados.<sup>4</sup>

La deficiencia en el suministro de la energía eléctrica, así como la desorganización y mala distribución del tendido eléctrico, han llevado al usuario a una inadecuada manipulación de los cables energizados. A nivel intradomiciliario se presentan accidentes, principalmente porque no se hace una evaluación minuciosa en la regulación del voltaje que debe tener un hogar,

\* Médico general

además de que no se utilizan dispositivos de seguridad en los enchufes.

Nos proponemos determinar cómo ha evolucionado dicho problema durante este período en el país, ya que es preocupante la cantidad de personas afectadas por esta causa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar el comportamiento epidemiológico en pacientes con quemaduras causadas por la electricidad.

### Demarcación geográfica

La investigación fue realizada en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, la cual forma parte de un complejo sanitario integrado además por el Hospital Dr. Luis E. Aybar, el Centro de Gastroenterología y el Centro de Amistad Dominicano-Japonés (CEMADOJA).

### Población y muestra

La población está representada por un total de 1452 pacientes con quemaduras que fueron atendidos en la Unidad de Quemados en el período 2000-2006, de los cuales se obtuvo una muestra de 357 pacientes con quemaduras eléctricas.

### Criterios de Inclusión

Todos los pacientes con quemaduras eléctricas admitidos en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, durante el período.

Todos los datos encontrados en los expedientes, que están contenidos dentro del formulario.

Se incluyeron como no disponibles todos aquellos datos presentes en el formulario y que no fueron registrados en el expediente del paciente al momento de su ingreso ni durante su estadía.

### Criterios de exclusión

Se excluyeron los expedientes no encontrados en el área de archivo de la Unidad de Quemados.

Todo paciente que en el momento de revisar los expedientes tenían un diagnóstico de otro tipo de quemadura.

### Instrumento para la recolección de los datos

Se diseñó un formulario por los sustentantes y con la ayuda de fuentes bibliográficas, el cual contiene preguntas de diferentes características: datos demográficos, de condiciones de salud, tipo de tratamiento, causa de muerte, entre otras, que fueron llenadas a partir de los expedientes, revisadas, analizadas para su procesamiento.

Está elaborado en formato 8½ x 11, conteniendo 18 preguntas abiertas y cerradas.

### Procedimiento

Se analizaron un total de 357 récords de los pacientes con diagnóstico de quemaduras eléctricas, que cumplían con los

criterios de inclusión. Una vez recolectada la información de los récords se procedió a su análisis de manera particular.

### Tabulación

Fueron procesados usando los programas de computación Microsoft Word y Microsoft Excel y el método de Palotes.

Finalmente los resultados recogidos fueron ilustrados mediante tablas y gráficos, que permiten visualizar el análisis realizado.

### Consideraciones éticas

Por razones de ética y por respeto a la intimidad de los pacientes, no se reportan los nombres, ni los números de los récords, con el cual fueron registrados en el Archivo. Luego de analizados los datos y tabulados los resultados, los formularios fueron eliminados.

## RESULTADOS

En la distribución de pacientes con quemaduras eléctricas según el sexo, se pudo notar que el masculino tuvo mayor porcentaje de quemaduras eléctricas, representando el 94.1 por ciento de los asistidos.

Tabla I.

Distribución de pacientes con quemaduras eléctricas, según sexo.

	Sexo				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
2000	26	89.7	3	10.3	29
2001	44	100	0	0	44
2002	41	91.1	4	8.9	45
2003	53	91.4	5	8.6	58
2004	56	96.6	2	3.4	58
2005	55	94.8	3	5.2	58
2006	61	93.8	4	6.2	65
Total	336	94.1	21	5.9	357

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort.

En la distribución de pacientes con quemaduras eléctricas según la edad, el grupo etario de 20-39 años en todo el período fue el más afectado, el cual constituyó el 63.3 por ciento.

Tabla II.

Distribución de pacientes con quemaduras eléctricas, según edad.

	Edad								Total
	19 años	%	20-39 años	%	40-59 años	%	60 años	%	
2000	1	3.5	22	75.9	3	10.3	3	10.3	29
2001	4	9.1	31	70.4	9	20.5	0	0	44
2002	2	4.4	34	75.6	9	20	0	0	45
2003	10	17.2	36	62.1	9	15.5	3	5.2	58
2004	6	10.3	33	56.9	15	25.9	4	6.9	58
2005	9	15.5	37	63.8	12	20.7	0	0	58
2006	9	13.8	33	50.8	18	27.7	5	7.7	65
<b>Total</b>	41	11.5	226	63.3	75	21.0	15	4.2	357

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort.

En la distribución de pacientes con quemaduras eléctricas según la ocupación, se pudo observar que el 16.2 por ciento de la población que tuvo quemaduras eléctricas correspondió a los obreros.

Tabla III.

Distribución de pacientes con quemaduras eléctricas, según ocupación.

Ocupación	2000-2006	%
Estudiante	17	4.8
Ama de Casa	15	4.2
Electricista	27	7.6
Técnico de cable	6	1.7
Obrero de construcción	58	16.2
Pintor	18	5.0
Otras	103	28.9
No disponible	113	31.7
<b>Total</b>	357	100

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort.

En la distribución de pacientes con quemaduras eléctricas según la circunstancia de la quemadura, la más notable fue la accidental, representada por un 46.8 por ciento.

Tabla IV.

Distribución de pacientes con quemaduras eléctricas, según circunstancia de la quemadura

	Circunstancia de la quemadura								Total
	Accidental	%	Labo-ral	%	Pro-ble Hurto	%	No dispo-nible	%	
2000	13	44.8	3	10.4	0	0	13	44.8	29
2001	19	43.2	3	6.8	2	4.5	20	45	44
2002	20	44.4	10	22.2	4	8.9	11	24.4	45
2003	26	44.8	3	5.2	8	13.8	21	36.2	58
2004	22	37.9	3	5.2	7	12.1	26	44.8	58
2005	28	48.3	3	5.2	8	13.8	19	32.8	58
2006	39	60	3	4.6	13	20	10	15.4	65
<b>Total</b>	167	46.8	28	7.8	42	11.8	120	33.6	357

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort.

En la distribución de pacientes con quemaduras eléctricas según el área corporal, los miembros superiores fueron los que más lesiones presentaron, con un 62.5 por ciento.

Tabla V.

Distribución de pacientes con quemaduras eléctricas, según área corporal

Área corporal	2000-2006	%
Cabeza	75	21.0
Cuello	52	14.6
Tórax	127	35.6
Abdomen	76	21.3
Espalda	60	16.8
Genitales	18	5.0
Glúteos	19	5.3
Miembro Superior	223	62.5
Miembro Inferior	154	43.1
No disponible	90	25.2

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort.

En la distribución de pacientes con quemaduras eléctricas según la tasa de mortalidad, los fallecidos sólo constituyeron el 12.9 por ciento a lo largo del período.

Tabla VI.

Distribución de pacientes con quemaduras eléctricas, según tasa de mortalidad

	Tasa de mortalidad						Total
	Fallecidos	%	Sobrevivientes	%	No disponible	%	
2000	5	17.2	10	34.5	14	48.3	29
2001	3	6.8	31	70.5	10	22.7	44
2002	6	13.3	32	71.1	7	15.6	45
2003	1	1.7	36	62.1	21	36.2	58
2004	13	22.4	32	55.2	13	22.4	58
2005	3	5.2	38	65.5	17	29.3	58
2006	15	23.1	45	69.2	5	7.7	65
Total	46	12.9	224	62.7	87	24.4	357

## DISCUSIÓN

Durante el período de estudio 2000-2006 fueron atendidos 1452 pacientes por quemaduras en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, del Hospital Dr. Luis E. Aybar, de los cuales 357 fueron por quemaduras eléctricas, representando el 24.6 por ciento. Se observó un ligero descenso con relación a una investigación realizada en el período 1993-2000 en el mismo centro de salud, donde se obtuvo un 25.6 por ciento.<sup>5</sup> Las variaciones han sido mínimas en cuanto a este problema, pero todavía persiste un elevado porcentaje de casos ocurridos en el país, se explica probablemente, por la falta de conocimiento de los individuos que los lleva a un manejo inadecuado de la electricidad, y el poco interés de las empresas públicas y privadas de brindar a sus empleados la protección necesaria para evitar lesiones provocadas por la electricidad.

El sexo masculino fue el que más predominó, con un 94.1 por ciento de asistencia, debido a que este género realiza trabajos más relacionados con la electricidad que el sexo femenino.

El grupo etario que se vio más afectado fue el comprendido entre las edades de 20-39 años, que es la etapa donde la persona es más activa en el ámbito laboral.

Se observó que el mayor número de lesionados se presentó en electricistas, pintores y obreros de construcción, siendo este último grupo el que más se afectó, con un 16.2 por ciento.

La circunstancia en que fueron producidas la mayoría de las quemaduras ha sido de manera accidental (46.8 por ciento), esto pudo deberse a que no se utilizan los medios de protección para el manejo adecuado de la electricidad y a una mala organización del sistema eléctrico en las calles. El probable hurto ocupó el segundo lugar en frecuencia, el año donde más se evidenció fue en el 2001 con un 43 por ciento, mientras que en los demás años se reportaron pocos casos.

Las regiones anatómicas más afectadas fueron las extremidades superiores, lesionadas en un 62.5 por ciento de los pacientes. Le siguieron en importancia los miembros inferiores (35.6 por ciento). La afectación masiva de los

miembros superiores ocurre debido a que sirven de puerta de entrada de la energía eléctrica, ya que las personas tienden a tocar los cables eléctricos con las manos, y la puerta de salida en su mayoría corresponde a los miembros inferiores.

Los años que reportaron mayor número de fallecidos han sido el 2006 con un 23.1 por ciento y el 2004 con un 22.4 por ciento. No obstante cabe señalar que la mortalidad general en estos grupos de pacientes con quemaduras eléctricas fue de 12.9 por ciento, cifra esta que se encuentra dentro de lo referido por otros investigadores, cuya tasa de mortalidad osciló entre el 3 y el 18 por ciento.<sup>6</sup> Esto se observó también en el estudio realizado en el Servicio de Traumatología y Cirugía Plástica en Cuba (1996-2000), donde el total de fallecidos fue de 15.8 por ciento,<sup>7</sup> al igual que el realizado en el país en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort, período 1993-2000, el cual reportó el 16 por ciento.<sup>8</sup>

En cuanto a los sobrevivientes, estos representaron el 62.7 por ciento del total de asistidos en la Unidad de Quemados durante el tiempo de estudio (2000-2006).

## REFERENCIAS

1. Chomali, Teresa. Quemaduras en Adultos. El desafío. 2001.
2. Alberdi, José; Yen, Lin; Ruiz, Rubén. Demografía y epidemiología de morbimortalidad asociada a quemaduras eléctricas en los pacientes admitidos en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort del Hospital Dr. Luis E. Aybar en el período 1993-2000.
3. Franco, María; Pichin, A; González, O; Quemaduras eléctricas. Aspectos clínicos y epidemiológicos. Cuba.
4. Arévalo, José. "Traumatismo Eléctrico" [en línea]. Servicio de Cirugía Plástica y Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Disponible en: <http://www.secrepre.org/documentos%20manual%2088.html>
5. Fiorentino, J.A; Sheehan, G; Huaier, F; [et al] "Lesiones ocasionadas por electricidad" [en línea] Departamento de Urgencia. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires – Argentina. Disponible en: <http://www.paideianet.com.ar/electricidad.htm>
6. Félix, José. "Manejo de las quemaduras eléctricas" [en línea]. Oficina de Recursos Educativos – FEPAFEM. Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/1-14.htm>
7. Brigham, Peter; Hammond, Jeffrey. Epidemiología. En: Bendin, Arnaldo; Linares, Hugo; Benaim, Fortunato. Tratado de Quemaduras. México. Mc Graw-Hill Interamericana. 1993. pp. 1-7.
8. Linares Hugo. Quemaduras eléctricas. En: Bendin, Arnaldo; Hugo Linares; Fortunato Benaim. Tratado de Quemaduras. México. Mc Graw-Hill Interamericana. 1993. pp. 368-380
9. Estrada, J; Tudela, P; Lesiones provocadas por la electricidad. En: Valentí, Farreras. Medicina Interna.

Vol. II. 15 ed. Madrid, España. Editora Elsevier. 2004.  
pp. 2653-2655.  
10. Lee, Raphael. Lesiones por la electricidad. En:

Harrison, T. Principios de Medicina Interna. Vol. II.  
15 ed. EEUU. McGraw-Hill Interamericana. 2002. pp.  
3024-3026.

## El buen trato al paciente No sólo es un deber sino un acto de amor



### FE DE ERRATA

El artículo titulado: Prevalencia de teniasis-cisticercosis en una comunidad rural. Publicado por: Omar Nelson Guerrero, Robertz Calixte, Francisco A. Félix González, Inés Mariana Batista Valdez, Felicia Berroa Rodríguez y Maikel L. Jiménez Ferreras, publicado en la Rev. Méd. Dom. 2008; 69 (2) : 107-110. Corresponde a la tesis de grado del mismo nombre, cuyos sustentantes fueron: Luis Eliezer Arias, Wenceslao Delgado, Luis González y Robertz Calixte, contando con la asesoría metodológica del Dr. Omar Nelson Guerrero y la Lic. Edita Aquino como asesora clínica. Por lo que los verdaderos autores de dicho artículo son los sustentantes antes mencionados así como sus asesores. El secretariado de ética y calificaciones resolvió reconocer como válido en todas sus partes a los autores originales de la tesis e invalidar a los que aparecen en la revista como autores incorrectamente en cuanto a puntuación como autoría de dicha investigación.

## INCIDENCIA DE CONDILOMATOSIS DEPARTAMENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA.

*Glennys Elisa Castillo Díaz, Haiser Bereni De León Olivero, Jackson Perdomo De Jesús, Rubén Darío Pimentel*

### RESUMEN

La incidencia de condilomas y de otras enfermedades de transmisión sexual, han mostrado un comportamiento ascendente en la últimas décadas, debido a conductas sexuales sin protección adecuada. El agente etiológico es el virus del papiloma humano (VPH) y puede afectar piel y mucosas. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas y con gran tendencia a recurrir.

Realizamos un estudio prospectivo, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la incidencia de condilomatosis en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

La técnica de recolección de datos fue a base de un formulario elaborado por los integrantes de esta investigación.

Se estudiaron 125 pacientes; de éstas el grupo de edad de mayor incidencia fue el de 25 a 29 años para un 38,5 por ciento (5 pacientes). El sexo más afectada en un 69,2 por ciento fue el femenino. En el 100,0 por ciento de los pacientes era natural de San Cristóbal. El color de piel más afectado en un 53,8 por ciento fue la negra. El 38,5 por ciento (5 casos) de los pacientes afectados son estudiante, seguidas de un 30,8 por ciento por los trabajos domésticos.

En cuanto al estado civil de los pacientes infectados por condilomatosis en un 92,3 por ciento tienen parejas. En un 38,5 por ciento de los casos son de religión católica; en la visita médica pudimos observar que el tiempo transcurrido entre la visita médica y el tiempo de aparición de las lesiones en un 61,5 por ciento (8 pacientes) era de un mes a tres meses.

Según la localización de la lesión pudimos observar que el 38,5 por ciento (5 pacientes) de éstas se encontraban localizadas en el área vulvo-vaginal y apenas un 7,7 por ciento se ubicaban en el área ano-rectal.

En el 100,0 por ciento de los casos la manifestación clínica por lo cual asistieron a la consulta fueron lesiones papulosas, y apenas un 38,0 por ciento secreciones.

La historia clínica en el 100,0 por ciento de los casos estudiados constituyó el método diagnóstico.

### ABSTRACT

The incidence of condilomas and other sexually transmitted diseases have shown an upward behavior in the past decades, due to sexual behavior without adequate protection. The etiological agent is the human papilloma virus (HPV) and can affect skin and mucous membranes. The clinical manifestations can be varied with great tendency to resort.

We performed a prospective, descriptive and cross with the objective of determining the incidence of condilomatosis in the department of Sexually Transmitted Infections Hospital Juan Pablo Pina of San Cristobal, January-February 2008. The data collection technique was based on a form issued by the members of this study.

We studied 125 patients; their age group with the highest incidence was between 25 and 29 years for a 38.5 percent (5 patients). The most affected sex in a 69.2 per cent were females. In 100 percent of patients are natural San Cristóbal. The race most affected in a 53.8 percent were black. The 38.5 percent (5 cases) of the patients affected are a student, followed by 30.8 percent for housewives.

As for the marital status of infected patients condilomatosis a 92.3 percent are couples. A 38.5 per cent of cases are of the Catholic faith in the medical visit, we observed that the time between medical visit and the time of appearance of the lesions at a 61.5 percent (8 patients) was one month to three months.

Depending on the location of the injury, we observed that 38.5 percent (5 patients) of these were located in the area vulvovaginal and only 7.7 per cent were located in the ano-rectal area.

In 100 per cent of cases the first symptom of which are attending the consultation injuries, and barely 38 per cent and d cases secretions.

The story clinic at 100 percent of the cases studied was the diagnosis method.

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están experimentando un rebrote en Estados Unidos y Europa<sup>1</sup> al que no es ajeno República Dominicana, donde los contagios de sífilis y del virus del papiloma humano (VPH) son más frecuentes en los últimos años, debido fundamentalmente

\* Médico gereal

\*\*Pediatra Neumologo, MSP



a la relajación en las medidas de prevención, por la falsa percepción sobre el riesgo que comporta la práctica sexual indiscriminada<sup>1</sup>. Las ITS constituyen un importante problema de salud en la población adolescente, ya que el 50 por ciento de todas ellas sucede a esta edad.<sup>2</sup>

La condilomatosis, dermatosis conocida como una infección de transmisión sexual es causada por el virus del papiloma humano que afecta preferentemente a las mucosas genital y anal.

Los condilomas o verrugas genitales están producidos por el virus del papiloma humano (VPH);<sup>1</sup> virus de ADN del que existen más de 150 serotipos,<sup>3</sup> de los cuales alrededor de 40 se han aislado en lesiones del tracto genital inferior; los tipos 6 y 11, llamados también de bajo riesgo son los que con más frecuencia se asocian a las verrugas genitales o condilomas.

La mayoría de estas infecciones son subclínicas y autolimitadas, de modo que entre el 80-90 por ciento se resuelven espontáneamente en 8-10 meses. Transmitida por contacto íntimo y es facilitada por traumatismos menores en el sitio de inoculación.

Los condilomas o verrugas genitales se manifiestan como pápulas solitarias o múltiples, que se ven con más frecuencia en el pene, la vulva, la vagina, el cuello uterino, el periné y la región anal; estas lesiones pueden progresar a grandes masas pediculadas, exofíticas en forma de coliflor.<sup>4</sup>

Los estudios epidemiológicos atribuyen diferentes poblaciones importantes en la prevalencia del VPH así como en la relación causa- efecto de los diferentes tipos virales.

La prevalencia máxima de la infección se sitúa entre los 20-25 años, coincidiendo con las edades de mayor actividad sexual. En la población femenina general se sitúa entre el 10-15 por ciento a partir de los 30-35 años a nivel mundial, con importantes diferencias entre países.<sup>2</sup>

La importancia de esta infección viene dada por 2 factores: su elevada prevalencia entre la población general, ya que cerca del 80 por ciento sufrirá esta infección en el transcurso de su vida, y su relación causal con la neoplasia de cérvix uterino.

En los últimos años se ha observado un aumento considerable de la prevalencia de infecciones por VPH, en muchas ocasiones asociados a otras infecciones genitales. Es considerada la infección de transmisión sexual más frecuente y la segunda en importancia después del VIH/SIDA.<sup>5</sup>

El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente en los EE.UU., estimándose que unos 20 millones están actualmente infectados, y diagnosticándose más de 5,5 millones de casos nuevos al año desarrollan cáncer cervicouterino.<sup>2</sup>

El incremento de esta afección genera preocupación para el servicio de vigilancia epidemiológica de la enfermedad, debido al alto potencial infectante, a las implicaciones y a las dificultades de la conducta terapéutica y de su control.

Cada año a nivel mundial, 300 millones de mujeres se infectan con algunos de los tipos del virus del papiloma humano benigno de bajo riesgo y alto riesgo, 350 millones padecían lesiones leves. 10 millones sufren patología más graves y 500,000 desarrollan cáncer cervicouterino.

La importancia del trabajo en que con sus resultados se podrían elaborar propuestas para enfrentar el problema de la condilomatosis especialmente en las mujeres lo cual se considera un aporte significativo para su control.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la incidencia de condilomatosis en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

### **Demarcación geográfica**

El estudio tuvo como escenario la consulta de Infecciones de Transmisión sexual (ITS) del hospital Juan Pablo Pina, ubicada en el segundo nivel, ala izquierda. El hospital a su vez se localiza en la zona Norte del municipio de San Cristóbal y está delimitado, al Norte, por la calle Manuel María Seijas; al Sur, por la calle Presidente Billini; al Este, por la calle Santomé y al Oeste, por la calle Juan Tomás Díaz. El municipio de San Cristóbal a su vez se encuentra geográficamente localizado en la región Sur de la República Dominicana, a 28 Km de la capital dominicana y a 5 Km del Mar Caribe.

En el hospital existen 42 consultorios, 2 de los cuales corresponden a consultorios para atender pacientes de ITS. El hospital cuenta con tres médicos en la consulta de ITS. Por el hospital rotan internos de medicina del ciclo social. En general, en el hospital se atienden alrededor de 400 pacientes por día y 700 a 800 emergencias. En el consultorio de ITS se atienden entre 15 y 22 pacientes por día.

### **Universo y muestra**

El universo estuvo representado por la totalidad de usuarios que asistieron a la consulta de los dos consultorios destinados a ITS durante el periodo comprendido enero – febrero 2008, la cual corresponde a un 125 pacientes. La muestra estuvo constituida por 13 paciente que presentaron condilomatosis.

### **Criterios de inclusión**

1. Haber asistido a la consulta de ITS
2. Tener diagnóstico de condilomatosis.
3. Aceptar participar voluntariamente en la entrevista.
4. No se discriminó edad ni sexo.

### **Criterio exclusión**

1. Rechazar participar en la entrevista.
2. No tener diagnóstico de condilomatosis.

### **Instrumento de recolección**

La información fue recolectada en un formulario hecho por los sustentantes y supervisada por el asesor que consta de preguntas 20: 14 abierta y 6 cerradas. El formulario contiene datos socio demográfico, tales como: edad, sexo, procedencia, residencia, escolaridad, ocupación, entre otros y sobre condilomatosis tales como: diagnóstico, localización,

manifestaciones clínicas, transmisión, tratamiento, complicaciones, patología asociada y evolución.

#### Procedimientos

La información fue obtenida a través de preguntas directas a los usuarios de la consulta de ITS, esta actividad fue desarrollada por tres estudiantes de término de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, los cuales se encargaron de la recopilación de los datos en base al formulario estandarizado. Este proceso se llevó durante el paciente era evaluado por el médico encargado en el consultorio. Las entrevistas se ejecutaron durante los meses de enero y febrero de 2008.

#### Tabulación y análisis

Para la tabulación de los datos se utilizó programas de computadora *Microsoft Word: Epi-Info™ Community Health Assessment Tutorial Document versión 2,0 Publishd october, 2005*.

#### Aspectos éticos

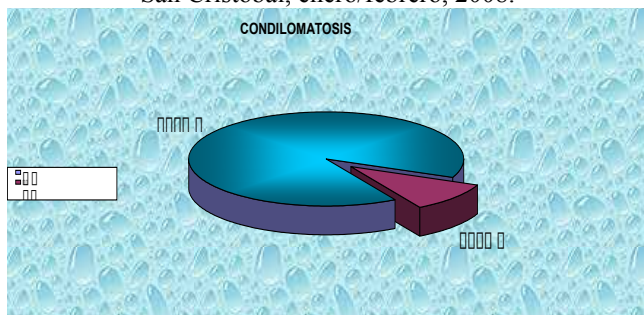
Los usuarios entrevistados fueron informados debidamente acerca de los objetivos de la encuesta entrevista y llenaron el consentimiento informado que existe en la institución.

### RESULTADOS

De un total de 125 pacientes incluidos en la investigación, 13 pacientes (10,4%) resultaron con diagnóstico de condilomatosis (Figura 1).

Figura 1.

Distribución de los pacientes estudiados según tuvieran o no condilomatosis. Consulta de ITS, hospital Juan Pablo Pina. San Cristóbal, enero/febrero, 2008.



En el cuadro I se presenta la distribución de los pacientes estudiados según diferentes variables. El grupo de edad más afectado correspondió a las oscilantes entre los 25 y 29 años (promedio de edad de 23 años). El 69,2 por ciento eran mujeres. (Cuadro I)

Según el lugar de procedencia en un 100,0 por ciento pertenecen a la provincia de San Cristóbal. Según la escolaridad el porcentaje es igual tanto para el nivel primario como secundario correspondiendo un 46,2 por ciento respectivamente y, tan solo un 7,7 por ciento en analfabetos. (Cuadro I).

Según la ocupación el mayor porcentaje para 38,5 por ciento (5 pacientes) estuvo representado por estudiantes seguidos por los trabajos domesticos en un 30,8 por ciento (4 pacientes). (Cuadro I).

Según la condición de pareja observamos el mayor porcentaje 92,3 por ciento (12 pacientes) tienen parejas, y apenas solo el 7,7 por ciento (1paciente) refiere no tener pareja (Cuadro I).

Según la religión le corresponde un 38,5 por ciento (5) a la católica, el 61,5 por ciento restante correspondían a otra religión (cuadro I).

En el Cuadro II se distribuye los pacientes con ITS según edad y sexo. Las adolescentes femeninas fueron las mayormente afectadas (4, 44,4%).

El promedio de tiempo de la evolución de la enfermedad fue de 3 meses. (Cuadro III). Según la localización de la condilomatosis observamos que las localizaciones más frecuentes de las lesiones estaban ubicadas en el área vulvo-vaginal, en un 69,3 por ciento (8 pacientes), seguidas de un 23,1 por ciento (3 pacientes) a nivel del cuerpo del pene/glande. (Cuadro IV).

Las manifestaciones clínicas de los pacientes afectados de condilomatosis por lo que acudieron a la a las consultas fueron en un 100 por ciento por la lesión (pápulas) seguidas en un 38 por ciento pos las secreciones (cuadro V).

La historia clínica en el 100 por ciento de los casos estudiados constituyo el método diagnóstico. La vía sexual en un 100 por ciento fue el mecanismo de transmisión de la condilomatosis en los pacientes estudiados.

Durante el tiempo de investigación no se reporto ninguna complicación.

El tratamiento más frecuentemente utilizado para tratar las lesiones condilomatosis lo constituyen la aplicación con podofilina al 25 por ciento en todos los pacientes a excepción de las mujeres embarazadas en la cual el tratamiento de elección es la aplicación de acido tricloroacético.

En el tiempo de investigación tan solo un porcentaje de 7,7 por ciento de los pacientes presentaron las patologías mencionadas a continuación (vaginitis, bartolinitis, monilia e infección por VIH) respectivamente (cuadro VI).

Cuadro I.

Distribución de las características sociodemográficas de los pacientes con condilomastosis estudiados en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

Características sociodemográficas	Frecuencia	
	N	%
Genero		
Masculino	4	30,8
Femenino	9	69,2
Edad		
< 20	4	30,8
20-24	3	23,1
25-29	5	38,5
30-34	0	0,0
> 35	1	7,7
Estado civil		
Sin pareja	1	7,7
Con pareja	12	92,3
Escolaridad		
Analfabeto	1	7,7
Primaria	6	46,2
Secundaria	6	46,2
Superior	0	0,0
Técnico	0	0,0
Ocupación		
Ama de casa	4	30,8
Estilista	1	7,7
Albañil	2	15,4
Enc. de mantenimiento Hosp.	1	7,7
Estudiante	4	38,5
Ninguno	1	7,7
Religión		
Católica	5	38,5
Otra	8	61,5
Color de la piel		
Negra	7	53,8
Blanca	5	38,5
Amarilla (asiática)	1	7,7
Total	13	100,0

Fuente: directa

Cuadro II.

Distribución por grupos de edad y sexo de los pacientes con condilomastosis estudiados en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

Edad (años)	Frecuencia		Femenino		Masculino	
	abso-luto	%	abso-luto	%	absoluto	%
< 20	4	30,8	4	44,4	0	0
20-24	3	23,1	1	11,1	2	50
25-29	5	38,5	3	33,3	2	50
30-34	0	0,0	0	0,0	0	0
> 35	1	7,7	1	11,1	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Cuadro III.

Tiempo de evolución en aparecer las lesiones de los pacientes afectados con condilomastosis estudiados en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

Tiempo de evolución	Frecuencia	%
< 1 meses	3	23,1
1 -3 meses	8	61,5
> 1 año	1	7,7
no recuerda	1	7,7
Total	13	100,0

Cuadro IV.

Distribución según las localizaciones de la lesión presentada por los pacientes con condilomastosis estudiados en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008

Localización	Frecuencia	%
glande	3	23,1
Introito	5	38,5
Labios mayores	3	23,1
cuello uterino	1	7,7
ano	1	7,7
Total	13	100,0

Cuadro V.

Manifestaciones clínicas de de los pacientes afectados con condilomastosis estudiados en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Pápulas	13	100
Dolor	2	15
Erupción	1	8
Secreción	5	38
Prurito	3	23
Linfadenopatía	0	0
total	13	100

IBID

Figura 8

Cuadro VI.

Patologías asociadas a las lesiones de los pacientes afectados con condilomastosis estudiados en el departamento de Infecciones de Transmisión Sexual del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, enero-febrero, 2008.

Patología asociada	Frecuencia	%
Vaginitis	1	7,7
Bartolinitis	1	7,7
Monilia	1	7,7
VIH	1	7,7
Linfogranuloma venéreo	1	7,7
No patologías asociadas	8	61,5
total	13	100,0

## DISCUSIÓN

El análisis de los resultados luego de haber presentado los datos con cada uno de los objetivos establecidos para este estudio de los 13 pacientes (10,4 %) a los cuales se le diagnóstico condilomastosis resultó que los grupos de edades más afectados fueron los comprendidos entre 25 a 29 años, lo que coincide con la mayoría de estudios nacional e internacional. El sexo de mayor asistencia a la consulta de ITS fue el femenino 69,2 por ciento.

En cuanto al lugar de procedencia todos natural a la provincia de San Cristóbal, procedentes tanto de zona rural y urbana, existen las mismas posibilidades en igual porcentaje de contraer la enfermedad.

Con relación al estado civil de los pacientes se encontró que el mayor porcentaje tenía parejas. El nivel académico tanto primario como secundario muestra igual porcentaje, a diferencias de otras literaturas que afirman que mientras más

bajo es el nivel de escolaridad hay mayor ignorancia en cuanto a las relaciones sexuales seguras y por ende mayor riesgo de embarazos no deseados y de contraer cualquier infección de transmisión sexual o enfermedades venéreas como el VIH/ SIDA y demás patologías.

El tiempo transcurrido entre la aparición de la lesión y la consulta médica normalmente es de menos de dos meses y la manifestación clínica más frecuente en los pacientes afectados son, en primer lugar las lesiones papulosas seguidas de las secreciones. Según algunos estudios consultados, generalmente después de un periodo de tres meses, es que suelen aparecer las primeras lesiones, razón por la cual los pacientes deciden ir al médico. Casi siempre las primeras lesiones aparecidas son pápulas que posteriormente van seguidas de secreciones. Este patrón coincidió con la evolución natural de las condilomastosis halladas en San Cristóbal. Las áreas más afectadas por la condilomastosis en las mujeres fueron la vulva y la vagina, confirmandose su predilección por áreas húmedas.

La literatura reporta que las lesiones condilomatosas contienen VPH 6 y 11 en el 80,0 por ciento al 90,0 por ciento de los casos.<sup>10</sup> En los pacientes estudiados no fue posible la identificación del VPH responsable.

La condilomastosis es una enfermedad muy frecuente en edad reproductiva, considerando la infección por VPH una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayor parte de los países, especialmente con elevada frecuencia en países en vía de desarrollo, que si bien es una patología benigna debe ser tratada de manera temprana dado su crecimiento exuberante y el potencial oncogénico de algunos subtipos virales.<sup>10</sup>

Es claramente conocida su relación con el carcinoma de cuello uterino. Uno de los mayores intereses en la investigación del VPH, son precisamente esos subtipos ya descritos con potencial oncogénico relacionados con el carcinoma escamoso del tracto genital. No debemos olvidar que dichos subtipos son igualmente oncogénicos en toda la esfera ginecológica y de allí la importancia que se debe dar a este agente.<sup>10</sup>

Es fundamental un diagnóstico oportuno, lo constituye también un tratamiento adecuado y aún más un control estricto y un seguimiento adecuado, conociendo su potencial de recidiva o de coinfección en otras estructuras del tracto genital, factor que debemos tomar en cuenta siempre que tengamos que tratar esta patología. Por lo tanto, se hace necesario que se divulgue la importancia de esta afección para su premención, adecuada educación sanitaria y de despistaje ginecológico, además de la detección viral tan importante para realizar una prevención adecuada de patologías oncológicas. Igualmente no olvidar que el tratamiento y seguimiento es para la pareja también, y no sólo el de la paciente, factor que muy frecuentemente se olvida.<sup>27</sup>

## REFERENCIAS

1. Carvajal- Balaguera J, García-Almenta M, Oliart-Delgado de Torres S, Camuñas-Segovia J, Peña-Gamarra L, Gómez- Maestro P, et al. Condiloma acuminado

- gigante inguinal y perineal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *Mapfre medicina* 2006; 17 (2): 144-50. Se encuentran en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol17-n2-art8-condiloma.pdf>
2. Hidalgo-Vicario MI, Castellano Barca G. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Bol pediatría* 2007; 47:213-218
  3. Arteaga-Rodríguez A, Pachón-del Amo I (*et al*). Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectiva de su utilización, España, febrero 2007:1-76
  4. Hernández-Galván F, Esteban-María J (*et al*). Efectos colaterales del tratamiento del condiloma acuminado con podofilotoxina en crema al 0.15%: estudio preliminar. *Medicina Universitaria* 2003; 5(21):213-216. <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/pdf>
  5. <http://www.trabajadores.cu/.../salud/enfermedades-trasmisibles/condiloma-una-afeccion-que-crece-peligrosamente>.
  6. Gómez-García E, Gómez-Mampaso S, Conde-Someso E, Maganto Pavón S, Navío Niño A, Allona Almagro. Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual. *Actas urológicas españolas abril 2005 (rev)*; 29(4):365-372. se encuentra en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v29n4/original4.pdf>
  7. Lizcaíno A, Puente D, Tata J, Sholz J, Bittar J. Carcinoma epidermoide en condilomatosis vulvoperineal gigante. *Rev Venez Oncol* 2006; 18(4):259-263.
  8. Liuzzi J, Estanca N, Castillo L, Correnti M, Mijares A. Tipificación del virus del papiloma humano. En carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello. *Rev. Venez Oncol* 2007; 19(3):210-218 Se encuentra en: [http://www.oncologia.org.ve/im\\_revista/pdf/04.%20Liuzzi%20J%20\(210-218\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/im_revista/pdf/04.%20Liuzzi%20J%20(210-218).pdf)
  9. Del Pilar-Arango M. El virus del papiloma humano. *Arch de medicina. Facultad de medicina-universidades de Manizales*:29-33
  10. Castro-Sánchez M. Infección por papiloma virus: ¿un problema clínico y un reto a la prevención? *Pediatría integral. Ediciones Ergon, S. A., SEPEAP, España, 2006 (suppl)*:4-9: se encuentra en: [http://www.adolescenciasema.org/ficherospediatria\\_integral\\_suplemento1\\_2006\\_b.pdf](http://www.adolescenciasema.org/ficherospediatria_integral_suplemento1_2006_b.pdf)
  11. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13094258>
  12. de la Torre-Bulnes M, González-Paredes. Enfermedades de transmisión sexual. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. *Clases de Residentes* 2007:1-47
  13. Herrera-Castillo H, Restrepo-de Stiefken P. El Virus Del Papiloma Humano y su Relación Con La Neoplasia Cervical Humana. Revisión de tema, Pontificia Universidad Javeriana, 2000:1-22
  14. Alvarado-Q. D. Lesiones premalignas de cérvix y su relación con virus papiloma humano (VPH). *Revista médica Hondureña* 1988; 56:62-67. Se encuentra en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1988/pdf/Vol56-1-1988-10.pdf>
  15. Vargas-Hernández VM. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. *Ginecol. Obstet. Méx.* 1996; 64(9): 411-417. Se encuentra en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf>
  16. <http://dermis.multimedica.de/dermisroot/es/14295/diagnose.htm>
  17. Trejo-Solórzano O, Tolentino-López JA, Gómez-Orihuela J, López-Velásquez JL, García-Martínez MC. Clasificación por etapas de los condilomas acuminados de la vulva y del tracto anogenital. Una nueva propuesta. *Rev. Fac Med UNAM* 2007; 50 (4):155-157. Se encuentra en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074b.pdf>
  18. Fernández-Obanza windscheid E, Louro-González A. Condilomas acuminados. *Guías clínicas* 2003; 3 (33):1-4. Se encuentra en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Condilomas.pdf>
  19. Carvajal-Balaguera J, García-Almenta M, Oliart-Delgado de Torres S, Camuñas-Segovia J, Peña-Gamarrá L, Gómez-Maestro P, *et al*. Condiloma acuminado gigante inguinal y perineal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *Mapfre medicina* 2006; 17 (2): 144-50. Se encuentran en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol17-n2-art8-condiloma.pdf>
  20. Anónimo. Infección por el virus del papiloma humano. *Epidemiología.* 2001;(1 suppl):13-14. se encuentra en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/dermocosmeticasuplemento/13-14.pdf>
  21. Anónimo. Infección por el virus del papiloma humano. Formas de expresión. 2001;(1 suppl):17-19. se encuentra en: [http://www.medynet.com/el\\_médico/publicaciones/dermocosmeticasuplemento/17-19.pdf](http://www.medynet.com/el_médico/publicaciones/dermocosmeticasuplemento/17-19.pdf)
  22. <http://revista.consumer.es/web/es/20070201/salud/71109.php>
  23. Pimentel-Chagoya G, Manterola-Álvarez D. Manejo de la condilomatosis perianal. *Rev. mexicana de Coloproctología Mayo-Agosto* 2007; 13(2):42-47. Se encuentra en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2007/c072b.pdf>
  24. Harrison, Principios de Medicina Interna. Infecciones por el virus del papiloma humano. *Interamericana*, 16 Ed. México 2006. Vol. I. Pág. 1174-117
  25. de la Torre-Bulnes M, González-Paredes. Enfermedades de transmisión sexual. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. *Clases de Residentes* 2007:1-47
  26. Infección por el virus del papiloma humano. Tratamiento y seguimiento del condiloma acuminado. 2001;(1 suppl):27-28. se encuentra en [http://www.medynet.com/el\\_médico/publicaciones/dermocosmeticasuplemento/27-28.pdf](http://www.medynet.com/el_médico/publicaciones/dermocosmeticasuplemento/27-28.pdf)
  27. Palacios del Castillo: condilomas acuminados. *Revista Iberoamericana de ETS.* Oct-Dic ;3 (4):169-472
  28. Fitzpatrick-B T (*et al*). Atlas en color y síntesis de dermatología clínica. Enfermedades habituales y graves. 4ta. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana, S. A., España 2000:862-868.

## COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO EN INGRESADOS EN EL HOSPITAL SALVADOR GAUTIER.

*\*Samantha Severino, \*Waldo Ariel Suero Alcántara, \*Vilma Villabrille Suero, \*Rosalia Ramirez, \*\*Mauro Canario.*

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo a lo largo del año 2005, en el Hospital Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico del Sangrado Gastrointestinal Alto.

Durante este período de estudio, la población estuvo constituida por un total de 186 pacientes ingresados en el Hospital Salvador B. Gautier.

Se encontró que los pacientes que proceden de la región Sureste fue la más afectada con un total de 111 casos para un 60 por ciento; De los pacientes estudiados respecto al sexo encontramos que el masculino resulto ser el más afectado presentándose 147 casos para un 79 por ciento; El grupo de edad más afectado oscila entre 61 – 70 años con 57 casos para un 30 por ciento.

**Palabras claves:** Comportamiento, epidemiológico, Sangrado Gastrointestinal.

### ABSTRACT

There was realized a descriptive study of retrospective type throughout the year 2005, in the Hospital Salvador B. Gautier, Santo Domingo, Dominican Republic, with the aim (lens) to determine the epidemiological behavior of the Bled Gastrointestinal High place.

During this period of study, the population was constituted by a whole of 186 patients joined the Hospital Salvador B. Gautier.

There was that the patients who come from the South-east region was most affected with a whole of 111 cases for 60 per cent; Of the patients studied with regard to the sex we think that the masculine one I turn out to be the affected mas appearing 147 cases for 79 per cent; The group of age mas affected ranges between 61 - 70 years with 57 cases for 30 per cent.

**Key words:** Behavior, epidemiological, Bled Gastrointestinal.

### INTRODUCCIÓN

El Sangrado gastrointestinal Alto es la pérdida de sangre desde el inicio del esófago hasta el ligamento de Treitz.<sup>15, 16</sup>

El inicio y la cantidad de la pérdida sanguínea varía desde una hemorragia intermitente y oculta de grado bajo, que se presenta con evacuaciones positivas con sangre oculta y anemia por déficit de hierro a una pérdida sanguínea que se presenta con hematemesis y choque hipovolémico.<sup>15,16</sup>

El Sangrado gastrointestinal Alto es un problema frecuente y puede ser de gravedad especialmente en personas de edad avanzada.

Partiendo del hecho de que esta alteración afecta al tubo digestivo de un gran número de personas, también afecta a la sociedad en sentido económico, ya que cualquier individuo que está padeciendo de una hemorragia digestiva superior no estará apto para desempeñar sus labores cotidianas.

Tener el conocimiento adecuado y aplicarlo disminuye los costos para la sociedad en términos de cargos de admisión en el hospital, pérdida de trabajo a causa de la enfermedad y costos de la terapéutica para la prevención de la hemorragia a repetición y las posibles complicaciones.

Nuestro propósito a través del siguiente estudio es determinar el comportamiento epidemiológico del sangrado gastrointestinal Alto en ingresados en el Hospital Salvador Gautier, en el año 2005.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo para determinar el comportamiento epidemiológico del Sangrado Gastrointestinal Alto. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, durante el año 2005.

La población universo estuvo constituida por un total de 1251 pacientes ingresados en el departamento de Gastroenterología durante el año establecido. La muestra tomada fue de 186 pacientes diagnosticados con Sangrado Gastrointestinal Alto.

El método utilizado para la recolección de datos consistió en la reunión de los expedientes clínicos de cada uno de los pacientes ingresados en dicho departamento llenando un formulario. Los datos serán procesados de manera electrónica

\* Médico pasantes.

\*\* Médico Pediatra Epidemiólogo

y presentada a través de cuadros y gráficos para su mejor comprensión.

## RESULTADOS

Se encontró que los pacientes que proceden de la región Sureste fue la más afectada con un total de 111 casos para un 60 por ciento; Seguida por la región Norte o Cibao con 39 casos para un 21 por ciento. La región Suroeste reportó 21 casos par un 11 por ciento. 12 de los casos estudiados para un 6 por ciento se desconoce su procedencia y 3 de los casos para un 2 por ciento perteneció a extranjeros.

De los pacientes estudiados respecto al sexo encontramos que el masculino resulto ser el más afectado presentándose 147 casos para un 79 por ciento y al femenino le corresponde 39 casos para un 21 por ciento.

De los 186 casos estudiados el grupo de edad más estudiados oscila entre 61 – 70 años con 57 casos para un 30 por ciento; seguido por el grupo de 71 – 80 que le corresponde 30 casos para un 15 por ciento; los intervalos de edades entre 30 – 60 años obtuvieron un total de 27 casos cada intervalo para un total del 15 por ciento; por último los mayores de 81 año fueron los menos afectados con 18 casos para un 10 por ciento.

## DISCUSIÓN

Según los resultados de nuestra investigación, la región Sureste fue la más afectada con un total un 60 por ciento; Suponemos que esta región es la más afectada en esta investigación debido a la ubicación geográfica del hospital y en segundo lugar porque es la región de mayor concentración poblacional.

Correlación al intervalo de edad los más afectado por este entidad clínica sigue siendo el grupo entre 60 - 80 años con un a 30 por ciento.

Pudimos observar que el sexo masculino sigue siendo el más afectado con un 79 por ciento de los casos. Esto coincide prácticamente con todos los autores consultados <sup>3,7</sup>

Cuadro 1.

Clasificación de los pacientes con sangrado gastrointestinal alto, según su procedencia, hospital Dr. Salvador B. Gautier, 2005.

Procedencia	Número de casos	%
Norte o Cibao	39	21
Sureste	111	60
Suroeste	21	11
Desconocida	12	6
Otro	3	2
Total	186	100

Fuente: Archivo Hospital Salvador B. Gautier

Clasificación de los pacientes con sangrado gastrointestinal alto, según su sexo, hospital Dr. Salvador B. Gautier, 2005.

Cuadro 2.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	39	21
Masculino	147	79
Total	186	100

Clasificación de los pacientes con sangrado gastrointestinal alto, según su edad, hospital Dr. Salvador B. Gautier, 2005.

Cuadro 3.

Edad	Frecuencia	%
30-40	27	15
41-50	27	15
51-60	27	15
61-70	57	30
71-80	30	15
Más de 81	18	10
Total	186	100

## REFERENCIAS

1. Grullón. Herminio. *Hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con sangrado gastrointestinal alto*, Rev. Med. Dom. 55 (3/4): 158 - 9 Julio – Diciembre. 1993.
2. Ramírez. Fidel y Afuentes Calixto. *Hemorragia Digestiva Superior, análisis prospectivos de 741 casos*, Génova: 47 (3) 189 – 44 Julio – septiembre 1995.
3. Vargas. Domínguez. *Gastroenterología*, Segunda edición, México: McGraw-Hill Interamericano S.A.; 1998: 293-298.
4. Sleisenger y Fordtran. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas*, sexta edición, Buenos Aires (Argentina): Editorial Medica Panamericana S.A.; 2000, Vol. I: 215 – 216.
5. James H. Grendell, Kenneth, Rmcquoad y Scout L. Friedman. *diagnóstico Clínico y Tratamiento en gastroenterología*, Distrito Federal (México):

Editorial Manual Moderno; 1997.

6. Sabiston David. *Tratado de Patología Quirúrgica*, 15ava edición, Distrito Federal México: McGraw-Hill Interamericano S.A.; 2000: 759 – 845, 907 – 955.
7. Harrison, Braunwald, Fauci y Kasper. *Principios de Medicina Interna*, 15ava edición, Distrito Federal México: McGraw-Hill Interamericano S.A.; 2002:299-301
8. Robbins. *Patología estructural y funcional*, 6ta edición, Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericano S.A.
9. [www.google.com](http://www.google.com).
10. [www.altavita.com](http://www.altavita.com)
11. [www.cirujanos.cir](http://www.cirujanos.cir)
12. [www.gastroenlanced.com](http://www.gastroenlanced.com)
13. [www.bvs.do](http://www.bvs.do)
14. [www.latinsalud.com/articulos/](http://www.latinsalud.com/articulos/)
15. [www.medicadetarragona.es/casos\\_clinicos/urg\\_20001203.htm](http://www.medicadetarragona.es/casos_clinicos/urg_20001203.htm)

## COLEGIO MÉDICO DOMINICANO

*te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares*



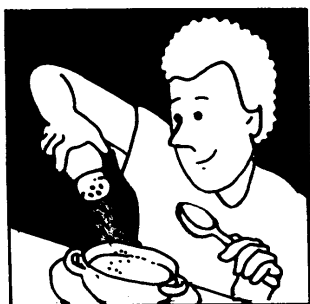
**No Alcohol**



**No Stress**



**Evite Obesidad**



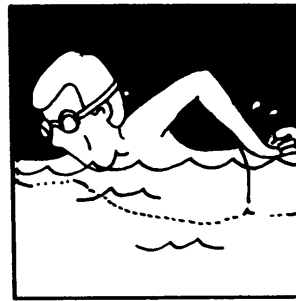
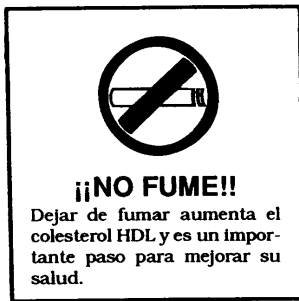
**Controle la Sal**



**Controle su Colesterol**



**Chequee su Presión Arterial**



**Haga Ejercicios**



## CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE ALBÚMINA SÉRICA CON EL GRADO DE SEVERIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CENTRO MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE.

Pérez, Pablo\*; Cabrera, Luisa\*; Castro, Wilka\*; Tavárez, Carlos\*\*

### RESUMEN

Con el propósito de observar los cambios que ocurren en los niveles de albúmina sérica en los pacientes críticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo correspondió a todos los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Centro médico Universidad del Este, en el período Enero 2005-Diciembre 2006, con un total de 353 pacientes y una muestra de 83 pacientes. Se utilizó un formulario para extraer los datos de dichos pacientes. Los resultados principales fueron los siguientes: En esta investigación pudimos demostrar que la correlación de los niveles de albúmina sérica con el grado de severidad y mortalidad en pacientes críticos, determinada por la escala pronóstica de morbimortalidad *APACHE II* están relacionados, demostrando que a menores niveles de albúmina sérica mayor es la puntuación en la escala de morbimortalidad *APACHE II* y por ende mayor es el riesgo de morbimortalidad. El promedio de albúmina de todos los pacientes fue de 2.6 gr/dl. El 88 por ciento de los pacientes tuvieron hipoalbuminemia. El sexo masculino fue el más afectado en cuanto a la hipoalbuminemia. A Menores niveles de albúmina sérica mayores días de estancia en la unidad de cuidados intensivos. El 100 por ciento de los fallecidos presento niveles de albúmina por debajo de 2.5 gr/dl.

**Palabras claves:** niveles de Albúmina paciente criticos, Unidad de cuidados intensivos, APACHE II.

### ABSTRACT

In order to observe the changes that happen in the levels of seric albumin levels in the entered critical patients in the unit Intensive care, an Observational study, descriptive, retrospective of cross section was made. The studied population corresponded to all the patients who entered to the unit of intensive cares of the Centro médico de la Universidad central del Este in period of January 2005-December 2006, was a total of 353 patients for our study and one shows of 83 patients. A form was used to extract the data of these patients.

The principal results were the following: In the investigation we could demonstrate that the correlation of the levels of seric albumin with the degree of severity and mortality, determined by the scale *APACHE II* are related, where at lower levels of seric albumin more the score in the scale APACHE II. the average of albumin of all the patients was of 2,6 gr/dl. The 88 percent of the patients had hypoalbuminemia. Masculine sex was the most affected by hypoalbuminemia. At lower levels of seric albumin more days of stay in the unit of intensive cares. 100 percent of the deceased had albumin levels below of 2.5 g/dl.

**Keywords:** Albumin Levels, critical patients, Intensive care unit, APACHE II

### INTRODUCCIÓN

La albúmina es una proteína con múltiples funciones como mantenimiento de la presión oncótica, transporte de hormonas, bilirrubina, fármacos y control del pH, además es el parámetro bioquímico más frecuentemente utilizado en la valoración nutricional, una reducción significativa de los niveles de albúmina se asocia con un incremento de la aparición de complicaciones y de mortalidad. Los niveles de albúmina caen rápidamente en respuesta a algunas enfermedades, como trastornos hepáticos, renales, desnutrición, sobre todo a la sepsis, por lo que las cifras bajas de albúmina sérica permiten identificar a los pacientes con mayor riesgo de morbilidad o mortalidad.

La unidad de cuidados intensivos es el área hospitalaria donde el personal médico y de enfermería especialmente entrenado en el diagnóstico y tratamiento de alteraciones orgánicas agudas, apoyados por medio de soporte cardiopulmonar y dispositivos electrónicos de vigilancia de las funciones vitales, se ocupa de la atención integral de los enfermos gravemente lesionados con posibilidades razonables de recuperación; de forma pronóstica son usadas en esta área escalas predictivas, que no son más que sistemas de valoración numérica para describir evolución de la enfermedad del paciente, una de las más frecuentemente empleadas es la escala pronóstica de morbimortalidad *APACHE II*, esta se basa en el concepto de que la gravedad de la enfermedad de

\* Médico General;

\*\* Médico Internista

un paciente cuando ingresa a la unidad de cuidados intensivos viene determinada por su reserva fisiológica y la magnitud de la alteración fisiológica.

En la República Dominicana no existen estudios que planteen la relación entre la albúmina y el estado crítico del paciente. Es común que en nuestro medio los niveles bajos de albúmina se relacionen con desnutrición intrahospitalaria, desconociendo que la alteración en los niveles de albúmina es un reflejo de la gravedad de la enfermedad. La concentración de albúmina decrece rápidamente en el curso de una enfermedad crítica y ésta no aumenta nuevamente hasta la recuperación de la misma.

Debido a esto decidimos realizar un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal revisando las historias clínicas de ochenta y tres pacientes manejados en la unidad de cuidados intensivos, para determinar si los niveles de albúmina se corresponden con la gravedad de la enfermedad, determinada con la escala Pronóstica *APACHE II*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Centro Médico de la Universidad Central del Este (UCE), localizado en Santo Domingo, República Dominicana. Fue realizado en el período Enero/Junio del 2007. El universo estuvo constituida por todos los pacientes, de ambos sexos y edades, que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos 353 pacientes, la población estuvo constituida por 83 pacientes representada por aquellos que se le realizaron las pruebas de laboratorio albúmina sérica, gases arteriales y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo representada por el cien por ciento de la población. Los criterios de inclusión fueron Todos los pacientes críticos que cumplieron con los criterios de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y se le realizaron las pruebas de albúmina sérica y gases arteriales. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que no sean críticos, pacientes quemados, pacientes con una enfermedad hepática o renal y pacientes desnutridos. Se utilizó un formulario para extraer los datos de los expedientes de aquellos pacientes que fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos, posteriormente con los récords clasificados, procedimos a llenar los formularios para su posterior análisis y tabulación, los resultados de la investigación se presentan en cuadros y gráficos, después que por medios electrónicos nos permitieran su ordenamiento y tabulación para posteriormente ser analizados y presentar nuestras conclusiones.

## RESULTADOS

El sexo de los 83 pacientes que tuvo esta investigación 46 (55.4%) correspondieron al sexo masculino y 37 (44.5%) al sexo femenino, El promedio de albúmina de los 83 pacientes fue de 2.6 gr/dl.

La correlación de los niveles de albúmina sérica con el grado de severidad y mortalidad en pacientes críticos, determinada por la escala pronóstica *APACHE II*. Arrojó estos resultados,

31 pacientes (37.3 %) con puntuación de escala *APACHE II* de 10-14 presentaron un promedio de albúmina de 2.8 gr/dl, 21 pacientes (25.3%) con puntuación de escala *APACHE II* de 15-19 presentaron un promedio de albúmina de 2.6 gr/dl, 10 Pacientes (12%) con puntuación de escala *APACHE II* de 20-24 presentaron un promedio de albúmina de 2.4 gr/dl, 1 paciente (1.2%) tuvo una puntuación de escala *APACHE II* de 25-29, presentó un promedio de albúmina de 2.3 gr/dl, 4 pacientes (4.8%) que tuvieron puntuación de escala *APACHE II* de 30-34 presentaron un promedio de albúmina de 1.7 gr/dl. (Ver cuadro #1).

En cuanto a los niveles de albúmina en pacientes críticos, 73 pacientes (88%) presentaron niveles de albúmina menor de 3.5 gr/dl (Hipoalbuminemia) y 10 pacientes (12%) presentó niveles de albúmina entre 3.5-5.0 gr/dl. En relación a los grupos de edad con los niveles de albúmina sérica se puede observar que no hubo cambios significativos, ya que todos presentaron niveles entre 2.3 y 2.9 gr/dl, observándose que el menor nivel corresponde a pacientes mayores o igual de 80 años de edad.

La relación de los niveles de albúmina sérica con el sexo de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. 46 pacientes correspondieron al sexo masculino, de estos 24 pacientes (28.9%) tuvieron niveles de albúmina menor de 2.5 gr/dl, 19 pacientes (22.9%) tuvieron niveles de albúmina entre 2.5-3.4 gr/dl y 4 pacientes (4.8%) tuvieron niveles de albúmina entre 3.5-5 gr/dl. Por otro lado 37 pacientes correspondieron al sexo femenino, de estos 14 pacientes (16.8 %) tuvieron niveles de albúmina menor de 2.5 gr/dl. 16 pacientes (19.3%) tuvieron niveles de albúmina entre 2.5-3.4 gr/dl y 6 pacientes (7.2%) tuvieron niveles de albúmina entre 3.5-5 gr/dl. De los 83 pacientes de este estudio, 38 pacientes presentaron niveles de albúmina de 2.5 gr/dl. 35 pacientes presentaron niveles de albúmina de 2.5-3.4 gr/dl, y 10 pacientes presentaron niveles de albúmina entre 3.5-5 gr/dl.

La clasificación de los pacientes de acuerdo a la puntuación de *APACHE II*, reportó: que 16 pacientes (19%) con puntuación de *APACHE II* de 5-9, 31 pacientes (37.3%) con puntuación de *APACHE II* de 10-14, 21 pacientes (25.3%), con puntuación de *APACHE II* de 15-19, 10 pacientes (12%) con puntuación de *APACHE II* de 20-24, , 1 paciente (1.2%) con puntuación de *APACHE II* de 25-29, 4 pacientes (4.8%) con puntuación de *APACHE II* de 30-34.

La correlación de los niveles de albúmina sérica con los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos. Arrojó los siguientes resultados: Aquellos pacientes con niveles de albúmina menores de 2.5 gr/dl, 39 (46.9%), los cuales tuvieron un promedio de estancia en la unidad de cuidados intensivos de 10.2 días. 34 pacientes el (40.9%) con niveles de albúmina entre 2.5-3.4 gr/dl tuvieron un promedio de estancia de la unidad de cuidados intensivos de 6.8 días y 10 pacientes (12%) con niveles de albúmina entre 3.5-5.0 gr/dl tuvieron un promedio de estancia en la unidad de cuidados intensivos de 4.4 días.

En relación a las complicaciones más comunes en pacientes

con hipoalbuminemia, de un total de 36 pacientes (43%) presentaron complicaciones, de estos 20 pacientes (55%) tuvieron complicaciones respiratorias, 8 pacientes (22.2%) presentaron complicaciones cardíacas, 4 pacientes (11.1%) presentaron complicaciones neurológicas, 2 pacientes (5.5%) presentaron complicaciones gastrointestinales, 2 pacientes (5.5%) presentaron complicaciones inmunológicas.

La relación entre niveles de albúmina y la mortalidad. De 83 pacientes, 7 pacientes (8.4%) fallecieron, de los cuales el (100%) presentó niveles de albúmina menor de 2.5 gr/dl. No se presentaron defunciones con niveles de albúmina mayores de 2.5 gr/dl.

Cuadro 1.

Correlación de los niveles de albúmina sérica con el grado de severidad y mortalidad en pacientes críticos, determinada por la escala pronóstica APACHE II.

Escala APACHE II	Nivel de Albúmina (Promedio en g/dl)	No. Pacientes	Porcentaje (%)
0-4	0	0	0
5-9	2.6	16	19.2
10-14	2.8	31	37.3
15-19	2.6	21	25.3
20-24	2.4	10	12
25-29	2.3	1	1.2
30-34	1.7	4	4.8
≥34	0	0	0
Total	2.6	83	100.0

## DISCUSIÓN

La correlación de los niveles de albúmina sérica con el grado de severidad y mortalidad en pacientes críticos, determinada por la escala pronóstica APACHE II, demostró que existe una relación inversamente proporcional entre la escala APACHE II y los niveles de albúmina, donde a menores niveles de albúmina sérica, mayor puntuación en la escala pronóstica de Morbimortalidad APACHE II, revelando que la hipoalbuminemia refleja un aumento de la gravedad de la enfermedad y un riesgo creciente de mortalidad.

El 88 por ciento de los pacientes críticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos presentaron hipoalbuminemia, el 12 por ciento restante presentaron niveles normales de albúmina sérica con valores entre 3.5-5.0 g/dl. Coincidiendo con el estudio realizado en el 2003 por José García Salcedo sobre albúmina sérica y mortalidad en ancianos hospitalizados, que revela que el 79.4 por ciento de los pacientes críticos tienen valores de albúmina menores de 3.5 g/dl <sup>3</sup>.

Un segundo estudio realizado por Thomas Pulimood en el 2000 quien muestra que en los pacientes críticamente enfermos

la hipoalbuminemia es un reflejo de la severidad subyacente <sup>4</sup>. Comparando los niveles de albúmina sérica con los grupos de edad no se observaron cambios significativos, ya que todos presentaron niveles entre 2.3 y 2.9 gr/dl, observándose que el menor nivel corresponde a pacientes mayores o igual de 80 años de edad. Resultados semejantes a el estudio de José García en el 2003 que revela que a mayor edad se presenta más fácilmente hipoalbuminemia por acumulación de patologías y disminución de sus reservas fisiológicas. <sup>3</sup>

En relación de los niveles de albúmina sérica según sexo reveló que el sexo masculino fue el más afectado en presentar hipoalbuminemia. La clasificación de los pacientes con la escala APACHE II, reveló que la mayoría de los pacientes, el 37.3 por ciento presentó una puntuación de APACHE II de 10-14, seguido de un 25.3 por ciento que corresponde a una puntuación APACHE II de 15-19, lo que revela según la predicción del APACHE II que la mayoría de los pacientes tuvieron un riesgo de mortalidad entre 15 y 25 por ciento. La correlación de los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos con los niveles de albúmina demostró que hay una relación inversamente proporcional, donde a menores niveles de albúmina, mayores días de estancia en la unidad de cuidados intensivos. Confirmando los resultados que Miguel Delgado obtuvo en su investigación en el 2002 que mostraron asociación de los niveles bajos de albúmina con aumento en la estancia hospitalaria <sup>13</sup>. Las complicaciones más comunes en los pacientes con hipoalbuminemia fueron las de tipos respiratorias con un 55.5 por ciento. Dentro de este grupo la más frecuente fue el derrame pleural, esto es debido a que en los pacientes con hipoalbuminemia hay un aumento de la respuesta inflamatoria que conduce a un aumento de la permeabilidad capilar observándose en estos pacientes una mayor extravasación de líquido.

El 100 por ciento de los pacientes que fallecieron presentaron niveles de albúmina sérica por debajo de 2.5 gr/dl, resultados similares a los obtenidos por José García Salcedo en el 2003 sobre albúmina sérica y mortalidad en ancianos hospitalizados, que reveló que no se reportaron fallecimientos en el grupo de pacientes con niveles de albúmina mayor de 3.1 gr/dl y se encontró más del 90 por ciento de fallecimientos con valor de albúmina menor de 1.4 gr/dl. <sup>3</sup>

## RECOMENDACIONES

Considerar la hipoalbuminemia de novo en el paciente crítico como un indicador de severidad del cuadro, más que indicador de desnutrición. Realizar la medición de la albúmina sérica al ingreso del paciente crítico. No realizar la medición de albúmina de forma consecutiva, debido a que la vida media de la albúmina sérica es de 20 días y con su medición de forma seguida los cambios que ocurran en esta no mostrarán cambios significativos. Al tratar al paciente con hipoalbuminemia los esfuerzos deben centrarse en la corrección de la enfermedad subyacente. Implementar el uso de escalas predictivas en la unidad de cuidados intensivos, como es el caso de la escala pronóstica de morbimortalidad APACHE II.

## REFERENCIAS

- Gien López, José Antonio, [et al]. "Valor predictivo de la escala APACHE II sobre la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos de adultos en la ciudad de Mérida Yucatán". Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva Vol. XX, Núm. 1 / Enero-Marzo 2006, Págs. 30-40. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medcri/e-ti2006/e-ti06-1/em-ti061e.htm>.
- Vincent, Jean-Louis, [et al]. "Is albumin administration in the acutely ill associated with increased mortality? Results of the SOAP study". *Critical Care Journal of Medicine*, Vol. IX, No.6, 7 de noviembre 2005, p. 745-754. <http://ccforum.com/content/9/6/R745>.
- García-Salcedo, José. Batarse-Bandak, José. "Albúmina sérica y mortalidad en ancianos Hospitalizados". Revista Bioquímica, Vol. 28, Núm.1, año 2003 p. 8-12. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-bioquimia/e-bq2003/e-bq03-1/em-bq031b.htm>.
- Thomas Pulimood. Debate: *Albumin administration should be avoided in the critically ill*". *Critical Care Journal*, Vol.4, No.3, Mayo 2000, p. 151-155. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=137253>.
- Murray Robert k [et al.] "Bioquímica de Harper", Pág.59 Proteínas Plasmáticas, Inmunoglobulinas y Coagulación Sanguinea. 15 ed, México, D.F. Editora Manual Moderno, 2001, p. 832-833.
- Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. "Conocimientos actuales sobre nutrición, Pág. 59 Nutrición Enteral y Parenteral (Indicadores Bioquímicos). 7ma ed., Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1997, p. 569, Publicación científica 565.
- Guyton, Artur C; Hall, John E. "Tratado de Fisiología Humana". Pág. 25 Edema: Exceso de Líquido en los Tejidos. 10ma ed. México, D.F. Mcgraw-Hill, 2001. p. 333.
- Rombeau, John L. "Nutrición Clínica, Alimentación Enteral". Pág. Alimentación enteral en pacientes con cáncer. 3era ed. México D.F. Mc Graw-hill Interamericana, 1998 P. 341.
- López, José, et al. "Valor predictivo de la escala APACHE II sobre la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos de adultos en la ciudad de Mérida Yucatán" [en línea]. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva, Vol. X, núm. 1/ Enero-Marzo 2006, p. 30-40 <<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2006/ti061e.pdf>>
- Tomicic, Vinko. Admisión y Alta a Unidades de Cuidados Intensivos [En Línea]. Apuntes de medicina Intensiva, vol. I. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinaIntensiva/Admision.html>
- Parillo, Joseph E; Dellinger Phillip R. "Tratado de medicina intensiva principios diagnósticos y terapéuticos en el adulto", Pág. IX Sistema de puntuación de gravedad y pronóstico. 2da ed., Madrid, España, editora Elsevier Science, 2003, P. 1602-1608.
- Firman, Guillermo."Sistema de Clasificación de Enfermedad Apache II". Enero 2003 <http://www.intermedicin.com/avances/clinica/acl68.PDF>
- Delgado-Rodríguez (et al.). *Cholesterol and Serum Albumin Levels as Predictors of Cross Infection, Death, and Length of Hospital Stay*. *Arch Surgical*. 2002; p.137:805-812. <http://archsurg.ama-assn.org/cgi/content/abstract/137/7/805>.
- Eugene, Braunwald, Et al. "Principios de Medicina Interna de Harrison". Pág. 249, Parte X, Atención de Enfermos en Estado Crítico. 16va ed. México, DF. Mcgraw-Hill, 2006 p.
- Cerón, Ulises, et al. "Valor predictivo de los sistemas de calificación de gravedad: comparación de cuatro modelos en tres unidades de terapia intensiva mexicanas incluidas en la base de datos multicéntrica de terapia Intensiva". Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva, Vol. XIV, núm. 2, Marzo-Abril 2000, p. 50-59. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medcri/e-ti2000/e-ti00-2/em-ti002b.htm>.
- Blas, Jorge, et al. "Mortalidad en la unidad de cuidados intensivos: evaluación con una escala pronostica". Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva, Vol. Vol. XV, Núm.2, Mar.-Abr.2001. p 41-4. <http://medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2001/ti012b.pdf> [consulta: 6 de Abril 2007].
- Mora, Rafael J. "Soporte nutricional especial", Pág. Albúmina 2da. ed., Bogotá, Colombia. Editorial Medica Panamericana, 1997, p. 100-107.
- Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, et al. *Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons*. *JAMA*. 1994; No.272. p.1036-1042. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=8089886&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8089886&dopt=Abstract).
- Tapia, Jesús. "El valor predictivo de la albúmina en el pacientes quirúrgico con cáncer del aparato digestivo". Servicio de Apoyo Nutricional del Hospital de Especialidades y del Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, Volumen 23, Núm. 4 Octubre-Diciembre 2001, Págs. 290-295. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cirgen/e-cg2001/e-cg01-4/er-cg014m.htm>.
- Kuller LH, Eichner JE, Orchard TJ, et al. *The relation between serum albumin levels and risk of coronary*

*heart disease in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Am J Epidemiology.* 1991; 134: 1266-1277.

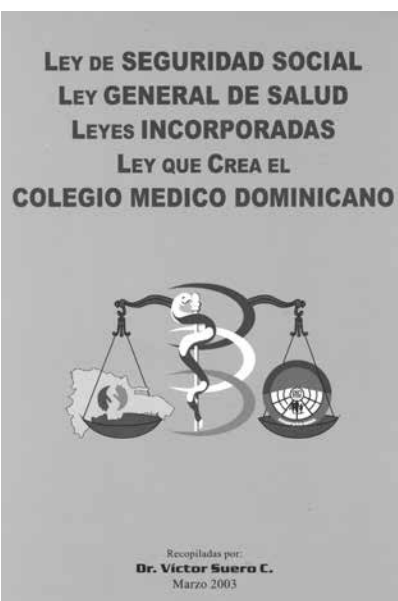
[http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/134/11/1266?ijkey=a6a2bf010f08242aad5896653419e82057f1f69&keytype=tf\\_ipsecsha](http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/134/11/1266?ijkey=a6a2bf010f08242aad5896653419e82057f1f69&keytype=tf_ipsecsha) .

21. Andresen, Max. Et al. “Disfunción y Falla orgánica Múltiple”. Revista Médica de Chile, Programa de medicina intensiva, apuntes de medicina intensiva, Pontificia Universidad de Chile. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinaIntensiva/Disfuncion.html>.
22. Carrillo, Raúl. et al. “Mortalidad por disfunción

orgánica múltiple en una unidad de cuidados intensivos”. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Vol. 44, No.4, Julio-Agosto, 2001. p 156-160. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-facmed/e-un2001/e-un01-4/er-un014d.htm>.

23. Djoussé, Luc. “Serum Albumin and Risk of Myocardial Infarction and All-Cause Mortality in the Framingham Offspring Study”. *Boston University School of Medicine and the Framingham Heart Study*. Noviembre 2002, p.2919-2929. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/106/23/2919> .

## 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.

## PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD RURAL RÍO LIMPIO, PROVINCIA ELÍAS PIÑA.

*Juan Manuel Rivas Reynoso\*, Janer Arianny Cruz Santana\*, Jenny Elizabeth Contreras Rivas\*, Rafaelina de los Milagros Díaz Contrera\*, Nelson Paúl Contreras Corletto\**

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con 54 adolescentes de 15-19 años de la comunidad rural Río Limpio, provincia Elías Piña en el mes de enero del año 2008. Los objetivos fueron: identificar la proporción de adolescentes que habían iniciado las relaciones sexuales y determinar las circunstancias en las que aconteció su primera relación sexual. Se aplicó una encuesta a cada adolescente donde se investigaron: percepción de riesgo de tener relaciones sexuales a su edad, edad de la primera relación sexual, motivos para hacerlo, y otras variables. Hubo 29 varones (53,7%) y 25 hembras (46,3%). El 63,0 por ciento reconoció que tener relaciones sexuales a su edad tiene riesgos (embarazo no deseado, infección de transmisión sexual, etc.). El 33,3 por ciento de jóvenes había tenido relaciones sexuales. La edad promedio de la primera relación sexual fue de 14,3 años; 16,0 años para las hembras y 13,4 años para los varones. El motivo fue “deseos de probar” en el 50 por ciento de casos. El 61,1 por ciento lo hizo con una pareja de mayor edad. La mayoría pensó en el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida momentos antes de su primera relación sexual, sin embargo menos de la mitad usó condón. El 83,3 por ciento se sintió satisfecho con la experiencia de su primera relación sexual. Se concluye que pocos jóvenes han tenido relaciones sexuales y aquellos con la experiencia tuvieron su primera relación sexual bajo una situación de cierto riesgo e inseguridad.

**Palabras clave:** Primera relación sexual, adolescentes, circunstancias de la relación sexual.

### ABSTRACT

In order to identify the proportion of sexually initiated adolescents and determine the situation in that their first sexual intercourse occurred was made a descriptive, prospective and transversal study with 54 adolescents 15-19 years old of Río Limpio community, Elías Piña province. A questionnaire was applied to each adolescent, whom was investigated the risk perception of having sexual intercourse at their age, first sexual intercourse age, reasons for having first sexual

intercourse, and others variables. There was 29 males (53,7%) and 25 females (46,3%). The 63,0 percent recognized that having sexual intercourse at their age can due to risks (not wanted pregnancy, sexually transmitted infection, etc.). The 33,3 percent of adolescents have had sexual intercourse. The average age of the first sexual intercourse was 14,3 years; 16,0 years for females and 13,4 years for males. The reason was “desires to prove” in the 50 percent of cases. The 61,1 percent did it with an older couple. Most of them thought in the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome moments before of having their first sexual intercourse, but less than half used condom. The 83,3 percent felt satisfied with their first sexual experience. It is concluded that few adolescents have had sexual intercourse and those with that experience had it in a situation of certain risk and insecurity.

**Key words:** First sexual intercourse, adolescents, sexual intercourse circumstances.

### INTRODUCCIÓN

La primera relación sexual es un acontecimiento importante que debe acompañarse de una madurez concienzuda de este hecho, para que se recuerde como un momento grato y valioso que contribuya a la formación de una personalidad saludable. Muchos de los problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva de las personas se vinculan con una iniciación temprana o precoz de la actividad sexual, debido a que en la mayoría de los casos ocurre sin la correcta orientación, información y protección. Investigadores plantean que la mayoría de los adolescentes en todo el mundo ya han iniciado sus relaciones sexuales a una edad más temprana que generaciones pasadas.<sup>1</sup> La adolescencia se refiere al tiempo entre el comienzo de la maduración sexual (pubertad) y la edad adulta. Se considera como el período entre los 13 y los 19 años de edad, aproximadamente. Es un tiempo de maduración psicológica, en el cual la persona se comienza a comportar “como un adulto”. El adolescente experimenta no sólo el cambio y crecimiento físicos, sino también los cambios y el crecimiento emocionales, psicológicos, sociales y mentales.<sup>2</sup>

\* Médico general

La adolescencia, a menudo, se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgos; el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. La literatura revisada señala que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y los que tienen relaciones abusivas suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar.<sup>3</sup>

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual.<sup>3</sup>

Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. El período adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes. En este sentido, los objetivos de esta investigación fueron: 1) identificar la proporción de adolescentes que han iniciado las relaciones sexuales, y 2) determinar las circunstancias en las que acontece la primera relación sexual de los jóvenes de la comunidad rural Río Limpio, provincia Elías Piña.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con adolescentes de la comunidad rural Río Limpio, provincia Elías Piña, en el mes de enero del año 2008. La muestra estuvo constituida por 54 adolescentes rastreados mediante un muestreo no probabilístico, y que cumplieron con los siguientes criterios: nacionalidad dominicana, jóvenes con 15-19 años de ambos sexos, y residentes en la comunidad rural Río Limpio.

Se contactaron adolescentes de la comunidad para explicarles la mecánica y la motivación de este estudio, de manera que sirvieron de portavoz informativos al resto de los jóvenes; siempre resaltando el aspecto ético y el consentimiento informado para ser entrevistados. Se estableció un horario vespertino de entrevistas en la clínica rural, donde los jóvenes hicieron turno para ser entrevistados en un consultorio a puertas cerradas. Antes de iniciar la entrevista se detalló a cada adolescente en qué consistía la investigación y sus fines. Una vez que aceptaron participar se invitó a contestar sinceramente. Se aplicó un formulario diseñado con preguntas abiertas y cerradas. Cada entrevista tuvo una duración de 3-5 minutos.

Entre las variables investigadas estuvieron: edad, sexo, percepción de riesgo de tener relaciones sexuales a su edad, edad primera relación sexual, motivación para hacerlo, uso del condón en la primera relación sexual, tipo de relación con la

pareja en ese momento, entre otras.

Los datos recolectados fueron procesados con la realización de bases de datos en el *software* EPI-INFO versión 3.3.2. Los resultados se reportaron a través de tablas y textos utilizando la hoja de cálculo de Microsoft Excel y el editor de texto Microsoft Word, ambos de la versión Microsoft Office 2003, con el fin de facilitar su interpretación.

## RESULTADOS

La distribución de la muestra según edades fue: con 15 años, 13 casos (24,1%); con 16 años, 16 casos (29,6%); con 17 años, 10 casos (18,5%); con 18 años, 9 casos (16,7%); y con 19 años, 6 casos (11,1%). Hubo 29 varones (53,7%) y 25 hembras (46,3%).

Del total de entrevistados (54 jóvenes), 34 adolescentes (63,0%) declararon que existe algún riesgo de tener relaciones sexuales a su edad, siendo el 44,4 por ciento para el embarazo no deseado con 15 casos y el 35,3 por ciento para las infecciones de transmisión sexual con 12 casos.

En la tabla 1 se observa que 36 adolescentes (66,7%) no han tenido relaciones sexuales, mientras que 18 (33,3%) sí han tenido esa experiencia. De los que han tenido relaciones sexuales, 12 casos (66,7%) son hombres y 6 casos (33,3%) son mujeres. Los individuos con 18 años encabezan la lista de los que han tenido relaciones sexuales con 6 casos (33,3%).

La edad con mayor frecuencia en la que sucedió la primera relación sexual fue los 13 años o menos con 6 casos (33,3%). Sin embargo, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 14,3 años. Para las hembras, la edad promedio de inicio fue de 16,0 años y para los varones de 13,4 años.

El motivo predominante que llevó a los adolescentes a iniciarse sexualmente fue “deseos de probar” en 9 casos (50,0%), seguido de “estar enamorado(a)” con 7 casos (38,9%). El 66,7 por ciento de los varones tuvo como motivo “deseos de probar” con 8 casos, mientras que las hembras se motivaron por “estar enamoradas” con 4 casos (66,7%).

Sexo	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	12	66,7	17	47,2
Mujer	6	33,3	19	52,8
Total	18	100,0	36	100,0

El noviazgo fue el tipo de relación que 16 adolescentes (88,9%) sostenían con su pareja al momento de su primera relación sexual. En 11 casos (61,1%) la pareja tuvo mayor edad que el adolescente en cuestión.

En la tabla 2 se muestra que 13 adolescentes (72,2%) pensaron en el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) momentos antes de tener su primera relación sexual. De éstos, 7 (53,8%) no usaron preservativo. Sólo 6 jóvenes (33,3%)

usaron preservativo en su primera relación sexual y todos pensaron en el VIH/SIDA momentos antes de tener su primera experiencia.

Tabla 2. Uso del preservativo en la primera relación sexual asociado a haber pensado en el VIH/SIDA momentos antes de tener la primera relación sexual

Pensó en VIH/SIDA	Usó preservativo en la primera relación sexual			
	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	100,0	7	58,3
No	0	0,0	5	41,7
Total	6	100,0	12	100,0

La “felicidad” resultó ser el sentimiento experimentado por 10 adolescentes (55,6%) durante el acto sexual, seguido por “miedo” en 7 jóvenes (38,9%). De estos últimos, 5 (83,3%) eran hembras. Sólo 3 adolescentes (16,7%) no se sintieron satisfechos o complacidos con su primera relación sexual, de los cuales 2 fueron hembras (66,7%) y 1 fue varón (33,3%). El 100 por ciento negó haberse enterado de alguna señal de infección de transmisión sexual (vesículas, verrugas o úlceras en genitales, secreción vaginal o uretral anormal, etc.) en la pareja al momento de su primera relación sexual. Solamente 2 hembras (33,3%) con experiencia sexual pensaron alguna vez en hacerse un examen citológico de Papanicolaou.

## DISCUSIÓN

La iniciación cada vez más temprana de la vida sexual de los jóvenes adolescentes<sup>1, 4</sup> los expone a mayores riesgos de embarazo no deseado, transmisión sexual de infecciones y otros. Sin embargo, el 63 por ciento de los adolescentes entrevistados reconoció la existencia de algún riesgo al tener relaciones sexuales a su edad, lo que concuerda con los resultados de Santana y otros<sup>1</sup> en donde más de la mitad (88,2%) identificó esta situación. El embarazo no deseado fue el riesgo reconocido por el 44,1 por ciento de los jóvenes de este estudio, siendo el más señalado; Santana y otros coinciden, pero reportando un mayor porcentaje (83,9 %). Sólo el 33,3 por ciento de la muestra ha tenido relaciones sexuales, en su mayoría varones (66,7%). Santana y otros presentan que el 71,3 por ciento de adolescentes había tenido relaciones sexuales. En la entrevista se preguntó a cada joven si ha tenido relaciones sexuales alguna vez; es posible que el concepto de relaciones sexuales varíe de un individuo a otro.\*

### La cultura de conservación y castidad de la mujer hasta

\* Le Gall y Levan<sup>5</sup> señalan que algunas veces es delicado precisar la fecha de la primera relación sexual, sencillamente porque ésta fue precedida por intercambios corporales muy íntimos, los cuales si no desembocaron por varias razones a la penetración, contribuyeron a hacer más confuso el momento de esta primera relación sexual completa. Además, añaden, basado en los relatos de jóvenes de su investigación, que “la primera vez no es reductible a la primera relación con penetración. Si el amor sin penetración puede ser considerado como su primera vez, se niega a veces también, que la penetración sin amor pueda serlo”. Sin embargo, se debe considerar que la perspectiva filosófica de este comentario difiere del aspecto médico de este artículo.

el matrimonio, en nuestro medio, puede contribuir a que el porcentaje de hembras con experiencia sexual registrado (24%) sea una cifra subestimada. El hecho de que éstas son reservadas a comentar sus cosas personales e íntimas, puede sesgar la información declarando falsamente no haber tenido relaciones sexuales.

En general, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 14,3 años, siendo para las hembras de 16,0 años y para los varones de 13,4 años. Estos resultados son muy parecidos a los reportados por Santana y otros, a excepción de la edad de inicio para las hembras (14,9 años). Cutié, Laffita y Toledo<sup>4</sup> presentan que la mayoría del sexo femenino (46,9%) tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y la mayoría del sexo masculino (51,5%) entre los 15-17 años; estos datos difieren de los reportados en este estudio, al igual que los ofrecidos por Koenig y otros<sup>6</sup> en referencia a las hembras.

El motivo que impulsó al 50,0 por ciento de estos jóvenes a tener su primera relación sexual fue “deseos de probar”. Esto refleja la inexperiencia y la inmadurez para asumir esta responsabilidad, dado que prima la curiosidad sobre el razonamiento de las potenciales consecuencias, apoyado por la falta de información y los mitos populares sobre la sexualidad (por ejemplo, es famosa la creencia de que “una joven virgen no se embaraza en su primera relación sexual”). De acuerdo al sexo, las hembras se motivaron por “estar enamoradas” y los varones por “deseos de probar”, de la misma forma reportan Santana y otros. La motivación femenina sugiere que éstas razonan más detalladamente la situación de oportunidad, al momento de tomar la decisión de tener su primera relación sexual. Además, esperan sentir un lazo afectivo que, posiblemente, traduzcan en algún grado de compromiso de pareja.

El 72,2 por ciento de los adolescentes (13 casos) pensó en el VIH/SIDA momentos antes de iniciar su primera relación sexual. Por tanto, la mayoría pudo estar informada de esta infección de transmisión sexual, probablemente de otras y cómo prevenirlas. Sin embargo, sólo el 46,2 por ciento de los que pensaron en el VIH/SIDA (6 casos) usaron preservativo para tener su primera relación sexual.\* Cutié, Laffita y Toledo publican un 27,3 por ciento de jóvenes que usaron condón en su primera relación sexual.

Santana y otros también han encontrado que el noviazgo era el tipo de relación de pareja más frecuente al momento de la primera relación sexual. Estos autores, igualmente, han encontrado que la mayoría de las parejas eran mayores que los adolescentes de la muestra.

Las parejas de los adolescentes fueron catalogadas como sanas en el 100 por ciento de los casos, dado el hecho de que al preguntarles si se habían enterado u observado alguna señal de infección de transmisión sexual (vesículas, verrugas o úlceras en genitales, secreción vaginal o uretral anormal, etc.) en ellas,

\* Santana y otros comentan: “...A pesar de tener conciencia y conocimientos de los riesgos que conlleva tener relaciones coitales (...), deciden tenerlas, lo que pudiera deberse al sentimiento de “inmunitad” que tiene el adolescente, que lo hace pensar <<esto no me va a pasar a mí, y por tanto no tengo que preocuparme>>. ...Otras razones (...) se deben a que la familiaridad con su compañero sexual le da la impresión de que hay menor riesgo.”



negaron cualquier afirmación con relación a esta variable.

Las jóvenes manejan poca información o conceptos incorrectos acerca del cáncer cérvicouterino, su prevención y probablemente de las infecciones de transmisión sexual; dado que solamente el 33,3 por ciento (2 casos) de las hembras con experiencia sexual había pensado en hacerse un examen citológico de Papanicolaou. El modo de vida rural de las mujeres puede comportarse como obstáculo para manejarse de forma óptima en la prevención de las enfermedades, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer cérvicouterino. Se han realizado otras investigaciones similares a la presente en zonas geográficas diferentes a nivel nacional e internacional, y muchos resultados concuerdan con la presente investigación. De todas formas, varias limitaciones merecen ser mencionadas. En primer lugar, la comunidad rural de Río Limpio es relativamente pequeña, lo que limita la cantidad de adolescentes dispuestos a participar en investigaciones. Por lo tanto, la significancia de la muestra pudiera ser cuestionada. Además, el muestreo utilizado pudo no ofrecer todo su potencial por falta de interés de los portavoces de hacer llegar la información a todos los adolescentes de la comunidad.

En segundo lugar, la falta de confianza de los jóvenes en el entrevistador, a pesar del consentimiento otorgado por ellos, pudo haber sesgado la información registrada.

En tercer lugar, la posible variación de percepción personal del concepto “*primera relación sexual*” por parte de los entrevistados pudo subestimar la cantidad de jóvenes que tenían conciencia de haber tenido la experiencia o no, especialmente en aquellos que han tenido intercambios corporales muy íntimos sin necesariamente haber llegado a la penetración.

Y, en cuarto lugar, casi todos los entrevistados llegaron al lugar de la entrevista inmediatamente después de salir de las clases vespertinas del centro educativo local. Algunos se mostraron apresurados por llegar a sus hogares, lo cual pudo influir para que alguno tomara las preguntas a la ligera y respondieran sin tener consciencia del significado de las interrogantes.

La sexualidad de los adolescentes es un tema que compete a todas las vertientes de la sociedad. El sinergismo de todas las áreas participaría en la formación integral de una conciencia madura de cada adolescente para que desarrolle y explote una salud sexual óptima. La primera relación sexual sienta las bases de una vida íntima adulta equilibrada (saludable) o trastornada, según haya sido la suerte de cada uno, que puede extrapolarse al plano social. He aquí la importancia de accionar positivamente ese *status* potencial que poseen los individuos en desarrollo temprano biopsicosocial, es decir, los adolescentes.

## CONCLUSIONES

La mayoría de los adolescentes de ambos sexos no han tenido relaciones sexuales. Por lo tanto, las consecuencias del sexo inseguro y/o sin protección (embarazo no deseado,

infecciones de transmisión sexual, ser madre soltera, deserción escolar por embarazo no deseado, etc.) deben expresarse con relativa poca frecuencia en esta población.

Los adolescentes con experiencia sexual tuvieron su primera relación sexual bajo una situación de cierto riesgo, dado que ocurrió por curiosidad, en muchos casos sin el uso del preservativo. Además, pocos iniciados sexualmente razonaron las consecuencias del sexo sin protección. Muchos conocían los riesgos, pero aún así iniciaron su vida sexual con relativa inseguridad.

## REFERENCIAS

1. Santana Pérez, Felipe; Ovies Carballo, Gisel; Verdeja Varela, Olga Lidia; Fleitas Ruiz, Reina. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(3).
2. Medline Plus. Enciclopedia médica en español. Pubertad y Adolescencia. Estados Unidos. Diciembre, 2006. [en línea] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001950.htm>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [en línea] <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf>
4. Cutié S., José Ramón; Laffita B., Alfredo; Toledo B., Marvelis. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(2): 83-86.
5. Le Gall, Didier; Levan, Charlotte. La primera relación sexual. Análisis sociológico de relatos de entrada en la vida sexual adulta. Revista de Ciencias Humanas y Sociales 2002;39:9-35
6. Koenig, Michael A.; Zablotska, Iryna; Lutalo, Tom; Nalugoda, Fred; Wagman, Jennifer; Gray, Ron. La primera relación sexual bajo coerción y la salud reproductiva entre las adolescentes de Rakai, Uganda. Guttmacher Institute.2006, 5-13p
7. Méndez, Ramona; Rodríguez Lahoz, Einar; Lantigua Rodríguez, Luisa; Acosta, Edward; Matos de la Rosa, Inocencia Altagracia. Frecuencia de la primera relación sexual en adolescentes de 12-18 años de edad en una Escuela Pública del Sector de Los Alcarrizos. Rev. Méd. Dom. Mayo/Agosto 2007; 68 (2):186-189.
8. Sánchez Castro; Ana Cristina; Cebollero Méndez, Birma Isabel; Deschamps Beltré, Ana María; Rodríguez, Olmedo; Peña Duval, Luz. Grado de conocimiento y uso adecuado del condón en tres comunidades rurales de la Provincia Peravia. Rev. Méd. Dom. Mayo/Agosto 2007; 68 (2):194-196.
9. Gigante, Denise P.; Victoria, Cesar G.; Goncalves, Helen; Lima, Rosangela C.; Barros, Fernando C.; Rasmussen, Kathlee M. Factores de riesgo asociados con ser madre adolescente en una cohorte de nacimiento tomada de la población en el sur de Brasil. Rev Panam de Salud Pública 2004; 16 (1).
10. García-Caballero, C. Tratado de pediatría social. 2da. Edición. Ediciones Díaz Santos. 2000.

COMPORTAMIENTO DE GLAUCOMA EN PACIENTES QUE ACUDIERON  
A INCOCEGLA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2007

Johanny Medina\*

**RESUMEN**

Con el propósito de iniciar estudios nacionales sobre el glaucoma se realiza un estudio retrospectivo sobre el comportamiento epidemiológico del glaucoma en pacientes que acudieron al instituto contra la ceguera por glaucoma en el periodo antes mencionado.

Este estudio contó con un universo de 3087 pacientes los cuales acudieron a este centro en el año 2007 de los cuales 1433 fueron diagnosticados con alguna clasificación de glaucoma para un 46.5% del total de la población estudiada.

Esta patología representa hoy en día una importante causa de ceguera a nivel mundial y de forma directa en nuestro país es por esto y otras razones que las campañas de educación deben de dirigirse con el propósito de promover en la población general el examen temprano y oportuno con un especialista de la visión por lo menos una vez al año para así detectar tempranamente patologías como el glaucoma, la cual no produce ningún síntoma y una vez que se instala y provoca daño al nervio óptico con la consiguiente pérdida de la visión, esta no se puede recuperar. No obstante así, si es diagnosticada a tiempo, su control por los diferentes métodos disponibles no presenta ningún peligro de producir ceguera permanente ya que el mantenimiento de la pío (presión intra ocular) dentro de límites normales nos asegura una preservación de la función visual optima.

**ABSTRACT**

With the Purpose of starting a national studies about glaucoma. A retrospective investigation need to be made about epidemiological behavior of glaucoma in patients that attended the Incoceglá (Instituto Contra la Cequera por Glaucoma) during a period of one year.

These studies are supported by 3087 patients, which attended this center in 2007 of which 1433 were diagnosed with some type of Glaucoma, for a total of 46.5% of the Population studied.

This Pathology currently shows today an important cause of blindness at world-wide level and in a direct way in our country. It's because of this we need educational campaigns. These campaigns should be directed to the general population

with the purpose of promoting early and preventative testing with a vision specialist at least once a year to detect Pathologies. Glaucoma show no trace, and by the time its is detected there is vision loss and damage to the optical nerve. This vision loss cannot be recovered. Despite this entire if in it's diagnosed on time, it can be controlled, thanks to different methods of treatments. If the OPI (Ocular Pressure Intra) can be between normal limits. It will assure that the patient will have optimal vision and in that way preventing permanent damage. <O: p>

**INTRODUCCIÓN**

El glaucoma es una enfermedad potencialmente invalidante ya que sin síntoma alguno puede provocar ceguera de manera irreversible y pese a su importancia es poco conocida tanto en la población general, como en el ambiente médico mismo, por esto y otras razones hemos realizado esta investigación mediante la cual podremos descubrir que el glaucoma es una amenaza que esta al acecho y que se ha ganado el nombre del "enemigo silente" debido a que puede sin aviso alguno robar nuestro preciado sentido de la visión .

El glaucoma es una enfermedad en el que el aumento de la presión intraocular provoca daños en el nervio óptico de forma irreversible. La presión intraocular normal oscila entre 12 y 20 mmhg y el aumento de esta se produce cuando ocurre un drenaje ineficaz del humor acuoso.

Tanto la cámara anterior como posterior del ojo están llenas de un fino fluido llamado humor acuoso. Normalmente, el fluido es producido en la cámara posterior, pasa por la pupila hacia la cámara anterior y luego sale del ojo a través de los canales salida. Si la corriente de fluido resulta interrumpida, generalmente debido a una obstrucción que evita que el fluido salga fuera de la cámara anterior, la presión aumenta.

En general, el glaucoma no tiene una causa conocida; sin embargo, en ocasiones afecta a miembros de una misma familia. Si los canales de salida están abiertos, el trastorno recibe el nombre de glaucoma de ángulo abierto. Si los canales están bloqueados por el iris, la enfermedad se denomina glaucoma de ángulo cerrado.

El oftalmólogo puede medir la presión en la cámara anterior, llamada presión o tensión intraocular, utilizando un procedimiento simple e indoloro llamado tonometría. En

\*Médico general

general, las mediciones que superan los 20 o 22 milímetros indican una presión elevada. En algunos casos, el glaucoma tiene lugar incluso cuando las presiones son normales. A veces deben realizarse varias mediciones con el paso del tiempo para determinar que se trata de un problema de glaucoma. Un examen con un oftalmoscopio puede revelar cambios visibles en el nervio óptico causados por el glaucoma. En ocasiones, el especialista usa una lente especial para observar los canales de salida; este procedimiento recibe el nombre de gonioscopia. El glaucoma produce una pérdida de la visión periférica o puntos ciegos en el campo visual, para determinar si dichos puntos ciegos existen.

#### Glaucoma de ángulo abierto

En el glaucoma de ángulo abierto, el fluido drena demasiado lento desde la cámara anterior. La presión se eleva gradualmente (casi siempre en ambos ojos) lesionando el nervio óptico y causando una lenta pero progresiva pérdida de la visión. La pérdida de visión comienza en los extremos del campo visual y, si no se trata, acaba extendiéndose por todo el resto del campo visual y finalmente produce ceguera.

#### Drenaje normal del fluido

El fluido se produce en la cámara posterior, pasa por la pupila hasta la cámara anterior y luego drena a través de los canales de salida.

La forma más frecuente de glaucoma, el glaucoma de ángulo abierto, es común después de los 35 años pero ocasionalmente aparece en niños. La enfermedad tiende a aparecer en varios miembros de una familia y es más común entre las personas diabéticas o miopes. El glaucoma de ángulo abierto se desarrolla con más frecuencia y puede ser más grave en las personas de etnia negra.

#### Síntomas y diagnóstico

Al principio, la mayor presión ocular no produce ningún síntoma. Los síntomas posteriores pueden incluir un estrechamiento de la visión periférica, ligeros dolores de cabeza y sutiles trastornos visuales, como ver halos alrededor de la luz eléctrica o tener dificultad para adaptarse a la oscuridad. Finalmente, la persona puede acabar presentando visión en túnel (un estrechamiento extremo de los campos visuales que dificulta ver objetos a ambos lados cuando se mira al frente).

El glaucoma de ángulo abierto puede no causar ningún síntoma hasta que se produce una lesión irreversible. En general, el diagnóstico se establece verificando la presión intraocular. En consecuencia, cualquier examen ocular de rutina debería incluir una medición de la presión intraocular

#### Tratamiento

El tratamiento tiene más probabilidades de tener éxito si se comienza de inmediato. Cuando la visión ha disminuido

mucho, el tratamiento puede evitar nuevos deterioros, pero en general no puede restablecer la visión completamente.

Las gotas para los ojos según prescripción médica en general pueden controlar el glaucoma de ángulo abierto. En la mayoría de los casos, la primera medicación en forma de gotas que se receta es un betabloqueador (como timolol, betaxolol, carteolol, levobunolol o metipranolol) que probablemente disminuirá la producción de fluido en el ojo. La pilocarpina, que constriñe las pupilas y aumenta la salida de fluido de la cámara anterior, también resulta de gran ayuda. Otros medicamentos útiles (como la adrenalina, la dipivefrina y el carbacol) actúan tanto mejorando la salida como disminuyendo la producción de fluido. Un inhibidor de la anhidrasa carbónica, como la acetazolamida, puede tomarse por vía oral, o bien se puede recurrir a la dorzolamida en forma de gotas para los ojos.

Si la medicación no puede controlar la presión ocular o si los efectos secundarios son intolerables, el cirujano oftalmólogo puede aumentar el drenaje desde la cámara anterior utilizando una terapia con láser para crear un orificio en el iris o bien recurriendo a la cirugía para seccionar parte del iris.

#### Glaucoma de ángulo cerrado

El glaucoma de ángulo cerrado provoca ataques súbitos de aumento de presión, en general en un ojo. En las personas que padecen esta enfermedad, el espacio entre la córnea y el iris (por donde sale el fluido fuera del ojo) es más estrecho de lo normal. Cualquier factor que provoque la dilatación de la pupila (una escasa iluminación, las gotas oftálmicas indicadas para dilatar la pupila antes de un examen ocular o ciertas medicaciones orales o inyectadas) puede hacer que el iris bloquee el drenaje de fluido. Cuando ello sucede, la presión intraocular aumenta de improviso.

#### Síntomas

Un episodio de glaucoma de ángulo cerrado agudo produce síntomas repentinos. Puede provocar un ligero empeoramiento de la visión, halos de color alrededor de las luces y dolor en el ojo y la cabeza. Estos síntomas pueden durar sólo unas pocas horas antes de que tenga lugar un ataque más grave. Éste produce una rápida pérdida de la visión y un repentino y agudo dolor pulsátil en el ojo. Las náuseas y los vómitos son comunes y pueden hacer que el médico piense que el problema radica en el aparato digestivo. El párpado se hincha y el ojo se torna lloroso y rojo. La pupila se dilata y no se cierra normalmente en respuesta a la luz intensa.

A pesar de que la mayoría de los síntomas desaparecen con una medicación adecuada, los ataques pueden recurrir. Cada ataque reduce cada vez más el campo visual.

#### Tratamiento

Varias medicaciones pueden ser utilizadas para disminuir rápidamente la presión ocular durante un ataque agudo de glaucoma de ángulo cerrado, por ejemplo, beber una mezcla, según prescripción, de glicerina y agua puede reducir la elevada presión y detener un ataque. Los inhibidores de

la anhidrasa carbónica, como la acetazolamida, también son útiles si se toman al comienzo del ataque. Las gotas de pilocarpina constriñen la pupila, lo que a su vez tira del iris y, en consecuencia, los canales de salida se desbloquean. Las gotas betabloqueadores también se utilizan para controlar la presión.

Después de un ataque, el tratamiento en general continúa tanto con gotas para los ojos como con varias dosis de un inhibidor de la anhidrasa carbónica. En casos graves, se administra manitol intravenoso para reducir la presión.

La terapia con láser, cuyo fin es crear un orificio en el iris para favorecer el drenaje, ayuda a evitar ataques ulteriores y suele curar el trastorno de forma permanente. Si la terapia con láser no resuelve el problema, se recurre a la cirugía para crear un orificio en el iris. Si ambos ojos presentan canales de salida estrechos, los dos pueden ser tratados, aun cuando los ataques hayan afectado sólo a uno de ellos.

#### Glaucoma secundario

El glaucoma secundario se produce porque el ojo ha sido dañado por una infección, inflamación, tumor, una gran catarata o cualquier trastorno ocular que interfiera con el drenaje de fluido desde la cámara anterior. Las enfermedades inflamatorias, como la uveítis, se encuentran entre los trastornos más comunes. Otras causas frecuentes incluyen la obstrucción de la vena oftálmica, las lesiones oculares, la cirugía ocular y las hemorragias dentro del ojo. Algunos medicamentos, como los corticosteroides, también pueden aumentar la presión en el ojo.

El tratamiento del glaucoma secundario depende de su causa. Por ejemplo, cuando la causa es la inflamación, suele recurrirse a los corticosteroides para reducirla, además de a otros medicamentos que mantienen abierta la pupila. En ocasiones es necesario llegar a la cirugía.

#### MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio de tipo transversal retrospectivo con el objetivo de conocer incidencia y prevalencia de glaucoma en pacientes que acudieron al instituto contra la ceguera por glaucoma (Incoceglá) en el periodo antes mencionado

Por lo que se procedió a aplicar un formulario previamente diseñado para la recolección de datos en el que se expresan las variables contempladas que se le aplico a los record de aquellos pacientes que cumplían en los criterios de inclusión.

Las variables que se tomaron en cuenta fueron sexo, edad, pacientes sospechosos y nuevos diagnósticos.

#### RESULTADOS

De un total de 3087 pacientes que asistieron a Incoceglá en este periodo 1433 fueron diagnosticados con alguna clasificación de glaucoma de los cuales 774 fueron femeninos para un 54.01% y 659 fueron masculinos para un 45.98% para un total de 100 %. El grupo etareo mas frecuente fue de 30-40 años con 30.6 % seguido del de 50-70 años con un 27.7 % y de 71-100 años con un 23.4% y menores de 30 años para un 18.3 %

El diagnóstico más frecuente fue glaucoma crónico simple con 79.71% glaucoma secundario con 2.25 y glaucoma neovascular, glaucoma agudo y atrofia secundaria del nervio óptico cada uno con 0.75 y estadía I con 18.79, de los cuales el 66.25 % representaron casos nuevos con un total de 2045 pacientes y un 33.76 % con 1042 pacientes los cuales fueron referidos con diagnóstico de glaucoma al centro.

#### RECOMENDACIONES

1. Campañas educativas para la conscientización de la población acerca de esta terrible enfermedad.
2. Fomentar la vista temprana y por lo menos una vez a un oftalmólogo
3. Concientizar al paciente sobre su enfermedad la importancia de mantener un tratamiento estricto aunque no existan síntomas.
4. Recomendar a familiares de los pacientes a someterse a un examen preventivo debido a la posibilidad de padecer glaucoma ya que esta es una enfermedad con un poderoso componente genético.
5. Ir en la búsqueda de mejores herramientas acerca del diagnóstico temprano y precoz de glaucoma.
6. El desarrollo de nuevas y mejores drogas en el tratamiento de glaucoma
7. La elaboración de un protocolo adecuado tanto para la detección temprana y manejo oportuno y eficaz.

#### AGRADECIMIENTO

Especial al Instituto Contra la Ceguera por Glaucoma (INCOCEGLA).

#### CONSULTE

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

## NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES, ESTUDIANTES DE BACHILLERATO EN EL SECTOR LIBERTADOR DE HERRERA

\*Marcin Javier Bakun, \*Mercedes M. Piña, \*Michael D. Marte, \*Odile Astacio, \*Raquel Ozuna.

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar conocimientos sobre VIH/SIDA y conductas sexuales en adolescentes y adultos jóvenes entre 13 y 24 años de edad, estudiantes de bachillerato del colegio Santiago Apóstol provenientes de distintos estratos socioeconómicos, principalmente medio y bajo, en el Libertador de Herrera, uno de los barrios populares de la capital. En febrero del 2008 se aplicó una encuesta para explorar algunos de los conocimientos más básicos sobre VIH/SIDA y conductas sexuales asociadas con esa enfermedad. Los resultados mostraron un alto porcentaje de estudiantes con un desconocimiento de la definición conceptual del VIH/SIDA; además el estudio reveló los siguientes datos:

Hay un alto porcentaje de estudiantes con desconocimiento de la definición conceptual del VIH/SIDA. De los 107 estudiantes entrevistados, 58 creen que todas las personas VIH positivas tienen SIDA, constituyendo un 54.2% del total. Así mismo 39 estudiantes (para un 36.4%), tiene por sinónimos los conceptos del VIH y SIDA

En cuanto a la identificación de vías de transmisión del VIH, todos los entrevistados están conscientes que la principal manera de adquirir la enfermedad es por transmisión sexual. Sin embargo 18 estudiantes, para un 16.8% del total, también de manera incorrecta identificaron a las picaduras de mosquito como una manera de transmisión.

Nuestro estudio ha revelado que la gran mayoría de los estudiantes esta consciente de la transmisión vertical del VIH, siendo un 82.2% de los jóvenes que ha respondido afirmativamente al preguntarles acerca de la posibilidad de transmisión del virus de una madre embarazada a su bebe.

Hemos observado que hasta un 37.4% de los estudiantes creen que actualmente existe un tratamiento efectivo contra el VIH/SIDA y posibilidad de curación.

### ABSTRACT

Our investigation had an objective of identifying and describing knowledge on HIV/AIDS and sexual conducts among adolescent students between 13 and 24 years old from different social levels, mostly teenagers that come from

middle and working poor class in the Santiago Apostol School in Libertador de Herrera area, one of the popular "barrios" in the capital city. We have applied a survey consisting of a questionnaire to explore some of the most basic notions on HIV/AIDS and sexual conducts associated with this disease. The results have revealed that a high percentage of students ignore the conceptual definition of HIV/AIDS, besides the study has revealed the following:

A high percentage of students don't have a clear conceptual definition of HIV/AIDS. From 107 students that were interviewed, 36.4% believe that HIV and AIDS are synonyms. At the same time 54.2% of them think that every HIV positive person also has AIDS.

Most students identify sexual intercourse as a primary way of acquiring this virus. On the other hand 16.8% firmly believe that mosquito bites are also a way getting HIV.

Regarding the vertical transmission, 82.2% of the sample studied, responded correctly when questioned about the possibility of transmitting the virus from a pregnant woman to her baby through placenta. Finally we have observed that for some reason 37.4 of the students believe that currently there is a 100% effective treatment for HIV/AIDS.

**Key words:** Knowledge on HIV /AIDS

### INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH /SIDA, sigue siendo un grave problema de salud, está cobrando cada año miles de vidas humanas en todo el mundo. Según informe del Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) las edades más afectadas por el SIDA oscilan entre 25 y 34 años, todos los días hay 6 000 personas jóvenes entre 15 a 24 (se estima que dos de cada 10 personas que se infectaron con el virus del SIDA en el 1999 eran jóvenes entre 15 y 24 años de edad) y 2 000 niños menores de 15 años que se contraen el virus. Una décima parte de nuevos infectados son menores de 15 años, lo que lleva a 2,7 millones el número de niños que viven actualmente con el VIH. Se estima que la mayoría de ellos (aproximadamente 90 %) ha contraído la enfermedad a través de sus madres por medio del embarazo, parto o lactancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para esta

\*Médico general

década 110 millones en el mundo estarán infectados con el VIH. La principal forma de transmisión del VIH/SIDA sigue siendo la sexual, un 90 %.

República Dominicana no ha escapado a esta lamentable situación. El primer caso de Sida en República Dominicana fue notificado en 1983 y a partir de esa fecha, la epidemia se ha ido incrementando, estimándose la prevalencia nacional de VIH en personas adultas de 2.2% en el año 2000. Contrario a lo que comúnmente se cree que el SIDA afecta principalmente a los homosexuales, en nuestro país el modo de transmisión más frecuente es a través de relaciones heterosexuales. Cada vez más mujeres se infectan con VIH. El 31 de diciembre de 1993 se promulga la Ley 55-93, ley que protege los derechos de las personas que viven con el VIH.

Un estudio dirigido por la UNICEF a finales del 2005, estimó una tasa de prevalencia del VIH de 1.1% en personas entre 15 y 49 años de edad en República Dominicana. Un estudio similar dirigido por la misma organización determinó que alrededor de 40% de adolescentes y jóvenes no utilizó un preservativo durante las recientes relaciones sexuales con riesgo.

En República Dominicana los adolescentes constituyen alrededor del 1/3 parte de la población total. La iniciación en la vida sexual en República Dominicana se hace a una temprana edad y las tasas de fecundidad son altas en la población adolescente. La vulnerabilidad de la población joven se ve bastante incrementada por su escaso conocimiento sobre la transmisión, propagación del VIH y como puede evitarse la infección.

Uno de los factores que probablemente influye sobre el conocimiento acerca de VIH/SIDA es el nivel social. Es común que los individuos de estratos sociales menos favorecidos tengan poco acceso a los sistemas educativos y de información general y, por tanto, están menos expuestos a las campañas de información sobre VIH/SIDA.

Dado lo anterior, creemos necesario hacer análisis de los factores capaces de afectar su incidencia en la población joven; entre estos, el conocimiento sobre la enfermedad puede tener un papel importante sobre las conductas de riesgo de la población. Se plantea la siguiente investigación orientada a identificar conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas hacia la sexualidad en adolescentes y adultos jóvenes de educación media en un sector representativo popular del Distrito Nacional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 107 estudiantes adolescentes y adultos jóvenes entre 13 y 24 años de edad, en el colegio Santiago Apóstol localizado en el barrio Libertador de Herrera en el mes de febrero del 2008.

Se aplicó una encuesta anónima para explorar el nivel de conocimientos básicos acerca del VIH/SIDA en esa población. Para la aplicación de la encuesta nos reunimos con un grupo de estudiantes, donde le explicamos la importancia del trabajo, así como las condicionantes que podían interferir las respuestas.

El total de 107 estudiantes se encuestó en una sola sesión el mismo día. Los datos fueron expuestos en tablas que permiten una mejor comprensión de los mismos. La información fue recogida a través de un cuestionario en el cual se formularon preguntas que abarcaron los siguientes aspectos: diferencia entre VIH y SIDA, modos de transmisión y transmisión vertical.

Se estructuró un instrumento de recolección de datos de conformidad con el número de variables establecidas, el cual estuvo constituido por preguntas cerradas que facilitó el registro de la información. Se realizó el análisis estadístico de los resultados, mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) y medidas de tendencia central (promedio).

La información fue manejada única y exclusivamente por el equipo de investigación, de forma estrictamente confidencial. Los nombres de los pacientes no fueron incluidos en el instrumento de recolección.

## RESULTADOS

Se aplicó una encuesta de conocimientos anónima a 107 jóvenes, estudiantes de bachillerato del colegio Santiago Apóstol con edades comprendidas entre 13 y 24 años con un promedio de edad de 16.6 años.

Cuadro I.

Distribución de estudiantes entrevistados según sexo.

Sexo	Frecuencia	(%)
Masculino	41	38.3
Femenino	66	61.7
Total	107	100

Según el género, el 61,7 % del total de entrevistados fueron estudiantes pertenecientes al sexo femenino (Cuadro I).

Cuadro II.

Definición conceptual del VIH/SIDA. “¿Son sinónimos el VIH y el SIDA?”

Tipo de respuesta	Frecuencia	%
Respuesta correcta	68	63.6
Respuesta incorrecta	39	36.4
Total	107	100

Cuadro III.

Definición conceptual del VIH/SIDA. “¿Tienen SIDA todas las personas VIH positivas?”

Tipo de respuesta	Frecuencia	%
Respuesta correcta	49	45.8
Respuesta incorrecta	58	54.2
Total	107	100

Los resultados mostraron un alto porcentaje de estudiantes con desconocimiento de la definición conceptual del VIH/SIDA. De los 107 estudiantes entrevistados, 58 creen que

todas las personas VIH positivas tienen SIDA, constituyendo un 54.2% del total. Así mismo 39 estudiantes (para un 36.4%), tiene por sinónimos los conceptos del VIH y SIDA (Cuadro II y Cuadro III).

A pesar de esto hemos observado que una vasta mayoría de los jóvenes entrevistados (para un 98.1%), saben que esta enfermedad es causada por un virus. Tan solo 2 estudiantes calificaron como bacteria al agente etiológico.

En cuanto a la identificación de vías de transmisión del VIH este estudio demostró que todos los entrevistados están conscientes que la principal manera de adquirir la enfermedad es por transmisión sexual. Sin embargo 18 estudiantes (para un 16.8%), también de manera incorrecta identificaron a las picaduras de mosquito como una manera de transmisión. Tan solo 3 estudiantes creyeron que la enfermedad se puede transmitir por compartir vasos, usar los mismos baños o toallas que los infectados.

Cuadro IV.

Transmisión vertical. « ¿Puede una mujer embarazada VIH positiva transmitirle el virus a su bebe?»

Tipo de respuesta	Frecuencia	%
Respuesta correcta	88	82.2
Respuesta incorrecta	19	17.8
Total	107	100

De los 107 estudiantes, 88 están conscientes de que de que una madre embarazada infectada puede transmitirle el virus al bebe, esto constituye 82.2% del total (Cuadro IV).

Cuadro V.

Transmisión vertical por lactancia materna. “¿Puede la leche materna de una madre VIH positiva infectar al bebe?”

Tipo de respuesta	Frecuencia	%
Respuesta correcta	99	92.5
Respuesta incorrecta	8	7.5
Total	107	100

Este cuadro evidencia que 99 estudiantes del total, para un 92.5%, está consciente de que la lactancia materna es un modo de transmisión (Cuadro V).

Cuadro VI.

Tratamiento y posibilidad de curación. “¿Se puede actualmente curar el VIH/SIDA?”

Tipo de respuesta	Frecuencia	%
No tiene tratamiento 100% efectivo	67	62.6
Hay posibilidad de curación	40	37.4
Total	107	100

De los 107 jóvenes entrevistados 40 considera que esta enfermedad se puede curar, esto representa un 37.4% del total de los entrevistados. El 62.6% restante está consciente de que

actualmente no hay posibilidad de curación (Cuadro VI).

En cuanto a los medios de adquisición de conocimientos sobre el VIH / SIDA, 55 estudiantes afirmaron haberlos adquirido a través de libros, revistas, siendo la fuente más común. Otro medio importante identificado fueron los padres; 51 estudiantes confirmaron haber obtenido algún tipo de información de los papas. Otras fuentes de información identificadas fueron el Internet y la televisión.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que la mayoría de los estudiantes de bachillerato entrevistados no dominan la definición conceptual sobre VIH/ SIDA: El 54.2% de los jóvenes afirman que toda persona VIH positiva tiene SIDA y un 36.4% de los estudiantes manifiestan que son sinónimos los conceptos del VIH y SIDA.

En cuanto al conocimiento de las vías de transmisión del VIH/SIDA, todos los estudiantes reconocieron la transmisión sexual como una de ellas. Un 16.8% consideran que es posible la transmisión a través de picadura de insectos, siendo este el error más frecuente relacionado con los modos de transmisión. Nuestro estudio ha revelado que la gran mayoría de los estudiantes está consciente de la transmisión vertical del VIH, siendo un 82.2% de los jóvenes que ha respondido afirmativamente al preguntarles acerca de la posibilidad de transmisión del virus de una madre embarazada a su bebe. Un 92.5 de los jóvenes está al tanto de la posibilidad de transmisión vertical por lactancia materna.

Extrañamente, hemos observado que hasta un 37.4% de los estudiantes creen que actualmente existe un tratamiento efectivo contra el VIH/SIDA y posibilidad de curación.

De los 107 entrevistado, 55 expresan que han recibido información acerca de esta enfermedad a través de revistas, panfletos y libros. Otra fuente importante identificada fueron los padres; 51 estudiantes expresaron haber obtenido algún tipo de información de los papas. Otros medios de información identificados fueron el Internet y la televisión.

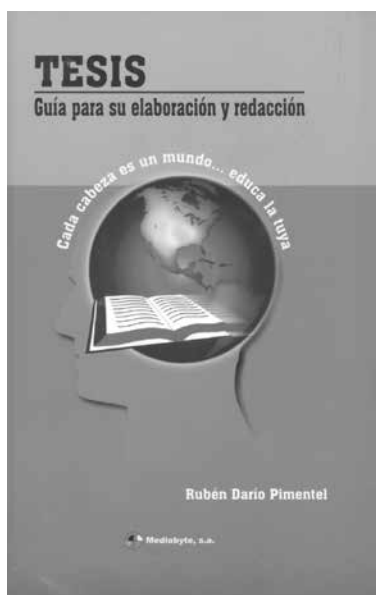
De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestra investigación hemos podido observar que existe un gran número de conocimientos erróneos que implican desde la definición conceptual del VIH/SIDA y vías de transmisión hasta la efectividad de tratamiento de este padecimiento y posibilidad de curación Todos los estudiantes reconocen haber recibido algún tipo de información sobre el VIH siendo la literatura, panfletos y revistas los medios más citados. Los padres se reconocieron como unos los principales emisarios de dicha información.

Existe un alto riesgo de contraer el VIH/SIDA entre este grupo de personas teniendo en cuenta los resultados de este y otros estudios similares que tratan de identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes y adultos jóvenes acerca de este virus y enfermedad que causa. Estos resultados podrían servir de base en la reorientación de las acciones preventivas dirigidas especialmente a los jóvenes de nuestros barrios populares más humildes

## REFERENCIAS

1. VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual” [en línea]. Gaceta Medica de Caracas v.113. Caracas. Jul. 2005. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622005000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000300007&lng=es&nrm=iso). [1 marzo 2008]
2. UNICEF, UNESCO-OMS. El VIH/SIDA en Venezuela. Análisis de la situación y recomendaciones ONUSIDA. Banco Mundial, Venezuela, 1998. [22 febrero 2008]
3. Panorama: República Dominicana” [en línea]. UNICEF. <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/domrepublic.html>. [22 febrero 2008]
4. Caballeros-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. “Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres”. Salud Pública Mex. 2002; 45 (Supl 1):108-114.
5. World Health Organization. “Knowledge, attitudes, beliefs and practices on AIDS survey”. Organization, social and behavioral research unit. Washington, DC: WHO; 1990
6. Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en un grupo de riesgo” [en línea]. *Rev. medica electronica*; 29(1), ene.-feb. 2007. <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema16.htm>. [1 marzo 2008]
7. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes” [en línea] *Salud Pública Méx* v.45 supl.1 Cuernavaca 2003: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000700010&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700010&lng=es). [28 febrero 2008]
8. Los adolescentes y el SIDA” [en línea], *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54(2):152-157, Mayo-ago. 2002. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602002000200012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602002000200012&lng=es&nrm=iso). [28 febrero 2008]
9. <http://bvs.copresida.gov.do/>
10. <http://www.copresida.gob.do/recursos.html>
11. Vélez, H. *Enfermedades Infecciosas de Fundamentos de Medicina*. 6 ed. Medellín, Colombia. 2002.

## 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.



## INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA REGIÓN SUR.

*\*Gloreley Garrido, \*Femaria Peña, \*María E. Rubio L, \*Edward Acosta, \*Robisson Romero.*

### RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo, corte longitudinal, el cual se realizó con el propósito de investigar la incidencia de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular en diferentes poblaciones de la región sur del país. La muestra estuvo constituida por 2,534 pacientes, los cuales asistieron a operativos médicos en dicha región en el 2006-2007. Se tomaron en cuenta parámetros tales como: La Tensión Arterial, según estadio por criterios del VII reporte de cardiología, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Obesidad, dislipidemias y Tabaquismo. El sexo que tuvo mayor incidencia fue el femenino con 1,484 casos, la edad más frecuente en este sexo fue mayor de 50 años. La Hipertensión Arterial se presentó en un 28 % del total en estudio siendo el Estadio 1 el más frecuente en ambos sexos con 601 en el sexo femenino y 413 en el sexo masculino. Otro factor de riesgo para enfermedad cardiovascular con mayor índice en pacientes femeninos en este estudio estuvo a cargo de las Dislipidemias con 271 casos, mientras que en el sexo masculino fue la obesidad con 61 casos.

**Palabras claves:** Incidencia, Factores de riesgo, Enfermedad Cardiovascular.

### ABSTRACT

This is a retrospective study and descriptive longitudinal, which was conducted in order to investigate the incidence of risk factors for the development of cardiovascular disease in different populations in the region south of the country since 2006-2007. The sample consisted of 2,534 patients who attended doctors operating in the region. It took into account parameters such as: Strain Arterial, according stadium criteria by the VII report cardiology, diabetes Mellitus, Heart disease, obesity, smoking and lipid disorders. The sex had the highest incidence was female with 1484 cases; the most frequent in this age sex was over 50 years. The Hypertension presented in a 28% of the total in the study being Venue 1 is the most common in both sexes with 601 in females and 413 in males. Other risk factor for cardiovascular disease with highest rate in female patients in this study was provided by the alterations of lipids with 271 cases, while the male was obesity with 61 cases.

**Key words:** incidence, risk factors, Cardiovascular Disease.

### INTRODUCCIÓN

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares han reportado una tendencia a decrecer, pero continua siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, así como en los en vía de desarrollo como lo es el nuestro.<sup>1</sup>

Conforme para el tiempo se incrementa la incidencia de estos factores de riesgo como consecuencia de los cambios en el estilo de vida (sedentarismo, hábitos alimenticios) además el gran aumento del consumo de tabaco en la población.<sup>1</sup>

Según la Organización mundial de la Salud OMS, las enfermedades cardiovasculares causan, cada año, 12 millones de muertes en el mundo y representan la mitad de los fallecimientos en países industrializados o en vías de desarrollo, las cuales se evitarían controlando los factores de riesgo cardiovascular.<sup>1</sup>

De acuerdo con los informes del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos de Norte América (CDC), más de 61 millones de estadounidenses padecen de algún tipo de enfermedad cardiovascular; aproximadamente 2,600 estadounidenses mueren todos los días a causa de las enfermedades cardíacas. Esto representa un promedio de 1 muerte cada 33 segundos. En España continúan siendo la primera causa de mortalidad; unas 345 personas tienen cada día un episodio de enfermedad cardiovascular mortal, lo que supone el 35% de las muertes totales.<sup>1</sup>

En República Dominicana la mortalidad por enfermedad cardiovascular es de 39.7% en las edades de 45 a 64 años y de 52.4% para los mayores de 65 años, según datos de la Organización Panamericana de la Salud OPS.<sup>1</sup>

Las enfermedades cardiovasculares tiene origen multifactorial y destacan, por su importancia, los denominados factores de riesgo cardiovascular, los cuales se clasifican en no modificables (edad, sexo) y modificables (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitas y obesidad)<sup>1</sup>

Cuanto más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse y otros no. Pero el control del mayor

\* Medico general

número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.<sup>2</sup>

Entre estos factores de riesgo tenemos la hipertensión arterial, la cual aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Aunque otros factores de riesgo pueden ocasionar hipertensión, es posible padecerla sin tener otros factores de riesgo. Otro de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado.

Otro factor de riesgo está entre los diabéticos en los cuales los problemas del corazón son la principal causa de muerte, especialmente aquellos que sufren de diabetes del adulto o tipo II (también denominada «diabetes no insulino dependiente»). La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que el 65 % de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular. También el peso excesivo puede elevar los niveles de colesterol total, causar hipertensión y aumentar el riesgo de enfermedad arterial coronaria. La obesidad aumenta las probabilidades de adquirir otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión, niveles elevados de colesterol en sangre y diabetes.<sup>2</sup>

En la actualidad, muchos médicos miden la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ( $IMC = kg/m^2$ ). Según el Instituto Nacional de los Pulmones, el Corazón y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI), se considera que una persona sufre de sobrepeso si tiene un IMC superior a 25 y que es obesa si la cifra es superior a 30.<sup>2</sup>

El fumar aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y las piernas). Según la Asociación Americana del Corazón, más de 400.000 estadounidenses mueren cada año de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Muchas de estas muertes se deben a los efectos del humo del tabaco en el corazón y los vasos sanguíneos. Aunque la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, otros compuestos y sustancias químicas, tales como el alquitrán y el monóxido de carbono, también son perjudiciales para el corazón. Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placa grasa en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos sanguíneos.<sup>2</sup>

Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio quema calorías, ayuda a controlar los niveles de colesterol y la diabetes, y posiblemente disminuya la presión arterial. Regularidad.<sup>2</sup>

Por otro lado los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es

menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares.<sup>2</sup>

Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente.<sup>2</sup>

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad. Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y, cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo.<sup>2</sup>

Se cree que el estrés es un factor contribuyente al riesgo cardiovascular pero aún no se sabe mucho sobre sus efectos. No se han demostrado aún los efectos del estrés emocional, de los hábitos conductuales y del estado socioeconómico en el riesgo de padecer una enfermedad del corazón o un ataque cardíaco, porque todos nos enfrentamos al estrés de maneras diferentes.<sup>2</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo, corte longitudinal, el cual se realizó con el propósito de investigar la incidencia de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular en diferentes poblaciones de la región sur del país, en el periodo 2006-2007. Con una muestra de 2,534 pacientes que asistieron a los diferentes operativos médicos en San Juan de la Maguana y Azua, en donde se tomaron en cuenta los siguientes factores de riesgo: Hipertensión Arterial, Dislipidemias, obesidad, Tabaquismo, Diabetes Mellitus y Cardiopatías. El análisis de los datos se realizó manualmente y tabulados en Software de Office 2003.

## RESULTADOS

De acuerdo al sexo y la edad de la población atendida tenemos que las mujeres en el año 2006 tuvieron una incidencia de 777, de las cuales la edad más frecuente fue mayor de 50 años con un 46% y un 50% en esa misma edad del total de 707 femeninas en el 2007. Del sexo masculino se registraron 590 casos en el 2006 y 460 en el 2007, en ambos años la edad más frecuente fue la de mayor de 50 años con un 60 y 65% respectivamente. (Cuadro 1)

Cuadro 1.  
Relación de Sexo y Edad de la población atendida.

MUJERES					HOMBRES				
2006			2007		2006			2007	
Edad	Cant.	%	Cant.	%	Edad	Cant.	%	Cant.	%
<20	123	16	49	7	<20	88	15	4	1
20-29	61	8	53	7	20-29	26	4	19	4
30-39	109	14	113	16	30-39	44	7	44	10
40-49	125	16	139	20	40-49	80	14	95	21
>50	359	46	353	50	>50	352	60	298	65
Total	777	100	707	100	Total	590	100	460	100

En cuanto a la relación de sexo y Estado de Hipertensión Arterial, tenemos que primo en ambos sexos fue el Estadio I (EI) con 601 casos en el sexo femenino y 413 casos en el sexo masculino. Teniendo la Hipertensión Arterial una incidencia global en este estudio de 708 casos para un 28% del total estudiado (**Cuadro II**)

Cuadro II:  
Relación sexo y Estado de Hipertensión Arterial.

Mujeres									Hombres								
Edad	Pre Hta	%	Ei	%	Eii	%	Total	%	Edad	Pre Hta	%	Ei	%	Eii	%	Total	%
<20	3	1	3	1	--	--	6	1	<20	1	1	1	1	--	--	2	1
20-29	5	3	19	3	--	--	24	3	<b>20-29</b>	4	5	14	3	--	--	<b>18</b>	3
30-39	12	11	64	10	9	4	85	9	<b>30-39</b>	7	9	30	7	08	4	<b>45</b>	6
40-49	21	21	125	21	34	14	180	20	<b>40-49</b>	18	24	83	20	28	13	<b>129</b>	18
>50	32	65	390	65	199	82	621	68	<b>&gt;50</b>	45	60	285	69	184	84	<b>514</b>	73
Total	73	100	601	100	242	100	916	100	<b>TOTAL</b>	75	100	413	100	220	100	<b>708</b>	100

El factor de riesgo para enfermedad cardiovascular con mayor índice en pacientes femeninos en este estudio estuvo a cargo de las Dislipidemias con 271 casos. Seguido de la obesidad con 56 casos para un 57%. (Cuadro III)

Cuadro III:  
factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular en pacientes Femeninos.

Edad	Diabetes	%	Obesidad	%	Dislipidemia	%	Fumadores	%	Cardiopatía	%
<20	--	--	--	--	--	--	1	4	1	4
<b>20-29</b>	1	1	10	5	--	--	--	--	8	30
<b>30-39</b>	6	8	31	17	14	6	3	12	5	18
<b>40-49</b>	10	13	40	21	39	14	4	17	4	15
<b>&gt;50</b>	60	78	106	57	218	80	16	67	9	33
Total	77	100	187	100	271	100	24	100	27	100

En cuanto al factor de riesgo para el sexo masculino encontrado en mayoría en nuestro estudio fue la obesidad con 61 casos seguidos del tabaquismo con 39 casos del total en estudio. (Cuadro IV)

Cuadro IV:  
Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en pacientes Masculinos.

Edad	Diabetes	%	Obesidad	%	Dislipidemia	%	Fumadores	%	Cardiopatía	%
<20	--	--	--	--	--	--	--	--	1	4
20-29	--	--	01	1	--	--	--	--	1	4
30-39	2	6	04	7	--	--	2	5	3	11
40-49	9	26	15	25	4	20	7	18	2	7
>50	24	68	41	67	16	80	30	77	20	74
Total	35	100	61	100	20	100	39	100	27	100

### CONCLUSION

Del total de 2,534 pacientes atendidos en nuestro estudio, el sexo que presento mayor cantidad de factores de riesgo fue el femenino con 1,484 casos, lo cual no concuerda con un estudio publicado por Lanas Fernando y col (3), donde el sexo mayoritario fue el masculino con 62%. En cuanto a la edad mas frecuente nuestro estudio coloco a mayores de 50 años en ambos sexos como mayoritarios, lo cual concuerda con la literatura revisada (1,3)

La hipertensión Arterial fue el factor de riesgo que se presento en mayor cantidad con un total de 708 casos de ambos sexos, lo cual concuerda con la literatura revisada (1,3)

Las dislipidemias fueron el segundo factor de riesgo con mayor índice de presentación en el sexo femenino con 271 casos, siendo la obesidad para el sexo masculino, el segundo factor de riesgo más frecuente con 61 casos. Estos datos están por debajo de un estudio publicado por Severino Fulgencio (1) que coloca a este factor con un 70.1%.

En cuanto a los pacientes fumadores, con diabetes Mellitus y cardiopatías se relacionan con las literaturas revisadas en base a la muestra de trabajo.

### REFERENCIAS

- Severino, Fulgencio; De la Rosa Infante, Luisa...Et al "Epidemiología de factores de riesgos cardiovasculares en una comunidad rural de República Dominicana" Rev Med Dom. Enero /abril 2007, 2006. Vol 68 Num. 1, Pág. 48-51.
- [http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics\\_Esp/HSmart/riskspan.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm)
- Lanas, Fernando; Del solar, José Antonio y Col "Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población de empleados Chilenos". Rev Med Chile. Vol 131. Num. 2, Santiago, Febrero 2003. Pág. 129-134.
- [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952004000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952004000100007&lng=pt&nrm=iso)
- Tierney, jr, Lawrence; Mc phee, stephen J; Papadakis, máximo A. " diagnóstico Clínico y Tratamiento" 37ª edición; 2002
- Diccionario de Medicina. Océano Mosby. 14ª, Barcelona España
- Harrison, T. R... (et Al). Medicina Interna. 15ª edicion, Vol I. Ed McGraw-Hill Interamericana, S. A. de C. V
- [http://www.yourdiseaserisk.harvard.edu/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=heart&page=risk\\_list](http://www.yourdiseaserisk.harvard.edu/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=heart&page=risk_list)
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007115.htm>
- Urina Triana, Manuel. "Evaluación de riesgo cardiovascular" 5 páginas. <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0002%20Evaluacion.PDF>



*El tabaco es perjudicial para la salud.*

## PREVALENCIA DE HEPATOPATÍA CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CONSULTADOS EN LA UNIDAD DE HÍGADO DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER

*\*Solany Arias, \*Edwin Acevedo, \*Omar De La Rosa, \*Cesar A. Jiménez, \*Yoanni Rodríguez, \*Maria Oviedo, \*Tamara Moore.*

### RESUMEN

Se trata de un estudio de carácter retrospectivo y descriptivo de corte transversal el cual se desarrolla con la revisión de los expedientes clínicos de pacientes con el virus de la hepatitis B [HBV] que acudieron a la consulta en la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier durante el periodo enero/septiembre, 2006

El objetivo de este estudio está dirigido a determinar la prevalencia de pacientes con hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis B que acudieron a la consulta durante el periodo del estudio, tales, 100% tenían hepatopatía crónica. Diferentes estudios informan que alrededor del 5 por ciento de las personas que se infectan con el virus de la hepatitis B se cronifican por lo que la presente información debe tomarse con cierto escepticismo.

El mayor porcentaje según la edad está comprendido entre los 30 - 39 años con un 23.30 por ciento.

La mayor proporción de casos según el sexo la obtuvo el masculino con un 65.05 por ciento.

Dentro de las manifestaciones clínicas la más frecuente fue dolor en hipocondrio derecho con 12.62 por ciento

La vía de administración más frecuente fue la cirugía y los no relacionados [NR]. Ambos por separado para un 42.72 por ciento.

El resultado de la biopsia hepática con mayor número de casos estuvo representado por la hepatitis crónica con 63 por ciento.

En cuanto a las complicaciones tenemos que el porcentaje más alto se presentó en la hepatitis crónica con un 86.41 por ciento.

Debe hacerse esfuerzo por implantar una campaña de comunicación para instruir y educar a la población sobre los aspectos preventivos con relación al virus de la hepatitis B.

**Palabras claves:** hepatopatía crónica

### ABSTRACT

One is a study of cross-sectional retrospective and descriptive character of corte which developmen with the revision of the clinical files of patients with the virus of the B hepatitis [VHB] that went to the consultation in the unit of

\*Médico generalista

liver of hospital Dr. Rescuing B. Gautier during the period jnuary- September, 2006.

The objective of this study directed to determine the prevalence of patients with chronic hepatopatía by the virus of hepatitis B, of 103 patients with hepatitis B that went to the consultation during the periodo of the study, such, 100% had chronic hepatopatía. Different studies inform that around the 5 percent of the people who become infected with the virus of hepatitis B they cronifican reason why the present information must be taken with certain skepticism.

He greater percentage of cases according to the age is included understood between the 30-39 year with a 23, 30 percent.

The greater proportion of cases according to sex obtained the masculine one with a 65, 05 percent.

Within the clinical manifestations most frequent it was pain in hipocindrio straight with 12, 62 percent.

The not related channel but frequents was the surgery and [NR]. Both separately for a 42, 72 percent.

The result of the hepatica biopsy with greater number of cases was represented by the chronic hepatitis 63 percent.

As far as the complications we have the percentage upper 1 appear in the chronic hepatitis with an 86, 41 percent. .... it must deliver attacks to implant a communication campaign to instruct and to educate to the population on the preventive aspects in relation to the virus of hepatitis B.

**Key Word:** Chronic hepatopatía

### INTRODUCCIÓN

La hepatitis B, es una enfermedad hepática causada por un virus el cual fue descubierto en la década de 1940, por el médico británico Dr. F. O MacCallum quien lo denominó virus de la hepatitis B (VHB). Enfermedad debilitante y mortal que ha azotado la humanidad desde principio de la historia. En el momento actual constituye un problema importante para la salud pública, su interés viene determinado por su elevada magnitud, alta incidencia y prevalencia en todo el mundo. Se ha establecido que el VHB, causa el 80 por ciento de los casos de cáncer hepático primario y cirrosis en todo el mundo, todos los años mueren por cirrosis o por cáncer primario del hígado causado por VHB, alrededor de 1 millón de personas,

de ellas el 25 por ciento son portadores crónicos del virus. Debido a la forma de contagio de la enfermedad, los niños pequeños corren el riesgo de infección por VHB, además las probabilidades de convertirse en un portador crónico aumenta cuando la exposición al virus ocurre durante la infancia, por esta razón entre un 70 a un 90 por ciento de los recién nacidos infectados se convierten en portadores, mientras que la infección crónica persiste en solo 5 a 10 por ciento de los adultos con presentación aguda del VHB. El resto de individuos contagiados eliminan el virus de su organismo y no manifiestan efectos a largo plazo. (1)

En el país existe una alta proporción de pacientes con hepatopatía crónica por dicho virus, esta investigación permitirá establecer medidas de prevención y control factible con la finalidad de evitar la propagación de tal entidad, esperando lograr una reducción en los casos de hepatopatía crónica por virus a hepatitis B. (2)

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo retrospectivo y descriptivo de corte transversal, se realizó en el periodo 1ro de enero al 31 de septiembre, año 2006, con el objetivo de estudiar la seroprevalencia de la hepatopatía crónica por virus de la hepatitis B, en pacientes que demandaron atención en la consulta de la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

### Demarcación geográfica

Este estudio se realizó en la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier conformado por su sede central del Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS), el cual se encuentra localizado en el sector ensanche La Fe, en el Distrito Nacional, Santo Domingo. Sus límites son: al Norte la calle Lic. Genero Pérez, a la Sur calle Respaldo 43, Este calle Alexander Flemming, Oeste calle 39.

### Población y muestra

La población estuvo constituida por todos los pacientes, en total 103, que demandaron atención durante el período enero – septiembre 2006 los cuales tenían la prueba hepatitis B (HbsAg) positiva.

### Criterios de inclusión

- a) Que se le realizó prueba HBs Ag
- b) Que esa atención haya sido en el período comprendido

### Instrumento de recolección de la información

Se elaboró un formulario que contenga todas las variables a investigar según los objetivos formulados y divididos en secciones.

### Procedimiento

El procedimiento que se empleó para la obtención de la

información fue mediante una revisión de los expedientes de los pacientes de la consulta de la unidad de hígado de dicho hospital durante el periodo Enero – Septiembre 2006 y así permitir la recolección de datos para el reconocimiento y llenado del formulario y estandarizar las actividades relacionadas con el llenado y codificación del mismo.

Esta actividad fue desarrollada por los estudiantes de término de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) que se encargaron de la recopilación de los datos en base al formulario estandarizado aplicado a los registros ya señalados. El llenado del formulario se llevó a cabo en los meses noviembre – enero 2007 (anexo, cronograma).

### Procesamiento de la información

Recogida la información, se procedió a organizarla y se introdujeron en una base de datos en un programa de computadora Micro Soft Excel, diseñado para el tipo de estudio. Una vez computarizada la información se cruzaron las diversas variables, a fin de obtener las mayores predominancias de esta en cada caso y su eventual relación con otra.

### Análisis

Se realizó con medidas relativas, tales como: frecuencia y porcentaje, se elaboraron cuadros y graficas para una mejor comprensión de la información.

## RESULTADOS

### Análisis e interpretación de los resultados

Fueron revisados los expedientes clínicos de 103 pacientes con hepatitis B en la Unidad de Hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier, en el periodo enero – septiembre 2006, donde el 100 por ciento correspondieron a hepatopatía crónica.

Se presenta la distribución de paciente a los que se le realizaron HBs Ag con relación al resultado según la edad. Se observa predominios entre la edades comprendida, 30-39 años, con 24 casos para (23.30%); le siguen las edades de 50-59 años, con 23 casos para un (22,33%). (Ver tabla 1).

Años	Total	%
20-29	22	21,36
30-39	24	23,30
40-49	18	17,48
50-59	23	22,33
60-69	11	10,68
70-79	4	3,88
≥ - 80	1	0,97
Total	103	100,00

Fuente: 103 archivos de la unidad de hígado del hospital

Dr. Salvador B. Gautier. (IDSS) enero-septiembre 2006.

Se presenta la distribución de paciente a los que se les realizaron HBs Ag por VHB, con relación al resultado según el sexo donde tenemos que 67 caso para un (65,05%) pertenecen al sexo masculino, mientras que 36 casos para un (34,95%) pertenecen al sexo femenino. (Ver tabla 2).

Sexo	Total	%
Masculino	67	65,05
Femenino	36	34,95
Total	103	100,00

Fuente: 103 archivos de la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier. (IDSS) enero-septiembre 2006.

Se presenta la distribución de paciente con hepatopatía crónica por VHB con relación al resultado según manifestaciones clínicas donde de 103 pacientes 39 resultaron asintomático para un (37.86%) y 64 presentaron los siguientes síntomas dolor en hipocondrio derecho 13 casos para un (12.62%); hepatomegalia con 10 casos para un (9.71%). (Ver tabla 3)

Manifestaciones clínicas	Total	%
Asintomáticos	39	37.86
Dolor en hipocondrio derecho	13	12.62
Hepatomegalia	10	9.71
Cansancio	8	7.77
Epigastralgia	8	7.77
Dolor abdominal	7	6.80
Anorexia	4	3.88
Nausea	4	3.88
Pirosis	4	3.88
Cefalea	3	2.91
Ictericia conjuntival	3	2.91
Total	103	100,00

Fuente: 103 archivos de la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier. (IDSS) enero-septiembre 2006.

Se presenta la distribución de paciente con hepatopatía crónica

por VHB con relación al resultado según vía de transmisión, se observó un predominio en la cirugía con 44 casos para un (42,72%), no relacionado (NR) con 44 casos para un (42,72%), transfusiones sanguínea con 14 casos para un (13,59%), le siguen procedimiento odontológico con 1 casos para un (0,97%). (Ver tabla 4).

Según vía de transmisión	Total	%
Transfusiones	14	13,59
Cirugía	44	42,72
Procedimiento odontológico	1	0,97
NR	44	42,72
Total	103	100,00

Fuente: 103 archivos de la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier. (IDSS) enero-septiembre 2006.

Se presenta la distribución de paciente a los que se les realizaron HBs Ag según el resultado de la biopsia. Se observa que de los 103 consultados en la unidad de hígado 86 no presentaron biopsia hepática para un (83.50%), mientras que los 17 restantes si presentaron biopsia hepática donde 11 pacientes correspondieron a hepatitis crónica para un (10.68%), 5 pacientes correspondieron a cirrosis hepática para un (4.85%) y 1 paciente a hepatocarcinoma para un (0.97%). (Ver tabla 5)

Resultado de biopsia	Total	%
Sin biopsia realizada	86	83,50
Hepatitis crónica	11	10,68
Cirrosis hepática	5	4,85
Hepatocarcinoma	1	0,97
Total	103	100,00

Fuente: 103 archivos de la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier. (IDSS) enero-septiembre 2006.

Se presenta las distribución de paciente con hepatopatía crónica por VHB con relación al resultado según tengan las complicaciones, se observó las hepatitis crónicas con 89 casos para un (86,41%), le sigue las cirrosis hepáticas con 13 casos para un (12,62%), mientras el hepatocarcinoma está con 1 caso para un (0,97%). (Ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes a los que se les realizaron HBs Ag con relación al resultado según las complicaciones en la Unidad de Hígado del Hospital Salvador B. Gautier (Enero – Septiembre 2006)		
Según las complicaciones	Total	%
Hepatitis crónica	89	86,41
Cirrosis hepática	13	12,62
Hepatocarcinoma	1	0,97
Total	103	100,00

Fuente: 103 archivos de la unidad de hígado del hospital Dr. Salvador B. Gautier. (IDSS) enero-septiembre 2006.

### DISCUSIÓN

La presente investigación ha permitido conocer la prevalencia de hepatopatía crónica en pacientes infectados con el virus de la Hepatitis B. según los resultados obtenidos, el 100 por ciento de los pacientes, presentaron hepatopatía crónica. Diferentes estudios informan que alrededor del 5 por ciento de las personas que se infectan con el virus de la Hepatitis B se cronifican por lo que la presente información debe tomarse con cierto escepticismo.

La infección por el virus de la Hepatitis B (VHB), es un alarmante problema de salud pública en la República Dominicana y en el mundo. Aproximadamente 2000 millones de personas viven en zonas donde la prevalencia de Hepatitis crónica es mayor de 2 por ciento y donde la enfermedad afecta a cerca de 350 millones de personas.

La República Dominicana, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un país con una prevalencia intermedia por tener de 2 a 7 por ciento de su población, con el antígeno de superficie positivo, pero estas cantidades se suelen alterar si los estudios son realizados en regiones endémicas de hasta un 8 a 20 por ciento de HBsAg positivo.<sup>1,3</sup> Desde el punto de vista epidemiológico de la infección por VHB, en el lejano oriente y en África, la hepatitis b es una enfermedad de los recién nacidos y de los niños pequeños que se perpetua mediante un ciclo de transmisión materno – neonatal. Notamos que con respecto a la edad la mayor prevalencia en la unidad de hígado se presento entre las edades de 30 – 39 años. Estudios informan que en Norteamérica y en Europa occidental, es fundamentalmente una enfermedad de la adolescencia y de las primeras etapas de la vida adulta, periodos de la vida en los que suelen ser más frecuentes los contactos sexuales y la exposición percutánea, tanto por motivo recreativo como laborales.<sup>3</sup> Aproximadamente los casos nuevos de infección son de 1,000 personas por años y se considera que 24 de estos tendrán cáncer hepático. Según un reporte de la OMS, en 1999, de una población de 8, 621,344 que tenía la República Dominicana, 840 estaban infectados por el virus de la Hepatitis B, lo que representaba un 4 por ciento.

Existe un margen de diferencia porcentual a favor del sexo masculino en los casos de hepatopatía crónica por el VHB, se

consideró que ésta diferencia se debe a que esta enfermedad es más frecuente en el sexo masculino que el femenino debido al alto índice de promiscuidad y homosexualidad.

En el estudio realizado en la Unidad de Hígado, los antecedentes de cirugía, los no relacionados (NR) representaron la mayor parte de las posibles vías de transmisión del virus de la Hepatitis B. estudios realizados anteriormente informan que actualmente la vía de transmisión mas frecuente es por relaciones sexuales.

Finalmente se afirma que la frecuencia de distribución de las hepatopatías crónicas fue superior en los casos de Hepatitis crónica, seguido de la cirrosis hepática.

En cuanto a las manifestaciones clínicas se observó que el dolor en hipocondrio derecho representó el mayor número de casos, esto es debido a que el hígado es el órgano de mayor afección por el virus de la hepatitis B, localizado en el cuadrante superior derecho.

Finalmente la frecuencia de los casos con biopsias hepática realizadas fue superior en hepatitis crónica.



Figura 5. Carcinoma hepatocelular

### CONCLUSIONES

Las informaciones recopiladas en ésta investigación ha dado acceso las diferentes conclusiones.

1. La prevalencia de las hepatopatías crónicas por el



virus de la hepatitis B fue de un 100 por ciento en relación a la población total, 103 pacientes.

2. El mayor porcentaje según edad está comprendida entre los 30 – 39 años con un (23,30 por ciento).
3. La mayor proporción de casos para el sexo masculino con un 65,05 por ciento.
4. Dentro de las manifestaciones clínicas la más frecuente fue dolor en hipocondrio derecho con un 12.62 por ciento.
5. La vía de transmisión más frecuente fueron la cirugía y los no relacionados (NR) ambos por separado con un 42.72 por ciento.
6. El resultado de la biopsia con mayor número de casos estuvo representada por la hepatitis crónica con un 63 por ciento.
7. En cuanto a las complicaciones el porcentaje más alto se presentó en la hepatitis crónica con un 86.41 por ciento.

### RECOMENDACIONES

El presente estudio ha permitido sugerir las siguientes recomendaciones.

1. Debe hacerse esfuerzo por implantar una campaña para instruir y educar a la población sobre los aspectos preventivos con relación al virus de la hepatitis B.
2. Es necesario mejorar el sistema de información sobre el virus de la hepatitis B en sus aspectos estructurales y de flujo.
3. La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social debe garantizar y mantener el suministro de la vacuna contra la hepatitis B en todos los centros de salud.
4. Debe estimularse la población a que vacunen a sus recién nacidos contra la hepatitis B.
5. Garantizar que toda persona que sea vacunada la primera vez cumpla con el esquema de vacunación apropiado para que se desarrolle inmunización efectiva, concientización de los portadores del presente virus.
6. Es de vital importancia que en todas las instituciones de salud pública o privada se realice a todas las pacientes embarazadas las pruebas del virus de la hepatitis B para establecer un control de la salud de la madre y el niño.
7. Es necesario sensibilizar al personal de salud a los fines de mejorar la práctica en salud y exigirle que presente su esquema de vacunación a las autoridades pertinentes para mantener un porcentaje disminuido de personas expuesta a contaminarse.
8. Es necesario darle seguimiento a dicha investigación

con el objetivo de encontrar una solución específica coadyuvante en los casos de hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis B.

### REFERENCIAS

1. Anstequi – Fernández J; García – Martín F. Manual de Vacuna en Pediatría, Osalxidetza (país vasco): editora Egraf. S.A; 1998; 106-118.
2. Alegría Q. Sylvania. Hepatitis Crónica. Rev. Chil. Pediatría, mar. 2002, Vol. 73. No. 2, p. 176-180. ISSN 0370-4106.
3. Felman M. Friedman L, Sleisenger M. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas; 2002 P. 1362-1380 (Tomo II).
4. Franciscus A, Redactor. FDA aprueba nuevo tratamientos para la Hepatitis B dirección de alimentos y fármacos 2002.
5. Fundation. Hepatitis B. 2003 [www.hepfundation.org](http://www.hepfundation.org)
6. Harrison et al. Principios de Medicina Interna. 15ª ed, Vol. II; ed. Mc GrawHill Interamericana (España) 2002; 2011-2030.
7. Hepatitis B: Diagnóstico y Prevención 2003. [www.drscope.com](http://www.drscope.com)
8. Hepatitis B texas (Estados Unidos) 2003. <http://www.methodisthealth.com/spanish/infect/immunize.htm>
9. Informe Sobre Hepatitis Pediátrica. Hepatitis B, porcentaje mundial de infección. [www.pkids.or/spa\\_ph\\_b.pdf](http://www.pkids.or/spa_ph_b.pdf)
10. Lo que necesito saber de hepatitis B. [www.niddk.nih.gov/health/digest/pubs/hep/hepspn/-14k-30jun2003](http://www.niddk.nih.gov/health/digest/pubs/hep/hepspn/-14k-30jun2003)
11. National Academy of Sciences. La historia de la hepatitis B. 2000. [http://www.nationalacademies.org/spnshbeyonddiscovery/bio\\_007592-01.html](http://www.nationalacademies.org/spnshbeyonddiscovery/bio_007592-01.html)
12. Rodríguez Sc. Epidemiología de la hepatitis B en la República Dominicana, Arch Gastroenterol Rep. Dom. 1994; 2; 85-9.
13. Rodes, Juan; Pierre, Jean; Homos, Ben; Becher, Jermannes et, al, Tratado de Hepatología Clínica, 2da ed. España, ed Masson; 2001; 3-96 (1) 2339 (2).
14. Villarreal Rg. La hepatitis B; descripción, transmisión, diagnóstico y tratamiento. [www.dr.ramiro-pediatra.com](http://www.dr.ramiro-pediatra.com) <http://www.n/m.hiH.gov/medlineplus/spanish/ency/ertide000255:htm-31k>

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DEL EMBARAZO MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA.

*Adalia Montás D' Óleo\*, Paola Daysi Guzmán Taveras\*, Yokaira Ferreira De Jesús\*  
Vilma Lorenlay Núñez Monción\*, Kenia Mejía\*.*

### RESUMEN

Con el objetivo de determinar las características clínicas y sociodemográficas de los embarazos múltiples en el Hospital de la Mujer Dominicana del Instituto Dominicano de Seguro Social, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante un formulario de recolección de datos que abarcó el período de enero 2005 a diciembre 2006. La muestra se obtuvo del total de pacientes embarazadas que asistieron al centro de salud durante el período establecido, obteniéndose un total de 41 casos de embarazos múltiples. La frecuencia de embarazos múltiples según la muestra obtenida fue de 0.5 por ciento, los factores asociados encontrados fueron paridad, herencia, antecedentes de gestaciones múltiples y tratamiento de infertilidad. En su mayoría los embarazos múltiples fueron dicigóticos. Las complicaciones maternas más encontradas fueron cervicovaginitis, trastornos hipertensivos del embarazo e infecciones de las vías urinarias. En cuanto a las complicaciones fetales la prematuridad fue el más frecuente, seguido del bajo peso y la restricción del crecimiento intrauterino. La mayoría de los recién nacidos vivos cursaron con buenas condiciones al momento del alta de la madre. No se presentaron muertes maternas en la población estudiada, sin embargo se presentaron tres óbitos fetales siendo la mortalidad perinatal de 3.8 por ciento.

**Palabras claves:** embarazo múltiple, características clínicas, características sociodemográficas.

### ABSTRACT

With the objective to determine the clinical and sociodemographic characteristics of the multiple pregnancies in the Hospital de la mujer Dominicana del Instituto Dominicano de seguro Social, a descriptive study of cross section was made, by means of a form of data collection that included the period of January 2005 to December 2006. The sample was obtained from the total of patients you embarrass that they attended the health center during the established period, obtaining a total of 41 cases of multiple pregnancies. The frequency of multiple pregnancies according to the obtained sample was of 0,5 percent, the factors found associate were the parity, inheritance,

antecedents of multiple gestations and treatment of infertility. In their majority the multiple pregnancies were dicigotics. The found maternal complications more were cervicovaginitis, hypertensive upheavals of the pregnancy and infections of the urinary routes. As far as the fetal complications the premature was most frequent, followed of the low weight and restriction of the intrauterine growth. Most of new born the alive ones they attended with good conditions at the time of the discharge of the mother. Maternal deaths in the studied population did not appear, nevertheless appeared three fetal deaths being the perinatal mortality of 3,8 percents.

**Keys Words:** multiple pregnancy, clinical characteristics, sociodemographic characteristics.

### INTRODUCCIÓN

La gestación múltiple es uno de los temas en obstetricia que más interés ha despertado como fenómeno biológico y social. Es un proceso relativamente frecuente y que está sujeto a complicaciones tanto en el embarazo como en el parto, que pueden influir negativamente en el pronóstico perinatal y materno. Los embarazos múltiples en el pasado fueron observados con superstición y con intento de explicar su aparición, (1) pero el pasar de los años sumado al desarrollo de las ciencias médicas ha contribuido a cambiar estas creencias. En los últimos años ha habido un aumento espectacular de la cantidad de partos múltiples en Estados Unidos, entre 1980 y 1997 la cifra de partos gemelares aumentó en un 52 por ciento y el número de partos múltiples de más de dos productos se cuadruplicó. Debido a esta alza en su incidencia, se decidió determinar algunas variables relacionadas con ellos, así como su influencia en los principales indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Este tipo de embarazo es responsable de una de cada 8 a 10 muertes perinatales, por lo cual indudablemente es de alto riesgo obstétrico y un problema de salud pública mundial, como ha sido destacado en algunas publicaciones sobre el tema. (2) Además, debido al requerimiento de cuidados intensivos obstétricos y neonatales en los embarazos múltiples se requieren gastos enormes para proveer atención médica a estas familias; sumado el impacto emocional y psicológico inmediato y a largo plazo para la

\*Medico general

madre, su compañero y la unidad familiar. Este estudio se diseñó con el fin de investigar las características clínicas y sociodemográficas del embarazo múltiple, en una institución de asistencia obstétrica de nuestro país, Hospital de la Mujer Dominicana del Instituto Dominicano de Seguro Social (HMD-IDSS), tomando en cuenta la literatura nacional e internacional reciente sobre este aspecto, con la finalidad de sugerir las conductas pertinentes que puedan disminuir estos índices.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de estudio la constituyeron 7510 pacientes embarazadas, de las cuales se obtuvo una muestra de 41 pacientes con diagnóstico de embarazo múltiple, que asistieron al HMD-IDSS durante el periodo de enero 2005-diciembre 2006. Se incluyó en el estudio el 100% de la muestra. Las variables utilizadas fueron: frecuencia de embarazo múltiple, factores asociados, edad, procedencia, escolaridad, estado civil, cigocidad, número de fetos, complicaciones maternas, complicaciones fetales, forma de finalización del embarazo, edad gestacional, sexo de los recién nacidos, peso al nacer, valoración del Apgar, condición de los productos al momento de alta, tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad fetal. Tanto el embarazo como sus características clínicas y sociodemográficas fueron definidas utilizando diversas referencias.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10</sup>

La información se recolectó a partir de un formulario diseñado especialmente para la investigación, que contenía todas las variables buscadas. Este es un estudio descriptivo, de corte transversal. Se realizó un análisis estadístico de los datos calculándose frecuencias simples y relativas, como tasa, proporciones y promedios.

### RESULTADOS

La frecuencia de embarazo múltiple fue de 0.5%. Todos los casos estudiados correspondieron a embarazo múltiple de 2 fetos. Los factores asociados fueron paridad (58.5%), herencia (14.6%), antecedentes de gestaciones múltiples (4.9%), tratamiento de la infertilidad (2.4%) y ningún factor asociado (65.8%).

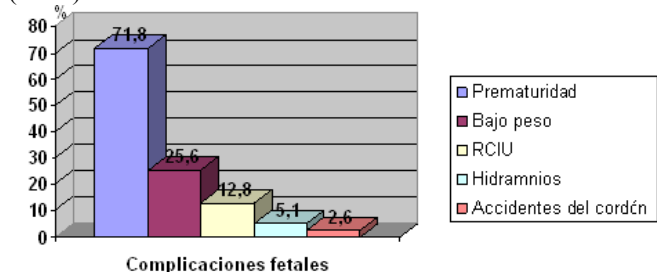
Factores asociados	No. de casos	%
Ningún factor	27	65.8
Paridad	24	58.5
Herencia	6	14.6
Antecedentes de gestaciones múltiples	2	4.9
Tratamiento de infertilidad	1	2.4

Con relación a la cigocidad se pudo constatar que el 68.3% correspondió a embarazo dicigótico, mientras que los monocigóticos representaron un 22% y casos no registrados un 9.7% del total. Las complicaciones maternas mayormente presentadas fueron: cervicovaginitis (68.3%), trastornos

hipertensivos del embarazo (51.2%), infecciones de vías urinarias (43.9%) y anemia (26.8%).

Complicaciones	No. de casos	%
Cervicovaginitis	28	68.3
Trastornos hipertensivos del embarazo (Preeclampsia/Eclampsia)	21	51.2
Infección de vías urinarias	18	43.9
Anemia	11	26.8
Rotura prematura de membrana	7	17.1
Hipertensión arterial crónica	4	9.8
Atonia uterina	1	2.4
Síndrome de Hellp	1	2.4
Diabetes gestacional	1	2.4

Entre las complicaciones fetales se encuentran: prematuridad (71.8%), bajo peso (25.6%), retraso del crecimiento intrauterino (12.8%), hidramnios (5.1%) y accidentes del cordón umbilical (2.6%).



En cuanto a la edad gestacional la mayoría presentaron prematuridad (70.7%), solo un 29.3% correspondieron a embarazo a término. La puntuación en el Apgar fue buena (8 al minuto y 9 a los 5 minutos) para un 71.8% y 69.2% en el primer y segundo gemelo respectivamente. La mortalidad perinatal fue de 3.8%. En general, según los registros de perinatología, los recién nacidos fueron egresados en buenas condiciones.

### DISCUSIÓN

La frecuencia de embarazo múltiple de 0.5 por ciento en nuestra investigación es relativamente baja en relación con la mayoría de las investigaciones tanto nacionales como internacionales; ya que en comparación con un estudio realizado en el HMD-IDSS publicado en el año 2002 la frecuencia de embarazo múltiple fue de 1.04 por ciento y a nivel internacional en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo (Venezuela) un estudio publicado en el 2005, la frecuencia de embarazo múltiple fue de 0.93 por ciento. Esta incidencia se ve afectada por algunos factores como paridad, herencia y tratamiento contra la infertilidad, observándose que en algunos países desarrollados se ha considerado como una «epidemia» por su alta incidencia (11). En cuanto a la cigocidad la mayoría resultaron gemelares dicigóticos, al igual que los datos obtenidos en un estudio realizado en el Hospital Universitario del Valle –Cali (Colombia) en el año 2000, en el cual los dicigóticos representaron un 37.2 por ciento en

contraste con el 12.8 por ciento de los monocigóticos(15). Las principales complicaciones maternas encontradas se corresponden con las confirmadas por varios autores, fundamentalmente cervicovaginitis, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones de vías urinarias (12, 13). Las complicaciones fetales encontradas fueron: prematuridad, bajo peso y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), coincidiendo con un estudio realizado en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo (Venezuela) donde el bajo peso al nacer (BPN) y la prematuridad fueron también las más frecuentes, representando un 57.72 por ciento y 46.26 por ciento respectivamente. La edad gestacional destacada fue de 31-36 semanas similar a lo expuesto por algunos autores, (14) donde las edades promedios fueron de 34-39 semanas. En sentido general, los recién nacidos tuvieron una buena puntuación en el APGAR, a diferencia de la obtenida en el estudio realizado en el Hospital del Valle, el cual arrojó como resultado que el APGAR al minuto fue de 7 puntos y a los cinco minutos de 8 puntos. Finalmente, la mortalidad perinatal fue baja en el orden de 3.8% del total de embarazo múltiple, en contraste con los datos del Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo, Venezuela; donde se reportó una mortalidad de 18.35%.

#### REFERENCIAS

1. Pernoll M. Embarazos múltiples. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 10ª edición. McGraw-Hill Internacional, 2003, págs. 397-409.
2. Harmon G.; Steep E.; Smith J. Amenaza de parto pretérmino y embarazo múltiple. En: Manual de Embarazo y Parto de Alto Riesgo. 3ª edición. Madrid: Elsevier España, S.A., 2003, págs. 529-564.
3. Schwarcz R. Embarazo patológico. 5ª edición, Buenos Aires: El Ateneo, 1995, págs. 206-207.
4. Scott J.; Spellacy W.; DiSaia PJ; Hammond CB. Embarazos múltiples. En: Danforth Tratado de Ginecología y Obstetricia. 8ª edición. México: McGraw-Hill Internacional, 2000, págs. 305-312.
5. Pérez Sánchez A. Obstetricia. 3ª Edición, Tomo I. Publicaciones Técnicas Mediterráneas, Santiago Chile, 1999. Págs. 562-573.
6. Cunningham G Embarazos múltiples. En: Williams Obstetricia. 21ª edición. España: McGraw-Hill Internacional, 2002, págs. 655-689.
7. Botero J.; Jubiz A.; Henao G. Embarazos múltiples. En: Obstetricia y Ginecología. 6ª edición. Bogotá: Fondo Editorial de la CIB, 2002, págs. 229-236.
8. Mordán J.; Alcántara M.; Concepción JF.; Hernando JF.; Santos E.; Santana YH. Gemelo acardiaco: Reporte de un caso. Sub-Centro de Salud de Haina, Santo Domingo, R.D. 7 (2): 67-69, 1998.
9. Usandizaga JA.; Fuentes P. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ª edición, Vol. I, McGraw-Hill Internacional. Arahua, Madrid. Págs. 375-385, 2004.
10. Briceño C. Morbilidad y mortalidad fetal y neonatal en el embarazo gemelar. Rev. Obstet Ginecol Venez, 65 (1): 1-8, 2005.
11. Elliott J. Special considerations for the patient with a multifetal gestation. In: Foley M.; Strong T. Editors: Obstetric intensive care: A practical manual. Philadelphia, 1997, WB Saunders.
12. Athabe F.; [et-al]. Parto pretérmino: Detección de riesgo y tratamiento preventivo. Rev Med Dom, 61 (2): 116-126, 2000.
13. Papiernick E, Keith L, Oleszczuk UU, Cervantes A. ¿Qué intervenciones son útiles para disminuir la tasa de parto pretérmino en embarazos gemelares? Clin Obstet Ginecol, 1998; 13-22.
14. Arias F.; Afanador D. Embarazo gemelar y múltiple. En: Pérez Sánchez A. Obstetricia. 3ª edición. Santiago de Chile: Imprenta Salesianos, S.A.; 1999, págs. 562-573.
15. Cañas, G. Morbimortalidad del embarazo gemelar en el Hospital Universitario del Valle. <http://encolombia.com/obstetricia5039morbimortalidad.htm>.

## INCIDENCIA DE RETINOPATÍA HIPERTENSIVA EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA.

\*Eladio E. Ubiera Ducoudray, \*Yeneudy R. Baez Melo, \*Juan E. Peralta,  
\*Dorka A. Carrasco M., Enid I. Terrero D. \*\*Dr. Emilio Alvarez,  
\*\*Dr. Gilberto Rivera.

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con recolección prospectiva de la información. Se vieron 100 paciente hipertensos de la consulta de oftalmología de los cuales se tomaron 50 que tenían hipertensión en el ``Hospital Regional Dr. Antonio Musa`` Septiembre 2006- Junio 2007.

De 50 pacientes hipertensos que fueron sometidos al estudio, pudimos observar que al realizar la fundoscopia 38 pacientes que representan un 76%, presentaron Retinopatía Hipertensiva, mientras que tan solo 12 pacientes (24% de la población), no presentó la enfermedad en estudio. El sexo donde se presentó la mayoría de los casos lo constituyo el sexo femenino. Las edades más frecuentes de presentación de la Retinopatía Hipertensiva fueron las comprendidas entre 60-65 y 66-71 años de edad. En relación al tiempo de evolución de la enfermedad hipertensiva ésta estuvo presente con mayor frecuencia en aquellos pacientes con intervalos de 1-5 años con la enfermedad. Las alteraciones visuales que motivaron a los pacientes a recurrir a la consulta fueron aquellos que presentaron visión borrosa, con rangos de presión arterial de 160/100 mmhg y más, previo a 3 tomas de las tensión arterial en ocasiones distintas.

Concluimos que: es de vital importancia que a todos lo paciente que lleguen a la consulta de oftalmología se le realice un exhaustivo examen de ojos (fundoscopia), ya que por medio de estos podemos dar un diagnóstico temprano lo cual nos ayudaría a un mejor pronóstico de la enfermedad mejorando así la calidad de vida de muchos de nuestros paciente que acuden a nuestra consulta.

**Palabra clave:** Incidencia, Hipertensión, Retinopatía, Fundoscopia.

### ABSTRACT

It had been made a descriptive study of cross section with prospectiva harvesting of the information. 100 were seen patient hypertense of the ophtalmology consultation from

\*Médico general

\*\*Asesor

Universidad Central del Este, San Pedro de Macorís, Republica Dominicana.

which 50 were taken that had hypertension in `` Regional Hospital Dr Antonio Musa`` September 2006- June 2007.

Of 50 hypertense patients who were put under the study, we could observe that when making fundoscopia 38 patients which they represent a 76%, presented/displayed Hypertensive Retinopatía, whereas so single 12 patients (24% of the population), did not present/display the disease in study. Sex where one appeared most of the cases I constitute feminine sex. The most frequent ages of presentation of the Hypertensive Retinopatía were the understood ones between 60-65 and 66-71 years of age. In relation to the time of evolution of the hypertensive disease this one was present most frequently in those patients with 1-5 intervals years with the disease. The visual alterations that motivated the patients to resort to the consultation were those whom they presented/displayed blurred vision, with ranks of pressure arterial of 160/100 mmhg and, more previous to 3 times different takings of the arterial tension.

We concluded that: it is of vital importance that to all the patient which they arrive at the ophtalmology consultation is made an exhaustive examination to there eyes (fundoscopia), since by means of these we can give an early diagnosis which you would help the best one I foretell us of the disease improving therefore the quality of life of many of our patient which they go to our consultation.

**Key word:** Incidence, Hypertension, Retinopatía, Fundoscopia.

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial puede aparecer a diferentes edades y afectar arterias normales o con diferentes grados de envejecimiento y esclerosis. (11)

La Hipertensión Arterial, por el hecho de ser una enfermedad sistémica, compromete órganos como el cerebro, el corazón, el riñón y el ojo. La Retinopatía Hipertensiva es la principal manifestación ocular de la Hipertensión Arterial, pero no la única. La falta de elasticidad de las arterias ocasiona problemas circulatorios que llevan al deterioro de los órganos. Las alteraciones de la retina del ojo se conocen como retinopatía hipertensiva. (4) (18)

Al parecer existe una relación positiva entre el grado de estrechamiento y el nivel de la presión arterial; a su vez el grado de estrechamiento depende de la magnitud de la fibrosis de sustitución (esclerosis involutiva) (10). El aspecto del fondo de ojo en la retinopatía hipertensiva es determinado por el grado de elevación de la presión sanguínea y el estado de las arteriolas retinianas. (17)

El propósito del presente estudio proporcionar información al hospital regional Dr. Antonio Musa, que ayude en la implementación de conocimientos y métodos acerca de la retinopatía hipertensiva y sus manifestaciones, para la elaboración de un programa que mejore la calidad visual de los pacientes que acuden a este centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de recolección prospectiva de datos, con el propósito de determinar la Incidencia de Retinopatía Hipertensiva en el Consultorio de Oftalmología en el "Hospital Regional Dr. Antonio Musa" en el periodo Septiembre 2006-Junio 2007.

El universo de nuestra investigación, sería la totalidad de los pacientes con alteraciones visuales con antecedentes de hipertensión arterial sistémica que acudieron a dicho centro. Se tomó una muestra de 50 pacientes (aproximadamente el 50 % del universo esperado) sobre la totalidad del universo (100 pacientes aproximadamente), al azar estricto, hipertensos masculinos y femeninos, en edades comprendidas entre los 30-75 años de edad, con más de 1 año de evolución de la enfermedad hipertensiva y con cualquier grado de hipertensión arterial, con alteraciones visuales y que presenten retinopatía hipertensiva en función de nuestro tiempo, recursos y propósito final de la investigación.

El criterio de inclusión de esta investigación estuvo representado por:

- Pacientes hipertensos a los cuales se les realiza fondo de ojo.
- Pacientes hipertensos con alteraciones visuales, de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 30-75 años de edad, con más de un año de su enfermedad hipertensiva, con cualquier grado de hipertensión arterial sistémica, que presenten retinopatía hipertensiva, y que acuden a la consulta de de dicho centro.
- Pacientes con hipertensión arterial sistémica con algún defecto visual o defecto patológico visual.

Procesamos la información utilizando indicadores de dispersión de frecuencia expresados en tazas, razones, porcentajes, proporciones e índices de la patología en estudio. Procesamos los datos mediante los programas computacionales Microsoft Excel (office 2007) y SPSS para Windows versión 15.0 con los cuales calculamos medidas de resumen como porcentajes, medias y desviación estándar de los pacientes asistidos a la consulta de Oftalmología durante los días miércoles y viernes durante el periodo de estudio establecido.

**RESULTADOS**

De 50 pacientes hipertensos que fueron sometidos al estudio, pudimos observar que al realizar la fundoscopia 38 pacientes que representan un 76%, presentaron Retinopatía Hipertensiva, mientras que tan solo 12 pacientes (24% de la población), no presentó la enfermedad en estudio. Por lo que podemos decir que a partir de los datos encontrados, la población hipertensa tiene un riesgo elevado de padecer Retinopatía Hipertensiva.

Tabla 1. Incidencia de Retinopatía Hipertensiva. Consulta de Oftalmología Hospital Regional Dr. Antonio Musa Septiembre. 2006-Junio 2007.

Incidencia de Retinopatía Hipertensiva	Pacientes	Porcentajes
Sin Retinopatía	12	24%
Con Retinopatía	38	76%
Total	50	100%

Fuente: Consulta externa de Oftalmología, Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Sept. 2006- Junio 2007.

El mayor porcentaje de los pacientes asistidos, correspondió al sexo femenino, con un total de 32 pacientes, para un 84%, mientras que solo acudieron 6 pacientes correspondientes al sexo masculino para un 16%, pudiéndose observar que la población con mayores trastornos visuales y que acudió con más regularidad a la consulta de Oftalmología lo representó la porción femenina del grupo sometido al estudio.

Tabla 2. Distribución de los Pacientes con Retinopatía Hipertensiva, en Relación al Sexo, Consulta de Oftalmología Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Septiembre 2006-Junio 2007

Sexo	Pacientes	Porcentajes
Femenino	32	84
Masculino	6	16
Total	38	100

Fuente: Consulta externa de Oftalmología, Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Sept. 2006- Junio 2007.

Las edades en las que se manifestaron la Retinopatía Hipertensiva con mayor frecuencia se encontraron comprendidas entre 60-65 y 66-71 años de edad con un 22 y 24% respectivamente, presentando el menor porcentaje el rango de edad comprendido entre 30-35 años de edad con tan solo 1 paciente para un 3%, demostrándose así que los daños fueron de mayor aparición en la población de mayor edad, a pesar de que la enfermedad tiende a ser más común en las

edades comprendidas entre 35 a 55 años de edad.

Tabla 4. Distribución de los Pacientes con Retinopatía Hipertensiva Según la Edad, Consulta de Oftalmología Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Septiembre. 2006-Junio 2007

Fuente: Consulta externa de Oftalmología, Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Sept. 2006- Junio 2007.

Edades (años)	Pacientes	Porcentajes
30-35	1	3
36-41	0	0
42-47	2	6
48-53	6	15
54-59	6	15
60-65	8	22
66-71	9	24
72-75	6	15
Total	38	100

De 38 pacientes hipertensos con Retinopatía Hipertensiva, 19 expresaron haber padecido con su enfermedad hipertensiva entre 1 y 5 años de aparición de la enfermedad representando un 50%, seguido de los que tienen entre 6 a 10 años y más de 16 años con un porcentaje de 21 y 29% respectivamente. De esta manera los pacientes en nuestra casuística de mayor incidencia de casos, fueron aquellos con menor tiempo de evolución de su enfermedad hipertensiva lo que se relaciona directamente con menores daños y menor grado de retinopatía hipertensiva.

Tabla 9. Distribución de los Pacientes con Retinopatía Hipertensiva Según el Tiempo de Evolución de la Enfermedad Hipertensiva, Consulta de Oftalmología Hosp. Dr. Antonio Musa Septiembre. 2006-Junio 2007

Tiempo Evolución Enfermedad (años)

Tiempo Evolución Enfermedad (años)	Pacientes	Porcentajes
1-5	19	50%
6-10	8	21%
11-15	0	0%
Más de 16	11	29%
Total	38	100%

Fuente: Consulta externa de Oftalmología, Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Sept. 2006- Junio 2007.

La población con mayores defectos visuales se presentó en aquellos pacientes que acudieron con Visión Borrosa (22 pacientes) para un 58%, seguida de la que presentó Astigmatismo y Presbicia con un 10 y 21% respectivamente. Debido a que los trastornos visuales son el primer síntoma que

lleva al paciente al oftalmólogo, y entre ellos el principal lo constituye la visión borrosa, que aunque puede dar contraste con otras alteraciones a nivel ocular, representó en nuestro caso el principal síntoma ocular que motivó a los pacientes de nuestro estudio a acudir al consultorio de oftalmología.

Tabla 11. Distribución de los Pacientes con Retinopatía Hipertensiva en Relación a las Alteraciones Visuales, Consulta de Oftalmología Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Septiembre. 2006-Junio 2007

Alteraciones visuales	Pacientes	Porcentajes
Miopía	1	3
Astigmatismo	4	10
Hipermetropía	1	3
Presbicia	8	21
Visión Borrosa	22	58
Miopía e Hipermetropía	1	3
Miopía y Astigmatismo	1	3
Total	38	100

Fuente: Consulta externa de Oftalmología, Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Sept. 2006- Junio 2007.

Previo a la medición de la Tensión Arterial en 3 ocasiones distintas pudimos observar que el rango mayor de presión arterial encontrado, se evidenció en aquellos pacientes que tenían 160/100 mmhg y más, representando un 53%, seguido de aquellos que presentaban Tensión Arterial entre los rangos de 140/90 – 150/100 mmhg, los cuales constituyeron un 37% de los casos; todo esto debido a que la presión sanguínea de los pacientes con retinopatía hipertensiva bien definida, por lo general siempre es alta con presión diastólica elevada.

Tabla 12. Distribución de los Pacientes con Retinopatía Hipertensiva en Relación a la Presión Arterial, Consulta de Oftalmología Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Septiembre 2006-Junio 2007

Rango de Presión Arterial (mm Hg)	Pacientes	Porcentajes
120/70 – 130/80	4	10
140/90 – 150/100	14	37
160/100 y más	20	53
Total	38	100

Fuente: Consulta externa de Oftalmología, Hosp. Regional Dr. Antonio Musa Sept. 2006- Junio 2007.

## DISCUSIÓN

La Incidencia de Retinopatía Hipertensiva se pudo observar en 38 pacientes que representaron el 76%, de la población sometida al estudio y al compararse con otros estudios como el realizado en Santo Domingo, Rep. Dom., en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier de donde 200 pacientes hipertensos,

solo 65 (32.5%) tenían retinopatía hipertensiva; lo que nos hace pensar en la forma tan abrupta en que se ha elevado la incidencia de la enfermedad, en tan solo 23 años, lo cual podría estar causado, por la falta de un seguimiento combinado de ambas consultas (tanto Cardiología como Oftalmología), con antecedentes de varias enfermedades hereditarias simultáneas, que a pesar de tener un tiempo de evolución de la enfermedad hipertensiva no muy largo (1-5 años, 19 pacientes para un 50%) y llevar tratamiento de forma regular, no tomaban sus medicamentos de la manera adecuada, acompañados de unos niveles de tensión arterial elevados de 160/100 mmhg (20 casos para un 53%), motivando todos estos factores unidos al aumento del daño vascular ocurrido en las arteriolas y arterias de todo el organismo por efecto de la presión arterial elevada; manifestado en el fondo de ojo con cambios y alteraciones múltiples, al aumento en la Incidencia de la Retinopatía Hipertensiva en los pacientes estudiados.

En lo referente al sexo el predominio de la enfermedad fue por el sexo femenino (32 casos para un 84%), aunque está documentado que el sexo que se afecta con mayor frecuencia es el sexo masculino.

Las edades que mostraron mayor frecuencia fueron aquellas comprendidas entre 60-65 y 66-71 años de edad con un 22% para el primer rango y un 24% para el segundo, sin embargo, según Paul Riordan en su libro Oftalmología General afirma que aunque la Retinopatía Hipertensiva se observa en niños (Retinopatía del Prematuro) y ancianos (Retinopatía Arteriosclerótica), las edades más comunes son aquellas de 35-55 años de edad.

La visión borrosa fue de las alteraciones visuales que motivó a los pacientes a acudir con mayor frecuencia a la consulta de Oftalmología con 22 pacientes que constituyeron un 58% de la población a la cual se le realizó el estudio. La visión borrosa constituye unos de los principales factores que motivan al paciente a acudir a la consulta de oftalmología en la actualidad.

Los rangos de presión en los que se encontraban los pacientes con mayor frecuencia fueron aquellos con 160/100 mmhg y más, con 20 pacientes para un 53%, lo que pudimos comparar con otros estudios como el realizado en Switzerland, en la universidad de Bern, donde el mayor rango de presión arterial fue de 230/160 mmhg, por lo que podemos deducir que a mayor presión y mayor tiempo de duración, las alteraciones a la retina pueden ser mayores, aunque la Oficina Sanitaria Panamericana plantea que la presión arterial y las lesiones orgánicas se deben evaluar por separado, porque se reportan casos con una presión arterial elevada sin lesiones orgánicas y viceversa.

## REFERENCIAS

1. Araiza Igartua Jaime. Oftalmología, Patología clínica y Terapéutica. México: MC Graw Hill, 2002. (Págs.: 343-346)
2. Allen H. James. Manual de las enfermedades de los ojos. 24va Ed. Barcelona: Salvat Editores, 1979 (Págs.:197-199).
3. Burgos Ruiz Sigfrido, Andrés Rodríguez y Marisol Añil Vargas. "Incidencia de Retinopatía Hipertensiva en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier de 1983-1984". Revista Médica Dominicana. (Santo Domingo). abril-junio 1985. 45:3. Editora Universitaria.
4. Braunwald, Zipes et al. Braunwald, tratado de Cardiología, texto de medicina cardiovascular. 7ma Ed. Madrid: Elsevier (tomo 1), 2006 (Pág.: 967).
5. Burns-wegmann María, Mathias Gugger y David Goldblum. "Clinical picture, Hypertensive Retinopathy". The Lancet. (New York), 363: 456 (2004) pp.456.
6. Ginés Teruel Rolando, José Ramón Odou Cobián. "Manifestaciones de enfermedad de órganos diana en los trabajadores hipertensos del ministerio del azúcar (MINAZ) de Holguín". Correspondencia Dr. Rolando Teruel Ginés (Holguín) junio 2002- 31 de mayo 2004. Versión on line. <http://teruel@crystal.hlg.sed.cu>
7. Illas O. Lisi, Dora L. H. Barada, Yusimi Toledo e Isis Silva. "Alteraciones fondoscópicas en pacientes hipertensos en un consultorio de Medicina familiar". Revista Cubana de Oftalmología. (La Habana) 2003. 16:1 Versión on line. <http://www.google.com/retinopatía hipertensiva/estudios>.
8. Illas O. Lisis y Wendy Miguel Paisán Rizo. "Caracterización de las alteraciones del fondo de ojo en pacientes hipertensos en una comunidad venezolana". Revista Cubana de Medicina General Integral. (La Habana) Enero-febrero 2006. 22:1. Versión on line. Formato PDF. <http://www.google.com/retinopatía hipertensiva/revista>.
9. Jiménez Cabezas Jesús. Manual de Urgencias Oftalmológicas. 2da Ed. Madrid: Salvat Editores, 2007: 816.
10. Kanski J. Jack. Oftalmología Clínica. 5ta Ed. Barcelona: Elsevier, 2006: 261-262, 816).
11. Kasper Dennis L., et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 16va Ed. Chile: Mc Graw Hill, 2006 (Págs.: 1622, 1624).
12. Matthews B. N., SA Mirza, OM Durrani. "Case Report, A blinding Combination". The Lancet. (New York), 360:1220 (2002) pp. 456.
13. Miller J.H. Stephen. Enfermedades de los ojos de Parsons. 18va Ed. México: Mc Graw Hill, 1993 (Págs.:253-254).
14. Maggi Silvana y Wong. "¿Hasta dónde llega la evidencia?". New England Journal Medicine. (New England). Marzo 2005. 351:2310-7. Versión on line. <http://www.silvana magi.doc/mg-medicina geriátrica>.
15. Pavan-Langston Deborah. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Oculares. 5ta Ed. USA: Lippincott Williams y Wilkins, 2002 (Pág.: 528).
16. Pulido J. Los requisitos en Oftalmología: Retina,



- Coroides y Vítreo. Madrid: Elsevier, 2002 (Págs.: 475)
17. Riordan Paul, Eva, John P. Witcher. Oftalmología General de Vaughan y Asbury. 13va Ed. Bogotá: Manual Moderno, 2005 (Págs.: 14-15, 343-346).
  18. Seidel M. Henry, Jane W. Ball, et al. Manual Mosby de exploración física. 5ta Ed. Barcelona: Océano Mosby, 2004 (Pág.: 299).
  19. Saraux Henri, Christian Lemasson, Gabriel Renard. Anatomía e histología del ojo. Barcelona: Masson, 1985 (págs.: 175-210)
  20. Toledo Cáceres María, Odalis Cáceres Toledo y Lilian Cordiés Jackson “Hipertensión arterial y retinopatía hipertensiva. Su comportamiento en un área de salud”. Revista Cubana de Medicina. (La Habana) Octubre– diciembre 2000. 39:4 Versión on line. <http://www.google.com/retinopatía hipertensiva>.
  21. Vander F. James, Janice A. Goult. Secretos de la Oftalmología. México: Mc Graw Hill, 2001. (Págs.:334-335).
  22. Villanueva Díaz Gil. Introducción a la oftalmología. 2da Ed. México: Salvat, 1982 (Págs.: 411-415)
  23. Wiechers Graw Enrique. Oftalmología en la práctica de la medicina general. 2da Ed. México: Mc Graw Hill, 2004 (Págs.:185-192).
  24. Curso Independiente. Tecnología Médica en oftalmología. 2da Ed. México: Mc Graw Hill, 1998 : 91-92, 243-244, 52-53, 74,76, 21).

## 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.

## EFFECTO DE LA NALBUFINA ENDOVENOSA SOBRE EL APGAR DEL PRODUCTO EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA CON BLOQUEO PERIDURAL HOSPITAL MILITAR DR. RAMÓN DE LARA, FUERZA ÁREA DOMINICANA.

\*Rafael Borrome, \*Yokasta De la Rosa, \*Luz María Pérez,  
 \*Carlos Méndez, \*Leydy Pujols, \*Mary Dargi Castillo.\*\*

### RESUMEN

Se realizó un estudio con información retrospectiva y prospectiva sobre el efecto de la Nalbufina en el Apgar de los productos de madres sometidas a cesáreas con bloqueo peridural en el Hospital Militar Dr. Ramón de Lara de la Fuerza Aérea Dominicana, durante el periodo Enero – Junio del 2002, obteniéndose los siguientes resultados:

Las técnicas anestésicas aplicadas para el bloqueo peridural fueron la Lidocaina al 2% con epinefrina a dosis de 400mg en 48 pacientes para un 68.6% del total (70 pacientes). La Lidocaina al 2% con epinefrina a dosis de 200 mg, mas Bupivacaina al 0.5% a dosis de 50 mg en 12 pacientes, para un 17.1%.

La Bupivacaina al 0.5% a dosis de 100mg se utilizo en pacientes para un 12.8% y por ultimo, la Lidocaina al 2% con epinefrina a dosis de 200mg, mas Lidocaina al 2% sin epinefrina en una paciente para un 1.5% (Cuadro 10).

A pesar de los temores de algunos en el uso de la Nalbufina como analgésico en las operaciones cesáreas por los posibles efectos sobre el producto de estas, las valoraciones del Apgar al nacer, a los 5 minutos y 10 minutos, los parámetros de valoración estuvieron dentro de lo normal en todos los productos en los cuales se administro a las madres una dosis de 10 mg E.V. de Nalbufina.

Esto evidencia que se puede utilizar este fármaco como analgésico en las operaciones cesáreas de madres a las cuales se practique esta cirugía por bloqueo peridural sin riesgos mayores para sus productos.

**Palabras claves:** nalbufina, apgar r.n., cesarea, bloqueo peridural.

### ABSTRACT

In a realised study with retrospective and prospective information on the effect of the Nalbufina in the Apgar of products of Caesarean mothers submissive with blockade peridural in the Military Hospital Dr. Ramon de Lara of the Dominican Air Force, during the period January - June of the 2002, obtaining the following results:

The applied anesthetic techniques for the blockade peridural went the Lidocaina to 2% with epinefrina to dose of 400mg in 48 patients for 68,6% of the total (70 patients). The Lidocaina to 2% with epinefrina to dose of 200 mgs, but Bupivacaina to the 0,5% to dose of 50 mg in 12 patients, for 17,1%.

The Bupivacaina to the 0,5% to dose of 100mg I am used in patients for 12,8% and finally, the Lidocaina to 2% with epinefrina to dose of 200mg, but Lidocaina to 2% without epinefrina in a patient for a 1,5%.

In spite of the fears of some, in the use of the Nalbufina like analgesic in the Caesarean operations by the possible effects on the product of these, the valuations of the Apgar when being born, to the 5 minutes and 10 minutes, the valuation parameters were within the normal thing in all the products in which I administer to the mothers a dose of 10 mgs E.V of Nalbufina. This evidence that can be used this drug like analgesic in the Caesarean operations of mothers to who practices this peridural surgery by blockade without risks majors for its products.

This evidence that can be used this drug like analgesic in the Caesarean operations of mothers to who practices this peridural surgery by blockade without risks majors for its products.

**Keys words:** nalbufina, apgar r.n., caesarean, peridural blockade

### INTRODUCCIÓN

El dolor es una de las razones mas comunes que hace que la gente vaya al doctor. Desde hace mucho tiempo, años médicos se han enfrentado a un dilema cuando tratan el dolor: ¿Cómo puede un medico aliviar el sufrimiento del paciente y al mismo tiempo evitar la posibilidad de que el paciente se vuelva adicto a un potente medicamento opiáceo?

Hoy en día la día la profesión medica ha concluido que la mayoría de doctores recetan muy pocos calmantes fuertes porque sobrestiman la posibilidad de que los pacientes se vuelvan adictos a estos calmantes, que comprenden a los opiáceos como la morfina y la codeína, y a las sustancias naturales relacionadas por su estructura a la morfina. Aunque estas drogas conllevan riesgo extremo de adicción para

\*Médico Anestesiólogo

\*\*Médico Ginecobotetra

muchas personas, muchos médicos están concientes que muy rara vez abusa de ellas cuando se utilizan para propósitos sumamente médicos.

De acuerdo con varios estudios, cuando los médicos limitan los calmantes, miles de pacientes sufren sin necesidad. Este dilema sobre la prescripción de calmantes potentes continua mientras investigadores buscan nuevas formas de controlar el dolor que sean eficaces y no adictivos.

En los años 1970 y 1980, los investigadores descubrieron sustancias similares a la morfina que ocurren naturalmente en el cuerpo, los opioides endógenos.

Sin embargo, los efectos secundarios debilitantes que los medicamentos opiáceos pueden producir en algunas ocasiones efectos como: náuseas, sedación, confusión y estreñimiento, limita su eficacia y contribuyen a la necesidad de utilizar otros analgésicos.

Los investigadores auspiciados por NIDA, están abordando esta necesidad a través de varios métodos experimentales, que comprenden:

El desarrollo de compuestos opiáceos, que promueven el alivio del dolor sin producir euforia, u “onda” que lleva a la adicción. El desarrollo de “compuestos promotores” que realizan los efectos calmantes de los opiáceos, de forma que se pueda usar dosis más pequeñas. El desarrollo de analgésicos no opiáceos que funcionen por medios de diferentes procesos para calmar el dolor y supuestamente no producirán los efectos secundarios adversos opiáceos. Años de investigación han descubierto tres categorías de opioides: 1) Agonistas, tal como el Demerol y la Metadona que limitan los efectos de opioides endógenos., 2) Los antagonistas, como la naxona que bloquea ciertos efectos opiáceos. 3) Agonista opiáceos, Agonistas-Antagonistas combinados, como buprenorfina y nalbufina que actúan bloqueando los efectos específicos opiáceos. Estos agonistas parciales (Buprenorfina y nalbufina) minimizan los efectos secundarios nativos de los agonistas, incluso sedación, problemas respiratorios.

La Nalbufina esta relacionada con la Oximorfina y la Naloxona, su acción analgésica se debe a la acción sobre los receptores K, esto sugiere que la nalbufina se une a los receptores M, pero sin activarlos en la misma medida que la morfina, siendo su acción analgésica, sedación y poca o nula depresión respiratoria.

La Nalbufina es un derivado semisintético de la Tebaina y es 25 a 50 veces más potente que la Morfina. Por estas características, es un analgésico que puede ser útil en analgesia con bloqueo peridural en pacientes sometidas a cesárea por los efectos mínimos sobre el sistema respiratorio del Producto.

Esta investigación tiene como objetivo fundamental, valorar los efectos de la Nalbufina endovenosa, sobre el apgar del producto de pacientes sometidas a cesáreas con bloqueo peridural, así mismo como el uso rutinario de este analgésico como coadyuvante anestésico en este tipo de cirugía.

La metodología consistirá en valorar el apgar en los diferentes tiempos establecidos para determinar los posibles efectos adversos para el producto.

Hacia mediados del siglo XIX empezó a diseminarse por todo el mundo médico el empleo de alcaloides puros, en vez de los preparados de opio en bruto.

I**ib.** En Estados Unidos se intensificó el abuso de los opioides gracias a la disponibilidad irrestricta del opio que preponderó hasta los primeros años del siglo XX y a l influjo de inmigrantes fumadores de opio desde el oriente. Además, la invención de la aguja hipodérmica facilitó la administración parenteral la Morfina y con ello una variedad mucho más grave de abuso compulsivo de sustancias.

El problema de la adicción a los opioides estimuló la búsqueda de analgésicos potentes libres de potencia, aditivo. Poco antes de la segunda guerra mundial, aparecieron en medicina clínica compuestos sintéticos como Meperidina y Metadona, pero resultado que tenían efectos característicos del tipo de la morfina.

LA Nalorfina, uno de los derivados de esta, fue una excepción. Antagonizaba los efectos de la morfina, y se empleó para corregir la intoxicación causada por esta causada por esta a principios del decenio del 1950.

La dosis más alta de la nalorfina son analgésicas en pacientes operados, pero el fármaco no se aplica en clínica como analgésico, a causa de efectos adversos como ansiedad y disforia. Sin embargo, su peculiar perfil farmacológico propició la creación de nuevos fármacos, como el antagonista selectivo para Naloxona y los compuestos con acción mixta (Pentazocina, Butorfanol y buprenorfina). Estos agentes ampliaron los alcances de los recursos terapéuticos disponibles, y brindaron los instrumentos necesarios para explorar los mecanismos de las acciones de los opioides.

I**ic.** Las interacciones complejas de la morfina y de los fármacos con propiedades agonistas y antagonistas mixtas, como la nalorfina, hicieron que Martín propusiera que hay clases múltiples de receptores de opioides (Martín y Sloan, 1977).

III. el propósito de esta investigación es valorar los posibles efectos de Nalbufina endovenosa sobre el Apgar de productos de pacientes sometidas a cesáreas con bloqueo peridural. Así mismo, ofrecer información cuantitativa y cualitativa que permita tomar decisiones apropiadas al momento de decidir el uso de un analgésico opiáceo como coadyuvante para la anestesia en pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico de cesárea.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Descriptivo clínico con información retrospectiva y prospectiva sobre la valoración del Apgar de productos de madres sometidas a cesárea con bloqueo peridural y uso de Nalbufina endovenoso como analgésico.

Todos los productos de madres sometidas a cesárea con bloqueo peridural y uso de Nalbufina endovenosa como coadyuvante analgésico y sedante, durante el periodo Enero-Junio del 2002.

Recién nacidos de madres cesareadas con bloqueo peridural y uso coadyuvante de Nalbufina endovenosa como analgésico.

Todos los productivos maduros, sin anomalías congénitas detectadas previamente por sonografía, eco o cualquier otro medio diagnóstico y que haya sido extraído de una madre sometida a cesárea con bloqueo peridural y administración de Nalbufina endovenosa como analgésico.

Productos con anomalías congénitas, inmadurez y que la madre no haya recibido

Nalbufina endovenosa como analgésico previo a la cesárea con bloqueo peridural.

Para la recolección de la información, se utilizó un instrumento previamente diseñado contenido de las variables sometidas a investigación, obteniendo la información de los expedientes de los casos a estudiar.

Se procedió como sigue:

- 1) Validación del instrumento de recolección de información
- 2) Revisión y reestructuración del instrumento posterior a la validación
- 3) Recolección de la información
- 4) Tabulación de resultados
- 5) Descripción de resultados
- 6) Análisis e interpretación de resultados
- 7) Elaboración de informe final

La información recolectada se presenta en cuadros y gráficos para facilitar en el análisis e interpretación de la misma para lo cual se utilizaron medidas estadísticas descriptivas como el porcentaje.

### RESULTADOS

En las 70 pacientes sometidas a cesáreas con bloqueo peridural, se le administró una dosis de Nalbufina endovenosa de 10 mg.

En relación a la valoración del Apgar de los productos de estas pacientes se obtuvieron los siguientes resulta:

El Apgar al nacer, 65 productos (92.9%) presentaron una valoración de 8/9, mientras 4 (5.7%) una valoración de 7/8 y un producto una valoración de 6/7 (1.4%). (Cuadro 1).

Apgar a los 5 minutos	Frecuencia	Porcentaje
8/9	65	92,9
7/8	4	5,7
6/7	1	1,4
Total	70	100

A los 5 minutos, la valoración del Apgar fue la siguiente: 65 productos (92.9%) tuvieron una valoración de 8/9, mientras que 4 productos (5.7%) una de 7/8 y un producto (1.4%) de 6/7. (Cuadra 2)

Apgar a los 5 minutos	Frecuencia	Porcentaje
8/9	65	92,9
7/8	4	5,7
6/7	1	1,4
total	70	100

A los 10 minutos, la valoración fue la siguiente:

En 68 productos (97.1%), la valoración fue 8/9, mientras que en 2 (2.9%) fue de 7/8; no hubo productivos que presentaran valoraciones 6/7 a los 10 minutos. (Cuadro 3).

Apgar a los 10 minutos	Frecuencia	Porcentaje
8/9	65	97,1
7/8	4	2,9
6/7	1	0

### CONCLUSIONES

En la mayoría de los pacientes se utilizó como técnica anestésica la Lidocaína al 2% con epinefrina o combinada con Bapivacaina.

No hubo diferencias en cuanto al efecto de la nalbufina endovenosa y la técnica anestésica empleada.

En todos los pacientes se utilizó 10 mg por vía endovenosa de Nalbufina.

Ninguno de los productos de estas pacientes recibió la Nalbufina como analgésico, sufrió alteraciones en el Apgar, ya que los parámetros estuvieron en el 92.9 % de 8/9 y el porcentaje restante entre 7/8 y 6/7 respectivamente.

La cesárea anterior constituyó la principal causa de cesárea en estas pacientes, seguido de la desproporción céfalo pélvico.

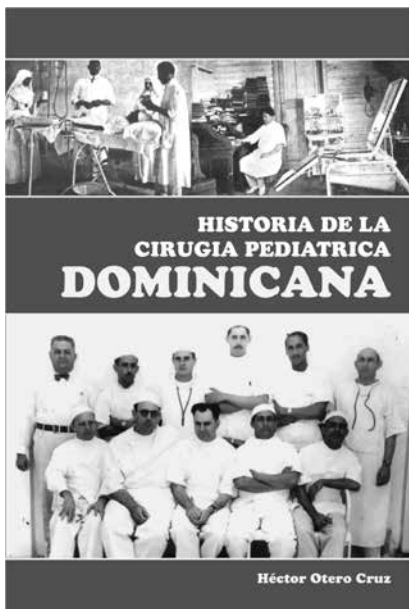
la preeclampsia representó la tercera causa para la realización de la operación cesárea y la presentación pélvica, la cuarta causa.

### REFERENCIAS

1. Bailey PL, TH Narcotic intravenous anesthetics. En Miller RD (Ed). Anesthesia 3ra Ed., New Cork: Churchill Livitone, 1990:281-366.
2. Benedetti C, Butler SH. Systemic analgesics. En JJ Bonica (Ed) \_The Management of pain, 2da Ed, Philadelphia: Lea & Febiger, 1990:1640-1675.
3. Bushnell TG, Justins DM. Choosing the right analgesic. Drugs 1993;46:394-408. Etches R C . Complications of acueté pain management. Anesth Clin Na 1992; 10:417-433.
4. Juffe JH, Martin WR. Opiod analgesics and antagonists. En Goodman A, Rall TW. Nies AS, Taylor P (Eds). The Pharmacological Basics of Terapeutics. 8va Ed, New York: McGraw Hill, 1992:485-521.
5. Cooper, J.- Bases Bioquímicas del neurofarmacología.

- 1982.
6. Goodman & Gilman, A. Analgesicos y antagonistas opioides. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9na Edición. editorial Medica Panamericana. 1991. páginas: 479-510.
  7. Nalda, M. De la neuroleptoanalgesia a la anestesia analgesia. Química de los morfínomiméticos. Salvat Mexicana de ediciones. 2da Edic. 1980. Pág.:18-25.
  8. Hererdal M, Morgan CW, Summer AE, Gutsche BB. Minute ventilacion and oxigen consumption during labor with epidural analgesia. Anesthesiology. 1983;59:425-7
  9. Tetlow HJ, Brogthon. Pipkin F. Estudios on the effect of the mode of delivery on the rennin angiotensin system in mother and fetus at term. Br. J. Obst. Gynecol. 1983;90:220-6
  10. Polas J, Breland BV patient controlled analgesia with nalbufina during labor. Obst. Gynecol. 1989; 70:202-4.
  11. Bonica JJ. The Management of pain. Ed 2, Philadelphia, Lea & Febiger, 1990:1326-8
  12. Crawford JS. Lumbar epidural block in labor. A clinical analysis. Br. J. Anesth. 1972;44:66-74
  13. Bonica JJ. The nature of pain of parturition. Clin. Obstet. Gynecol. 1975;2:511
  14. Abboud TK, Noueihed R, Khoo S, et al. Effect of induction of general and regional anesthesia for cesarean section and maternal plasma B. Endorphin levels. AM J Obstet. Gynecol. 1983;146:927-30.
  15. Hughes SC, Marut J., Slavazza K. Et. Al. Influence of epidural analgesia for labor on maternal self-esteem and perception of the newborn (abstracts). Society for Obstet. Anesthesia and perinatology, San Diego, 1981:39.

## 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.

# CASOS CLINICOS

## MIASIS EN TRAQUEOTOMÍA A PROPÓSITO DE UN CASO.

\*Marcos Mirambeaux, \*Edwin Severino, \*Jaime Martínez, \*Wally Reynoso,

\*Fe María Faña del Orbe.

### RESUMEN

Un paciente acudió al servicio de ORL HNS del hospital salvador B Gautier con una miasis a nivel área de la traqueotomía la cual había sido realizada hace 2 años para el manejo de un carcinoma epidermoide de laringe (T4N3Mx).

**Palabras claves:** miasis, traqueotomía, carcinoma epidermoide.

### ABSTRACT

This a patient who visited the ENT service of the Salvador B gautier hospital with the DX of miasis of the tracheotomy area which was realized 2 years before to the treatment of an epidermoid carcinoma of larynx (T4N3Mx).

**Keys words:** miasis, tracheotomy, epidermoid carcinoma.

### INTRODUCCIÓN

El termo miasis, derivado del griego “myia” que significa mosca, es usado para definir la invasión de los tejidos del cuerpo o cavidades de animales vivos por larvas, que por un cierto periodo de tiempo se alimentan de tejidos vivos o necrosados, sustancias líquidas del cuerpo o alimentos ingeridos. La miasis del es una condición rara que suele manifestarse resultante de heridas abiertas en general, pudiendo ubicarse en diversas regiones. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y las larvas suelen ser identificadas a través de exámenes de laboratorio

### CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 72 años de edad nativo de San Pedro de Macorís con antecedentes mórbidos conocidos de HTA, ICC, ceguera el cual es conocido por el departamento de otorrinolaringología del hospital Salvador B. Gautier por un carcinoma de laringe el cual había sido manejado hace 2 años por e con traqueotomía y quimioterapia; el paciente estaba siendo manejado en este periodo de tiempo por el departamento de otorrinolaringología y oncología clínica, el paciente se encontraba en condiciones estables para su cuadro de base y luego se ausento de nuestra consulta abandonado el tratamiento por un periodo de 1 año. En agosto del 2008 el

paciente es traído por los familiares a la emergencia de cirugía de nuestro hospital por presentar gran ulceración alrededor de la cánula de las traqueotomía con presencia de múltiples larvas en su interior dicha ulcera se extendía hacia el hueco supraesternal y a través de la cual se podían observar los grades vasos del cuello, de inmediato se procede a admitir paciente en nuestro centro asistencial, procediendo a realizar extracción los larvas y las la colocación de albahaca y ivermentina tópica, después de 2 días administrando el medicamento tópico se evidencio una muerte de todos las larvas por lo que se le realizo un desbridamiento amplio en quirófano de todo el tejido necrótico del área afectada luego de una semana de ingreso el paciente es dado de alta con una excelente respuesta al tratamiento para la miasis.

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

El término miasis (del griego *myia*: mosca) fue acuñado y usado por primera vez por Hope en 1840, desde entonces se ha aplicado a la infestación de los estados larvarios de varias especies de mosca (Diptera), que invaden órganos o tejidos de animales vivos. Esta larva se alimenta, al menos durante un tiempo, de tejidos, vivos o muertos del huésped, de sus líquidos orgánicos o de los nutrientes que es difícil precisar la magnitud del daño producido por la miasis debido a los pocos registros en nuestro medio.

Entre los agentes de miasis cutáneas del hombre y los animales se cuentan como las más importantes, las moscas de familias como; *Calliphoridae*, *Sarcophagidae*, *Gasterophilidae* y *Curetebridae* entre otras. En el Continente Americano son *Cochliomya hominivorax*, Gusano Barrenador del Ganado (GBG) y *Dermatobia hominis* o tórsalo, las moscas de mayor importancia económica. En el Asia y África, se encuentra *Chrysomya bezziana*, Gusano barrenador del Viejo Mundo (GBVM).

La mosca del GBG (*Cochlyomyia hominivorax*) y del GBVM (*Chrysomya bezziana*), son parásitos obligados causantes de la mayoría de las miasis traumáticas en los animales y el hombre en la región tropical y subtropical del mundo. Ambos agentes junto con sus implicancias serán vistos más adelante en este sitio.

Como parásito humano, el gusano barrenador primario ha

\*Médico general

adquirido una importancia que no puede ser ignorada. Es así como en los lugares donde este parásito es endémico se ha presentado una gran variedad de casos de miasis humanas principalmente por *C. hominivorax*.

Es bastante sencillo de hacer. Las miasis en general se diagnostican en forma directa, es decir constatando la presencia de las larvas en los huéspedes.



Se puede realizar un diagnóstico etiológico a través de la observación directa del parásito. La larva puede remitirse al laboratorio para identificar a la especie; recordar que para hacer esto debe fijarse en alcohol etílico o metílico al 70%.

También se puede realizar un diagnóstico clínico, observando la aparición de los signos y síntomas característicos de la enfermedad.

Para el diagnóstico patológico, en caso de llevarse a cabo, se procede a remitir al laboratorio histopatológico una muestra del tejido afectado en formol al 40%.







## TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser hospitalario o ambulatorio dependiendo de la gravedad de infestación e infección. Los métodos mecánicos son necesarios para retirar las larvas mediante pinza bajo visión directa; es necesaria la anestesia general debido al dolor que provoca su manipulación. Se describen técnicas como la oclusión con carne porcina, provocando la hipoxia de las larvas, obligando su salida e inclusión en la grasa del mismo. Otros elementos utilizados son el agua oxigenada, el éter y el cloroformo, buscando el efecto enunciado con la oclusión de carne porcina. Se deben manejar enfermedades de base tales como las secreciones de oído o nariz, rinitis atrófica o infecciones rinosinuales purulentas, mediante el uso de antibióticos específicos en forma sistémica.

Es frecuente la creencia del poder curativo de la miasis con albahaca. Lo que ocurre en la práctica es que la aplicación de la albahaca machacada determina que algunas larvas escapen y traten de alejarse. En la miasis nasal la cercanía de la albahaca ocasiona la salida de las larvas. Para estudiar los efectos se depositó algunas larvas de *Coclyoma hominivorax* en un frasco con tallos de albahaca; otras en un frasco con hojas y a un tercer grupo en un frasco con jugo de la planta molida. Las larvas presentaron movimientos intensos como si quisieran apartarse de la planta. Ninguna murió; a los 15 minutos todas reptaban tranquilamente; en consecuencia la albahaca es, nada más y nada menos, que un repelente de larvas de moscas.

Desde hace varios años se ha extrapolado el uso de medicamentos veterinarios, para el manejo de esta patología. Estas sustancias pertenecen al grupo de las ivermectinas, que se relacionan con los macrólidos, usados ampliamente durante la práctica veterinaria en patologías originadas por artrópodos y nemátodos además de su uso en oncocerciasis y otras infestaciones ocasionadas por endoparásitos y ectoparásitos teniendo un efecto directo sobre la larva. Su uso más frecuente se ha hecho en escabiosis de difícil tratamiento, pero su indicación absoluta es el control de la oncocerciasis humana y la filariasis, responsable de la "ceguera del río".

Existe la presentación de la ivermectina a dosis de 200 microgramos por kilogramo en toma única, con resultados favorables en la muerte de las larvas y su posterior retiro mediante medios mecánicos (pinza de oído o succión). La ivermectina tópica se utiliza, además, en el tratamiento de pediculosis capitis, escabiosis y miasis

Los efectos colaterales descritos son: cefalea, rash, mialgias, artralgias y dolor abdominal, los cuales ceden a los analgésicos comunes y a los antihistamínicos. No se recomienda su uso en mujeres embarazadas, ni en niños por debajo de los cinco años por no haberse establecido los perfiles de seguridad en este grupo.

## REFERENCIAS

1. Valderrama R. Miasis en humanos. *Iatreia* Jul 1991; 4:70-79.
2. Sharman H, Dalaly D, and Agarwal P. Nasal Myiasis:

- Review of year's experience. J laryngol otol 1989; 103:489-491.
3. Pessoa SB, Vianna M, Pessoa SB. Parasitología Médica. 11 Ed. Rio de Janeiro, Guanabara; 1982. p. 807-811.
  4. Nutting WB, Parish LC. Myasis and similar invasions: Cutaneous infestations of man and animal. New York. Praeger. 1983. P. 356-369.
  5. Harwood RF, James MT. Entomology in human and health. New York: McMillan 1997. p. 296-318.
  6. Duque C, Marrugo G, Valderrama. Otolaryngology manifestations of myasis. Ears, Nose and Throat 1990; 69:619-622.
  7. Simon C, Gonzales H. Actas Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Vol 23, Mar 1995.
  8. Schreiber M, Schucknem N. Human Myasis. JAMA 1994; 188: 828-829.
  9. Sancho E. Dermatobia: the Neotropical warble. Parasitol Today 1988; 4: 242-246.
  10. Jorg M. Miasis anal y consideraciones generales del parasitismo por la larva de mosca. Prensa Med Argentina 1996; 63:47-51.
  11. Jaramillo F, Berrio J. Arch Dermatol Feb 1998; 134.
  12. Currie BJ, Maguire GP. Ivermectin and crusted: Norwegian scabies. Med J Aust 1995; 163(10):559-60.
  13. Meinking TL, Taplin D, Pardo R, et al. The treatment of scabies with ivermectin. N Engl J Med 1995; 333(1):26-30.
  14. Yeruhan I, Hadani A. Control of human scabies by topical application of ivermectin. N Ann Trop med parasitol Jul 1998; 92 (5):627-9.
  15. Jelinek T, Northdurft HD, Rieder N. Cutaneous myasis: review of 13 cases in travelers returning from tropical countries. Nt J dermatol 1995; 34(9):624-6.
  16. Diallo S, Lariviere M, Diop M. Management in Senegal of the efficacy and tolerability studies of ivermectin in human onchocerciasis. Ann trop med parasitol Feb 1985; 79(1):63-78.
  17. Youssef MY, Sadaka H. Topical application of ivermectin for human ectoparasites. Am J Trop med Hig 1995; 53(6):652-3.
  18. Glasziou P, Nyguyen L. Efficacy of ivermectin for the treatment of head lice (pediculosis capotis) Trop med parasitol. 1994; 45(3):253-4.
  19. Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, The treatment of scabies with ivermectin. N Engl J Med. 1995; 333(1):26-30.
  20. Maso MK, Kapila R. Cutaneous onchocerciasis. Int J dermatol. 1987; 26 (9):593-6.
  21. LUMBRERAS H. Historia de las Myasis humanas en el Perú y análisis crítico sobre su etiología. Rev Med Per. 1955; 26:277-294.
  22. R ODRIOIZOLA M. La Gusanera de las narices. Gaceta Médica de Lima. 1858; 1:140.
  23. LUMBRERAS H, POLACK F. Primer caso peruano de oculomiasis producido por larvas de Oestrus ovis. Rev Med Per. 1955; 23:95-99.
  24. MIRANDA H, SERVAT J, IYO F, ESCALANTE H. Sobre un caso de oculomiasis por C. hominivorax y otro de miasis oculonasal por O. ovis. Libro de Resúmenes del Quinto Congreso Peruano de Microbiología y Parasitología. 1977. Lima, Perú.
  25. MIRANDA-C H, MIRANDA-T H. Miasis por Dermatobia hominis. Referencia de un caso clínico. Resúmenes del II Congreso Peruano de Patología Clínica. 1981. Trujillo, Perú. p.19.
  26. MIASIS BUCO-MAXILO-FACIAL: REPORTE DE UN CASO, home, ediciones, volumen 45 numero 4 ,2007.
  27. Parasitología humana David Botero, Marcos Restrepo 3era edicion (enfer. causadas por artropodos pag.402-405.
  28. Atias -neghme.parasitologia clinica.artropodos de interés médico (p.p.389-500) intermedica.bs.



**ARS - CMD**  
*Colegio Médico Dominicano*

**Tu salud y la de los tuyos, está segura, en manos de quienes siempre han trabajado por ti**

**Los Médicos**

## CARCINOMA DE RIÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL MILITAR DR. RAMÓN DE LARA (FAD).

\*\*\*Nelson V. Sánchez, Glennys Valenzuela, \*\*Versania I Cruz,  
 \*Adria Elena Castillo, \*Miguel Zorrilla.

### INTRODUCCIÓN

En el riñón se desarrollan una amplia variedad de lesiones neoplásicas y pseudotumorales, tanto en la infancia como en la edad adulta. Al hablar de carcinoma renal, recalcamos principalmente a dos grandes categorías que engloban la mayoría de los tumores: el carcinoma renal del adulto y el tumor de Wilms (nefroblastoma) en el niño. Sin embargo, cuando hablamos de tumores renales, nos referimos en general a los tumores de origen epitelial y excluimos los originados en el sistema pielocalicial que por naturaleza e historia natural son similares a los originados en la vejiga urinaria. (1)

### RESUMEN

Dicho estudio es descriptivo, prospectivo y de corte transversal realizado en el Hospital Militar Dr. Ramón de Lara, enero-abril 2008; En el que se le da seguimiento a un paciente del sexo masculino, de 6ta década de vida, ingresado vía emergencia, que presenta fuerte dolor abdominal y una masa retroperitoneal, a nivel de riñón izquierdo, por lo que fue llevado a cirugía, previo hacer estudios de gabinetes donde se le realiza una nefrectomía parcial, reportando al examen histopatológico un carcinoma renal, seguido y tratado, luego por el Depto. de oncología Médica, que traza pautas, y aunado al tratamiento quirúrgico resulta su evolución bastante favorable.

**Palabras claves:** Carcinoma Renal, Masa Retroperitoneal, Nefrectomía, Radioterapia.

### ABSTRACT

A descriptive and prospective investigation study with transversal cut, was done in the y Hospital Militar, FAD., Dr. Ramon de Lara, january-april 2008; In the one that they follow up on a patient of the masculine, 6ta sex to him decade of life, entered road emergency, that the retroperitoneal presents loud abdominal pain and a mass, level of left-handed kidney, what it was for taken to surgery, previous doing studies of cabinets where they sell a partial nefrectomía off to him, yielding to the exam histopatológico a renal carcinoma, followed and treated,

\*\*\*Cirujano General, <<Oncólogo Clínico, \*\*Fellow Cirugía Oncológica,  
 \*Residente de 4to año Cirugía General, < Residente de 3er año de Medicina Interna.

next for the Depto of Medical oncology, than trace guidelines, and his enough favorable evolution proves to be the surgical treatment joined.

**Key words:** Renal Carcinoma, Mass Retroperitoneal, Nefrectomía, Radiation Therapy.

### HISTORIA CLÍNICA

Se trata de paciente masculino de 58 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, y con hábitos tóxicos de fumador de larga data, hasta hace un año a razón de 10 cigarrillos al día, que acude vía emergencia por presentar dolor abdominal de moderado a fuerte intensidad de 24 horas de evolución.

Al examen físico se le palpa una masa que ocupa flanco izquierdo y mesogástrico, por lo que es hidratado y medicado con analgésico tipos AINES, mejorando cuadro. Al egreso, se le solicita una ultrasonografía ambulatoria y acudir a consulta de medicina interna, la cual no asiste, regresando a la emergencia en la mañana siguiente con estudio solicitado y sintomatología de dolor abdominal de fuerte intensidad, que no mejora con analgésico tipo AINES, por lo que se decide su ingreso. La sonografía nos reporta una masa de gran tamaño que ocupa retroperitoneo, que no permite la visualización del riñón izquierdo, resto de estudio normal.

Una vez ingresado se le toman analíticas de lugar que se encuentran dentro de los parámetros de referencia e, inmediatamente, una tomografía abomino-pélvica, donde se visualiza masa retroperitoneal, heterogénea, de aproximadamente 25 x 20 cm de diámetro que se desplaza hacia la línea media y ocupa todo el riñón izquierdo, que hace concluir Masa retroperitoneal P/B Masa Tumoral de Riñón Izquierdo.

Ante lo descrito y por la intensidad del dolor abdominal, se decide llevar paciente a sala de cirugía, realizándose Laparotomía Exploratoria, encontrándose gran masa que provenía de polo superior de riñón izquierdo adherida a peritoneo parietal, y colon transverso y descendente, tercio medio e inferior del riñón, con apariencia de parénquima normal, motivo por el cual se realiza nefrectomía parcial de polo superior y excéresis de la masa.

El diagnóstico histopatológico reporta un Carcinoma Papilar de Células Renales de riñón izquierdo con márgenes amplios de tejido renal sin aspecto patológico.

Se refiere paciente a Departamento de Oncológica Medica quien solicita IRM abdominal para fines de radioterapia. La IRM no reporta alteración ni evidencia de patología, por lo el paciente recibe tratamiento radiante. Actualmente, paciente evoluciona satisfactoriamente.

#### Carcinoma de células renales

El carcinoma de células renales es el tipo de cáncer del riñón más común, representando más del 90% de los tumores malignos del riñón.

Al igual que todos los cánceres, el carcinoma de células renales comienza pequeño y va creciendo con el tiempo. Aunque el carcinoma de células renales por lo general crece como una masa única dentro del riñón, un riñón puede contener más de un tumor. Algunas veces se pueden encontrar varios tumores en ambos riñones al mismo tiempo. Algunos carcinomas de células renales se pueden detectar sólo después de que han crecido bastante; la mayoría se detecta antes de que hayan hecho metástasis (se hayan propagado) en otros órganos a través del torrente sanguíneo o los vasos linfáticos. Al igual que la mayoría de los cánceres, el carcinoma de células renales es difícil de tratar una vez haya hecho metástasis.

Existen 5 tipos principales de carcinoma de células renales que se identifican mediante el examen del tumor bajo un microscopio: carcinoma de células claras, carcinoma papilar, carcinoma de células cromóforas, carcinoma del túbulo colector y carcinoma no clasificado".

Cuando se observa bajo el microscopio, el carcinoma renal de células claras luce muy pálido y claro. Ésta es la forma más común del carcinoma de células renales. Aproximadamente el 80% de las personas con carcinoma de células renales tiene este tipo de cáncer.

El carcinoma renal papilar es el segundo tipo más común: aproximadamente entre el 10% y el 15% de las personas tiene este tipo de cáncer. Estos cánceres forman dedos pequeños, llamados papilas y que son parecidos a proyecciones, en alguna parte del tumor, si no es que está presente en la mayor parte del tumor. Algunos médicos llaman a estos cánceres cromofílicos porque las células absorben ciertos tintes que se usan para preparar el tejido para ser visto bajo el microscopio, lo que hace que luzcan rosadas.

El carcinoma renal de células cromóforas es el tercer tipo más común: es responsable de aproximadamente 5% de los casos. Las células de estos cánceres son también pálidas, al igual que las células claras, pero son mucho más grandes y tienen ciertas características que pueden reconocerse.

El cuarto tipo, el carcinoma renal del túbulo colector, es muy raro. La característica principal es que las células cancerosas pueden formar conductos irregulares.

Aproximadamente 5% de los cánceres renales son no clasificados porque su apariencia no corresponde a ninguna de las otras categorías.

Otro aspecto del carcinoma de células renales es su grado,

el cual se refiere a cuánto se parecen los núcleos (parte de la célula donde se almacena el ADN) de las células cancerosas a los núcleos de las células normales.

#### Clasificación por Estadio. (1- 2)

Estadio I: cápsula renal intacta.

Estadio II: invasión a grasa perirrenal,

Estadio III: compromiso de las venas renales y cava, así como de los ganglios linfáticos regionales.

Estadio IV metástasis a distancia.

#### Sintomatología.

Ésta puede tener amplias variaciones que abarcan desde la hematuria, el dolor y la masa renal palpable, cuando el tumor alcanzó grandes proporciones, hasta una diversidad sintomatología que ha determinado que se le llame "el Tumor del Internista".

Adelgazamiento, fiebre, anorexia, mal estado general, trastornos digestivos, hasta otros originados por la actividad hormonal del mismo tumor: hipercalcemia por hiperparatiroidismo ectópico, poliglobulia por aumento de la eritropoyetina o anemia por su carencia, hipertensión arterial por hiperreninemia, ginecomastia por gonadotropina ectópica, galactorrea por prolactina ectópica, etc.

La palpación del abdomen puede mostrar una masa o el agrandamiento de un órgano, especialmente del riñón o el hígado. Los hombres pueden presentar un varicocele testicular (2)

#### Exámenes.

CSC (cuento sanguíneo completo)

El análisis de orina puede indicar la presencia de glóbulos rojos

Los niveles de calcio sérico pueden estar elevados  
La SGPT (transaminasa glutámico pirúvica sérica) y la fosfatasa alcalina pueden estar elevadas

Un examen citológico urinario

Pruebas de función hepática

Una ecografía del abdomen y de los riñones

Radiografía de los riñones

PIV

Arteriografía renal

Se pueden realizar las siguientes pruebas para saber si el cáncer se ha diseminado:

Una TC abdominal puede mostrar una masa en el hígado

Una RM abdominal puede determinar si el cáncer se ha diseminado a alguno de los vasos sanguíneos vecinos y si se puede extirpar quirúrgicamente.

Una radiografía de tórax puede revelar una masa en el tórax.

Una gammagrafía ósea puede mostrar compromiso de los huesos.<sup>5</sup>

#### Tratamiento de la Enfermedad Localizada

La nefrectomía radical es la técnica curativa estándar para el tratamiento del cáncer renal localizado. Actualmente

es motivo de controversia la posibilidad de un tratamiento conservador electivo de los tumores de pequeño tamaño.

Este proceso puede incluir la extirpación de la vejiga, de los tejidos circundantes o de los ganglios linfáticos.

#### Opciones de Tratamiento Estándar:

- Nefrectomía radical.
- Nefrectomía simple.
- Nefrectomía parcial (pacientes seleccionados)
- EBRT (paliativa)
- Embolización arterial (paliativa) <sup>3-4</sup>

#### Tratamiento de la enfermedad avanzada

##### Quimioterapia

El tratamiento hormonal y los fármacos quimioterápicos tienen poca relevancia en el tratamiento del carcinoma renal. Los fármacos más ampliamente utilizados han sido la vinblastina y la floxuridina, pero los estudios más recientes no han demostrado que la vinblastina tenga efectos antitumorales y las respuestas a la floxuridina son escasas y de corta duración (Tabla 1). Ningún quimioterápico ha mostrado unas tasas de respuestas que justifiquen su uso como agente único.

**Tabla 1**

Agentes Quimioterápicos	Respuesta (%)
Vinblastina	16
Gemcitabina	10
Floxuridina	23-33
5-fluorouracilo	10
Ifosfamida	9
Ciclofosfamida	3
Docetaxel	6
Vinorelbina	4

##### Inmunoterapia.

Los mecanismos inmunitarios tendrían importancia en la regulación del crecimiento celular. Los interferones ejercen un efecto antitumoral *in vitro*, estimulando las células mononucleares del huésped, y aumentan la expresión de las moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad.<sup>6</sup>

##### Nuevos fármacos.

Entre los fármacos que actualmente están en investigación y que tienen resultados prometedores en el tratamiento del carcinoma de células renales figuran los siguientes:

- Bevacizumab: anticuerpo dirigido contra el VEGF. En un estudio de fase III aleatorizado en pacientes que no han respondido al tratamiento con IL-2 se ha demostrado una mejoría del tiempo hasta la progresión, en comparación con el tratamiento con placebo. La naturaleza del estudio, que permitía el cruce en el tratamiento de los pacientes, no permite demostrar mejorías en la supervivencia. Actualmente se está llevando a cabo un estudio en primera línea en el que se

compara el tratamiento con interferón y bevacizumab frente a interferón y placebo.<sup>6</sup>

- BAY 43-9006: se desarrolló inicialmente como un inhibidor de la Raf cinasa, y sólo posteriormente se descubrió su papel como potente inhibidor de VEGFR y PDGFR. Además, RAF es un componente importante y crítico de las células endoteliales, tanto en el VEGF como en los caminos de señalización del factor de crecimiento fibroblásticos. Actualmente se lleva a cabo un estudio aleatorizado en segunda línea para valorar el potencial de este fármaco en la mejoría de la supervivencia.
- CCI-779: inhibidor del mTOR que ha mostrado respuestas objetivas del 6% en estudios de fase II aleatorizados en cáncer renal.

#### DISCUSIÓN

Los tumores renales suponen un 2%-3% de la incidencia de todas las enfermedades neoplásicas. El 80% de los casos de cáncer renal se asientan en el parénquima y son adenocarcinomas, mientras que el resto se localiza en la pelvis renal, correspondiendo en su mayoría a carcinomas de células transicionales.

La prevalencia es el doble en hombres que en mujeres y se presenta fundamentalmente entre la quinta y séptima década de la vida, con una edad media en el momento del diagnóstico de 65 años. Tanto en Estados Unidos como en Europa se ha observado un aumento de incidencia en los últimos años, en parte debido al empleo de mejores técnicas diagnósticas como la ecografía, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del adenocarcinoma renal son la edad avanzada, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, además de determinadas profesiones como la metalurgia, pintores y bomberos, una determinada susceptibilidad genética (enfermedad de Von Hippel-Lindau) y la exposición a determinados medicamentos y/o tóxicos.

Al cáncer de las células renales generalmente se le asigna un grado en una escala del 1 al 4. Los núcleos de las células del cáncer de células renales grado 1 se asemejan mucho a los núcleos de las células normales del riñón. Por lo general estos cánceres crecen y se propagan lentamente y tienden a tener un buen pronóstico. En el otro extremo, los núcleos de las células cancerosas renales grado 4 lucen bastante diferente de los núcleos de las células normales del riñón y tienen un peor pronóstico.

Si bien el tipo de célula y el grado algunas veces son útiles para predecir un pronóstico, la etapa del cáncer es por mucho el mejor factor de predicción de supervivencia. La etapa describe el tamaño del cáncer y qué tan lejos se ha propagado fuera del riñón.

##### Expectativas (pronóstico)

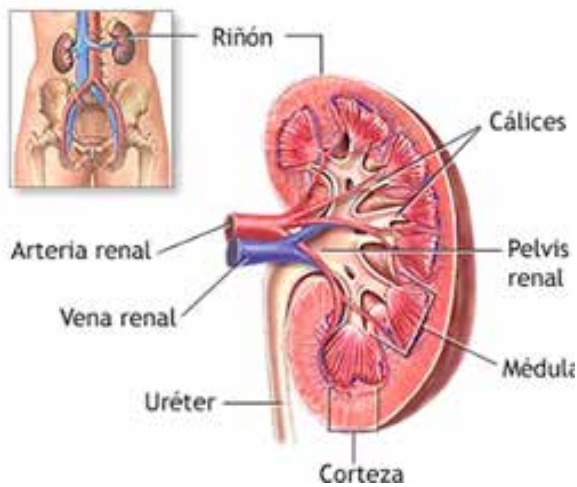
El resultado varía dependiendo del grado de metástasis. La tasa de supervivencia a 5 años es del 60 al 75% si el tumor está en las primeras etapas y no se ha diseminado por fuera del riñón. Si éste se ha propagado a los ganglios linfáticos, la tasa de supervivencia a 5 años es más o menos del 5 al 15% y, en

caso de diseminación a otros órganos, dicha tasa es de menos de un 5%. (6)

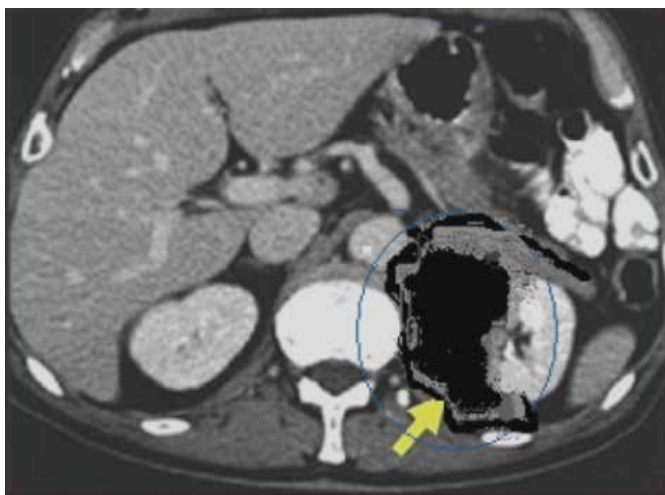
Por lo tanto es importante sospechar de un carcinoma de células renales, ante la presencia de uno o más de los síntomas mencionados anteriormente, o bien el paciente, puede cursar con el desarrollo de la enfermedad sin síntomas presentes, como en este caso que el paciente se presentó con un dolor agudo y de fuerte intensidad, sin otra alteración y por lo tanto esta patología fue una serendipia.

Es imperativo sobre manera informar a la población en general sobre este tipo de patología, pues al ser de incidencia poco común, se conoce poco de la misma. Y aunque los órganos renales son bilaterales y se puede sobrevivir a falta de uno de los mismos, se debe ser cauteloso, por los problemas a largo plazo que acarrea la pérdida de uno de ellos.

### Anatomía del Riñón



Esta es la apariencia típica de los vasos sanguíneos (vasculatura) y del modelo del flujo urinario en el riñón. Los vasos sanguíneos se ven de color rojo, y el modelo del flujo urinario, de color amarillo



Imágenes Tomográficas del Carcinoma Renal Papilar; Véase la expansión de la capsula renal, ocupada por una lesión mesenquimatosa, a partir de su vértice, que borra el riñón izquierdo casi en su totalidad.



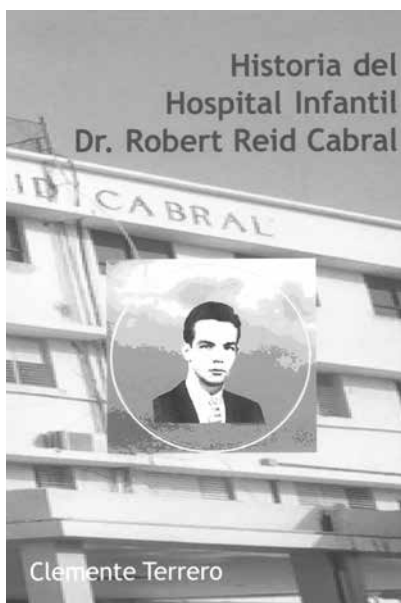


Nefrectomía Parcial, obsérvese la capsula y la lesión mesenquimatosa que se muestra en la imagen tomografica.

#### REFERENCIAS.

1. Novick AC, Stroom S, and Montie JE, *et al.*: Conservative surgery for renal cell carcinoma: a single-center experience with 100 patients. *J Urol* 141 (4): 835-9, 1989. [[PUBMED Abstract](#)]
2. Thrasher JB, Robertson JE, Paulson DF: Expanding indications for conservative renal surgery in renal cell carcinoma. *Urology* 43 (2): 160-8, 1994. [[PUBMED Abstract](#)]
3. DeKernion JB, Berry D: The diagnosis and treatment of renal cell carcinoma. *Cancer* 45 (7 Suppl): 1947-56, 1980. [[PUBMED Abstract](#)]
4. Swanson DA, Wallace S, Johnson DE: The role of embolization and nephrectomy in the treatment of metastatic renal carcinoma. *Urol Clin North Am* 7 (3): 719-30, 1980. [[PUBMED Abstract](#)]
5. US Food and Drug Administration. *FDA Approves New Treatment for Advanced Kidney Cancer*. Rockville, MD: National Press Office; December 20, 2005. Press Release P05-107.
6. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Kidney Cancer*, v.1.2008. 2007.

## LIBROS · LIBROS · LIBROS



### *Historia del Hospital Infantil*

*Dr. Robert Reid Cabral*

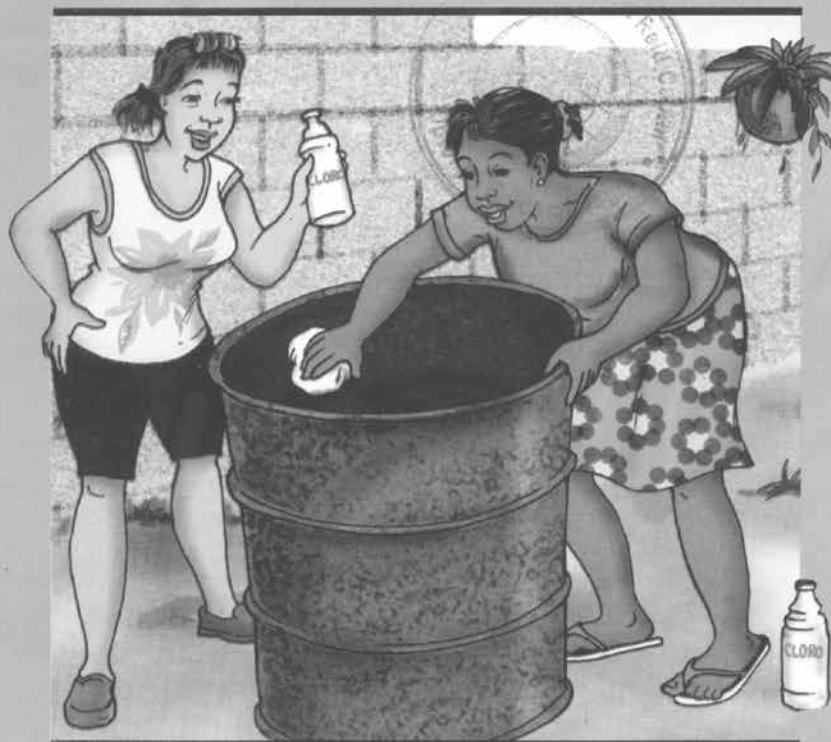
**Autor:** Dr. Clemente Terrero

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



# Cloro untoo Tanque tapao

¡Tu compromiso por la salud!



1.- Untamos Cloro por dentro del tanque y por encima del nivel del agua.

2.- Esperamos 15 minutos para que el Cloro actue y terminamos de llenar el tanque.

3.- Tapamos bien nuestro tanque.



# ¿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



## ¿Cuáles son los síntomas de la influenza A H1N1?

- ▶ Fiebre alta (superior a 38°C)
- ▶ Tos
- ▶ Dolor de garganta
- ▶ Secreciones en la nariz y lagrimeo
- ▶ Dolor de cabeza intenso
- ▶ Dolores musculares
- ▶ Malestar general



Si presenta fiebre y dos o más de estos síntomas, acuda al centro de salud más cercano.

## ¿Como se transmite la influenza A H1N1?

Esta enfermedad se transmite de persona a persona, a través de la tos, estornudos o las manos contaminadas de secreciones nasales.

## Medidas de prevención

- ▶ Lávese bien las manos con agua y jabón.
- ▶ Al estornudar o toser cúbrase la boca y nariz con un pañuelo o con el antebrazo.
- ▶ Sólo tome medicamentos indicados por su médico.
- ▶ Evite viajar a países donde se estén reportando casos de la influenza.



Recuerde, no existe en el mundo vacuna contra el virus de la influenza A H1N1.



# EDUCACIÓN CONTINUADA



Secretaría de Estado de Salud  
Pública y Asistencia Social



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



Sociedad Dominicana  
de Pediatría



Sociedad Dominicana  
de Infectología

**Subsecretaría Salud Colectiva**

**COMISION NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN  
Y CONTROL DEL DENGUE**

# **DENGUE y DENGUE HEMORRAGICO**

## **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**



SANTO DOMINGO, R. D.  
2006

## USOS TRADICIONALES DE LA SÁBILA EN REPÚBLICA DOMINICANA

*Rubén Darío Pimentel*

1. Asma, catarro: cristal licuado, decoction o infusión, vía oral<sup>1</sup>
2. Calvicie: Cristal, masaje cuero cabelludo. <sup>1</sup>
3. Ronchas en la piel: Cristal, en cataplasma. <sup>1</sup>
4. Cortes y rasguños: pulpa fresca, aplicación local. <sup>2</sup>

Nota: «cristal» es el nombre dado en Puerto Rico y en República Dominicana al gel transparente y gelatinoso contenido en la parte interna de la hoja.

Por el riesgo del asma para la salud, se recomienda una valoración médica inicial. El uso de este recurso deber ser considerado como complementario al tratamiento médico salvo contraindicación. No se dispone de información sobre el uso para la crisis asmática.

Toda aplicación tópica debe seguir las más estrictas medidas higiénicas para impedir la contaminación o la infección sobreañadida.

Para su uso por vía oral no usar durante el embarazo, la lactancia ni en niños menores de 5 años. Evitar su ingesta en casos de Diabetes mellitus.

### Referencias:

1. Benedetti MD. Encuesta Tramil. Universidad de Puerto Rico, Mayaguez, Puerto Rico, 1994.
2. Faujour A, Murrey D, Cheltenham-Corbin B, Carrington S. Tramil surgey. Enda-caribbean, JICA & UAG, Saint Thomas, Barbados, 2003.



# 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 remitian 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".