

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: 1000 ejemplares

Diagramación e impresión:

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

© 2009

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Waldo Ariel Suero

EDITOR

Dr. Gregorio Soriano

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.

Dra. Dulce Chaín, MSP.

Dr. Fernando Contreras, Gastroenterólogo.

Dr. Milton Cordero, Gineco-Obstetra.

Dr. Marcos Espinal, PhD, WHO.

Dra. Elizabeth Gómez, PhD.

Dr. Feris Iglesias, Pediatra infectólogo.

Dr. Edith Pérez Then, PhD.

Dr. Rubén Darío Pimentel,
Pediatra Neumólogo, MHP.

Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón,
Pediatra hematólogo.

EX-EDITORES

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



COLEGIO DE MEDICOS 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 Luís Encarnación, Sec. Asuntos Internacionales

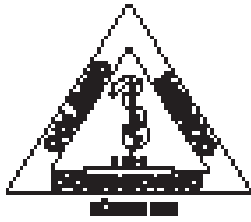
Dr. Pedro Abramson Miller, Sec. de Deportes
Dr. Luís Balboa, Sec. Residencias Médicas
Dr. Pedro Ignacio Pérez, Sec. Asuntos Intersindical
Dr. Efraín Rodríguez, Sec. de Extensión
Dra. Florentina Liquez, Sec. de la Mujer
Dr. Cristian de León, Sec. Médicos Pasantes
Dr. Rafael Santana Jaime, Sec. Médicos 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 María Guerrero, Presidente AMIDSS
Dr. Ramon Acosta, Director Ejecutivo ARS-CMD

LISTADO PRESIDENTES PROVINCIALES 2007-2009

PROVINCIAS	PRESIDENTE/A
Pte. Reginal Distrito	Dr. Senén Caba
Pte. Regional Norte	Dr. Hugo Cruz Peralta
*Santiago	Dr. Manaces Peña Vélez
*La Vega	Dra. 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	Dra. Yanet Figuereo Bello
*Santiago Rodríguez	Dr. Plas Sosa
*Montecristi	Dra. Saida Tejada
*Dajabón	Dr. Samuel Ureña
Pte. Regional Sur	Dr. Rafael Amador
*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
Pte. Regional Este	Dra. Inés Bryan
*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 Díaz
*La Romana	Dr. Neftali Rijo Severino
PRESIDENTES	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

5. La importancia de la empatía médica y los derechos de los usuarios. Pimentel Rubén Darío.

TRABAJOS ORIGINALES

09. Factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del hospital docente Padre Billini. Angella M. Burgos Pimentel, Basilia de la Cruz Germán, Yesenia S. Troncoso Serrano, Yomaly M. Almonte Castro, Marilennys Montilla Mesa.
13. Motivos de salida del Programa De Hemodiálisis Del Departamento De Nefrología Del Hospital Docente Padre Billini. Ruth Esther Araujo Cuevas, Rosy Eduard Lanfranco Vitoria, Cesar Esquea Bodden, Rubén Darío Pimentel.
23. Prevalencia de cáncer de pulmón en el departamento de Neumología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Ruth E. Araujo Cuevas, Wilneslia M. Otáñez Veras, Josefina Bruno, Rubén Darío Pimentel.
31. Frecuencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 15 años del sector Hainamosa, Santo Domingo Este. Milton Alfonseca Ruiz, Carlos A. Difó Batista, Doglas Santana Francisco, Rubén Darío Pimentel.
39. Frecuencia de crisis de hiperreactividad bronquial en niños que asisten a la emergencia del hospital Dr. Luis E. Aybar. María M. Batista Núñez, Marisol Lantigua Portorreal, Yudith Livis Espino, Rubén Darío Pimentel.
49. Conocimiento básico acerca del Virus y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) del adolescente en la zona urbana de cabrera, María Trinidad Sánchez. Mildred I. Gómez G, Johana E. Martí P, Doris D. Mejía G, Rubén Darío Pimentel.
61. Incidencia de bacterias entericas encontradas como contaminantes en el agua de consumo en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand. Milagros Peña, Alfaniris Vargas, Yanniris Vargas, José Díaz Aquino, Ana Josefa Peña Jiménez.
65. Frecuencia de la encefalopatía en pacientes con cirrosis hepática ingresados por el departamento de gastroenterología hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. Kerin Mariano Suero, Johanny Rodríguez V, Tomasina Trinidad Rodríguez, Johanny Y Ramírez, Ana J Herrera Encarnación.
69. Complicaciones en prostatectomía radical en pacientes asistidos en la unidad de urología del hospital doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello. Distrito Nacional, República Dominicana. Dalia Cecilia Castillo Payne, Adriana Martínez Araujo, Ethna Wilbert Dieuveille, Pedro Castillo Juan, Ana Isolina De la Cruz.
75. Correlación diagnósticas, clínicas y endoscopia en sangrado gastrointestinal alto. Hospital Luis, Eduardo Aybar. Kenia A. Cabrera, Marcela Rivas, Vanessa Wipp, Maira Soriano Suriel, Luis Martí Castillo.
81. Predicción de los cambios cuantitativos en la masa globular en pacientes que son sometidos a liposucción en el centro de cirugía plástica y especialidades (cecip). Martha Carolina Abreu, Miguel R. Gerónimo, Kirssis B. Peguero, Milagros Almonte, Héctor Herrand Perdomo.
85. Prevalencia de tipo de anestesia en los procedimientos ginecobstetricos. Rafael borrome de la cruz, Mercedes Lorenzo Ortiz, Rodolfo Minier, Juan Antonio Valera, Yuderka Beltré R, Dorca García M Ramírez.
89. Accidentes en el hogar. estudio en menores de 15 años en los hogares de la provincia San Cristóbal, República Dominicana, Belisa Colón, Erika Estévez, Giana Holguín, Rubén Darío Pimentel.
97. Incidencia de trastornos de la fertilidad asociados a varicocele en el hospital Central de las Fuerzas Armadas. Yaritza Tavarez Blanco, Cinthia Carreño Arias, Guidry Juan Torres Méndez, Glorimi Marlene Cambero Domínguez, Nicauri María Melo Concepción.
109. Evolución intrahospitalaria de pacientes con hemorragia cerebral, Hospital Dr. Luis E. Aybar. Ana L. Gonell Pérez, Vilma Lorenlay Núñez Monción, Kenia Mejía De Los Santos, Linett Ulloa.

113. Incidencia de traumas oculares en el hospital Dr. Luis E. Aybar. Claudia A. Arias, Efraín Medina, María de Jesús Pepin, Rafael Vinicio Díaz G, Melvyn Peña Gómez, Ramón A. Escaño.

117. Frecuencia de las diferentes etiologías en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en el Instituto Dominicano de Cardiología i.d.c. (mayo 1996-mayo 1998). Dominga Acosta Santana, Francisco Antonio Acosta Santana, Fiordaliza Santana Santana, Girna Mary Avalo Celado, Gerardo Rafael Rodríguez Regalado

123. Perfil clínico y epidemiología en pacientes con cáncer cérvico uterino. Servicio de Oncología Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia. Mercedes A. Felix Valera, Dorca Magdalena Esteves, Wilson Mejía, María Batista.

127. Calidad de vida en los residentes de primero y segundo año en el Hospital Dr. Luis E. Aybar mayo –

julio 2008. Pedro Pablo Marine Ballast, Luz M. Marte Polanco, Johanna Pérez Ramos

139. Situación analítica de la retinopatía del prematuro: Causas y Consecuencias. Kenia Suárez, Dileisy Rodríguez, Paola Veras, Jonathan Crispín, Keith Correa, Julissa Muñoz.

CASOS CLÍNICOS

149. Síndrome de Hunter: Presentación de un caso. Mildred Font Frías, Karen Bobadilla, Angélica Paula, Deyacaira Márquez, Ana García.

153. Cáncer incidental de vesícula biliar tratado por laparoscopia: a propósito de un caso.

157. Nódulo tiroideo. Camejo Reyes R. A. Soto Ravelo S. R, Valdez E. A, De los Santos E.

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.

LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA MÉDICA Y LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS.

Rubén Darío Pimentel*

La empatía del médico y su capacidad para comunicarse de forma eficaz elevan el grado de satisfacción de los usuarios, mejoran su nivel de cumplimiento y aumentan las posibilidades por parte de los médicos de diagnosticar y tratar a sus enfermos más eficientemente. Además, los que presentan un comportamiento empático tienen un porcentaje de denuncias por mala praxis significativamente menor. Por otra parte, una mala comunicación por parte del médico es el factor más influyente a la hora de que el usuario se decida a poner una denuncia contra él. ¿Cuán capacitados estamos los médicos para comunicarnos? Falvo y Tippy, analizaron cintas de vídeo de 29 entrevistas de carácter médico, comprobaron que en el 38,0 por ciento de ellas no se especificaba al usuario la cantidad de medicación prescrita. Es más, el 50,0 por ciento de esos médicos ni siquiera le informaban de la duración del tratamiento. Ninguno de los médicos se preocupó de indagar si el usuario entendía sus instrucciones ni intentó identificar posibles obstáculos para el cumplimiento por parte del usuario ni explicarle la necesidad de las visitas de seguimiento. No es sorprendente, pues, que sólo una tercera parte de los enfermos acudiera a las visitas de control programadas ni que inmediatamente después de la visita médica, esos usuarios no pudieran recordar más que la mitad de lo que se les había dicho. Beckman y Frankel, revisando 74 cintas de audio sobre visitas médicas, comprobaron que a los usuarios no se les daban más que 18 segundos para responder a las preguntas del médico antes de que fueran interrumpidos.

¿Cómo mejorar esta situación? Balint, en su trabajo pionero llevado a cabo en la Tavistock Clinic hace ya más de 50 años, demostró que médicos predispuestos podían aprender empatía y que con este cambio de comportamiento mejoraba la asistencia al usuario. Estudios aleatorios controlados han confirmado y ampliado los resultados de Balint; Rober et al, por su parte, comprobaron que los médicos que asistían a un cursillo de 8 horas sobre técnicas de comunicación mejoraban de forma estadísticamente significativa comportamientos empáticos tales como pedir a los usuarios si entendían lo que se les decía y cuáles eran sus expectativas, tranquilizarles, planificar las visitas médicas y sacar a la superficie la totalidad de sus preocupaciones. Los médicos que habían recibido esta información fueron capaces de identificar problemas psicosociales a los largo del 50 por ciento del periodo estudiado, mientras que el grupo de médicos de control que no habían asistido a ese cursillo de 8 horas sólo lo hizo en el 37 por ciento. Los usuarios de los

médicos del cursillo mostraron una disminución más acusada de sus tensiones emocionales, incluso 6 meses después de la visita médica. Esta formación no incrementó la utilización de servicios médicos ni alargó el tiempo de las visitas médicas, datos confirmados por otros estudios.

El usuario tiene derecho al tratamiento empático del médico. Como concepto, los derechos humanos suponen que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos y proporcionan un marco de referencia universal para decidir cuestiones de equidad y justicia social. En un sentido práctico, y trasladada al campo de la rendición de cuentas política y legal, «la ley internacional de los derechos humanos trata de definir lo que los gobiernos nos pueden hacer, lo que no nos pueden hacer y lo que deberían hacer por nosotros», con el fin de respetar, proteger y cumplir sus obligaciones con los derechos humanos. Las normas sobre los derechos humanos están basadas, en primera instancia, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, y su reconocimiento de la indivisibilidad e interdependencia de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Un marco teórico de salud y derechos humanos no sólo estimula el reconocimiento de cómo el cumplimiento de los derechos humanos promueve la salud, sino que también ayuda a traducir las preocupaciones sobre cómo pueden dañar la salud las violaciones de los derechos humanos en quejas concretas y justiciables que los gobiernos y la comunidad internacional están política y legalmente obligados a abordar. Por su parte, la comprensión de los factores que llevan a la violación de los derechos humanos y de los que sostienen su respeto, protección o cumplimiento se ve apoyada por el marco teórico de la justicia social, que analiza explícitamente quién beneficia y quién se ve perjudicado por la explotación económica, la opresión, la discriminación, la desigualdad y la degradación de los recursos naturales. Conjuntamente, estos dos marcos teóricos proporcionan conceptos importantes para analizar los determinantes sociales de la salud y guiar las acciones para crear sociedades justas y sostenibles, y dan luz al médico sobre su comportamiento empático para con los usuarios.

Referencias

1. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Am Intern Med* 1984; 101: 692-696.
2. Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients-patient satisfaction and adherence as associate with resident skill. *J Fam Pract* 1988; 26:643-647.

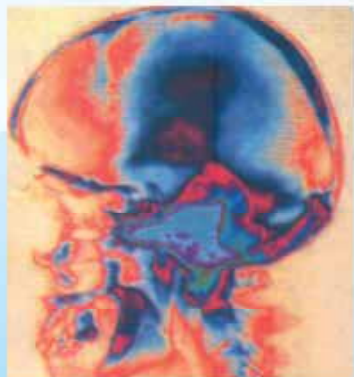
*Jefe de investigación Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.



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: dmssigloxx1@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.

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EVALUADOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.

Angella M. Burgos Pimentel,* Basilia de la Cruz Germán,* Yesenia S. Troncoso Serrano,* Yomaly M. Almonte Castro,* Marilennys Montilla Mesa.*

RESÚMEN

Con el objetivo de determinar los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica (C.I.) en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini se realizó un trabajo prospectivo, analítico y transversal que abarco a todos los pacientes con este diagnóstico en una población correspondiente a dos consultorios médicos en el periodo Julio – Diciembre 2008. Nuestro universo de trabajo lo constituyó el total de 83 pacientes adultos con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica de un universo de 1894 pacientes consultados. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, y presencia de factores de riesgo de la enfermedad, como hipertensión arterial, sedentarismo, hábito de fumar, estrés, hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus y obesidad. Encontrándose un predominio en el sexo femenino para una tasa de 5.2 % donde el grupo etéreo de 60 años y más, fue el más afectado con 18.6 %. La mayoría de los enfermos eran desempleados y los principales factores de riesgo fueron la Hipertensión Arterial y el sedentarismo en 78.3 % y 73.5 %, respectivamente. Los medicamentos más usados por los pacientes fueron diuréticos (43.3 %) y antiagregantes plaquetarios (37.3 %).

Palabras clave: Factores de riesgo/ epidemiología; prevalencia; cardiopatía isquémica.

ABSTRACT

With the aim of determining the factors of risk in patients with ischaemic cardiopathy (C.I.) in the Internal Medicine consultation of the Hospital Docente Padre Billini carry out prospective, analytical and cross-sectional a work who include to all the patients with this diagnosis in a population corresponding to two medical doctor's offices in the period Julio - December 2008. Our universe of work constituted the total of 83 adult patients with diagnosis of Ischaemic Cardiopathy of a universe of 1894 consulted patients. The picked up variables were: age, sex, and presence of factors of risk of the disease, like arterial hypertension, sedentarismo, habit to smoke, stress, hipercolestoremia, Mellitus Diabetes and obesity a predominance in feminine sex for a rate of 5,2% where the etéreo group of 60 years and more, was affected with 18,6%. The majority of the patients was unemployed and

* Médico general

the main factors of risk were the Arterial Hypertension and the sedentarismo in 78.3% and 73.5%, respectively. Medecines more used by the patients were diuréticos (43, 3%) and plaquetarios antiagregantes (37, 3%).

Key words: Factors of risk epidemiology; prevalence; ischaemic cardiopathy.

INTRODUCCIÓN.

La cardiopatía isquémica es en nuestros días una de las patologías más relevantes tanto en términos de mortalidad como de perdida de calidad de vida ^{1,2}. La cardiopatía isquémica es en la actualidad la primera causa de muerte en los países desarrollados, esta enfermedad continuará siendo la primera causa de muerte en los países industrializados con un claro aumento entre los grupos etéreos más ancianos y entre las mujeres, así como una emergencia explosiva en los países en vías de desarrollo ³.

Durante las últimas décadas, la prevención de las enfermedades que afectan al hombre ha constituido la meta de los sistemas de salud. Los diferentes países enfrascados en alcanzar óptimos indicadores de salud para su población, han diseñado e implantado programas preventivos de diferentes alcances y profundidad, ¹ que en su mayoría, han devenido elementos que denotan el desarrollo alcanzado en sus niveles de salud.

La lucha contra la cardiopatía isquémica comienza por evitarse los factores asociados a esta, por lo que se establecen programas de atención primaria con medidas generales para toda la población y específicas para la población de riesgo. Por todo ello, el análisis de los factores de riesgo adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud, y además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos de salud. Esto nos motivó para realizar un estudio para los factores de riesgo de los pacientes con Cardiopatía Isquémica en los pacientes que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini donde se asiste una gran población de pacientes de escasos recursos con esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para determinar los Factores de riesgo en los pacientes que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini se realizó un estudio descriptivo, analítico en la población correspondiente a dos consultorios médicos de dicho Hospital. El universo de este trabajo estuvo compuesto por 1,894 personas (población mayor de 15 años) con una muestra de 83 pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica. Al revisar las historias clínicas individuales se obtuvieron datos sobre años de evolución de la enfermedad, medicamentos utilizados para el control de ésta, principales síntomas y factores de riesgo; además se aplicó una encuesta a cada paciente (la cual se anexa al trabajo) mediante la entrevistas en los consultorios.

En la encuesta, se investigaron variables como: edad, sexo, ocupación; presencia de factores de riesgo como sedentarismo, Hipertensión Arterial., hipercolesterolemia, hábito de fumar, obesidad y Diabetes Mellitus. Se investigó sobre el tipo de medicamentos que utilizaban para el control de la Cardiopatía Isquémica. Los datos se agruparon en distribuciones de frecuencia, según las diferentes variables para su análisis. Los resultados se expresaron en tablas con números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS.

En el cuadro 1 se aprecia la prevalencia por grupos de edad en la población adulta de los dos consultorios médicos de la consulta de medicina interna. Encontrándose que 610 pacientes tenían edades de 15 -29 años para un (32,2%), en las edades de 30 -39 años (16,05%), de 40 -49 años 301(15,9%) de 50 -59 años 330 pacientes para un (17,4%) y mayor o igual a 60 años se reportaron 349 pacientes para un (18,6%) de los casos.

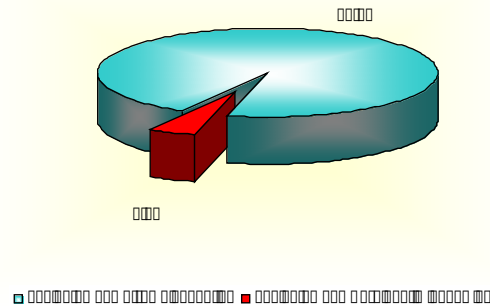
Cuadro 1. Factores de Riesgo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini. Enero-Diciembre 2008. Relación según edad.

Edades Años	Casos	%
15 - 29	610	32,2
30 - 39	304	16,05
40 - 49	301	15,9
50 - 59	330	17,4
60	349	18,6
Total	1894	100,0

Fuente. Indirecto. Archivo del Hospital Docente Padre Billini. Enero - Diciembre 2008.

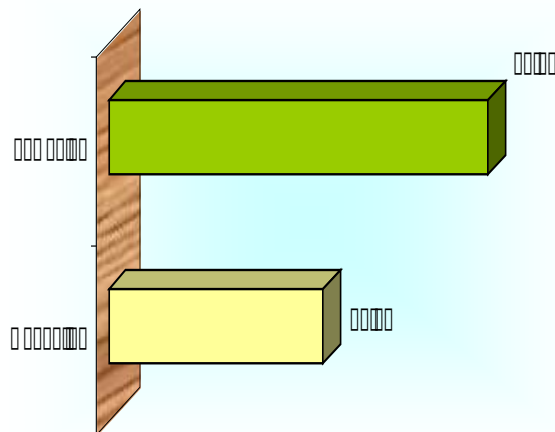
De una población de 1 894 pacientes, evaluados en la consulta de medicina interna, 83 pacientes tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica para una tasa de prevalencia de 4.4 %.

Grafico 1. Factores de Riesgo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini. Enero - Diciembre 2008. Relación según Prevalencia.



Fuente. Indirecto. Archivo del Hospital Docente Padre Billini. Enero - Diciembre 2008.

Grafico 2. Factores de Riesgo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini. Enero - Diciembre 2008. Relación según edad.



Fuente. Indirecto. Archivo del Hospital Docente Padre Billini. Enero - Diciembre 2008.

En las edades de 15 a 39 años no existen casos de esta enfermedad y en la medida en que la población va envejeciendo se va incrementando y presenta tasas más elevadas en la población de 60 años y más, con 18.6 %. En relación con el sexo, hay un predominio en las mujeres (69.9%) superior a la del sexo masculino (36,1 %).

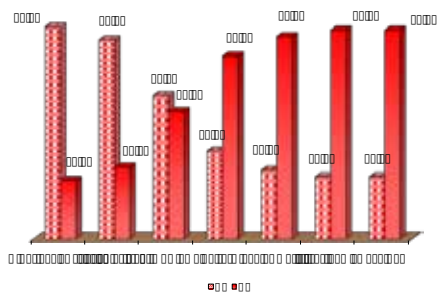
Cuadro 2. Factores de Riesgo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini. Relación de la ocupación.

Ocupación	Casos	%
Desempleado	49	59
Ama de Casa	27	32,5
Obrero	1	1.2
Estudiante	0	0
Profesional	6	7.2
Total	83	100,0

Fuente. Indirecto. Archivo del Hospital Docente Padre Billini. Enero – Diciembre 2008

En cuanto a la ocupación, la categoría más frecuente en nuestros pacientes fue el desempleado con 49 (59%), seguido de las amas de casa con 27 pacientes en (32,5%) por ciento de los casos.

Grafico 3. Factores de Riesgo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini. Relación según Factores de riesgo.



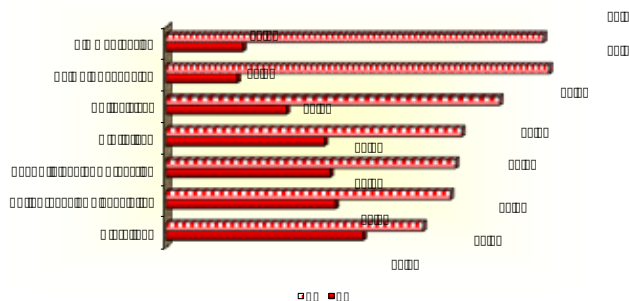
Fuente. Indirecto. Archivo del Hospital Docente Padre Billini. Enero – Diciembre 2008.

Al analizar los factores de riesgo se observa que los predominantes fueron la Hipertensión Arterial con 65 pacientes para un (78.31%), seguido del sedentarismo con 61 pacientes (73.5 %) de los casos, el hábito de fumar fue encontrado en 44 pacientes para un (53.1%), el estrés con 37 (32,5 %), la Diabetes Mellitus 21 (25.3%) y, la hiperlipidemias y la obesidad con 19 (22.8%) en ambas. Es de destacar que hubo un predominio del sexo femenino en 6 de los factores de riesgo estudiados, excepto en el hábito de fumar que fue más frecuente en los hombres (27.71 %).

La distribución de los medicamentos más frecuentes empleados por los pacientes. Se demostró un predominio de los diuréticos en (43.4%), seguido de los antiagregantes plaquetarios (37.3%) y los vasodilatadores coronarios (36.14 %).

Nos llama la atención el hecho de que 14 pacientes (16.86 %) no están ingiriendo medicamentos para el control de la cardiopatía isquémica, por lo que están expuestos a que aparezcan complicaciones graves que puedan resultar fatales para sus vidas.

Grafico 3. Factores de Riesgo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica evaluados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente Padre Billini. Relación según Tratamiento.



Fuente. Indirecto. Archivo del Hospital Docente Padre Billini. Enero – Diciembre 2008.

DISCUSIÓN

La prevalencia encontrada en nuestro trabajo fue discretamente inferior a la reportada por Pacheco y colaboradores bajo nuestros mismos criterios de inclusión que fue de 4.7 por ciento, aunque superior a la hallada por otros investigadores ^{7, 8} Pensamos que la baja prevalencia, encontrada por nosotros, se debe a la existencia de un sub-registro de casos que se corresponde con la morbilidad oculta de la enfermedad, por lo que se impone realizar una prevalencia activa en la población con factores de riesgo.

Aunque la mayoría de los estudios de cardiopatía isquémica indica un predominio del sexo masculino, ⁹ en nuestro trabajo encontramos una frecuencia mayor en el femenino, posiblemente, debido a que en nuestra población predominó este sexo, además de que ellas acuden con mayor regularidad a la consulta médica, por lo que opinamos que entre los hombres se encuentra el mayor número de casos a detectar en la morbilidad oculta. Al igual que otros autores, ^{10, 11} no tuvimos pacientes menores de 40 años. Esto se debe a que el número de casos de esta afección aumenta proporcionalmente con la edad, es decir, que a mayor edad, mayor número de enfermos. El hecho de haber encontrado un predominio en los desempleados lo asociamos a la edad de la mayoría de nuestros pacientes, la que supera los 60 años, coincidiendo con la literatura consultada. ¹²

La Hipertensión Arterial se considera un factor de riesgo coronario establecido, ya que existe una gran asociación riesgo - enfermedad y está demostrada la relación causa - efecto. Además, se considera el principal factor de riesgo después de los 45 años, por lo que damos gran importancia al hecho de que se detectó en nuestros pacientes una elevada frecuencia de

hipertensión arterial.

En cuanto al uso de medicamentos, nuestros resultados difieren con los reportados por otros autores,^{13, 14} quienes plantean que los antiagregantes plaquetarios y los vasodilatadores coronarios son los fármacos de elección en la terapéutica de la cardiopatía isquémica. También, actualmente, se promueve el uso de los Beta bloqueadores en pacientes con infarto agudo del miocardio ya que los estudios epidemiológicos han demostrado disminución de la morbilidad cardiovascular a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Armando Rojas, R. Epidemiología básica en atención Primaria de Salud Ed. Díaz de Santos, Secretaria Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) 1994; 137-61.
2. Pereira García, A, B. Factores de riesgo coronario relacionado con alteraciones ergométricas y electrocardiográficas. Chile 1995. Pag 87 -94
3. Rigol Ricardo, O. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987: 23-4.
4. Alvarez Pérez, J. Comportamiento urbano y rural de factores de riesgo coronario en un estudio comunitario. Mexico. Gen. Integral 1992; 8(1): 36- 8.
5. Valdés Pacheco, E. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Tesis Universidad Autónoma de Santo Domingo. (UASD). 1998; 14(6): 590-4.
6. Desmond, J. Cardiology. London. Cambel Cowan.1992: 96-128.
7. Díaz Novas, J., Salado, C. Morbilidad general en un consultorio médico de la familia. Estudio de un año. Revista Medica Dominicana. Julio 1989; (5): 351 - 61.
8. Roca Goderich, R. Temas de medicina interna. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. p. 267-81. Vol. 1.
9. Dueñas Herrera, A. Cardiopatía isquémica y su control en el nivel primario de salud. Rev. Cub. Med. Gen. Integral, 1992; (8): 202-13.
10. Pacheco y cols, A. Disminución de los índices de mortalidad por cardiopatía isquémica. Revista Medica Dominicana 2002; 2(2): 95-8.
11. Romero Doger, M., Fernández Brito, J. Estudio de la prevalencia de enfermedades de origen Aterosclerótico en un área de salud. Rev. Cub. Med. Gen. Integral 1992; (8): 127-38.
12. Desmond, J. Obra citada, p. 155.
13. Jenkins C. D. Two dimensional intervention plan to reduce risk factor for ischemic heart disease. Am Acad Med. Singapore 1998; 21: 84 - 91?

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.

MOTIVOS DE SALIDA DEL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DEL
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.

Ruth Esther Araujo Cuevas,* Rosy Eduard Lanfranco Vitoria,*
Cesar Esquea Bodden,**Rubén Darío Pimentel. **

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica (IRC) tiene como característica fundamental la disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) y por tanto retención de los productos de desecho del metabolismo proteico. La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública en nuestro país y en USA, en donde el 3 por ciento de la población adulta tiene niveles elevados de la creatinina plasmática. Más del 40 por ciento de los pacientes con neuropatía terminal han sido diagnosticados de diabetes, el 28 por ciento de hipertensión, el 11,6 por ciento de glomérulo nefritis, y el 4,7 por ciento de poliquistosis o diversos procesos urológicos.

En el Hospital Padre Billini tenemos una población muy superior de los pacientes en hemodiálisis que podemos cubrir totalmente, esto se debe a que nos llegan de todos los puntos del país, tanto de centros privados y públicos. El propósito de esta tesis fue investigar los motivos de salida de la unidad de hemodiálisis de nuestro centro, incluyendo en el estudio una serie de variables, como son la edad, sexo, ocupación, procedencia, tiempo en Hemodiálisis, tipo de acceso vascular, entre otras, durante un periodo de seguimiento de once meses.

En el periodo de junio 2007 a mayo 2008 se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal, realizado en el Hospital Padre Billini, en usuarios del servicio de hemodiálisis, del departamento de Nefrología que fueron asistidos durante el periodo en estudio.

Se incluyeron todos los pacientes que utilizaron el servicio y que estuviera confirmado la salida del programa de hemodiálisis. Se le llenó un formulario que contiene información relacionada con los datos personales tales como: nombre, edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos, antecedentes personales patológicos, diagnóstico de ingreso al programa, tiempo en el programa de hemodiálisis, tipo de acceso vascular, motivo de salida del programa, si está ingresado en el hospital.

En el plan de tabulación se utilizó cuadros simples y compuestos con cruces de variables.

Durante el tiempo del estudio hubo un total de 405 pacientes que utilizaron el servicio de hemodiálisis, de estos 157 salieron del programa por fallecimiento para una incidencia

de (38.7%), y los restantes por aumento de la tasa de filtración glomerular y el traslado a otro centro de salud. Predominó el sexo masculino con un total de 124 pacientes para un 67.3 por ciento. El rango de edad mayor representado fue el de >60 años con 52 pacientes (28.2%) de los casos.

Según la procedencia de los pacientes entrevistados la gran mayoría pertenece a la provincia del Distrito Nacional con 97 pacientes (52.7%), la provincia del Sur con 48 pacientes para un 26.0 por ciento y el 64.1 por ciento tienen los estudios primarios aprobados del total entrevistado. El 27.6 por ciento consume alcohol (58 pacientes), el 29.5 por ciento refirió hábitos tóxicos negados.

El 43.4 por ciento estaba desempleado al momento del estudio. La Hipertensión Arterial con 111 pacientes (53.8%), seguido por la Diabetes Mellitus con 47 pacientes (22.8%), fueron los antecedentes personales patológicos mayor presentados por los pacientes en nuestro estudio. El aumento de los azoados, fue el motivo de ingreso al programa de hemodiálisis más frecuentemente presentado por los encuestados, con 64 pacientes para un 31.6 por ciento.

El 34.7 por ciento de los pacientes en el programa de hemodiálisis que salieron solo tenían menos de un mes en el mismo esto fue representado por 64 pacientes, la mayoría del sexo masculino. La gran mayoría 133 (72.2%) de los pacientes tenía catéter de hemodiálisis transitorio.

El 85.3 por ciento de los encuestados el motivo de salida del programa de hemodiálisis fue el fallecimiento representado en el sexo masculino. Los más jóvenes <20 años dos pacientes salieron por que se realizaron trasplante renal. Catorce pacientes para un 82.0 por ciento si estaba ingresado en el hospital al momento de salir del programa de hemodiálisis.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica, Hemodialisis.

ABSTRACT

The chronic renal failure (CRF) has as its fundamental characteristic decrease in glomerular filtration rate (TFG) and therefore retention of waste products of protein metabolism. The chronic renal insufficiency is a public health problem in our country and USA, where 3 percent of the adult population has elevated levels of creatinine plasma. More than 40 percent

* Médico nefrólogo.

** Asesor.

of patients with terminal kidney disease have been diagnosed with diabetes, 28 percent of hypertension, 11.6 percent of glomerulonephritis, and 4.7 percent of polycystic

Or urologic various processes.

In the *Hospital Padre Billini* we have a much higher population of patients on haemodialysis we can fully cover, this is because we come from all parts of the country, both public and private schools. The purpose of this thesis was to investigate the reasons for leaving the haemodialysis unit at our center, including the study in a series of variables such as age, sex, occupation, origin, time in Hemodialysis, type of vascular access, others, during a follow-up period of eleven months.

In the period from June 2007 to May 2008 was performed a prospective, descriptive, cross-sectional conducted at the Hospital Padre Billini, users of the service hemodialysis, the department of Nephrology who were assisted during the study period.

We included all patients who used the service and it was confirmed the departure of hemodialysis program. He filled a form containing information related to personal data such as name, age, sex, origin, education, occupation, toxic habits, personal history pathological diagnosis for admission to the program, while in hemodialysis program, sort of vascular access, reason for leaving the program, if it entered the hospital. The plan was used tabulation tables and simple compounds with crossings of variables.

During the time of the study there were a total of 405 patients who used the service hemodialysis, these 157 left the programme for an incidence of death (38.7%), and the remaining increase in glomerular filtration rate and transfer to another health centre. The prevailing males with a total of 124 patients for a 67.3 per ciento. The age range represented was the largest of > 60 years with 52

Patients (28.2%) cases.

According to the source of patients interviewed the vast majority belongs to the province's National District with 97 patients (52.7%), the Southern Province with 48 patients for a 26.0 percent and 64.1 percent have primary school interviewed approved of the total. The 27.6 percent consumed alcohol (58 patients), 29.5 percent spoke toxic habits denied.

The 43.4 percent were unemployed at the time of the study. The Hypertension with 111 patients (53.8%), followed by Diabetes Mellitus with 47 patients (22.8%) were the largest personal history pathological presented by patients in our study. The increase in Azo, was the reason for admission to hemodialysis program most frequently submitted by respondents, with 64 patients for a 31.6 per cent.

The 34.7 percent of patients on hemodialysis program that had just left less than a month in the same this was represented by 64 patients, mostly male. The vast majority 133 (72.2%) patients had transient hemodialysis catheter. The 85.3 percent of respondents the reason for leaving the

program hemodialysis was represented at the passing males. The youngest <20 years that left two patients were conducted renal. Catorce transplant patients for a 82.0 percent if he was admitted to hospital at the time of leaving the hemodialysis program.

Key word: Chronic renal failre, hemodyalisis.

INTRODUCCIÓN

La progresión de la enfermedad renal a tratamientos sustitutivos como son la Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y el Trasplante renal es un tema de permanente discusión y análisis por los Nefrólogos tanto en nuestro país como en los demás países.

La insuficiencia renal crónica (IRC) tiene como característica fundamental la disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) y por tanto retención de los productos de desecho del metabolismo proteico. La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública en nuestro país y en USA, en donde el 3 por ciento de la población adulta tiene niveles elevados de la creatinina plasmática.

Aquí en República Dominicana la cantidad de jóvenes que debutan directamente con IRC ya para tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis ya sea por Preeclampsia, Consumo de Sustancias Prohibidas, Nefropatía Obstructivas entre otras es alarmante sin contar las personas adultas que llegan a IRC por Hipertensión y Diabetes Mellitus que son de las causas más frecuentes en todos los estudios reportados; esto supone grandes gastos en el tratamiento de esta afección renal, la cual solo puede ser tratada en su etapa Terminal mediante la diálisis y el trasplante renal. Por tanto, parece lógico además del cuidado del paciente, tratar de detener la progresión de la enfermedad renal y lograr economías presupuestarias muy necesarias en nuestro país en un tiempo no muy largo.

En la ciudad de Santo Domingo solo se cuenta con dos Centros Públicos para dar servicio de tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis; uno de ellos tienen una población limitada al uso del servicio y nosotros los del Hospital Padre Biillini tenemos una población muy superior a la que podemos cubrir totalmente ya que nos llegan de todos los puntos del país, ya sea de centros privados y públicos. Esto nos mueve a investigar los motivos de salida de la unidad de hemodiálisis de nuestro centro, incluyendo en el estudio una serie de variables, como son la edad, sexo, ocupación, procedencia, tiempo en Hemodiálisis, tipo de acceso vascular, entre otras, las cuales hemos considerado de importancia directa en el objetivo de los motivos de salida del programa de Hemodiálisis.

Con la consiguiente investigación queremos contribuir a que sectores involucrados puedan tomar como punto de partida los datos obtenidos por nuestra investigación, para así mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen este mal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio prospectivo, descriptivo, de corte

transversal, realizado en el Hospital Padre Billini, en usuarios del servicio de hemodiálisis, del departamento de Nefrología que fueron asistidos durante el periodo en estudio.

Ubicación geográfica

El hospital Padre Billini está ubicado en la zona colonial entre las calles al sur padre Billini, calle Sánchez al este, al oeste la Santomé, y Arzobispo Noel al norte.

Fue inaugurado el 24 de Octubre del año 1959, en la Era de Trujillo, fungiendo como presidente su hermano Héctor Bienvenido Trujillo Molina. La estructura hospitalaria abarca una extensión superficial de 40,000 metros cuadrados. En la actualidad se dan consultas, especializadas en diferentes áreas como son: Medicina Interna, Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Endocrinología Gastroenterología, Nefrología, Oftalmología, Oncología, Neurología, Neurocirugía, Neumología, Hematología, Otorrinolaringología, y Ortopedia, así como, Reumatología, Pediatría, y Medicina familiar. El hospital cuenta con un área de internamiento para pacientes clínicos constituida por UCI, con cinco camas, y sala común con 25 camas para hombres y 25 para mujeres, Las cuales están dispuestas en 5 sala con 5 camas cada una, tanto para hombres, como para mujeres.

Universo y muestra.

El universo estuvo representado por todos los pacientes, que utilizaron el servicio de hemodiálisis en el departamento de nefrología del hospital Padre Billini en el periodo de junio 2007 – mayo 2008.

Criterios de inclusión.

1. Se incluyeron todos los pacientes que utilizaron el servicio de hemodiálisis en el departamento de nefrología del hospital padre Billini.
2. Tener confirmado la salida del programa de hemodiálisis.

Criterios de exclusión.

- a) Pacientes que no estén en el programa de hemodiálisis.

Instrumento de recolección de la información:

Para la recolección de la información se elaboró un formulario en formato 8 1/2 x 11 que contiene 13 preguntas cerradas. Este formulario contiene información relacionada con los datos personales tales como: nombre, edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos, antecedentes personales patológicos, diagnóstico de ingreso al programa, tiempo en el programa de hemodiálisis, tipo de acceso vascular, motivo de salida del programa y si estuvo ingresado en el hospital al momento de la salida del programa.

Procedimiento

Se procedió a seleccionar a los individuos que llenen los requisitos de nuestros criterios de inclusión, se les realizó las preguntas del formulario diseñado.

Plan de tabulación:

Utilizando cuadros simples y cuadros compuestos con cruces de variables.

Procedimiento para la recolección de datos.

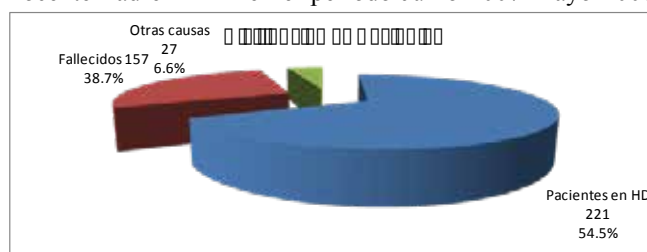
Para la recolección de los datos se dieron los siguientes pasos:

1. Entrevista con las autoridades responsables del Hospital Padre Billini.
2. Obtención de los expedientes clínicos en hemodiálisis y aplicación del formulario de recolección de datos.

RESULTADOS

Luego de tabular los datos recogidos en nuestro estudio sobre Motivos de salida del programa de Hemodiálisis del departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008, tenemos que durante el tiempo del estudio hubo un total de 405 pacientes que utilizaron el servicio de hemodiálisis, de estos 184 (45.4%) pacientes salieron del mismo distribuidos de la siguiente forma: 157 salieron del programa por fallecimiento para una incidencia de (38.7%) y el resto 27 (6.6%) salieron por otras causa que serán presentadas a continuación ya que son la base de nuestra tesis (Gráfico 1).

Gráfico 1 Representación gráfica de Motivos de salida del programadeHemodiálisis. DepartamentodeNefrologíaHospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.



Fuente: Archivos del hospital

Tabla 1. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Sexo	Total	%
Femenino	60	32.6
Masculino	124	67.3
Total	184	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Según la distribución del sexo podemos observar que en nuestra investigación predominó el sexo masculino con un total de 124 pacientes para un 67.3 por ciento muy superior al sexo femenino (tabla 1).

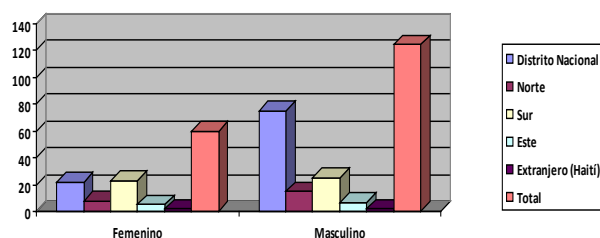
Al valorar la edad de los pacientes de nuestro estudio el rango mayor representado fue el de ≥ 60 años con 52 pacientes (28.2%), seguido por el de 50-59 años con 51 pacientes (27.7%), solo 2 (3.2%) en el rango de < 20 años tuvo representación en nuestro estudio (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según edad y sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Edad (años)	Femenino	Masculino	Total	%
< 20	2	4	6	3.2
20-29	3	4	7	3.8
30-39	12	19	31	16.8
40-49	11	26	37	20.1
50-59	16	35	51	27.7
≥ 60	16	36	52	28.2
Total	60	124	184	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Gráfico 2. Representación gráfica de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según la procedencia y sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.



Fuente: Formulario de recolección de la información

De acuerdo a la distribución según la procedencia de los pacientes entrevistados la gran mayoría pertenece a la provincia del Distrito Nacional con 97 pacientes para un 52.7 por ciento, seguido por el Sur con 48 pacientes para un 26. Por ciento; la menos representada fue la región Este con solo 12 pacientes y del Extranjero cuatro pacientes para un 2.1 por ciento (grafico 2).

Tabla 3. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según escolaridad y sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Escolaridad	Femenino	Masculino	Total	%
Analfabeto	11	14	25	13.5
Primario	29	89	118	64.1
Secundario	12	18	30	16.3
Universitario	8	3	11	5.9
Total	60	124	184	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Con relación a la escolaridad de los pacientes encuestados el 64.1 por ciento tienen los estudios primarios aprobados representados por 118 pacientes y analfabetos 25 pacientes para un 13.5 por ciento del total (tabla 3).

Tabla 4. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según ocupación y sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Ocupación	Femenino	Masculino	Total	%
Ama de casa	43	0	43	23.3
Agricultor(a)	1	14	15	8.1
Desempleado	6	74	80	43.4
Obrero	0	10	10	5.4
Estudiante	5	2	7	3.8
Empleado privado	3	10	13	7.0
Comerciante	0	8	8	4.3
Pescador	0	1	1	0.5
Técnico (a)	1	3	4	2.1
Profesional	1	2	3	1.6
Total	60	124	184	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

En cuanto a la ocupación de los pacientes de nuestra investigación (43.4%) 80 de los pacientes están desempleados en el momento del estudio, 13 (7.0%) de ellos son empleados privados, 15 (8.1%) son agricultor(as), solo 7 (3.8%) estudian y son comerciantes 8 (4.3%) paciente respectivamente (tabla 4).

Tabla 5. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según los hábitos tóxicos. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Hábitos tóxicos	Femenino	Masculino	Total	%
Alcohol	10	48	58	27.6
Café	21	17	38	18.0
Tabaco	4	21	25	11.9
Té	20	3	23	10.9
Drogas	0	4	4	1.9
Negados	27	35	62	29.5
Total	82	128	210	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Según los hábitos tóxicos cuatro pacientes refirieron el consumo de drogas; solo 23 (10.9%) consume té, 58 pacientes (27.6%) refirió alcohol y 25 (11.9%) consume tabaco y café 38 pacientes según los datos registrados (tabla 5).

Tabla 6. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según los antecedentes patológicos personales y el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Antecedentes patológicos	Femenino	Masculino	Total	%
HTA	37	74	111	53.8
Diabetes	14	33	47	22.8
Glomerulonefritis	6	7	13	6.3
Nefropatía obstructiva	8	9	17	8.2
Pre eclampsia	5	0	5	2.4
Nefropatía toxica	0	1	1	0.4
Nefropatía por pigmentos	1	1	2	0.9
Pos quirúrgico inmediato	2	0	2	0.9
Epoc	1	1	2	0.9
Lupus	2	0	2	0.9
Trastornos psiquiátricos	0	1	1	0.4
Anemia falciforme	0	2	2	0.9
Poliquistosis renal	0	1	1	0.4
Total	76	130	206	100

Fuente: Formulario de recolección de la información

Al valorar los antecedentes personales patológicos presentados por los pacientes el mayor representado en nuestro estudio fue la Hipertensión Arterial con 111 pacientes (53.8%), seguido por la Diabetes con 47 pacientes (22.8%), Nefropatía Obstructiva con 17 pacientes (8.2%); el antecedente de glomerulonefritis representado con 13 pacientes (6.3%), Nefropatía por pigmentos y Pos quirúrgico inmediato solo 2 pacientes lo refirieron respectivamente (0.9%) y el resto de los antecedentes tuvieron una sola representación en nuestro estudio (tabla 6).

Tabla 7. Distribución de los pacientes que salieron del programa según el motivo de ingreso a Hemodiálisis y el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Motivo de ingreso a hemodialisis	Femenino	Masculino	Total	%
Hiperkalemia	10	21	31	15.3
Anuria	21	25	46	22.7
Síndrome urémico	11	18	29	14.3
Acidosis metabólica	4	2	6	2.9
Edema agudo del pulmón	2	1	3	1.4
Anasarca	5	15	20	9.9
↑ Azoados	19	45	64	31.6
Preparar para trasplante	0	2	2	0.9
Otras	1	0	1	0.4
Total	73	129	202	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Según los motivos de ingreso al programa de hemodiálisis de los pacientes encuestados el mayor representado fue por Aumento de los azoados con un 31.6 por ciento, seguido de cerca por la Anuria con 22.7 por ciento, el tercer motivo fue por la Hiperkalemia con 15.3 por ciento y el Síndrome urémico con un 14.3 por ciento y con relación a la anasarca fue representada con un 9.9 por ciento del total (tabla 7).

Tabla 8. Distribución de los pacientes que salieron del programa según tiempo en hemodiálisis y el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Tiempo en hemodiálisis (meses)	Femenino	Masculino	Total	%
<1	21	43	64	34.7
2-4	19	35	54	29.3
5-7	7	11	18	9.7
8-10	1	6	7	3.8
11-13	1	8	9	4.8
14-23	4	10	14	7.6
24-35	0	4	4	2.1
≥36	7	7	14	7.6
Total	60	124	184	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

El 34.7 por ciento de los pacientes en el programa de hemodiálisis que salieron solo tenían menos de un mes en el mismo esto fue representado por 64 pacientes, la mayoría del sexo masculino; 54 pacientes tenían entre 2-4 meses en el programa al momento de salir con un 29.3 por ciento seguido por 18 pacientes que cursaban entre 5-7 meses hemodializándose

Tabla 10. Distribución de los pacientes según el motivo de salida del programa de hemodiálisis y el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Motivo de salida de hemodiálisis	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
↑ TFG	1	1.6	7	5.6	8	4.3
Traslado a otro centro	2	3.3	7	5.6	9	4.8
Inconformidad con el servicio brindado	0	0	1	0.8	1	0.5
Traspaso a diálisis peritoneal	1	1.6	0	0	0	0
Decisión propia o familiar	0	0	4	3.2	4	2.1
Salida al extranjero	0	0	1	0.8	1	0.5
Trasplantado	0	0	3	2.4	3	1.6
Fallecimiento	56	93.3	101	81.4	157	85.3
Total	60	100	124	100	184	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Según la distribución del sexo y el motivo de salida del programa de hemodiálisis fue la gran mayoría por fallecimiento exceptuando esto, del sexo femenino el 3.3 por ciento de ellas (2 pacientes) se trasladaron a otro centro médico, un 1.6 por ciento (una paciente) tuvo una aumento de la tasa de filtración glomerular y otra 1.6 por ciento restante se traspaso a diálisis peritoneal. Con relación al sexo masculino en este estudio representado el 5.6 por ciento de ellos (7

para un 9.7 por ciento de los encuestados ; el mayor tiempo en el programa fue de más de 36 meses donde solo siete paciente para un 7.6 por ciento del total fue identificado (tabla 8).

Tabla 9. Distribución de los pacientes que salieron del programa de Hemodiálisis según el tipo de acceso vascular y el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Tipo de acceso vascular	Femenino	Masculino	Total	%
Fistula arterio-venosa	11	32	43	23.3
Catéter transitorio	42	91	133	72.2
Catéter permanente	7	1	8	4.3
Injerto vascular	0	0	0	0
Total	60	124	184	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

De acuerdo al tipo de acceso vascular de los pacientes que salieron del programa de hemodiálisis la gran mayoría 133 (72.2%) tenía catéter de hemodiálisis transitorio, con fistula arteriovenosa 43 (23.3%) pacientes y solo 8 pacientes (4.3%) tenía catéter de hemodiálisis permanente al momento de salir del programa y ningún encuestado usaba injerto vascular al momento de realizar la investigación (tabla 9).

pacientes) tuvo aumento de la tasa de filtración glomerular al igual que se trasladaron a otro centro, 4 de ellos para un 3.2 por ciento salieron del programa por decisión propia; todos los trasplantados que salieron de hemodiálisis eran varones representados por un 1.6 por ciento (3 pacientes) , uno de los varones estuvo inconforme con el servicio brindado y el restante salió al extranjero para un 0.5 por ciento del total de ellos respectivamente (tabla 10).

Tabla 11. Distribución de los pacientes según el motivo de salida del programa de hemodiálisis y la edad. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Motivo de salida de hemodialisis	<20 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	≥60 años	Total	%
↑ TFG	1	1	4	0	3	1	10	5.4
Traslado a otro centro	1	0	2	1	3	1	8	4.3
Inconformidad con el servicio brindado	0	0	1	0	0	0	1	0.5
Traspaso a diálisis peritoneal	0	0	0	0	0	1	1	0.5
Decisión propia o familiar	0	0	1	1	0	1	3	1.6
Salida al extranjero	0	0	0	0	1	0	1	0.5
Trasplantado	2	0	1	0	0	0	3	1.6
Fallecidos	2	6	22	35	44	48	157	85.3
Total	6	7	31	37	51	52	184	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Al valorar la edad con los motivos de salida de los pacientes del programa de hemodiálisis pudimos comprobar que en el rango de edad de los más jóvenes <20 años 2 pacientes salió por que se realizaron trasplante renal, representado por 2 pacientes y uno de ellos se traslado a otro centro, y el otro obtuvo un aumento de la tasa de filtración glomerular como motivo de salida del programa de hemodiálisis.

El rango de edad de 30-39 años obtuvo el mayor puntaje el grupo que salió por el aumento de la tasa de filtración glomerular con 4 pacientes de ellos, seguido por el traslado a otro centro con uno de ellos.

Con relación al grupo de 50-59 años la mayoría de ellos, 3 pacientes salieron del programa por decisión propia y por traslado a otro centro respectivamente.

El rango de edad de ≥60años a parte de los fallecimientos 10 pacientes aumentó.

La tasa de filtración glomerular, 8 pacientes se trasladaron a otro centro y el resto de ellos, salieron del programa por decisión propia.

Tabla 12. Distribución de los pacientes de acuerdo a si estaban ingresados ó no al momento de su salida del programa de Hemodiálisis según el sexo. Departamento de Nefrología Hospital Docente Padre Billini en el periodo Junio 2007-Mayo 2008.

Ingresado en el hospital al momento de la salida	Femenino	Masculino	Total	%
Si	42	109	151	82.0
No	18	15	33	17.9
Total	60	124	184	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información.

Según si estaba ingresado el paciente al momento de la salida del programa de hemodiálisis, la mayoría de ellos 151 pacientes para un 82.0 por ciento si estaba ingresado en el hospital y es el resto 33 pacientes para un 17.9 por ciento no estaba ingresado al momento de decidir salir del programa del departamento de nefrología del hospital Padre Billini (tabla 12).

DISCUSIÓN

Según la literatura revisada las incidencias más altas de pacientes en hemodiálisis son de las zonas sur y oeste de los EE.UU ya que en estas regiones se encuentran incidencias elevadas de diabetes, la causa más común de nefropatía terminal, hay más latinoamericanos y un gran número de pacientes de raza negra.

En nuestro estudio de acuerdo a la distribución según la procedencia de los pacientes entrevistados la gran mayoría (52.7%) pertenecen al Distrito Nacional, seguido por la region Sur de nuestro país con un 26.0 por ciento; no podemos decir que es por las causas referidas anteriormente sino que con relación a nuestra isla la región Sur es una de la más pobres del país y es más precario el acceso a los servicios de salud de la mayoría de la población y eso conlleva a un aumento de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial y con relación del Distrito Nacional es una de las más pobladas.

En reportes internacionales son los mayores de 65 años los que mayormente utilizan el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis; al valorar la edad de los pacientes el rango mayor representado fue el de ≥60años con un (28.2%), seguido por el de 50-59 años con un (27.7%), solo 6 (3.2%) en el rango de <20 años, pero en esos países el promedio de vida es superior que en los países sub-desarrollados como el nuestro.

En nuestra investigación predominó el sexo masculino con un total de 124 pacientes para un 67.3 por ciento. Con relación a la escolaridad de los pacientes encuestados el 64.1 por ciento tienen los estudios primarios aprobados, en nivel

secundario un 16.3 por ciento, universitarios solo 11 para un 5.9 por ciento y analfabetos 25 pacientes para un 13.5 por ciento del total.

En cuanto a la ocupación de los pacientes de nuestra investigación (43.4%) están desempleados en el momento del estudio; (7.0%) de ellos son empleados privados, (8.1%) son agricultor(as), solo 7 (3.8%) estudian y son comerciantes 8.

Según los hábitos tóxicos refirieron el consumo de drogas un 1.9 por ciento; (10.9%) consume té, (27.6%) refirió alcohol y (18.0%) consume café según los datos registrados.

La Hipertensión Arterial fue el antecedente personales patológicos mas presentados en nuestra investigación con (53.8%), seguido por la Diabetes con un (22.8%); la Nefropatía Obstructiva con un (8.2%), el antecedente de Glomerulonefritis (6.3%), Nefropatía por pigmentos y Pos quirúrgico inmediato lo refirieron respectivamente (0.9%) y el resto de los antecedentes tuvieron una sola representación en nuestro estudio.

El Aumento de los azoados fue el motivo de ingreso al programa de hemodiálisis mas presentado de los pacientes encuestados con un 31.6 por ciento, seguido de cerca por la Anuria con (22.7%), el tercer motivo fue por la hiperkalemia (15.3%) y el síndrome urémico con 14.3 por ciento.

El 34.7 por ciento de los pacientes en el programa de hemodiálisis que salieron solo tenían menos de un mes en el mismo, la mayoría del sexo masculino; 54 pacientes tenían entre 2-4 meses en el programa al momento de salir con un 29.3 por ciento seguido por los que cursaban entre 5-7 meses hemodializándose para un 9.7 por ciento de los encuestados; el mayor tiempo en el programa fue de más de 36 meses donde solo un paciente para un 7.6 por ciento del total fue identificado.

De acuerdo al tipo de acceso vascular de los pacientes que salieron del programa de hemodiálisis el (72.2%) tenía catéter de hemodiálisis transitorio, esto es comprensible ya que a la mayoría se le dieron diálisis por agudizaciones de sus cuadros clínicos o complicaciones de otras especialidades. Con fistula arteriovenosa (23.3%) pacientes y solo (4.3%) tenía catéter de hemodiálisis permanente al momento de salir del programa y ningún encuestado usaba injerto vascular al momento de realizar la investigación.

En base a la distribución según el motivo de salida del programa de hemodiálisis del departamento de Nefrología del Hospital Padre Billini fue por fallecimiento el mayor representado con 85.3 por ciento, el traslado a otro centro el segundo con un 4.8 por ciento. Esto fue seguido por el aumento de la tasa de filtración glomerular con un 4.3 por ciento. Con relación al motivo de salida por decisión propia o familiar un 2.1 por ciento fue representada y por trasplante renal salieron para un 1.6 por ciento; los menos representados con un 0.5 por ciento fueron la inconformidad con el servicio brindado, el traspaso a diálisis peritoneal y la salida al extranjero por uno de los pacientes entrevistados en nuestro estudio.

Al valorar la edad con los motivos de salida del los pacientes del programa de hemodiálisis pudimos comprobar

que en el rango de edad de los más jóvenes <20 años a parte de los fallecidos, salieron por que se realizaron trasplante renal, representado por dos pacientes y uno de ellos se traslado a otro centro, y el otro obtuvo un aumento de la tasa de filtración glomerular como motivo de salida del programa de hemodiálisis.

El rango de edad de 20-29 años obtuvo el mayor puntaje el grupo que salió por fallecimiento con 6 pacientes y el aumento de la tasa de filtración glomerular con 4 pacientes de ellos, seguido por el traslado a otro centro con dos de ellos. Los pacientes que más salieron por aumento de la tasa de filtración glomerular y el traslado a otro centro fueron el rango de edad de 50-59 años con tres pacientes respectivamente.

El número de hospitalizaciones y el de días en el hospital por paciente/año, sirven como índices de morbilidad de los pacientes, en nuestro estudio la mayoría de pacientes del programa de hemodiálisis un 82.0 por ciento estaba ingresada en el hospital y el resto 17.9 por ciento no estaba ingresado al momento de decidir salir del departamento de nefrología, esto es importante ya que el motivo de salida más encontrado fue primero por fallecimiento y segundo lugar por aumento de la tasa de filtración glomerular acompañado del traslado a otro centro de salud ya sea por cercanía de los servicios de hemodiálisis o por recibir ayudas económica para asistencia en centros privados.

REFERENCIAS

1. Anónimo. Historia de la Hemodiálisis desde 1850 a nuestros días I y II: Nefrored. Se consigue en: <http://www.nefrored.8m.net/historia/histor8.htm>
2. Quinton W, Dillar D, Scribner BH. Cannulation of Blood vessels for prolonged hemodialysis. *ASAIO* 1960; 6: 104-107.
3. Baker LD Jr, Johnson JM, Goldfarb D. Expanded polytetrafluoroethylene (PTFE) subcutaneous arteriovenous conduit: An improved vascular Access for chronic hemodialysis. *ASAIO* 1976; 22: 382-387.
4. Kaplan MS, Mirahmadi KS, Winer RL, et al. Comparison of "PTFE" and bovine grafts for blood Access in hemodialysis. *ASAIO* 1976; 22: 388-392.
5. Shaldon S, Chianussi L, Higgs B. Hemodialysis by percutaneous catheterization of the femoral artery and vein with regional heparinization. *Lancet* 1961; 2: 75-81.
6. Uldall R, Dyke R, Woods F. A subclavian cannula for temporary vascular access for hemodialysis or plasmapheresis. *Dialysis transplantation* 1979; 8: 963-968.
7. Schwab SJ, Buller GL, McCann RL, et al. Prospective evaluation of a Dacron cuffed hemodialysis catheter for prolonged use. *Am J Kidney Dis* 1988; 11: 166-169?
8. Schwab SJ, Weiss MA, Rushton F, et al. Multicenter clinical trial results with the Life Site hemodialysis access system. *Kidney Int* 2002; 62: 1026-1033.
9. Hakim RM, Himmelfarb J. Hemodialysis Access

- failure: a call to action. *Kidney Int* 1998; 54: 1029-1040.
10. Mosby Medical Dictionary. Definición de Hemodiálisis. 4ta ed, St. Louis, Missouri (USA): Océano Grupo Editorial, S.A. 2001:239.
 11. A.D.A.M. Definición de hemodiálisis. Se consigue en: <http://www.adam.com/urac/edrev.htm>
 12. Cheung AK. Hemodiálisis y hemofiltración. En: Greenberg A. Tratado de enfermedades renales. 2da ed, Madrid (España): HARCURT BRACE, 1999:423-431.
 13. Schulman G y Himmelfarb J. Hemodiálisis. En: Brenner BM. El riñón tratado de Nefrología. 7ma Ed, Madrid (España): ELSEIVER, 2005: Volumen 2, 2563-2624.
 14. Evans RW, Blagg CR, Bryan FA Jr. Implications for health care policy. A social and demographic profile of hemodialysis patients in the United States. *JAMA* 1981; 245:487-491.
 15. United States Renal Data System (USRDS): Annual Data Report, N14. Bethesda, MD, USRDS, 2001; 470: 470.
 16. Ministerio de salud. Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. 1st Ed. Santiago(Chile): 2005; 8.
 17. Bregman H, Daugridas J, Ing T. Complications during hemodialysis. In Daugridas J, Ing T (eds). Handbook of Dialysis. 2nd ed. Boston, Little, Brown, 1994; 13-29.
 18. Wehle B: Factors affecting blood pressure in hemodialysis. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 1982; 69:1-66.
 19. Cheung AK, Gregory MC. Subclavian Vein Thrombosis in hemodialysis patients. *Trans ASAIO*, 1985; 31:131.
 20. Converse RL Jr, Jacobsen TN, Toto RD, et al. Sympathetic overactivity in patients with chronic renal failure. *N Engl J Med* 1992; 327: 1912-1918.
 21. Oe B, de Fijter CW, Oe PL, et al. Diameter of inferior caval vein (VCD) and bioelectrical impedance analysis (BIA) for the analysis of hydration status in patients on hemodialysis. *Clin Nephrol* 1998; 50: 38-43.
 22. Beathard GA, Marston WA. Endovascular management of thrombosed dialysis grafts. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 172-175.
 23. Cruz DN, Mahnensmith RL, Brickel HM, Perazella MA. Midodrine and cool dialysate are effective therapies for sympathetic intradialytic hypotension. *Am J Kidney Dis* 1999; 33: 920-926.
 24. Roca AO, Jarjoura D, et al. Dialysis leg cramps. Efficacy of quinine versus vitamin E. *ASAIO J* 1992; 38: 481-485.
 25. Jansen PH, Veenhuizen KC, Wesseling AI, et al. Randomised controlled trial of hydroquinine in muscle cramps. *Lancet* 1997; 349: 528-532.
 26. Zebe H. Atrial fibrillation in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:765-768.
 27. Gehr T, Sica D. Antiarrhythmic medications: Practical guidelines for drugs therapy in dialysis. *Semin Dial* 1990; 3:33-40.
 28. Epstein A, Kay G, Plumb V. Considerations in the diagnosis and treatment of arrhythmias in patients with end-stage renal disease. *Semin Dial* 1990; 2:31-37.
 29. Hakim RM, Breillan J, Lazarus JM, Port FK. Complement activation and hypersensitivity reactions to dialysis membranes. *N Engl J Med* 1984; 311: 878-882.
 30. Akl AI, Sobh MA, Enab YM, Tattersall J. Artificial intelligence: A new therapy. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 1277-1283.
 31. Chertow GM. Wishing doesn't make it so-why we need a randomized clinical trial of high-intensity dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2850-2853.
 32. Scribner BH. The treatment of chronic uremia by means of intermittent hemodialysis: A preliminary report. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 1960; 6: 114-122.
 33. Fissell WH, Lou L, Abrishami S, et al: Bioartificial Kidney ameliorates gram-negative bacteria-induced septic shock in uremic animals. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 454-461.

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.

PREVALENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN EL DEPARTAMENTO DE
NEUMOLOGÍA DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUÍS E. AYBAR.

Ruth E. Araujo Cuevas,* Wilneslia M. Otáñez Veras,*
Josefina Bruno,**Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo principal es determinar la incidencia de cáncer de pulmón en el departamento de neumología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar. 2001-2005.

Durante el periodo estudiado la incidencia de cáncer de pulmón fue de 3.9 por ciento, en el 57.8 por ciento de los casos la edad fue mayor de 60 años; el 62.2 por ciento de la población correspondía al sexo femenino; el 53.3 por ciento estaba en el desempleo; el 60 por ciento tenía un nivel de escolaridad primario; en cuanto a la localización vimos que en el 46.7 por ciento de los casos correspondió al pulmón derecho, el lóbulo más afectado fue el inferior izquierdo un 22.2 por ciento de los casos; la tos, la disnea, la fiebre y el dolor fueron los signos y síntomas más frecuentes con 62.2, 44.4, 44.4 y 41.1 por ciento respectivamente; el pronóstico del 65.6 por ciento de los pacientes incluidos en este estudio fue de alta; El 72.2 por ciento de los pacientes de este estudio fuma, ocho de ellos (9.0%) admitieron fumar más de 45 cigarrillos por día; la hipertensión arterial (HTA) fue la enfermedad concomitante de mayor preponderancia; Los principales diagnósticos de ingreso; probable Ca de pulmón con 26 casos (28.9%), Derrame pleural derecho fueron los principales diagnósticos de ingreso; El tipo de cáncer más frecuente fue el microcítico con 26 casos (28.9 %). Al egreso los principales diagnósticos encontrados fueron: Descartar Ca de pulmón en 30 pacientes (33.3%), Ca de pulmón en 13 pacientes (14.4%).

Se concluye por lo antes leído que la incidencia de cáncer de pulmón en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005 fue ligeramente baja, reportándose un 3.9 por ciento.

Palabras claves: Incidencia, Cáncer de pulmón, Luís E. Aybar.

ABSTRACT

It is a question of a retrospective and descriptive study of transverse court (cut), which principal aim (lens) is Dr. Luís

* Médico Internista

** Médico neumólogo

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

determines the incident of cancer of lung in the department of neumología of the Sanitary City And. Aybar. 2001-2005.

During the studied period the incident of cancer of lung was 3.9 per cent, in 57.8 per cent of the cases the age was major of 60 years; 62.2 per cent of the population was corresponding(fitting) to the feminine sex; 53.3 per cent was in the unemployment; 60 per cent had a primary level of education; as for the location we saw that in 46.7 per cent of the cases it(he, she) corresponded(fitted) to the right(straight) lung, the most affected lobe was the low left-handed 22.2 per cent of the cases; the cough, the difficulty in breathing, the fever and the pain were the signs and the most frequent symptoms with 62.2, 44.4, 44.4 and 41.1 per cent Respectively; the forecast(prediction) of 65.6 per cent of the patients included in this study was of discharge; 72.2 per cent of the patients of this study smokes, eight of them (9.0 %) admitted to smoke more than 45 cigarettes per day; the arterial hypertension (HTA) was the concomitant disease of major prevalence; The principal diagnoses of revenue; probable Ca of lung with 26 cases (28.9 %), pleural right(straight) Spillage they were the principal diagnoses of revenue; To The expenditure the principal opposing diagnoses went: To reject Ca of lung in 30 patients (33.3 %), Ca of lung in 13 patients (14.4 %). One concludes for before well-read that the incident of cancer of lung in the department of neumología of the sanitary city Dr. Luís And. Aybar, during the five year period 2001 - 2005 was lightly a fall, 3.9 per cent being brought (reported).

Key words: Incident, Cancer of lung, Luís E. Aybar.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma pulmonar primario es un problema importante de salud, con un pronóstico en general desfavorable.¹ El término cáncer de pulmón se utiliza para los tumores que surgen en el epitelio respiratorio (bronquios, bronquiolos y alvéolos).

Según la clasificación de la Organización Mundial de la salud existen cuatro tipos celulares principales que suponen 88 por ciento de las neoplasias pulmonares primarias; se trata del carcinoma de células escamosas o epidermoides, el carcinoma microcítico (también denominado de células de avena), el adenocarcinoma (incluido el broncoalveolar)

y el carcinoma de células grandes (también denominado anaplásico de células grandes). El resto son los carcinomas indiferenciados, los carcinoides, los tumores de las glándulas bronquiales (entre ellos los carcinomas adenoides quísticos y los tumores mucoepidermoides) y tipos tumorales más raros. En los últimos 25 años, y por razones desconocidas, el adenocarcinoma ha sustituido al carcinoma escamoso como el subtipo histológico más frecuente.

El 90 por ciento de los pacientes con cáncer de pulmón de cualquier tipo histológico fuma cigarrillos de forma activa o ha fumado en el pasado. En la actualidad, cerca de 50 por ciento de los 171,900 casos nuevos de cáncer de pulmón se producen en ex fumadores. Existe una relación dosis-respuesta entre la tasa de mortalidad por cáncer y la cantidad total de cigarrillos fumados (expresada frecuentemente en la forma del producto «paquetes diarios-años»), de forma que el riesgo se incrementa unas 60 a 70 veces en el caso de un hombre que fuma dos paquetes diarios durante 20 años, cuando se compara con uno no fumador.

El cáncer pulmonar representa 28 por ciento de todas las muertes por cáncer (32% en varones, 25% en mujeres). Esto convierte al carcinoma pulmonar en la principal causa de muerte por cáncer, tanto en varones como en mujeres. La edad de frecuencia máxima de cáncer pulmonar está entre los 55 y los 65 años.¹ La tasa de supervivencia global a cinco años en pacientes con cáncer pulmonar (14%) casi se ha duplicado en los últimos 30 años. Esto, debido al uso de tratamiento mixto que involucra radioterapia, quimioterapia y cirugía.

Conocer la incidencia de cáncer de pulmón en nuestro hospital nos resulta de gran interés porque nos permite tener datos actualizados de una problemática general y se convierte en una herramienta estadística que podemos utilizar en cualquier momento para compararlos con otros lugares y evaluar nuestro avance o retroceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de corte transversal, sobre la incidencia de cáncer de pulmón en el departamento de neumología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar, 2001-2005

Demarcación geográfica

Este estudio fue realizado en el Departamento de neumología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Luís E. Aybar, ubicado en el sector María Auxiliadora, cuyos límites son:

1. Al norte – Federico Bermúdez
2. Al sur – Federico Velásquez
3. Al este – Calle Albert Thomas
4. Al oeste – Osvaldo Bazil

Población

La población estuvo compuesta por todos los pacientes del departamento de neumología ingresados durante el periodo del estudio

Criterios de inclusión

1. No se discriminó sexo
2. Se incluyó a todos los pacientes ingresados con este diagnóstico
3. Se incluyó todas las edades

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario estándar, por parte de las sustentantes, basado en informaciones obtenidas de estudios previos. El cuestionario comprende ítems referentes a: datos personales, datos socioeconómicos, tipo de cáncer, diagnóstico de ingresos y egreso, localización del tumor, manifestaciones clínicas, pronóstico, enfermedades concomitantes. Dicho formulario consta de 15 preguntas, entre ellas abiertas y cerradas.

Procedimiento

Dos médicos de la especialidad de medicina interna aplicaron el formulario a los expedientes que reúnan los criterios preconcebidos.

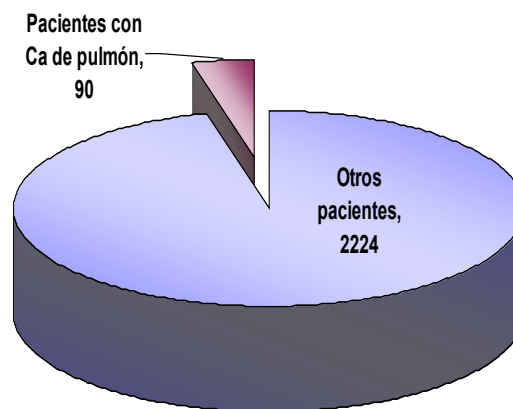
Tabulación

Todos los datos del estudio fueron tabulados bajo el programa de computadora EPI – INFO y serán presentados en tablas y gráficos para facilitar su posterior análisis.

RESULTADOS

Luego de tabular los datos recogidos en nuestro estudio sobre la incidencia de cáncer de pulmón en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005, tenemos que durante el tiempo del estudio hubo un total de 2,314 pacientes atendidos en este departamento, de este grupo 90 presentaron cáncer de pulmón para una incidencia de 3.9 por ciento. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Representación gráfica de la incidencia de cáncer de pulmón en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005.



Fuente: Archivos del hospital.

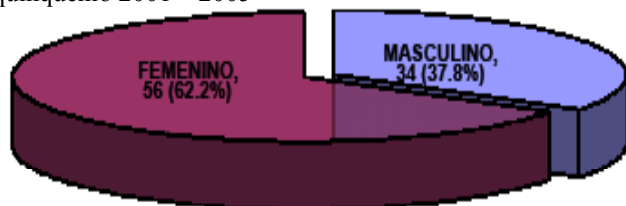
Tabla I. Distribución, según la edad, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Edad (años)	Cantidad	%
< 31	3	3.3
31 – 45	6	6.7
46 – 60	29	32.2
61 – 75	34	37.8
> 75	18	20.0
Total	90	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Al valorar la edad de los pacientes de nuestro estudio y separarlos por grupos de edades, tenemos que el rango con la mayor frecuencia de casos fue el comprendido entre las edades de 61-75 años con 34 pacientes (37.8%); con 29 casos (32.2%), el grupo de 46-60 años, ocupa el segundo lugar; sólo 3 pacientes (3.3%) eran menores de 31 años. (Tabla I)

Gráfico 2. Distribución gráfica, según el sexo, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005



Fuente: Formulario de recolección de la información

De acuerdo al sexo, pudimos observar que alrededor de dos tercios de la muestra de nuestro estudio fueron mujeres, es decir, que en este estudio el sexo femenino presentó 56 casos (62.8%) y los hombres 34 casos (37.8%). (Gráfico 1)
Al valorar la procedencia de los pacientes pudimos ver que el 67.8 por ciento (61 casos) de los mismos venía de la zona rural.

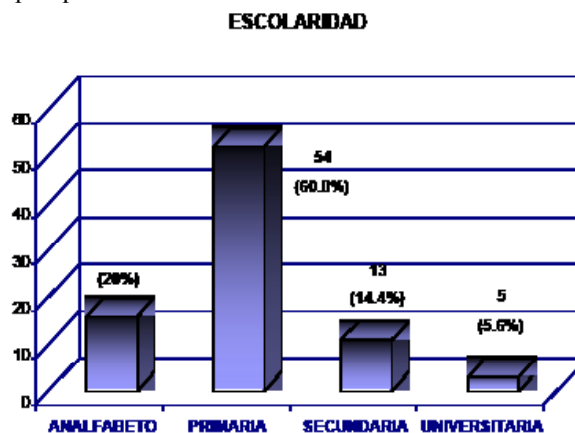
Tabla II. Distribución, según la ocupación, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Ocupación	Cantidad	%
Privado	5	5.6
Obrero	12	13.3
Otros	25	27.8
Desempleado	48	53.3
Total	90	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Más de la mitad de los pacientes de este estudio estaban desempleados, 48 (53.3%) exactamente; 12 (13.3%), eran obreros y cinco, eran empleados privados. (Tabla II)

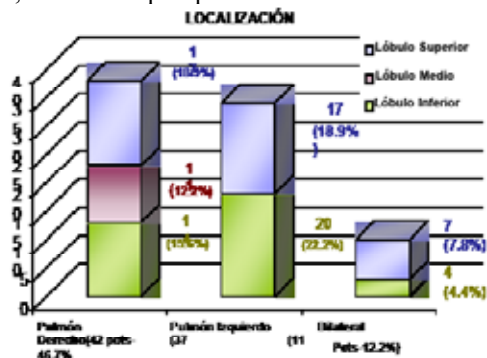
Gráfico 2. Distribución gráfica, según la escolaridad, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005



Fuente: Formulario de recolección de la información

El 60 por ciento de los pacientes (54 casos) contaba con una educación primaria; 20 por ciento eran analfabetos y sólo el 5.6 por ciento había alcanzado la formación universitaria. (Gráfico 2)

Gráfico 3. Distribución gráfica, según la localización de la neoplasia, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005



Fuente: Formulario de recolección de la información.

En cuanto a la localización es prudente destacar que aunque el pulmón derecho presentó un mayor número absoluto de casos con 42 en total (46.7%) al ver la distribución por lóbulos fue en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo donde se localizó el mayor número, con 20 casos (22.2%). En 11 pacientes (12.2%) la localización fue bilateral, con predominio del lóbulo superior con siete casos (7.8%). (Gráfico 3)

Tabla III. Distribución, según signos y síntomas, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Signos y síntomas	Cantidad	%
Tos	56	62.2
Disnea	40	44.4
Fiebre	40	44.4
Dolor	37	41.1
Pérdida de peso	27	30.0
Expectoraciones	23	25.6
Derrame	8	8.9
Hemoptisis	6	6.7
Disfagia	2	2.2
Otros	26	28.9

Fuente: Formulario de recolección de la información

Según los signos y síntomas más frecuentes fueron la tos en 56 casos (62.2%); Disnea y Fiebre cada una vista en 40 casos (44.4%); Dolor, 37 (41.1%); Pérdida de peso, 27 (30.0%) y expectoraciones, 23 (25.6%). (Tabla III)

Tabla IV. Distribución, según el pronóstico, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Pronóstico	Cantidad	%
De alta	59	65.6
Referido a oncología	25	27.8
De alta a petición	3	3.3
Defunción	2	2.2
Se desconoce	1	1.1
Total	90	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

El 65.6 por ciento de los pacientes (59 pacientes) de este estudio fueron dados de alta; 25 pacientes (27.8%) fueron referidos a oncología; dos, murieron y de uno se desconoce cuál fue el pronóstico. (Tabla IV)

Tabla V. Distribución, según el número de cigarrillos fumados por día, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Número de cigarrillos (diarios)	Cantidad	%
Cinco o menos	19	21.1
6-15	21	23.3
16-30	13	14.4
31-44	4	4.4
45 o más	8	9.0
Ninguno	25	27.8
Total	90	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

El 72.2 por ciento de los pacientes de este estudio fuma. Ocho de ellos (9.0%) admitieron fumar más de 45 cigarrillos por día; 21 pacientes (23.3%) dijeron fumar entre 6 y 15 cigarrillos en el mismo periodo; 19 pacientes (21.1%) fuman menos de cinco cigarrillos al día. (Tabla V)

Tabla VI. Distribución, según la presencia de enfermedades concomitantes, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Enfermedades concomitantes	Cantidad	%
HTA	27	30.0
Diabetes	6	6.7
Glaucoma	4	4.4
TBP	4	4.4
Asma	3	3.3
Trastornos Gástricos	3	3.3
ACV	2	2.2
Ca de Mama izq.	1	1.1
EPOC	1	1.1
Sífilis	1	1.1
Negadas	8	9.0
Otros	5	5.6

Fuente: Formulario de recolección de la información

De todas las enfermedades concomitantes presentadas en los pacientes incluidos en nuestro estudio la hipertensión arterial (HTA) fue la de mayor preponderancia, se manifestó en 27 pacientes (30.0%); quedando relegada a un lejano segundo lugar la Diabetes con seis casos (6.7%); en ocho casos (9.0%) fue negada la presencia de enfermedades concomitantes. (Tabla VI)

Tabla VII. Distribución, según el tipo de cáncer, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Tipo de cáncer	Cantidad	%
Metastásico	8	8.9
Ca pulmonar de células pequeñas o microcítico	26	28.9
Adenocarcinoma papilar	1	1.1
Adenocarcinoma	17	18.9
Adenocarcinoma broqueoalveolar	2	2.2
Células grandes(células claras)	12	13.3
Ca epidermoides	20	22.3
Carcinoides	2	2.2
Carcinosarcoma	2	2.2
Total	90	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Al revisar el tipo de cáncer pudimos ver que el de mayor presentación fue el microcítico con 26 casos (28.9 %); seguido en orden por el Ca epidermoide con 20 casos (22.3%); el adenocarcinoma en tercer lugar con 17 casos (18.9 %); el de células grandes y el metastásico con 12 casos (13.3%) cada uno; en 8 casos (8.9%).

(Tabla VI)Tabla VIII. Distribución, según el diagnóstico de ingreso, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Diagnóstico de ingreso	Cantidad	%
Probable Ca de pulmón	26	28.9
Derrame pleural derecho, probable Ca de pulmón	19	21.1
Descartar Tuberculosis pulmonar	14	15.6
Probable Tuberculosis pulmonar descartar Ca de Pulmón	10	11.1
EPOC / TBP	7	7.8
Ca de pulmón Probable metástasis	5	5.6
Cardiopatía isquémica, neumonía derecha descartar Ca de Pulmón	2	2.2
Neumonía bilateral de la comunidad	2	2.2
Crisis Bronco espasmo/ Masa Intrapulmonar por TAC	1	1.1
Insuficiencia cardiaca congestiva probable Ca Pulmón	1	1.1
Masa pulmón derecho descartar Tuberculosis pulmonar	1	1.1
Miocardopatía Dilatada	1	1.1
PENDIENTE RESULTADO DE BIOPSIA Pío neumotórax	1	1.1
Total	90	100.0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Los principales diagnósticos de ingreso en nuestro estudio, en orden de frecuencia, fueron: probable Ca de pulmón con 26 casos (28.9%), Derrame pleural derecho, probable Ca de pulmón con 19 casos (21.1%) y descartar Tuberculosis pulmonar en 14 casos (15.6%). (Tabla VIII)

Tabla IX. Distribución, según el diagnóstico de egreso, de los pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005

Diagnóstico de egreso	Cantidad	%
Descartar Ca de pulmón	30	33.3
Ca de pulmón	13	14.4
Tuberculosis pulmonar	7	7.8
Ca Metastásico de pulmón	5	5.6
Derrame pleural probable Metastático	5	5.6
ENFISEMA EPOC	4	4.4
Adenocarcinoma papilar	3	3.3
Proceso inflamatorio crónico	5	5.6
CA Epidermoide	8	9
CA Pulmón centrolobulillar	2	2.2
Cardiopatía isquémica en fase dilatada	2	2.2
Enfisema	2	2.2
Antracosis pulmonar	1	1.1
Adenocarcinoma Bronco alveolar	1	1.1
D/C Fibrosarcoma	1	1.1
Síndrome de Meiss	1	1.1
Total	90	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información

Al egreso los principales diagnósticos encontrados fueron: Descartar Ca de pulmón en 30 pacientes (33.3%), Ca de pulmón en 13 pacientes (14.4%), Tuberculosis pulmonar en siete casos (7.8%). (Tabla VIII)

DISCUSIÓN

Según la literatura revisada, la incidencia de Ca de pulmón es de 5 por ciento,¹⁶ en el departamento de neumología de la ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar, durante el quinquenio 2001 – 2005 fue de 3.9 por ciento.

En este estudio los pacientes con más de 60 años representaron el 57.8 por ciento de la población, este dato no

es extraño porque este cáncer es más frecuente en la población senil, por encima del séptimo decenio de la vida. Pero sí es llamativa la gran proporción de casos que se presentaron en el grupo de pacientes cuya edad estaba comprendida entre 46 y 60 años, un 32.2 por ciento de la población estaba en este renglón, consideramos que el uso y abuso del tabaco tiene una cuota grande de responsabilidad en la presentación de esta entidad patológica en edades inferiores a los 60 años.

Dos tercios de la muestra de nuestro estudio fueron mujeres (62.2%). Si bien es cierto el hecho de que en algunos escenarios el sexo femenino es más frecuente y tiende a manifestarse con mayor frecuencia en las series que discriminan sexo, no es menos cierto que las mujeres son más fieles, al mal hábito de fumar, que los hombres, además de tener un riesgo incrementado de padecer este tipo de cáncer.²¹

El 67.8 por ciento de los pacientes incluidos en este estudio procedía de la zona rural y un 53.3 por ciento estaba desempleado. Lo primero puede ser explicado por el nivel de complejidad de este centro (hospital de tercer nivel, donde llegan pacientes referidos de todo el país) y las condiciones intrínsecas presentadas por los habitantes de nuestros campos que favorecen al desarrollo de esta patología; la segunda condición encuentra asidero en la situación actual de estos pacientes y la edad, entre otros factores.

La formación académica del grupo estudiado fue incompleta en un porcentaje importante ya que 74.4 por ciento de los pacientes dijeron tener una formación entre primaria (60.0%) y secundaria (14.4 %), el 20.0 por ciento eran completamente iletrados. Se puede relacionar un bajo nivel académico con el uso de pocas medidas de prevención, quizás por desconocimiento parcial o total de la información relacionada con el tema.

De los dos pulmones el derecho fue el más afectado, pero de todos los lóbulos fue el inferior izquierdo el del mayor número de casos. Tos, disnea, fiebre, dolor, pérdida de peso y expectoraciones fueron los principales signos y síntomas presentados en nuestros pacientes, es normal, porque estas son las principales manifestaciones de esta patología.

En sentido general el pronóstico se puede valorar como favorable ya que el 65.6 por ciento de los pacientes (59 pacientes) de este estudio fueron dados de alta, aunque se desconoce su condición, detallada, al momento del egreso; 25 pacientes (27.8%) fueron referidos a oncología, nos mueve a pensar que en estos pacientes la progresión del cáncer estaba en estado más avanzado; dos, murieron y de uno se desconoce cuál fue el pronóstico. Este último, aunque sea sólo uno, se reviste de importancia porque es un dato que se escapa al análisis por razones quizás evitables y corregibles.

La alta proporción de pacientes fumadores vistos en este estudio (72.2%) se correlaciona con resultados de otros estudios revisados. De los pacientes incluidos en nuestro estudio ocho (9.0%) admitieron fumar más de 44 cigarrillos por día; 21 (23.3%) dijeron fumar entre 6 y 15 cigarrillos en el mismo periodo; 19 pacientes (21.1%) fuman menos de seis cigarrillos al día.

La hipertensión arterial (HTA) fue la enfermedad concomitante presentada en el mayor número de pacientes, 27 en total para un 30.0 por ciento y la diabetes con seis casos para un 6.7 por ciento fue la segunda en presentación. Estos pacientes tienen dos factores fundamentales que pueden conllevar a la presentación de HTA; primero, la edad avanzada y segundo, el hábito tabáquico. Con relación a la diabetes las razones pueden incluir en algunos casos el componente genético y los dos, anteriormente señalados para la HTA, podrían ser desencadenantes. Es importante recalcar que hubo ocho pacientes que negaron la presencia de cualquier enfermedad concomitante.

Al revisar el tipo de cáncer pudimos ver que el de mayor presentación fue el microcítico con 26 casos (28.9 %); seguido en orden por el Ca epidermoide con 20 casos (22.3%); el adenocarcinoma en tercer lugar con 17 casos (18.9 %); el de células grandes y el Metastásico con 12 casos (13.3%) cada uno; en 8 casos (8.9%).

Los principales diagnósticos de ingreso en nuestro estudio, en orden de frecuencia, fueron: probable Ca de pulmón con 26 casos (28.9%), Derrame pleural derecho Vs probable Ca de pulmón con 19 casos (21.1%) y descartar Tuberculosis pulmonar en 14 casos (15.6%). Es prudente resaltar que en una proporción importante de los diagnósticos más frecuentes estuvo la patología en estudio, en varios de los otros diagnósticos de menor presentación también estaba como posible opción diagnóstica el Ca de pulmón habla esto a favor de la correcta dirección del clínico hacia un diagnóstico acertado y a su vez en la mejora del servicio.

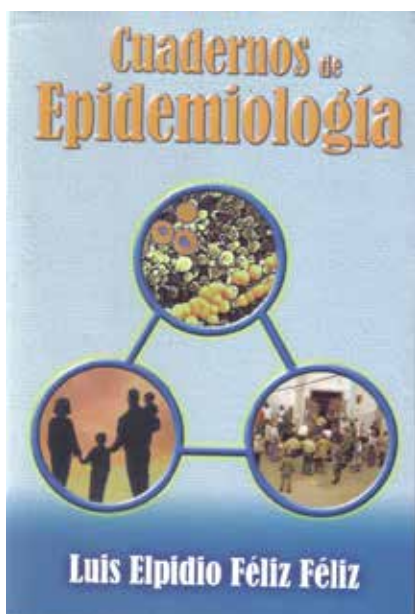
Descartar cáncer de pulmón y cáncer de pulmón en sí, fueron los diagnósticos de egreso más frecuentes, bien sean solos o acompañados de otra alternativa diagnóstica y esto es entendible, ya que las manifestaciones clínicas en la mayoría de los casos eran claras y el auxilio en estudios para clínicos facilita la confirmación o descarte del diagnóstico inicial. La principal ventaja de estos recursos que eficientizan el diagnóstico es que le dan al clínico una mayor seguridad del tipo de patología del paciente, salvando así la incertidumbre que deja un diagnóstico inconcluso.

REFERENCIAS

1. Jones S-B. Cáncer en el mundo en desarrollo: un llamado a la acción. *Neumos* 2000; 12(2): 74.
2. Casanova A y Cols. Cáncer de pulmón en adultos jóvenes: a propósito de dos casos. *Neumos* 2004; 16 (1-2).
3. Bobadilla A, Castillo L. Metástasis pulmonar en bola de cañón o en suelta de globos. *Neumos* 1983; 1 (3).
4. Ramírez A. Cáncer de pulmón. Evaluación de la labor de un año de la sección de endoscopia bronquial en

- su detección. Se consigue en Internet en: [www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc-inter/cancerdepulmon .pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc-inter/cancerdepulmon.pdf)
5. De La Rosa P. Cáncer de pulmón (Ponencia hecha en la primera jornada de medicina pulmonar del Hospital Salvador B. Gautier). *Neumos* 1985; 3 (3): 8 y 17.
 6. Martínez E, Belén I. Adenopatías y anomalías en radiografía y tomografía axial computarizada de tórax. *Neumos* 1999; 2 (1-2): 34-7.
 7. Rancier A. Biopsia por aspiración en el diagnóstico de cáncer de pulmón. *Neumos* 1984; 2 (1-2): 54-7.
 8. Lajara JP y Cols. Carcinoma epidermoide de pulmón. A propósito de un caso en el Hospital Nuestra Señora de Regla, Baní, Peravia R.D. *Rev Med del Sur* 1999; 6 (4): 12-5.
 9. Rodríguez M, Díaz F. Estudio comparativo entre punción biopsia y punción aspiradora en el diagnóstico del cáncer de pulmón. *Neumos* 1988; 6 (2-3): 24.
 10. Méndez A, Torres M. Incidencia de cáncer de pulmón en el hospital Salvador B. Gautier en el periodo de Julio 1984 a mayo 1988. *Neumos* 1988; 6 (2-3): 34.
 11. Rancier A, Heredia I. Utilidad de la biopsia pulmonar con aguja en el diagnóstico del cáncer broncogénico. *Neumos* 1983; 1 (2): 10.
 12. Peña L. Carcinoma Bronquiolo alveolar. *Neumos* 1983; 1 (2): 40.
 13. Avances en biopsia percutánea del pulmón. Se encuentra en Internet: www.fuendin.org/educacion_sanitaria/edu_sanit_08_04prevalencia.htm
 14. American Collage of Chest Physicians. Diagnosis and management of lung cancer: ACCP evidence-based guideline. *Chest*, 2003:123.
 15. Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med*, 2002:112-399.
 16. Mountain CF: Revisions in the internacional system for staging lung cancer. *Chest*, 1997:111-171.
 17. Pao W et al. Targetig the epidermal growth factor receptor tyrosine kinase with gefitinib in non-small-cell lung cancer. *Semin Cancer Biol* 14:33.
 18. Sekido Y et al. Molecular genetics of lung cancer. *Anun Rev Med* 54:73, 2003.
 19. Mackinson J. Special tissue dealing with all aspect of the diagnosis and treatment of small cell lung cancer. *Semin ocol* 30 (3), 2003.
 20. Spira A, Ettinger DS: Drug terapy: Multidisciplinary management of lung cancer. *N engl J Med*, 2004: 350-79.
 21. Froser RS, Colmon N, Müller NL, Poré PD. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. 4ª ed., Editorial Panamericana, México DF (México). Vol. II: pag 1059-1360.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Cuaderno de epidemiología

Autor: Dr. Luis Elpidio Feliz

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

FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS DEL SECTOR HAINAMOSA, SANTO DOMINGO ESTE.

Milton Alfonseca Ruiz,* Carlos A. Difó Batista,* Doglas Santana Francisco,* Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Este trabajo investigativo trata de un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal, que se desarrolló a través de un cuestionario, en busca de la frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA). El cual incluye todos aquellos niños menores de 15 años de edad que habitasen dentro del sector Hainamosa, Santo Domingo, República Dominicana, entre el margen cronológico de mayo a junio del año 2009. El universo de este estudio estuvo contenido por 421 niños, de los cuales obtuvimos una población de 150 niños afectados con alguna forma de infección respiratoria aguda (IRA), y se analizaron los datos encontrados.

Entre los hallazgos más relevantes registrados encontramos que la frecuencia de niños menores de 15 años de edad del sector Hainamosa, Santo Domingo, República Dominicana, periodo mayo-junio 2009, afectados por algún tipo de infección respiratoria aguda (IRA) fue de 150 afectados, para un 35,6 por ciento de la población total. Siendo la gripe el tipo de infección respiratoria aguda (IRA) más frecuente con 70 casos, lo que representa un 46,6 por ciento de la población afectada. Seguido de la amigdalitis con 45 casos para un 30 por ciento de la población afectada. Siendo el sexo masculino el más afectado con 76 casos de infecciones respiratorias agudas (IRA), para un 50,6 por ciento de la población afectada, de los cuales el grupo de 1-4 años de edad fue el que resultase más afectado estadísticamente, con 50 casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) para un 33,3 por ciento.

Un 14 por ciento de la población afectada estuvo bajo el riesgo ambiental del humo del cigarrillo. Lo que se refleja en la población afectada de niños menores de 15 años con un peso de 14,1 kilogramos, peso que está dentro de los valores normales. Y una talla de 93,6 centímetros lo que está por debajo de lo normal, según la tabla de percentiles utilizada por la organización panamericana de salud (OPS). Nuestra población afectada, se identificó un promedio de 5 habitantes por vivienda, para un índice de hacinamiento de 3 personas por habitación.

Palabras claves: Frecuencia Infecciones respiratorias agudas, niños.

* Médico general.

** Pediatra Neumólogo.

ABSTRACT

This investigation is about a descriptive, prospective study of a transversal cut, that was developed through a questioner, in order to know the frequency of acute respiratory infection (ARI), that include all those children younger than 15 years, that live within the area of Hainamosa, Santo Domingo, Dominican Republic, may-june 2009. The universe of this investigation was compound of 421 children, population which we obtained 150 children affected with some sort of acute respiratory infection (ARI), then we proceeded to analyze the data that we have obtained.

Within the data obtained, the most relevant registered were that the frequency of acute respiratory infection (ARI) in children younger than 15 years in the area of Hainamosa, Dominican Republic, may-june 2009 affected by some sort of acute respiratory infection (ARI) was 150 affected children that represents a 35,6 per cent of the total population. Being the Flu the acute respiratory infection (ARI) with the highest frequency with 70 cases, that represents 46,6 per cent of the affected population. Followed by the faringotunguesilitis with 45 cases, that represents 30 per cent of the affected population. Resulting on the male sex the most affected ones with 76 cases of acute respiratory infections (ARI) that represents a 50,6 per cent of the affected population, of which the age ranks of 1-4 years old were the most affected statistically, with 50 cases of acute respiratory infections (ARI), that represents a 33,3 per cent.

A 14 per cent of the affected population was under the environmental risk of cigarette smoke that was reflected on the size and weight of the affected children, who weighted just 14,4 kilograms which is within the normal standard. And as for the size we found an overall size of 93,6 centimeters, which is under the standard weight as presented by the chart of child percentiles used by the Pan-american health organization (OPS). Within our affected population we found an overall of 5 inhabitants by house, for an indices of overcrowd of 3 peoples by room.

Key words: Frequency of acute respiratory infection, children.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La probabilidad de contraer IRA, se encuentra muy elevada, particularmente en países en vías de desarrollo, donde el hacinamiento y las condiciones precarias de vida contribuyen en gran parte al desarrollo y contagio de las mismas.

Dentro de lo que son las enfermedades respiratorias agudas (IRA) tenemos: Resfriado común o gripe, rinofaringitis, faringoamigdalitis, otitis media, sinusitis, bronquitis, broncopneumonia, entre otras. Siendo la neumonía la enfermedad más grave de las infecciones respiratorias.

Las enfermedades respiratorias agudas (IRA) se han asociado con factores sociales, ambientales, económicos y con condiciones de hacinamiento y sobrepoblación.

La mayoría de los casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) se les implica como agente etiológico a los virus, estos solo causan infecciones respiratorias agudas pocas veces mortales. Sin embargo esta infección viral primaria predispone al huésped a la entrada de bacterias, por los daños causados a los elementos que constituyen la barrera del tracto respiratorio, lo cual facilita una infección bacteriana secundaria.

Antecedentes

1. Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas. Hospital Pediátrico «General Milanés». 2002-2004. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de carácter epidemiológico, para identificar factores predisponentes de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 15 años, ingresados por esa causa en el Hospital Pediátrico «General Milanés», en Bayamo, Granma, durante Enero 2002- Enero 2004. Universo: 1024 niños hospitalizados por IRA en ese período. Muestra: 600 niños seleccionados por muestreo aleatorio simple.

Se revisaron las historias clínicas y se estudiaron las variables: edad, sexo, procedencia, estado nutricional, tipo de lactancia hasta el 4to mes, hábito de fumar de los progenitores, índice de hacinamiento y condiciones de la vivienda. Se relacionaron estas variables con la presencia de infecciones respiratorias en los niños. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva.

Las infecciones respiratorias agudas predominaron en los niños menores de 5 años, masculinos, de procedencia rural, desnutridos y que no habían recibido lactancia materna exclusiva. Un alto porcentaje de niños fueron clasificados como «fumadores pasivos». Las deficientes condiciones de la vivienda y el hacinamiento estuvieron presentes en la mayoría de los niños estudiados.¹

2. Estudio en Guatemala que confirma una alta incidencia

de infecciones respiratorias agudas (IRA) en el año 2003. La situación de salud de los niños de San Juan Alotenango Sacatepequez es precaria, si se tiene en cuenta que la mitad o más de las madres encuestadas refirieron por lo menos un episodio de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la encuesta. Consideramos que la elevada prevalencia (53%) de IRA es debida a la situación climática y responde a un comportamiento de tipo estacional. La mayor susceptibilidad en los menores de un año puede explicar la mayor prevalencia que se observa en este grupo y la duración de la enfermedad es compatible con una infección leve. En relación a IRA la única variable que tuvo significancia estadística y que se le podría atribuir efecto protector es la presencia de animales dentro de casa, lo que podría explicarse por la forma de haber planteado la pregunta haciendo que la persona entrevistada considerara como dentro de casa los límites del terreno y no las habitaciones en sí, que era el sentido original de esta interrogante.⁴

3. Darío Pimente Rubén, Quesada Rodis, Chuan Yocaste, Guerrero Jovania, en su estudio en República Dominicana Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en una muestra de niños dominicanos, en una encuesta que desarrolló en un período desde octubre de 1985 a abril de 1986 inclusive, en el Hospital de Niños «Dr. Robert Reid Cabral», donde se estudiaron las características epidemiológicas de 1012 niños dominicanos con infecciones respiratorias agudas (IRA), destacándose la elevada proporción (46%) que estas representan en la demanda de atención médica; sobrepasando en 20 por ciento a las afecciones digestivas (26%).

Se enfatiza su presentación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en lactantes y menores de 5 años, no encontrándose diferencia con relación al sexo; y puntualizándose el papel de la contaminación ambiental doméstica, con especial mención del tabaquismo familiar amplificado por la promiscuidad y la exigüidad de las habitaciones como factores coadyuvantes de estas infecciones.⁶

4. Frecuencia de infecciones respiratorias aguda y factores predisponentes en niños menores de 2 años, ingresados en el hospital infantil nacional de la República Dominicana, de enfermedades de vías respiratorias, en el periodo Enero – Junio 2005. Se trata de un estudio analítico retrospectivo, cuya finalidad es de determinar la frecuencia de infecciones respiratorias aguda (IRA) y factores predisponentes en niños que fueron ingresados en el hospital infantil nacional de enfermedades de vías respiratorias durante el periodo enero – junio 2005, cuyo universo de estudio estuvo

contenido por 112 pacientes ingresados en el hospital infantil nacional de enfermedades de vías respiratorias, durante dicho periodo. Entre los hallazgos más relevantes registrados encontramos el sexo masculino resulto ser el más afectados con un 58.9 por ciento; el 30.4 por ciento tenía edad entre los 6 – 12 meses de nacido. Las condiciones de viviendas indican que el 20.5 por ciento reside en casa de techo de concreto, el 36.6 por ciento casa con paredes de block y 41.1 por ciento casa con piso de cemento. El 12.5 por ciento indico como factor predisponente talleres muy cercanos a sus viviendas en relación a la deposición de desperdicios, el 21.4 por ciento posee inodoros en sus casas y 26.7 se desase de la basura por camión del ayuntamiento. Las infecciones respiratorias que resultaron ser más frecuentes son la neumonía con 48.2 por ciento, bronquiolitis con un 34.8 por ciento y rinofaringitis 21.4 por ciento. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron malestar general 58.9 por ciento, dificultad respiratoria 57.1 por ciento, cefalea 54.5 por ciento y tos 53.3 por ciento.⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo de corte transversal, que se desarrolló a través de un cuestionario, en busca de la frecuencia de infecciones respiratorias aguda (IRA), el cual incluye todos aquellos niños menores de 15 años de edad que habitasen dentro del sector Hainamosa, entre el margen cronológico de mayo a junio del año 2009.

Área de estudio

El estudio tuvo como escenario el sector Hainamosa de la ciudad de Santo Domingo este, y está delimitado, al Norte; Carretera Mella al Sur; Calle Simón Orozco al Este, Zona Libre (antigua zona franca) y al Oeste Avenida Charles de Gaulle. El municipio de Santo Domingo a su vez se encuentra geográficamente localizado en la región Sureste de la República Dominicana.

Universo y muestra

A fin de poder estudiar la frecuencia de las infecciones respiratorias fue necesario contar con una población numéricamente importante, El universo corresponde a 35 134 niños menores de 15 años que es la población de menores de 15 años del sector de Hainamosa.

o Muestra:

Para el cálculo se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = T^2 (p \times q) / N$$

$$d^2 N + T^2 (p \times q)$$

en donde:

$$T^2 = 1.96$$

p = Proporción estimada de niños con infección respiratoria aguda

q = Proporción estimada de niños sin infección respiratoria aguda.

$$N = \text{Universo} = 35\ 134$$

$$D^2 = 0,05$$

Partiendo de reportes nacionales que sitúan a las infecciones respiratorias agudas en 38,0 por ciento se obtuvo una muestra de 383 niños, a este cálculo se agregó el 10 por ciento, es decir, 38 niños, por lo que la muestra final fue de 421 niños: 208 niños y 213 niñas.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todo niño que al momento de la encuesta-entrevista cumplieran con los siguientes requisitos:

1. Aprobar responder voluntariamente la encuesta (la madre).
2. Para fines del estudio, presentar signos y/o síntomas de infección respiratoria aguda
3. Ambos sexos.
4. Menores de 15 años de edad.
5. Estar presente en el hogar el día de la encuesta-entrevista.

Criterios de exclusión

1. Fueron excluidos los niños cuyas madres se negaron a participar en el estudio.
2. Los niños de 15 o más años.
3. Los que no estaban presente el día de la encuesta.
4. Los que no tenía formulario adecuadamente lleno.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos se empleó un formulario inspirado por los sustentantes y colaboradores. El formulario contiene, además de los datos sociodemográficos (edad, sexo, categoría social, lugar de residencia, nivel de instrucción de los padres, características de la familia, entre otros), informaciones relacionadas con las infecciones respiratorias agudas, tales como: antecedentes de rinofaringitis, bronquitis, neumonía faringoamigdalitis, bronquiolitis.

El formulario fue elaborado en formato 8 ½ por 11. Las preguntas contenidas en él son 23: 17 cerradas y 6 abiertas y se llenaron a través de una encuesta-entrevista a que fueron sometidas los padres o tutores de los niños a estudiados.

Procedimiento

Se realizó una convocatoria y reunión con la junta de vecinos del sector Hainamosa de Santo Domingo, República Dominicana, con el fin de realizar consentimiento informado acerca de los detalles concernientes a la investigación. Se procedió con la explicación a las personas presentes, del esquema de estudio, la forma en que fue realizado y los aspectos éticos del mismo. Luego se procedió a mostrarles una copia del cuestionario que sería utilizado y se le explico la forma aleatoria en que escogeríamos los encuestados. Al terminar la reunión se llevo a un acuerdo común entre los investigadores y los miembros de la junta de vecinos, donde se obtuvo el

consentimiento para la realización de la investigación.

Luego se procedió a realizar la prueba de viabilidad de la encuesta- entrevista, utilizando 50 cuestionarios de manera aleatoria para determinar la precisión del mismo, antes de realizarlo a escala total. Se recogieron y resolvieron problemas no previstos en la administración de los cuestionarios tales como redacción, secuencia de preguntas y preguntas redundantes.

Una vez evaluada la viabilidad del formulario de recolección de los datos y la factibilidad de acceso a los niños y adultos involucrados en la investigación, se pasó a la fase de obtención de la información, la que consistió en el llenado de los formularios.

Los formularios fueron llenados por las sustentantes a través de una entrevista directa a los padres o tutores de los niños en los hogares del sector de Hainamosa.

Tabulación y análisis

Para la tabulación, los datos fueron ingresados con doble entrada en el programa *Epi-info* 6,04, siendo la base de datos almacenada en formato dBASE. Para el análisis de los datos se utilizó el programa de computadora *SPSS* versión 10,0. Para estimar diferencias entre grupos se utilizó la prueba del χ^2 , considerándose de significación estadística cuando era $p < 0,05$. Microsoft Excel y Microsoft Word.

RESULTADOS

Cuadro I. Frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en menor de 15 años de la población urbana del sector de Hainamosa.

Frecuencia	Porcentaje		
Total enfermos	150	35.6	
Total Sanos	271	64.4	
Población total	421	100.0	

Fuente: entrevista realizada a los padres de la población menor de 15 años del sector hainamosa en el periodo mayo-junio 2009.

Se encontraron 150 afectados por algún tipo de infección respiratoria aguda (IRA), fracción que representa el 35,6 por ciento de la población total de estudio.

Cuadro 2. Casos de infecciones respiratorias agudas (IRA), en menores de 15 años de la población urbana del municipio de Hainamosa mayo-junio 2009.

Enfermedades	Enfermos	Por ciento
Gripe	70	46.6
Bronquitis	2	1.3
Faringoadmidalitis	45	30.0
Neumonía	8	5.3
Otitis	12	8.0
Sinusitis	6	4.0
Rinitis	7	4.7
Total enfermos	150	100.0

Fuente: Idem.

La gripe (resfriado común) es el caso que sostiene la mayor frecuencia de infección respiratoria aguda (IRA) con 70 casos lo que representa un 46.6 por ciento de la población afectada, seguido de la faringoamigdalitis con 45 casos para un 30 por ciento de la población afectada.

Cuadro 3. Grupos por edades menores de 15 años de la población urbana del municipio de Hainamosa, afectados con infección respiratoria aguda (IRA) en el periodo mayo-junio 2009.

Enfermedades por edad (años)	Enfermedades	Número de casos	Total de casos
<1	Gripe	5	7
	Faringoamigdalitis	2	
1-4	Gripe	21	50
	Faringoamigdalitis	15	
	Rinitis	1	
	Sinusitis	2	
	Otitis	6	
	Neumonía	5	
5-9	Gripe	22	47
	Faringoamigdalitis	12	
	Bronquitis	2	
	Otitis	4	
	Neumonía	0	
	Sinusitis	4	
	Rinitis	3	
10-14	Gripe	24	46
	Faringoamigdalitis	16	
	Bronquitis	0	
	Otitis	1	
	Neumonía	2	
	Sinusitis	0	
	Rinitis	3	
Total de enfermos		150	

Fuente: Idem.

Dentro del grupo de 1-4 años de edad arrojaron una frecuencia marcada de 50 casos, para un 33.3.

Cuadro 4. Casos de infección respiratoria aguda (IRA), en menores de 15 años del sexo masculino del sector Hainamosa en el periodo mayo-junio 2009.

Diagnóstico actual Masculinos	Cantidad de enfermos	Porcentaje
Gripe	44	57.9
Bronquitis	0	0.0
Faringoadmialitis	15	19.7
Neumonía	3	3.9
Otitis	5	6.6
Sinusitis	6	7.9
Rinitis	3	3.9
Total	76	100.0

Fuente: Idem.

Los masculinos alcanzaron una frecuencia de 76 casos de infecciones respiratorias agudas para un 50.6 por ciento.

Cuadro 5. Casos de infección respiratoria aguda (IRA), en menores de 15 años del sexo femenino del sector Hainamosa en el periodo mayo-junio 2009.

Diagnóstico actual femenino	Cantidad enfermos	Porcentaje
Gripe	26	35.1
Bronquitis	0	0.0
Faringoadmialitis	30	40.5
Neumonía	5	6.8
Otitis	7	9.5
Sinusitis	2	2.7
Rinitis	4	5.4
Total	74	100,0

Fuente: Idem.

Las femeninas alcanzaron una frecuencia de 74 casos de infecciones respiratorias agudas para un 49.3 por ciento.

Cuadro 6. Esquema de lactancia materna entre la población total de niños menores de 15 años del sector urbano de Hainamosa, periodo mayo-junio 2009.

Meses	Femenino (%)	Masculinos (%)
< 6	71 (33.3)	64 (30.0)
6 a 12	90 (42.3)	123 (57.7)
>12	52 (24.4)	21 (9.9)

Fuente: Idem.

Esquema de lactancia materna entre la población afectada de niños menores de 15 años del sector urbano de Hainamosa, periodo mayo-junio 2009.

Niños enfermos		
Meses	Personas	Porcentaje
< 6	45	30.0
6 a 12	92	61.3
>12	13	8.7
Total	150	100,0

Fuente: Idem.

Investigativo revelo que un 61.3 por ciento de los niños menores de 15 años afectados con alguna forma de infección respiratoria aguda (IRA), que participaron en este estudio recibieron lactancia materna de 6 a 12 meses.

Cuadro 7. Exposición al riesgo ambiental con respecto al humo de cigarrillo, de la población afectada con infección respiratoria aguda (IRA) menores de 15 años del sector urbano de Hainamosa, mayo-junio 2009.

Familiar que fuma	Total	Porcentaje
Padre	11	7.3
Madre	4	2.7
Ambos	1	0.7
Negados	129	86.0
Otros	5	3.3
Total	150	100.0

Fuente: Idem.

Un 14 por ciento de la población afectada estaba bajo riesgo ambiental con respecto al humo del cigarrillo.

Cuadro 8. Niveles escolares presentados por los padres de la población afectada con infección respiratoria aguda (IRA) menores de 15 años de edad del sector urbano de Hainamosa, mayo-junio 2009.

Nivel de instrucción	Madres (%)	Padres (%)
Analfabetos	3 (0.7)	3 (0.7)
Primaria	24 (5.7)	34 (8.4)
Secundaria	176 (42.0)	188 (46.3)
Superior	162 (38.7)	133 (32.8)
Técnico	54 (12.9)	48 (11.8)
Total	419 (100.0)	406 (100.0)

Fuente: Idem.

Al indagar acerca del nivel de escolaridad que presentaban los padres de la población afectada, nuestro estudio demostró que el 46.3 por ciento poseen un grado de escolaridad secundario o menos.

Cuadro 9. Nivel económico en cuanto a ingreso familiar de los padres de la población afectada con infecciones respiratorias agudas (IRA) menores de 15 años en el sector urbano de Hainamosa, mayo-junio 2009.

Ingreso familiar de enfermos	Número de familias de familias (%)
<5,000	4 (3.6)
5,000 - 9,999	8 (7.1)
10,000 - 14,999	10 (8.9)
15,000 - 19,999	60 (53.6)
>20,000	30 (26.8)
Total	112 (100.0)
Ingresos Mensuales Promedio	20,020
Ingreso promedio de enfermos	18,312

Fuente: Idem.

Un 53.6 por ciento de la población afectada cubren su canasta familiar, un 26.8 por ciento está por encima de esta, mientras que solamente un 19.5 por ciento vive en condición de pobreza.

Cuadro 10. Evaluación por peso y talla de los niños menores de 15 años de edad afectados con infección respiratoria aguda (IRA), en sector urbano de Hainamosa, mayo-junio 2009.

Edades (años)	Peso (Kg)	Talla (Cm)
<1	7.1	62.7
1-4	14.1	93.6
5-9	23.3	121.5
10-14	40.5	148.7

Fuente: Idem.

Grafica.10.

Evaluación por peso de los niños menores de 15 años de edad afectados con infección respiratoria aguda (IRA), en sector urbano de Hainamosa, mayo-junio 2009.

El grupo de niños que reflejo la mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA), se encuentran en un peso promedio de 14.1 kilogramos, el cual está dentro de los rangos normales.

El grupo de niños que reflejo la mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA), se encuentran en una talla promedio de 93.6 centímetros, lo que se perfila por debajo del rango normal.

Cuadro 11. Dimensión familiar y nivel de hacinamiento de los niños menores de 15 años, afectados con infecciones respiratorias agudas (IRA), sector urbano de Hainamosa, mayo-junio 2009.

Número de personas	Familias	Porcentaje
2	1	0.9
3	15	13.4
4	27	24.1
5	47	41.9
6	17	15.2
7	5	4.5
Total	112	100,0

Fuente: Idem.

Debido a los datos encontrados en nuestro trabajo de investigación, se determinó que las familias que tienen un número de 5 personas obtuvieron la mayor frecuencia con 47 familias para porcentaje con un 41.9 por ciento.

Cuadro 12. Índice de hacinamiento de la población afectada por infecciones respiratoria aguda (IRA) en menores de 15 años.

Personas por habitación	Frecuencia	Porcentaje
1	191	36.2
2	78	14.8
3	246	46.7
4	12	2.3
Total	527	100.0

Fuente: Idem.

DISCUSIÓN

Esta investigación consta de una población de 421 niños menores de 15 años realizada en el sector Hainamosa de Santo Domingo, República Dominicana. Donde se encontraron 150 afectados por algún tipo de infección respiratoria aguda (IRA), fracción que representa el 35.6 por ciento de la población total de estudio. Estos resultados se corresponden a los números estadísticos que encontraron Janet Cruz, Valery Rivas, Junior Pérez y Mario del Rosario, en su trabajo investigativo acerca de la frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en la provincia de Monte Plata, República Dominicana, en donde los autores encontraron un 39.5 por ciento de su población total afectados con alguna forma de infección respiratoria aguda (IRA).⁹

En cuanto a los tipos de infecciones respiratorias agudas (IRA) Identificamos siete tipos diferentes que afectaban la salud de la población bajo estudio, entre las cuales encontramos: Gripe (resfriado común), bronquitis, faringoamigdalitis, neumonía, otitis, sinusitis y rinitis. De estos diferentes tipos de infecciones respiratorias agudas (IRA) se identificó a través de nuestro trabajo de investigación a la gripe (resfriado común) como el caso que sostiene la mayor frecuencia de infección respiratoria aguda (IRA) con 70 casos lo que representa un 46.6 por ciento de la población afectada, seguido de la faringoamigdalitis con 45 casos para un 30 por ciento de la población afectada. Datos que coinciden con un estudio publicado en la revista médica dominicana realizado en Dajabón en el año 2001 donde se encontraron 854 casos de procesos gripales de una población total de 1530 menores de 15 años de edad para un 55.8 por ciento de casos totales de resfriado común, seguido de 320 casos de faringoamigdalitis para un 20.9 por ciento de su población total.¹⁰ Lo que nos inclina a pensar no obstante en la gran frecuencia sostenida y repetitiva de la gripe (resfriado común), si no en el gran auge que está presentando estadísticamente la faringoamigdalitis como un problema epidemiológico.

En relación a la edad y sexo, encontramos que los niños dentro del grupo de 1-4 años de edad arrojaron una frecuencia marcada de 50 casos, para un 33.3 por ciento de los hallazgos patológicos encontrados en la población afectada, entre los cuales se destacan los masculinos, con una frecuencia de 76 casos para un 50.6 por ciento, lo cual

es superior al 49.3 por ciento alcanzado por las femeninas. Por lo que, dado a los datos encontrados en este trabajo de investigación, queda establecido que el grupo más afectados por algún tipo de infección respiratoria aguda (IRA) pertenece a los masculinos de 1-4 años de edad. Estos datos confirman las cifras estadísticas encontrados en un estudio hecho en Bayazo, Gramma en el periodo de enero 2002, en el cual se estableció al grupo de niños comprendidos entre las edades de 1-4 años de edad como el grupo con mayor frecuencia de casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) con un 35.6 por ciento. Demostrándose también una compatibilidad de datos en cuanto al sexo más afectado, donde se identifica al sexo masculino como el más afectado con un 51.3 por ciento de su población total.⁴⁷ Ambos estudios coinciden en el sexo masculino como el de mayor afección por infecciones respiratorias agudas (IRA), lo que presenta a este género como el de mayor tendencia, desde un punto de vista estadístico, a este tipo de patologías respiratorias.

En cuanto a la lactancia materna, en este trabajo investigativo revelo que un 61.3 por ciento de los niños menores de 15 años afectados con alguna forma de infección respiratoria aguda (IRA), que participaron en este estudio recibieron lactancia materna de 6 a 12 meses, coincidiendo con un estudio hecho Cuba sobre los factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA) donde la mayoría de los niños implicados en el estudio recibieron una lactancia materna adecuada, en el cual un 95.5 por ciento fueron lactados de 6 meses en adelante, llegando en algunos casos hasta los 18 meses de lactancia materna.¹¹ Lo que demuestra que no obstante un niño tenga un buen esquema de lactancia materna no está exento de sufrir de una infección respiratoria aguda (IRA). En este mismo estudio realizado en Cuba encontramos que el 84.4 por ciento de los casos estuvo expuesto al humo de cigarrillo de los convivientes.⁴⁸ Cifras que son en gran proporción contrarias a las encontradas en nuestro estudio, donde solamente un 14 por ciento de la población afectada estaba bajo riesgo ambiental con respecto al humo del cigarrillo, lo que demuestra estadísticamente que la sola exposición al humo del cigarrillo no fue un factor suficiente para desencadenar una infección respiratoria aguda (IRA) dentro de la población de estudio que resulto afectada, aunque sí se considera un factor necesario.

Al indagar acerca del nivel de escolaridad que presentaban los padres de la población afectada, nuestro estudio demostró que el 46.3 por ciento poseen un grado de escolaridad secundario o menos. Cifras que resultan ser muy semejantes en cuanto al porcentaje encontrado en un estudio realizado por Jaquith Morales, Candy Orahulio y Carlos Rangifo, quienes sostienen que un 50.0 por ciento de los padres de niños afectados con alguna forma de Infección respiratoria aguda (IRA), tienen un grado de escolaridad secundario incompleto.¹² En este mismo estudio los investigadores determinaron que el 20.0 por ciento de la población afectada cubre su canasta familiar y que el 80.0 por ciento de la misma vive en pobreza.¹² Datos que difieren de los hallazgos encontrados en nuestro estudio donde los resultados revelan que un 53.5 por ciento de la población afectada cubren su canasta familiar, un 26.7 por ciento está por encima de esta, mientras que solamente un 19.5 por ciento vive en condición de pobreza.

Después de analizar los datos referentes al peso de la

población afectada, se observó que el grupo de niños que reflejó la mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA), se encuentran en un peso promedio de 14.1 kilogramos, el cual está dentro de los rangos normales según la tabla de percentiles pediátricos utilizada en el hospital Luis E. Aybar. Estos datos difieren de las cifras encontradas en un estudio realizado en Guatemala por José Cruz Ramírez y Ricardo Osorio Sibrian, donde su población afectada con infecciones respiratorias agudas (IRA) se mostraba con deficiencia de peso promedio en relación a la edad.¹³ Estudio que a su vez determinó que estos niños afectados, también presentaban una marcada deficiencia en cuanto a la talla promedio para su edad.¹³ Datos que coinciden con los hallazgos estadísticos de nuestro trabajo, donde la talla promedio para el grupo de edad con mayor frecuencia de infecciones respiratorias agudas (IRA), resultó ser 93.6 centímetros lo que se perfila por debajo del rango normal, según la tabla de percentiles pediátricos utilizada en el hospital Dr. Luis E. Aybar.

En cuanto al nivel de hacinamiento que está expuesto la población afectada, se identificó un promedio de 5 habitantes por vivienda, para un índice de hacinamiento de 3 personas por habitación. Datos contrarrestados por un estudio realizado en Guatemala sobre la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA), en relación a las condiciones de vivienda, donde se encontró un promedio de 8 habitantes por vivienda para un índice de 4 habitantes por habitación.¹⁴ Esto nos confirma que uno de los factores predisponentes a las infecciones respiratorias agudas (IRA) con mayor importancia, es el nivel de hacinamiento al cual es expuesta la persona.

REFERENCIAS

1. Ortiz Castellanos E., Ávila Olivera S., Linares O., Rosales Matamoros M., Infante Cabrera Rosa. Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas. Hospital Pediátrico «General Milanés». 2002-2004. Encontrado en <http://www.monografias.com/trabajos32/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml>.
2. Rosario Hidalgo, Villarroel M. Estudio de las Enfermedades Respiratorias en el Reclusorio de San Sebastián: Municipio de Cochabamba. Encontrado en <http://www.univalle.edu/publicaciones/journal/journal8/pag4.htm>
3. Dr. Marrero Fuentes J., Dra. Soraida C. Dr. Romero García, Dr. Amauris Torres Gonzáles, Dr. Orlando Martínez Calderón. Morbilidad y mortalidad por enfermedades respiratorias. Servicio de medicina interna hospital provincial docente «Saturnino Lora». Encontrado en <http://www.monografias.com/trabajos26/enfermedadesrespiratorias/enfermedades-respiratorias.shtml>
4. Estudio de prevalencia de infecciones respiratorias agudas, San Juan Alotenango. Guatemala. octubre 2003. Encontrado en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/aiepi1-1-5.pdf>.
5. Molina Esquivel Enrique, Brown Luis Colás, Prieto Díaz Vicente, Bonet Gorbea Mariano, Cuéllar Luna Liliam. Correlación de contaminantes ambientales y las infecciones respiratorias agudas (IRA). Encontrado en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07177348200300100002&script=sci_arttext
6. Darío Pimentel Rubén, Quesada Rodis, Chuan Yocaste, Guerrero Jovania, Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el periodo octubre de 1985 a abril de 1986 inclusive, en el Hospital de Niños “Dr. Robert Reid Cabral”, en una muestra de niños dominicanos. Encontrar en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v8n3/art3.pdf>.
7. Efectividad del programa infecciones respiratorias (IRA) y la incidencia de niños con enfermedades respiratorias. Encontrado en: www.monografias.com/trabajos15/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml.
8. De Los Santos G, Dolores Lugo A, Pérez Ferrera A., Reyes Marte G, Frecuencia de infecciones respiratorias aguda y factores predisponentes en niños menores de 2 años, ingresados en el hospital infantil nacional de la República Dominicana, de enfermedades de vías respiratorias, en el periodo Enero – Junio 2005.
9. Jairo Roa, Mari Bermúdez, Rafael Acero. Neumología. Mc-Graw Hill interamericana. Colombia. Editor: Camili Baquero Castellanos. 2001.
10. Cruz J., Rivas V., Pérez J., Del Rosado M., Frecuencia de Infecciones respiratorias aguda en el hospital municipal de Bayaguana provincia de Monte plata, R.D julio-septiembre 2006. Encontrado en: <http://bvsdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd2007/68/02/RMD-2007-68-02-119.pdf>
11. Estudio de prevalencia de infecciones respiratorias agudas, San Juan Alotenango. Guatemala. octubre 2003. Encontrado en <http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t294/secciond6.pdf>
12. Estudio de frecuencia de infecciones respiratorias agudas, Bayazo provincia Gramma. enero 2002. Encontrado en: <http://www.monografias.com/trabajos32/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml>.
13. Herramiento P, Eulalia M., Dalton R, Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 15 años, revista médica cubana marzo-abril 2000, volumen 16, No.2, Pagina 160.
14. Morales J, Drahulio C, Rengifo C. Grado de Conocimiento y Prevención Materna de la Infección Respiratoria aguda en niños menores de 5 años. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, México 1999.
15. Ramiro Cruz J., Sibrian R., Vinicio O. Estado nutricional de niño pre-escolares guatemalteco hospitalizado por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) septiembre 1989; 251-62.
16. Estudio de prevalencia de infecciones respiratorias Agudas, San Juan Alotenango. Sacatepéquez. Guatemala. Octubre 2003. Encontrar en: <http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t294/secciond6.pdf>

FRECUENCIA DE CRISIS DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL EN NIÑOS QUE ASISTEN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. LUÍS E. AYBAR.

María M. Batista Núñez,* Marisol Lantigua Portorreal,*
Yudith Livis Espino,* Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio con el propósito de conocer la frecuencia de hiperreactividad bronquial en niños que asistieron a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar, durante el mes de junio de 2008.

De un total de 4 226 niños que acudieron en demanda de atención a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar, 184 (4,4%) fue por hiperreactividad bronquial. Un total de 109 (59,2%) eran masculinos. En el grupo de edad de 1-4 años se registraron 53,8 por ciento.

El 65,2 por ciento de los pacientes estudiados provenían de Santo Domingo y en el menor de los casos de la región Sur (2,2%). La mayor (85,9%) proporción correspondió a niños de piel negra.

La mayoría (99, 53,8%) inició el cuadro de hiperreactividad bronquial entre 1-4 años, a los 15 años se registró la menor cantidad de niños que iniciaron el cuadro (2, 1,1%). La menor proporción (12,5%) acudió menos de tres veces en el último año, con rangos de veces entre 1 a 3 y una media de 2,3 veces. El 53,8 por ciento tuvo entre 3-5 episodios, con una media de 4,2 episodios. La mayor proporción presentó sibilancias menos de 3 veces en el último año, con un rango de veces entre 0 a 20 y una media de 5,7 veces. 36 pacientes no presentaron sibilancias en el último año. En 18 niños no se pudo obtener esta información.

De los 184 pacientes estudiados, 173(94,0%) reportaron haber presentado procesos alérgicos ante un alérgeno determinado. El más frecuente fue a los cambios de temperatura (102, 55,4%). Y en 11 (6,0%) no se especificó la hiperreactividad por alérgenos. Las mayores proporciones corresponden a asma 140 (76,0%) y dermatitis atópica 14 (7,6%). La mayor proporción correspondió al asma (131, 71,2%): señalaron a la madre, 98 (53,3%) y al padre, 20 (10,9%) a otro miembro de la familia, 13 (7,1%).

La mayoría de los pacientes, 160 (87,0%) presentaron la tríada de disnea, tos y sibilancias. Un total de 17 (9,2%) presentaban rinitis y 7 (3,8%), dermatitis atópica. La mayor proporción de niños que hicieron hiperreactividad bronquial correspondió a el frío (100, 54,4%).

Palabras claves: Frecuencia, crisis de hiperreactividad bronquial, niños.

ABSTRACT

A recent study was done at Luis E. Aybar hospital during the month of June 2008 with the purpose to know the frequency of children who went to the pediatric emergency room with bronchial hyperactivity from a total of 4226 children who went to seek medical attention at Luis E. Aybar hospital. 184 (4,4%) for bronchial hyperactivity a total of 109 (59.2%) were male. In the age interval 1-4 years old, (53,8%).

The (65,2%) of patients come from Sto. Dgo. The lowest percent of cases come from the south region (2,2%) the highest (85,9) portion had dark skin.

The majority (99, 53.8%) started the bronchial hyperactivity between the ages of 1-4 years, at 15 years old the lowest quantity of children started the cuadro (2, 1.1%) the lowest portion (12.5%) went at least 3 times in the last year, with ranges of 1 to 3 and a media the 2,3 times, the (53.8%) had 3-5 episodes, with a media the 4,2 episodes. The longest portion presented whistling less than 3 times in the last year, with a range of times between 0 to 20, and a media of 5,7 times. 36 patients did not present whistling in the last year.

The information could not be obtained from 18 children.

Of the 184 patients studied, 173 (94,0%) report that they had presented allergies to certain allergens, the most frequent was temperature changes climate changes (102, 55.5%) and in 11 (6,0%) did not specify hyperactivity due to allergens.

The longest proportions correspond to asthma 140 (76,0%) and atopic dermatitis 14 (7,6%).

The longest proportions correspond to asthma (131, 71,2%) inherited of the mother 98 (53,3%) of the father 20 (10,9%) and other family members 13 (7,1%).

Most of the patients 160 (87,0%) presented the dynea, cough and whistling a total of 17 (9.2%) presented rhinitis and 7 (3,8%) atopic dermatitis. The longest portion of kids that had bronchial hyperactivity was due to cold weather (100, 54, and 4%).

Key word: Frequency, bronchial hyperactivity, children.

* Médico general

** Jefe de Investigación. Centro de Gastroenterología.

INTRODUCCIÓN

El Asma es una enfermedad caracterizada por una capacidad aumentada de reacción de los bronquios a diversos estímulos, que se manifiesta por el estrechamiento generalizado de las vías respiratorias y que se resuelve espontáneamente o bajo tratamiento.¹

La hiperreactividad bronquial es una reacción exagerada y anormal del músculo liso de los bronquios en respuesta a diferentes estímulos del medio ambiente.²

Los síntomas de asma consisten en la triada de disnea, tos y sibilancia.²⁻⁴

Al inicio del ataque, los pacientes experimentan sensación de contricción en el tórax, con tos productiva. La respiración se hace ruda y audible y aparecen sibilancias en ambas fases de la respiración, la espiración se prolonga y con frecuencia aparece taquicardia, taquipnea y leve hipertensión sistólica. Los pulmones se hiperdistienden rápidamente y aumenta el diámetro anteroposterior del tórax.⁵ Esto representa un deterioro de la salud y un aumento del ausentismo escolar y laboral, por esta razón es necesario diagnosticar y manejar con éxito la crisis asmática para un buen pronóstico.

Nuestra investigación fue realizada en niños con hiperreactividad bronquial en Urgencias de pediatría del Hospital Dr. Luís E. Aybar.

Antecedentes

Genoveva Hanoi Acosta- Tejeda GH, Morillo- Galván YM, Rumalda Méndez- Figuero R, Matías- Sánchez JP y Pimentel RD (2001) estudiaron los 124 niños asmáticos, 110 (88,7%) hacen crisis de hiperreactividad bronquial. Más de un tercio (37,7%) se situaron entre 3 y 5 crisis en un año, pero un 30,0 por ciento hace más de 6 crisis en el año, aunque sólo un 10,0 por ciento sobrepasan las 10 crisis al año. Los antecedentes de infecciones respiratorias como causas desencadenantes de ataques de hiperreactividad bronquial estuvieron presentes en el 61,8 por ciento de los pacientes estudiados, las alergias en el 8,2 por ciento, el tabaquismo familiar en el 10,0 por ciento; la humedad (29,1%), los cambios de temperatura (37,3%) y el frío (40,9%) jugaron un papel importante en el desarrollo de crisis de hiperreactividad bronquial en estos pacientes.⁶

Un estudio sobre causas y consecuencias de hiperreactividad bronquial del síndrome asmático en el barrio San José de Villa (Nagua), cuyos autores fueron: Adames MS, Bidó-Bidó E, Estévez AE, Gálvez A, Pérez OY, Pimentel RD (2005). La frecuencia de asma bronquial en el barrio San José de Villa de Nagua fue de 5,0 por ciento, el 3,1 por ciento de los asmáticos hizo hiperreactividad bronquial. Los cuadros de hiperreactividad bronquial son más frecuentes en los menores de 16 años que en los adultos. Las causas relacionadas a la contaminación del medio ambiente como sustancias (detergentes, perfumes, pinturas e insecticidas) y los cambios de temperatura, son las más importantes para el desencadenamiento de crisis de hiperreactividad bronquial en adultos, mientras que en los niños son las infecciones respiratorias, los cambios de temperaturas, sustancias de olores fuertes, la contaminación ambiental, como el humo del cigarrillo, industrial y de cocina. El ausentismo, tanto escolar como laboral, como consecuencia

colectiva refleja un problema para la comunidad del barrio. El tabaquismo, como entidad, constituye un problema por la alta relación asma-familiares-fumadores. La asociación de estigmas como dermatitis atópica, bronquitis y rinitis, muestra una influencia importante con la aparición de hiperreactividad bronquial en los adultos.⁷

Un estudio sobre la frecuencia y factores causales de asma bronquial en la zona urbana de Bani, realizado por Merari –Martínez I, Aquino- Navarro D, Montero-Brens CM, Pimentel RD (2005), reportó que de 112, 95(84.8%) sufren crisis de ahogo, correspondiendo la mayoría (61(64.2%), al asma episódica infrecuente. El factor desencadenante más frecuentemente relacionado a la crisis, fueron las infecciones respiratorias 75(78.9%). Entre las personas con crisis de ahogo debido a factores alérgicos el más común fue la temperatura fría 13(27.7%).⁸

Un estudio realizado por Arias- Morales Y, Pimentel RD (2005) en la Emergencia de Pediatría del Hospital Dr. Luis E. Aybar, donde participaron 4 630 niños menores de 15 años, reportó 231 (5,0%) de niños con hiperreactividad bronquial. La mayoría (58,4%) era del sexo masculino. En el grupo de edad de 1-4 años se registró el 45.9 por ciento de los casos.⁹

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Con el propósito de conocer la frecuencia de hiperreactividad bronquial en niños asmáticos, se realizó una investigación prospectiva y descriptiva que abarcó a todos los menores de 16 años de edad que demandaron atención a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar, durante el mes de junio de 2008.

Área de estudio

El estudio tuvo como escenario geográfico la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar, ubicado en el sector María Auxiliadora del Distrito Nacional, región 0, área de salud IV. El hospital está delimitado por las calles: Federico Velásquez, al Sur; Osvaldo Bazil, al Norte; Federico Bermúdez, al Oeste, y Albert Thomas, al Este.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 4 226 niños. A su vez la misma población del universo constituyó la muestra seleccionada de los niños que demanden atención a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar, de los cuales se buscaron los asmáticos con hiperreactividad bronquial.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos se empleó un formulario inspirado por las I sustentantes y algunos colaboradores. El formulario contiene, además de los datos personales (edad, sexo, procedencia, etc.) informaciones relacionadas con el asma bronquial tales como: tos, crisis de hiperactividad, vigilancias, ojeras, dermatitis atópica, etc.

El formulario fue elaborado en formato 8 ½ por 11. Las

preguntas contenidas en el formulario son cerradas y abiertas y se rellenaron a través de una encuesta a que fueron sometidos los padres o tutores de los niños involucrados.

Procedimiento

Una vez evaluada la viabilidad del formulario de recolección de los datos y la factibilidad de acceso a los niños y padres o tutores involucrados en la investigación, se pasó a la fase de obtención de la información, la que consistió en el llenado de los formularios.

Estos formularios fueron llenados por los sustentantes a través de una entrevista directa que se sometió a los encuestados en la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los niños que asistieron a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar y que al momento del estudio cumplieron con los siguientes requisitos:

6. Aprobar responder voluntariamente la encuesta (por parte de los padres o tutores).
7. Presentar hiperactividad bronquial.
8. Ambos sexos.
9. Menores de 15 años de edad.

Criterios de exclusión

- a) Todo padre o tutor que se negó a participar.
- b) Niños que asistieron sin sus padres o tutores.

Plan de tabulación

Los datos obtenidos serán sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó programas de computadora: Epi-info.

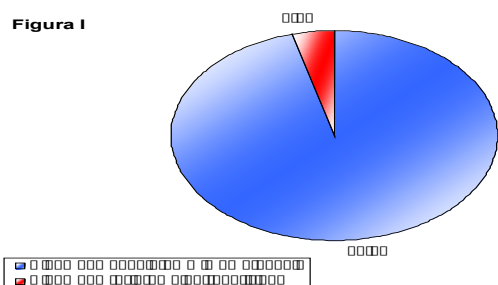
Análisis de los datos

Los resultados se presentan en frecuencia, en tablas y gráficos.

RESULTADOS

De un total de 4 226 niños que acudieron en demanda de atención a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar, 184 (4,4%) fue por hiperreactividad bronquial (Figura 1).

Figura 1. Distribución de los niños que demandaron atención según tuvieran o no hiperreactividad bronquial. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, junio de 2008.



En la tabla I, se presenta la distribución de los niños estudiados con hiperreactividad bronquial según edad y sexo. Un total de 109 (59,2%) eran masculinos. En el grupo de edad de 1-4 años se registraron 99 (53,8%).

Tabla I. Distribución de los niños estudiados con hiperreactividad bronquial según edad y sexo. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Edad (años)	Total (%)	Sexo	
		Masculino (%)	Femenino (%)
<1	23 (12.5)	13 (7.0)	10 (5.4)
1-4	99 (53.8)	65 (35.3)	34 (18.5)
5-9	46 (25.0)	24 (13.0)	22 (11.9)
10-14	14 (7.6)	6 (3.3)	8 (4.3)
≥15	2 (1.0)	1 (0.5)	1 (0.5)
Total	184 (100.0)	109 (59.2)	75 (40.8)

Fuente: Directa

En la tabla II encontramos la procedencia de los pacientes estudiados, donde la mayor proporción provenían de Santo Domingo (65,2%) y en el menor de los casos de la región Sur (2,2%).

Tabla II. Distribución de los niños asmáticos con hiperreactividad bronquial, según procedencia. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Santo Domingo:		
Este	33	17,9
Norte	27	14,7
Oeste	4	2,2
Distrito Nacional	120	65,2
Extranjero	0	0
Total	184	100,0

Fuente: Directa

La tabla III muestra la distribución de los pacientes estudiados tomando en cuenta su color de piel. La mayor proporción corresponde a pacientes de color negro, 158 (85,9%).

Tabla III. Distribución de los asmáticos con hiperreactividad bronquial según color de la piel. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Color	Frecuencia	Porcentaje
Negro	158	85,9
Blanco	26	14,1
Amarillo	0	0
Total	184	100,0

Fuente: Directa

La mayoría (99, 53,8%) inició el cuadro de hiperreactividad bronquial entre 1-4 años, a los 15 años se registró la menor cantidad de niños que iniciaron el cuadro (2, 1,1%). (Tabla IV)

Tabla IV. Distribución de niños asmáticos con hiperreactividad bronquial, según edad de inicio. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Edad de inicio (años)	Total (%)	Sexo	
		Masculino (%)	Femenino (%)
<1	23 (12.5)	13 (7.0)	10 (5.4)
1-4	99 (53,8)	65 (35.3)	34 (18.5)
5-9	46 (25.0)	24 (13.0)	22 (8.9)
10-14	14 (7.6)	6 (3.3)	8 (4.3)
≥15	2 (1,1)	1 (0.5)	1(0.5)

Fuente: Directa

La tabla V muestra la distribución de los pacientes estudiados tomando en cuenta el número de veces que acudieron a algún centro de salud en el último año a causa de hiperreactividad bronquial. La menor proporción (12,5%) acudió menos de tres veces en el último año, con rangos de veces entre 1 a 3 y una media de 2,3 veces. El 53,8 por ciento tuvo entre 3-5 episodios, con una media de 4,2 episodios.

Tabla V. Distribución de niños asmáticos con hiperreactividad bronquial, según el número de veces que hicieron sibilancias. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Veces/año	Pacientes (%)	Sexo	
		Masculino (%)	Femenino (%)
< 3	23 (12,5)	13 (7.0)	10 (5.4)
3-5	99 (53,8)	65 (35.3)	34 (18.5)
≥6	62 (33.7)	31 (16.8)	31 (16.8)

Fuente: Directa

En la tabla VI se muestra la distribución de los pacientes estudiados tomando en cuenta el número de veces que presentaron sibilancias en el último año. La mayor proporción

presento sibilancias menos de 3 veces en el último año, con un rango de veces entre 0 a 20 y una media de 5,7 veces. 36 pacientes no presentaron sibilancias en el último año. En 18 niños no se pudo obtener esta información.

Tabla VI. Distribución de niños asmáticos con hiperreactividad bronquial, según presentaran sibilancias. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Veces/ año	Número de pacientes %	Sexo	
		Masculino %	Femenino %
<3	46 (25.0)	28 (15.2)	18 (9.8)
3-5	106 (57.6)	66 (35.9)	40 (21.7)
≥6	32 (17.4)	19 (10.3)	13 (7.1)

Fuente: Directa

En la tabla VII se muestra la distribución de los pacientes estudiados tomando en cuenta el número de veces que presentaron infección respiratoria en el último año. La mayor proporción estuvo en el grupo de menos de 3 veces (122, 66,3%) con rangos de veces entre 1-22veces y un promedio de 2,5 veces.

Tabla VII. Distribución de niños asmáticos con hiperreactividad bronquial, según presentaran infección respiratoria. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Veces por año	Número de pacientes %	Sexo	
		Masculino %	Femenino %
<3	122 (66.3)	78 (42.4)	44 (23.9)
3-5	46 (25)	24 (13.0)	22 (11.9)
≥6	16 (8.9)	6 (3.3)	8 (4.3)

Fuente: Directa

De los 184 pacientes estudiados, 173(94,0%) reportaron haber presentado procesos alérgicos ante un alérgeno determinado. El más frecuente fue a los cambios de temperatura (102, 55,4%). Y en 11 (6,0%) no se especificó la hiperreactividad por alérgenos (Tabla VIII).

Tabla VIII. Distribución de los alérgenos reportados en los asmáticos con hiperreactividad bronquial. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar 2008. Junio, 2008.

Alérgeno	Frecuencia %
Contaminación ambiental	8 (4.3)
Ejercicio	1 (0.5)
Humedad	4 (2.2)
Gatos	2 (1.1)
Detergentes	2 (1.1)
Perfumes	3 (1.6)
Humo	12 (6.5)
Cambios de temperatura	102 (55.4)
Perfume	3 (1.6)
Frío	21 (11.4)
Calor	26 (14.1)
Polvo	2 (1.1)
No específico	11 (5.9)

Fuente: Directa

En la tabla IX se presenta la distribución de los antecedentes personales patológicos reportados por los niños estudiados. Las mayores proporciones corresponden a asma 140 (76,0%) y dermatitis atópica 14 (7,6%).

Tabla IX. Distribución de los antecedentes personales patológicos reportados por la muestra de niños asmáticos con hiperreactividad bronquial. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar 2008. Junio, 2008.

Antecedentes	Número de pacientes	Porcentaje
Asma	140	76,0
Dermatitis atópica	14	7,6
Neumonía	10	5,4
Bronconeumonía	0	0
Bronquitis	0	0
Bronquiolitis	0	0
Amigdalitis	8	4,3
Hipertrofia de adenoides	4	2,3
Rinitis	8	4,3
Total	184	100,0

Fuente: Directa

En la tabla X se muestra la distribución de los antecedentes familiares de los niños con hiperreactividad bronquial. La mayor proporción correspondió al asma (131, 71,2%%): señalaron a la madre, 98 (53,3%%) y al padre, 20 (10,9%) a otro miembro de la familia, 13 (7,1%).

Tabla X. Distribución de antecedentes familiares en niños asmáticos con hiperreactividad bronquial, según miembro familiar. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Antecedentes	Miembro de la familia			Total de pacientes	%
	Madre	Padre	Otro		
Asma	98 (53.3)	20 (10.9)	13 (7.0)	131	71.2
Alergia	0	8 (4.3)	4 (2.2)	12	6.5
Tabaquismo	6 (3.3)	4 (2.2)	5 (2.7)	15	8.2
Dermatitis atópica	0	0	4 (2.2)	4	2.2
Negados				22	11.9

Fuente: Directa

Los hallazgos del examen físico están reportados en la tabla XI. La mayoría de los pacientes, 160 (87,0%) presentaron la tríada de disnea, tos y sibilancias. Un total de 17 (9,2%) presentaban rinitis y 7 (3,8%), dermatitis atópica.

Tabla XI. Distribución de hallazgos físico en asmáticos con hiperreactividad bronquial. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Hallazgo físicos	Número de pacientes	%
Disnea	160	87,0
Tos	160	87,0
Sibilancias	160	87,0
Rinitis	17	9.2
Dermatitis atópica	7	3.8
Ojeras	0	
Lengua geográfica	0	
Dedos en palillo de tambor	0	
Tórax en quilla	0	

Fuente: Directa

Las causas más frecuentemente asociadas a las crisis están presentadas en la tabla XII. La mayor proporción perteneció a el frío (100, 54,4%).

Tabla XII. Distribución de las causas de las crisis reportadas en niños asmáticos con hiperreactividad bronquial. Emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Junio, 2008.

Causa de la crisis	Total de pacientes	%
Frío	21	11.4
Calor	26	14.1
Humedad	4	2.3
Cambio de temperatura	100	54.3
Contaminación ambiental	10	5.4
Humo	12	6.5
Polvo	2	1.0
Pinturas	3	1.6
Detergentes	2	1.0
Insecticidas	0	0
Perfumes	3	1.6
Ejercicio	1	0.5

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

La frecuencia de asma asociada a hiperreactividad bronquial a nivel mundial ha se ido incrementando en la misma proporción en que los países se industrializan, contribuyendo este último a aumento de la contaminación ambiental. En nuestro estudio, la frecuencia de hiperreactividad en los niños que acudieron a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar fue de 4,4 por ciento, relacionándose así en porcentaje a otros estudios realizados en nuestro país, La Vega con un 14,0 por ciento y Santiago con 13,0 por ciento. Algunos autores ⁶⁻¹² demarcan la frecuencia de asma a nivel mundial del 3-5 por ciento de la población y obviamente las crisis de hiperreactividad bronquial podrían ser similares. Si comparamos esta información con la reportada por la literatura mundial, resulta sorprendentemente elevada la presentación de hiperreactividad bronquial en nuestro medio.

Tomando en cuenta la edad de los asmáticos de nuestro estudio vemos que afecta a todas las edades con una media de 2,3 años. En nuestro estudio el comportamiento según el sexo y la edad resultó ser diferente, ya que en el grupo de edad entre 1-4 y 5-9 años la incidencia fue superior en el sexo masculino. A partir de los 10 años fue que ocurrió la inversión de la frecuencia de hiperreactividad bronquial. En un estudio en Europa vemos que durante la niñez, el sexo femenino tuvo menor incidencia de asma que el sexo masculino; en la pubertad la incidencia fue casi igual, mientras que después fue mayor en mujeres que en hombres, coincidiendo esto con lo señalado por varios autores.¹¹⁻¹⁶ Otros expresan que después de los 10 años la prevalencia se asemeja.⁵⁷

La contaminación ambiental ha sido enumerada como uno de principales factores desencadenantes de asma e

hiperreactividad bronquial. En un estudio ¹⁸ realizado en dos ciudades de Alemania, Munich y Leipzig, la primera una ciudad caracterizada por el alto tráfico vehicular y la segunda por el gran número de contaminación ambiental, resultó que en Munich el asma y la alergia fueron más prevalente, mientras que la bronquitis lo fue en Leipzig.

Entre las consecuencias del asma se encuentran la ausencia a la escuela o al trabajo, siendo esta una de las enfermedades crónicas de la infancia que causa mayor ausentismo escolar, agravado por la condición de presentar hiperreactividad bronquial. En la presente investigación estas consecuencias no fueron parte de los objetivos.

Estudios en familias han mostrado que el estado de atopía de un individuo sin asma no influye en el riesgo de que sus descendientes padezcan asma, pero la presencia de atopía en individuos con asma aumenta la probabilidad de que sí la padezcan.⁶ La mayoría de los estudios ^{1-9, 20-25} muestran que el factor de riesgo principal es el hábito de fumar en las madres, estimándose que en Estados Unidos, el 7,5 por ciento de los casos de asma sintomática en la niñez se deben a esta exposición. El hábito de fumar de una madre embarazada más el hábito de fumar de otro miembro de la familia después del nacimiento, incrementa el riesgo de desarrollar asma y sibilancias. Los efectos ambientales del humo del tabaco en asma de adultos no han sido investigados extensamente y los datos disponibles son limitados.

Las infecciones respiratorias tienen una compleja relación con el asma. Tales infecciones en etapas tempranas de la vida han sido asociadas tanto al incremento como a la disminución del riesgo de desarrollar asma. En los niños que acudieron a la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis E. Aybar Todos los asmáticos habían sufrido de infecciones de vías respiratorias y de estos la mayoría las habían presentado una frecuencia mayor de 3-5 veces en el primer año, manifestándose casi en la misma proporción en niños que en niñas.

Durante el examen físico realizado encontramos que el 87,0 por ciento de los asmáticos se les auscultaban sibilancias, pero también en igual proporción tenían disnea y tos. En la inspección notamos que un 3,8 por ciento tenía dermatitis atópica y 9,2 por ciento padecía de rinitis. La presencia de estigmas en el asmático está relacionada con la presentación de hiperreactividad bronquial y resulta más común en los adultos.

Las crisis de hiperreactividad bronquial en la población estudiada se presentaron en 4,4 por ciento de los asmáticos, presentándose en todas las edades, pero de una manera distinta en cada grupo de edad y sexo. Entre las principales causas o factores desencadenantes tenemos a las infecciones respiratorias, la cual fue más frecuente en niños y contaminantes ambientales, en los niños más grandes; mientras que el factor temperatura, fue el de mayor magnitud con predominancia.¹³ Es de relevancia mencionar que los barrio de donde proceden los niños que participaron en el estudio hay predominancia de contaminación ambiental y mayor número de infecciones respiratorias. Dentro de las infecciones respiratorias, las

infecciones virales son la mayor causa de exacerbaciones en los episodios de crisis de hiperreactividad bronquial.

Aún el asma siendo una patología de gran prevalencia en la población y sobre todo siendo mal diagnosticada y por ende mal tratada encontramos que los menores de 16 años acudieron con mayor frecuencia al médico entre 3-5 veces en el último año. Probablemente esto está asociado a la gran cantidad de madres inexpertas y la falta de educación de la enfermedad por parte de los trabajadores de salud aun acudiendo al centro los hospitales.

El incremento de los episodios de crisis atribuido a la polución atmosférica y el aumento del hábito tabáquico y la sensibilización precoz del hábitat familiar nuestro estudio se encontró una cantidad elevada de hiperreactividad 4,4 por ciento, en donde la mayor cantidad la encontramos entre 1-4 años, al igual que lo referido por otros autores que afirman una mayor frecuencia también en este grupo de niños.

RECOMENDACIONES

1. Educar a los familiares y al paciente. Uno de los principales problemas de la ineficacia del tratamiento y control del asma es la ignorancia de parte de los familiares del afectado y de él mismo. Si se educa a los familiares y al paciente asmático habría mayor control de las exacerbaciones y por lo tanto de sus consecuencias individuales y colectivas. Los enfermos deben comprender los hechos relevantes de la naturaleza del asma y su tratamiento, así como percibir los beneficios que obtendrán si efectúan cambios apropiados de conducta
2. Incrementar las campañas contra el tabaquismo advirtiendo su asociación con dicha enfermedad, particularmente con las crisis de hiperreactividad bronquial.
3. La implementación por parte de las autoridades de una política que reglamente la ubicación y/o reubicación de las industrias y talleres fuera de zonas urbanas; además utilización de filtros.
4. La regularización de los vehículos con motores de combustión interna con la utilización de catalizadores en sus escapes y la reducción del tiempo de emisión de sustancias nocivas que puedan desencadenar crisis de hiperreactividad bronquial.
5. La creación de un centro nacional del asma para la vigilancia del comportamiento epidemiológico de la enfermedad en las diferentes zonas geográficas a nivel nacional, identificando los factores de riesgo así como el incremento de la prevalencia en poblaciones susceptibles, y así poder medir las consecuencias a nivel clínico, social y económico. Teniendo estos conocimientos tomar medidas preventivas en pro del bienestar de cada una de las comunidades.

REFERENCIAS

1. Behrman RE, Jenson HB, Kliegman RM. *Tratado de pediatría de Nelson*, 4ª ed, México (DF): Mc Graw Hill Interamericana; 2001: I: 727-744.
2. Sánchez-Díaz I. Asma en el niño. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1995; 24: 34-6.
3. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Principios de medicina interna de Harrison*, 15ª ed, México (DF): Mc Graw Hill Interamericana; 2002: II: 1708-1715.
4. Cotran RS, Kumar V, Collins T. *Patología estructural y funcional de Robbins*, 6ª ed, México (DF): Mc Graw Hill Interamericana; 2000: 743-747.
5. Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Goodman-Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica de Goodman y Gilman*, 9ª ed, Méjico (DF): Mc Graw Hill Interamericana; 1996: I: 707-732.
6. Restrepo J, et al. *Fundamentos de medicina neumología*, 4ª ed, Medellín (Colombia): Corporación para Investigaciones Biológicas; 1993: 259-268.
7. Busse WW, Lemanske RF. Asthma. *NEJM*, 2001; 344(5): 350-362.
8. Postma DS, Bleecker ER, Amelung PJ, Holroyd KJ, Xu J, Panhuysen CIM. Genetic susceptibility to asthma-bronchial hiperresponsiveness coinherit with a major gene for atopy. *NEJM*, 1995; 333(14): 894-900.
9. Shapiro SD, Owen CA. Adam-33 surfaces as an asthma gene. *NEJM*, 2002; 347(12): 936-8.
10. Hoshido K, Chapman ID, Morley J. Sympathomimetic agents and airway hyperreactivity. *NEJM*, 1993; 328(9): 665-6.
11. Salvi SS, Suresh-Babu K. Treatment of allergic asthma with monoclonal anti-IGE antibody. *NEJM*, 2000; 342(17): 1292-3.
12. Díaz-Patiño O. Tratamiento farmacológico de la obstrucción bronquial. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1995; 24: 18-21.
13. Moreno-Bolton R. Hiperreactividad bronquial. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1995; 24: 59-63.
14. Picó-Bergantiños MV, Ruiz-González M, Picó-Bergantiños T, García-Pérez M. Marcadores biológicos para el diagnóstico y tratamiento del asma

- bronquial. *Revista Cubana de Medicina*, 1999; 38(1): 24-34.
15. Álvarez J, Aquino E, Morel I, Vidal R, Pérez R. Asma bronquial en Arroyo Toro de Bonao: Aspectos epidemiológicos y factores desencadenantes. *Revista Médica Dominicana* 2004; vol. 65 (1).
 16. Berhrman RE, Kliegman RM, Jonson HB. Asma en: Nelson tratado de pediatría. 17ª ed., Madrid (España): Saunders. 2004: 860-774.
 17. Chaparro M, Ortega-Venega J.E, Reyes-Pérez PE. Asma en: Vélez H. Fundamento de medicina neumológica, 4ta ed., Medellín (Colombia): Corporación para investigación biológicas; 1989: 259-269.
 18. Sharp, Dohme. Asma. En: Manual Merck de información de medicina general océano. Barcelona (España): Copyght © 1999: 179-184.
 19. Parra W. Epidemiología y diagnóstico de asma bronquial. En: Correa JA, Gómez JF, Posada R, Fundamentos de pediatría. 2da ed., Medellín (Colombia): Corporación para investigación biológica. 1999: 999-1011.
 20. Robbins S. Asma. En: Patología Humana. 7ma ed., México. Nueva editorial, 2004. 455-508.
 21. Ransier-Valdez A. Asma. En: Neuomonologia. 3ra ed., Santo Domingo (República Dominicana), 2006: 28-36
 22. Asma. Se consigue en: <http://www.lasalud.cl/helth/FAQ-asma/FAQ110.thm> Moreno-Bolton R. Hiperreactividad bronquial. Boletín escuela de medicina, P. Universidad católica de Chile. 1995. Se consigue en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletín/html>
 23. Rojas W. Asma bronquial alérgica. En: 12ª ed., Medellín (Colombia): Corporación para investigación biológica 2001. 313-321.
 24. Meller L. Asma: En: Manual clínico de neumología. México. Mc Graw-Hill; 1983. 51-70.
 25. Roa J. Asma. En: Neumología. Santa Fe (Bogotá), Mc Graw-Hill Interamericana. 2000. 211-217.
 26. Mcfadder ER. Asma. En: Harrison principio de medicina interna. 16ª ed., Mc Graw-Hill Interamericana; México. 2006: Vol. II. 1666-1675.
 27. Rosales-Acero RM, Karma-Bechara J. Asma Bronquial. En: Partsong PE, Heffener GE. Secretos de la Neumología, 1era ed., México. Mc Graw-Hill Interamericana. 1998; 105-109.
 28. Bechra-Karan J. Asma. En: Neumología Pediátrica. 2ra Ed., México. Nueva Editorial Interamericana. 1993. 191-205
 29. Ahya, Food, Pararjo Thi. Asma. En: El Manual Washington de Terapéutica Médica. 30ava ed., Washington (Estados Unidos), Marban 2001: 245-251.
 30. Abbes A. Asma bronquial. En: Inmunología celular y molecular, 4ta edi., Madrid (España); Mc Graw-Hill Interamericana de España. 2002; 457-461.
 31. Guyton AC, Hall JE. Asma. En: Tratado de fisiología médica. 10ma ed., México Mc Graw-Hill Interamericana. 2001: 593.
 32. Pimentel RD. Nuevos enfoques en el tratamiento del asma bronquial. *Revista Médica Dominicana*. 2001; vol. 62 (2): 81-82.
 33. Ruíz-Rodríguez GA, Castillo-Rodríguez MN, Peralta I, Romero-Frías EA, Vicente S. Incidencia y factores de riesgos del asma bronquial en San José de los Llanos. 2003; vol. 64 (1) 110-111.
 34. Santana-Zorrilla YM, Melo A, Manzueta JB, Espinal SM, Caballero B. Frecuencia de crisis asmática en una población de niños de la provincia Peravia. *Revista médica Secretariado de Médicos Pasantes*. 2006; vol. 17 (1) 96-98.
 35. Boné RC. Metas en el tratamiento del asma una aproximación al cuidado, paso por paso. *Neumas*. 1996. vol. 9 (2-3) 84-92.
 36. Asma bronquial introducción y fisiología se consigue en: <http://traado.uninet.edu/c00802.html>
 37. Abréu-Almanzar YE, Ayola F, Bencosme EE, Pujols-Arias NR, Rivas RA, Pimentel RD. Frecuencia y factores causales de asma bronquial en una muestra de la población del barrio 30 de Mayo de Santo Domingo. *Revista Médica Dominicana*. 2006; vol. 67 (3) 256-263.
 38. Asma y crisis asmática. Se consigue en: <http://tratado.uninet.edu.C020802.html>
 39. Roncoroni AJ. Relación entre asma, atopía, IGE e hiperreactividad bronquial. Instituto de investigaciones médicas Alfredo Larani, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Se consigue: <http://www.medicinabuenosaires.com/revista/vol.58-98/2relacionesentre.htm>
 40. <http://www.respirar.org/pdf/historiadelasma.pdf>
 41. Crooke-Morales RE, Rimas-Nasa K, Wilmore MC, Dilone-Cabrera MC, Demorrisi L, Rabian-Ortega

- A. Incidencia de asma bronquial en menores de diez años en el hospital Alberto Gautreaux de Sánchez. *Revista Médica*. 1999; vol. 8 (1): 20-21.
42. Asma bronquial. Se consigue en: www.respirar.org<http://www.fisterra.com/guias2/asma3.asp>
 43. Factores de riesgo de asma, alergia e hiperreactividad bronquial en niños de 6-8 años. Se consigue en: <http://www.comprumedicina.com/pediatria/pedq81001.htm>
 44. De León Asencio F, Vásquez Jaime MC, Checo Pérez RM, Mejía Hiciano IA, Alcántara Figueroa CJ. *Asma bronquial en una muestra de la población de Invienda Santo Domingo: características epidemiológicas y perspectivas* [Tesis de grado]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Santo Domingo, 2000.
 45. Guzmán S, Guerrero Santana WJ. *Asma bronquial en Boca Chica: perfil epidemiológico y perspectivas*. [Tesis de post-grado]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), 1999.
 46. Encarnación- Casanova M, Hernández Duran D, Lara Moreta M, Amilca García C, Quezada J, Medina Delgado LD. *Prevalencia de sibilancia en la población de niños menores de 16 años de edad de la zona urbana de Boca Chica*. *Rev Méd Dom* 2000; 61 (1).
 47. Pimentel RD, González Carpio J, Morel I, Tejada D, González FQ y Ramírez Sosa MA. *Asma bronquial en niños: estudio de la evolución y los factores de agresión*. *Neumos* 1992; 7 (3-4):12-14.
 48. Pimentel RD, Arias ML, Cruz EM, Roque Z, Minervino RA. *Asma bronquial en Santo Domingo: Aspectos epidemiológicos y perspectivas*. *Rev, UCEMED* 1986; 4 (1-2):29-33.
 49. Pimentel RD, Gómez Feliz M. El niño con sibilancias. *Acta Med Dom* 1991; 13 (6):247-255.
 50. Pimentel RD y Gómez Feliz M. *Guía diagnóstica y de tratamiento para el niño con asma bronquial*. *Rev Med Dom* 1988; 49 (3):61-64.
 51. *A Potted History Of Asthma*. En: www.asthma-help.co.uk/history.htm
 52. *Asthma through the ages*. En: www.merck.com/disease/asthma/asthma_timeline/home2.html
 53. National Heart Lung, and Blood Institute, Global Initiative for asthma. Bethesda, Maryland, USA. Revised 2002.
 54. *Conceptos actuales de asma Bronquial*. En: <http://www.iladiba.com/upr/1997/No111997/HTM/ASMA.asp>
 55. *El asma, la epidemia del Siglo XXI*. En: <http://www.infodoctor.org/respirar/principal/epidemia.htm>
 56. Pimentel RD, Vásquez E, Torres S, et al. Asma bronquial infantil en la provincia de La Vega. *Rep Dom. Rev de la Asoc Med de Santiago* 1984; 4 (1).
 57. Martínez Amadiz I, Madera Quezada RR, De León HY, Canario M, Pimentel RD. Aspectos epidemiológicos del asma bronquial en menores de 16 años en el ensanche La Isabelita de la ciudad de Santo Domingo. *Rep Dom. Rev Med Dom* 2000; 61(1):202-209.
 58. Differences in incidence of reported asthma related to age in men and women. A retrospective analysis of the data of the European Respiratory Health Survey. *Am J Respir Crit Care Med* 2000 Jul;162(1):68-74

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.

CONOCIMIENTO BÁSICO ACERCA DEL VIRUS Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA) DEL ADOLESCENTE EN LA ZONA URBANA DE CABRERA, MARÍA TRINIDAD SÁNCHEZ.

Mildred I. Gómez G.,* Johana E. Martí P.,* Doris D. Mejía G.,*
Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una encuesta epidemiológica transversal dirigida a adolescentes de la zona urbana del municipio de Cabrera de la provincia María Trinidad Sánchez, República Dominicana.

Los resultados de la encuesta señalan que aproximadamente un 100,0 por ciento (99,7%) de los adolescentes, ha oído hablar de la enfermedad. El conocimiento general de la enfermedad alcanza un porcentaje promedio de 67,6. Debe destacarse que un 98,5 por ciento de los entrevistados afirmó que una persona puede morir de SIDA y un 9,0 por ciento respondió «No sólo los homosexuales pueden contraer el SIDA». Un 51,5 por ciento sabe que una persona con apariencia saludable y que goce de buena salud puede transmitir la enfermedad, 5,7 por ciento no es consciente del riesgo que puede correr una persona. En el caso del conocimiento acerca de si sólo los homosexuales pueden contraer el SIDA, 291 (87,7%) respondieron «No», mientras que 30 (9,0%); 11 (3,3%) no sabían o no respondieron.

Un 98,8 por ciento conoce que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales; 98,2 por ciento, sabe que a través de las transfusiones con sangre contaminada se puede transmitir el VIH; 94,6 por ciento afirma que a través jeringas contaminadas puede adquirirse el VIH; 80,1 por ciento conoce que una mujer embarazada puede contagiar a su bebé durante el embarazo, en cambio, 19,9 por ciento no conoce esta condición, no lo sabe o se negó a responder. El nivel de conocimiento promedio de la vía de transmisión del VIH fue de 92,9 por ciento.

Sólo un 78,3 por ciento conoce que el preservativo es una medida preventiva contra el VIH/SIDA, mientras que 21,7 por ciento dijo que No, no lo sabe o no respondió. En cambio, 19,9 por ciento afirmó que las pastillas anticonceptivas representan un medio preventivo para el VIH/SIDA, 50,0 por ciento respondió que «No» 23,5 por ciento no lo sabe y 6,6 por ciento no respondió. Un 27,4 por ciento dijo que el dispositivo intrauterino es un medio eficaz para la prevención del VIH/SIDA, mientras que 72,6 por ciento dijo No, no sabía o no respondió. El promedio de conocimiento con relación al uso de anticonceptivos fue de 67,0 por ciento.

* Médico general

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

Palabras claves: Conocimiento básico, Virus de Inmunodeficiencia humana, Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, adolescentes.

ABSTRACT

This is a descriptive and prospective study based on a transversal epidemiologic survey directed towards adolescent youth living in the urban zone of Cabrera, Maria Trinidad Sanchez, Dominican Republic.

The survey provided to the adolescent youth has revealed that nearly hundred percent (99.7%) of them have heard about AIDS. From the survey one is able to infer that an average of 67, 6 per cent of adolescent youth have a general knowledge of the disease. It is important to emphasize that a 98, 5 per cent of adolescent youth can confirm that a person can die of AIDS. In addition 51, 5 per cent know that person that appears healthy is still able to pass along AIDS to their partner, but 5, 7 per cent of those surveyed are unknowledgeable about the risks that a person can take.

When asked about whether homosexuals could contract AIDS, 291 (87, 7%) of those answered «No», 30 (9, 0%) answered «yes» and 11 (3, 3%) were unable to answer. Furthermore only 9, 0 per cent of the adolescent youth surveyed were able to distinguish that « Not only the homosexuals can contract AIDS».

Of that adolescent youth surveyed 98, 8 per cent knew that HIV is transmitted through sexual relations; 98, 2 per cent knew that transfusions with contaminated blood can transmit HIV; 94, 6 per cent confirmed that through contaminated syringes one can acquired HIV; 80, 1 per cent knew that a pregnant woman with HIV can infect her baby, but on the other hand 19, 9 per cent were unaware of this condition or were unable to respond. The average level of awareness about the different ways to contract HIV was around 92, 9 per cent.

Only 78, 3 per cent knew that using a condom during sexual activities was a good preventive measure against the HIV/AIDS, whereas 21, 7 per cent said No, or were unable to respond. However, 19, 9 per cent confirmed that contraceptives pills were also a preventive form of measure against HIV/AIDS, 50,0 per cent said «No» 23,5 per cent did not know and

6, per cent were unable to respond. Also 27, 4 per cent said that the intrauterine device is an effective method of prevention against HIV/AIDS, whereas 72, 6 per cent said No, or were unable to respond. The average level of awareness in relation to the contraceptives pills was 67, 0 per cent.

Key word: Basic knowledge, Human Immunodeficiency Virus, Human Immunodeficiency Syndrome, Adolescent.

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 1987, de Moya y Brea de Cabral realizaron un estudio sobre los cambios notificados en los conocimientos, actitudes y prácticas del público en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), encontrando que casi 90 por ciento de las personas entrevistadas señalaban que leían atentamente los artículos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) publicados en diarios y revistas.¹

El mismo estudio reportó que 95 por ciento de los encuestados sabían que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se transmitía por medio de inyecciones intravenosas, 97 por ciento por relaciones sexuales con prostitutas, homosexuales y por transfusiones de sangre contaminada y un 84 por ciento por transmisión de la madre al hijo.¹

Para 1987 el 4 por ciento de la población tenía la creencia errónea de que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se podía transmitir dándole la mano a una persona infectada; un número sorprendente de personas creía que se podía transmitir en los baños públicos (35%), trabajando cerca de alguien que estuviese infectado con el virus (29%), usando vasos mal lavados (22%) y en restaurantes (11%). Al cuestionárseles acerca de que harían para evitar contagiarse con el virus 93 por ciento optaron por una relación monogama; 90 por ciento señalaron que organizarían grupos de protección a la salud; 87 por ciento afirmó que, en casos de necesitar transfusiones pedirían sangre a personas conocidas; 71 por ciento señaló que utilizarían condones y un 38 por ciento indicaron que adoptarían prácticas sexuales menos riesgosas (de Moya y Brea).¹

En un informe preliminar de la encuesta demografía de salud (ENDESA-2002)² acerca del conocimiento y la prevención de virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), a los entrevistados se les preguntó si habían escuchado hablar del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y si creían que existían formas de evitar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La encuesta se realizó a hombres y mujeres tomando en cuenta las siguientes características: Edad, estado conyugal, educación y lugar de residencia; se reportó que prácticamente toda la población entrevistada (99 por ciento) había oído hablar de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y porcentajes altos de la población creen conocer formas de evitar el contagio con el virus, sin diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, al considerar el conocimiento por los diferentes grupos etareos, la proporción de mujeres que se

manifestó enterada es siempre mayor que la de hombres. La proporción de jóvenes, hombres y mujeres que conocen de la enfermedad es menor que la población adulta.³

El estado conyugal no permite establecer diferencias en el conocimiento del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Los porcentajes de entrevistados que conocen sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) aumentan con la escolaridad al pasar del 94 por ciento en la población analfabeta al 100 por ciento entre la población con educación superior. Uno de cada diez del total de personas entrevistadas no cree que haya formas de evitar el contagio, mientras tres de cada diez personas sin escolaridad tienen esta concepción (Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA, 2002).²

A las entrevistadas se les preguntó sobre su propia percepción de los riesgos de contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): si eran pequeños, moderados, grandes o si no tenía ningún riesgo. Los resultados arrojaron:

1. Menos del 1 por ciento (0.7%) de las personas entrevistadas no habían oído hablar del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el 2.7 por ciento de las mujeres y el 2.4 por ciento de los hombres creen que no existe forma de evitar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).⁴
2. Que prácticamente la mitad (53 %) de las mujeres entrevistadas no se perciben con riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y un número insignificante (0.1%) admite tener el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La edad, el nivel educativo y el estado conyugal más que la zona de residencia, amplían la distancia entre la proporción de mujeres que se percibe en riesgo. Así, el 39 por ciento de mujeres con educación superior, el 59 sin educación y el 60 por ciento con estudios de primero a cuarto de primaria creen que no tienen ningún riesgo de contagio.³
3. Aproximadamente una por cada diez mujeres (11 %) tienen la percepción de que se encuentran con grandes posibilidades de riesgo de contraer la enfermedad. Esta percepción no varía sustancialmente con la edad, con el estado conyugal, la zona de residencia y la escolaridad.³

El mismo estudio reportó que el 93 por ciento de las mujeres que han escuchado hablar del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) entienden que la apariencia saludable de la persona no impide que esta pueda padecer de la enfermedad. Esta concepción está presente en una proporción mayor de mujeres de la zona urbana (94%), con educación secundaria (96 por ciento) y con educación superior (99%). En este aspecto no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edades estudiados.²

En la encuesta demográfica de salud (Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA) 2002 se hicieron preguntas sobre uso

de condón tanto a hombres como a mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Se trató de conocer la relación de parentesco con la persona con quien los entrevistados tuvieron la relación para distinguir la pareja sexual regular de la no regular, cohabitante o no.²

Resultados:

El uso del condón es poco extendido entre las mujeres. Tan sólo el 2 por ciento de las mujeres usaron condón en su última relación sexual con su esposo o compañero. Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 20-24 años (3%), en las mujeres divorciadas o separadas (5%) y entre aquéllas con mayor educación (3%).²

La proporción de mujeres que usaron el condón en su última relación aumentó significativamente cuando se trató del compañero con quien no vive. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (25%) usaron el condón en las circunstancias señaladas.²

En un estudio acerca del conocimiento de los estudiantes de medicina de último año de la carrera, realizado en el año 2002, se encontró que:

Con respecto al conocimiento general:

1. Los estudiantes tienen conciencia de que el sida elimina las defensas naturales del cuerpo humano contra las enfermedades 96.3 por ciento.³²
2. Que es un síndrome mortal 93.8 por ciento.⁵
3. Que puede atacar ambos sexos 94.3 por ciento.⁵
4. existe una vacuna 85.7 por ciento.⁵
5. una persona puede estar infectada con el virus y no tener síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 69.9 por ciento.⁵

El conocimiento que tienen los estudiantes sobre la transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA):

1. recibiendo transfusión con sangre contaminada 99.4 por ciento.⁵
2. por medio de agujas y jeringas contaminadas 98.2 por ciento.⁵
3. cualquier persona con el virus puede contagiar a otra si tienen relaciones sexuales íntimas 96 por ciento.⁵
4. una mujer con el virus puede contagiar a su bebe durante el embarazo 94.7 por ciento.⁵
5. una persona puede contagiarse donando sangre 58.2 por ciento.⁵

El porcentaje que afirma que existe posibilidad de contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) según diferentes situaciones:

1. Beso con intercambio de saliva con una persona con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 85.1 por ciento.⁵
2. Usando platos, cubiertos o vasos de un elemento con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 76.0 por ciento.⁵
3. Por la tos o estornudo de una persona con sida 70.1 por ciento.⁵
4. Por medio de inodoros que han sido usados por personas

con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 67.4 por ciento.⁵

5. Besando en la mejilla a una persona que tiene síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 53.8 por ciento.⁵
6. Trabajando cerca de alguna persona con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 51.7 por ciento.⁵
7. Por medio de teléfonos usados por personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 45.8 por ciento.⁵

Con respecto a las diferentes formas de prevención:

1. El uso de condón en las relaciones sexuales es una buena conducta contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 79.3 por ciento respondió afirmativamente.⁵
2. No tener relaciones es la mejor prevención contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 50.2 por ciento respondió afirmativamente.⁵

En febrero 1987 las cuatro series de encuestas realizadas en Brasil revelaron que 64 por ciento de las personas entrevistadas en las ocho capitales (en comparación con 50% en un estudio similar realizado en 1985) se consideraban bien informadas o bastante bien informadas sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y temían infectarse. Los hombres homosexuales y bisexuales (88%) y los jóvenes de Sao Paulo (65%) eran quienes estaban mejor informados sobre la índole del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en tanto que las prostitutas (49%) eran las menos informadas. Al parecer, dos tercios de las personas entrevistadas se habían enterado de las vías de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (relaciones sexuales, transfusiones y agujas contaminadas) por medio de las campañas del ministerio de salud y los medios de difusión. Sin embargo, un porcentaje considerable de las prostitutas (49%) y algunos sujetos del grupo general (23%) abrigaban la creencia errónea de que la enfermedad se podía propagar también al besar o abrazar a una persona y al darle la mano.¹

En México para 1987 cuando se inició la campaña nacional de educación sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la Secretaria de Salud de México realizó una encuesta de 1,961 personas de 15 o más años de edad en la ciudad de México. De los 1961 participantes, 976 (50%) afirmaron que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) era un tipo de cáncer, 788 (40%) dijeron que no lo era y 197 (10%) señalaron que no sabían. El 86 por ciento indicaron que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) era una enfermedad infecciosa, pero un porcentaje sorprendente (36%) pensaba que era curable. Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas estaban seguras de que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) causaba la muerte y creían que los varones homosexuales y las prostitutas estaban más expuestos a la enfermedad que cualquier otro grupo. Dos tercios de los participantes pensaban que cualquier persona podía contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Y más de la mitad temían que ellos o algún miembro

de la familia contrajeran el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) por una razón u otra.¹

Casi todas las personas entrevistadas sabían cuales eran las principales vías de transmisión: más de 90 por ciento señalaron que la enfermedad se podía transmitir por medio de relaciones sexuales con una persona infectada, transfusiones de sangre contaminada o el uso de agujas o jeringas contaminadas. Además, 89 por ciento afirmaron que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se podía transmitir por vía perinatal.¹

Muchos también abrigaban la creencia errónea de que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se podía transmitir a una persona que dona sangre (75%) y 52 por ciento señalaron que los condones constituían una barrera eficaz contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).¹

Setenta y uno por ciento de los participantes señalaron que habían adquirido conocimientos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) de los mensajes educativos dirigidos al público, en tanto que 67% indicaron que se habían enterado leyendo periódicos.¹

En una encuesta demográfica de salud de Lima, Perú realizada en el año 2000 se encontró que:

1. El 87 por ciento del total de mujeres entrevistadas en el país declaran haber oído hablar de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la enfermedad llamada síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): 25 por ciento lo conoce pero no sabe como evitarlo y 63 por ciento de las entrevistadas conoce alguna forma válida de evitar infectarse con esta enfermedad.⁶
2. El desconocimiento de la existencia del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) es más frecuente entre las mujeres sin educación, segmento poblacional donde 6 de cada 10 mujeres entrevistadas no ha oído hablar de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la enfermedad llamada síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sin considerar que de las cuatro que han oído hablar de la enfermedad cerca de dos no conoce forma alguna de evitar infectarse.⁶
3. Sólo el 63 por ciento de las mujeres entrevistadas conoce alguna forma válida de evitar infectarse con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): 44 por ciento una forma válida y 19 por ciento dos o más formas válidas.⁷
4. Entre las formas válidas más conocidas para evitar el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) destacan, limitado número de compañeros sexuales y mediante el uso del condón, las que son identificadas por el 38 y 33 por ciento de las mujeres en edad fértil, respectivamente.⁶
5. La prevención del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

(VIH/SIDA) limitando el número de compañeros sexuales es más frecuente entre las mujeres de 25-29 (43%), entre las mujeres con educación superior y entre las mujeres que residen en el área urbana, particularmente entre las mujeres de Lima Metropolitana y entre las residentes en los departamentos de Tumbes, Junín, Arequipa, Ica y Tacna, donde más del 45 por ciento de las entrevistadas consideran a ésta como una forma válida de evitar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).⁶

6. El uso del condón como forma de evitar el contagio del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), es más frecuentemente mencionado por las mujeres de 20-24 años (39 por ciento), las solteras sexualmente activas (46%), las que tienen educación superior (53%) y entre las residentes en el área urbana (42%), particularmente en Lima Metropolitana (46%) y entre las residentes en los departamentos de Ica, Loreto, Ucayali, Tacna y Madre de Dios, donde ésta razón es mencionada por más del 42 por ciento de las entrevistadas.⁶

En una encuesta realizada en estudiantes universitarios para el año 2005, se encontró que las mujeres tenían más conocimientos acerca de las generalidades y la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).⁸

Justificación

El virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA es la causa principal de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva, definida como las mujeres entre quince y cuarenta y nueve años. A finales del 2001, mujeres en ese grupo de edad constituían el 51 por ciento de la población viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en la República Dominicana. La proporción de mujeres es mayor en el caso de personas que se infectaron con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) recientemente. El Programa de Naciones Unidas del VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que más del 70 por ciento de las nuevas transmisiones de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ocurren en relaciones sexuales heterosexuales, lo que hace pensar que la proporción de mujeres viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tenderá a crecer.⁹

Debido a la carencia del poder social y económico de muchas mujeres, no pueden negociar las relaciones basadas en abstinencia, fidelidad y el uso del condón. Las mujeres son particularmente vulnerables al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), con alrededor de la mitad de todas las infecciones a nivel mundial. Esta vulnerabilidad es sobre todo debido al conocimiento inadecuado sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), al acceso escaso a los servicios de la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), a la inhabilidad de negociar un sexo más

seguro, y a una carencia de los métodos hembra-controlados de la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las mujeres son a menudo impotentes de abstenerse al sexo o insistir en el uso del condón.¹⁰

El doctor Alberto Fiallo Billini, ex director ejecutivo del Consejo Presidencial para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (COPRESIDA), estimó que la cifra alcanza a una población que oscila entre las 23 mil y 25 mil mujeres.¹¹

En algunas de las regiones más afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), más de la mitad de las mujeres entre 15 a 19 años nunca ha oído hablar de el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o tienen por lo menos una falsa idea acerca de cómo se transmite el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁰

Hay una necesidad urgente de mejorar el nivel de conocimiento de la población, no solamente sobre niveles de la infección y del predominio, sino también sobre el modo de transmisión y el grado a el cual los servicios del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) están alcanzando a mujeres que los necesitan.¹¹

Datos recolectados en 35 de 48 países demuestra que los hombres jóvenes (20%) tienden a tener conocimiento correcto acerca del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en comparación con las mujeres jóvenes.¹¹

El 85 por ciento de la población conoce las tres formas programáticas de evitar la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH): abstinencia sexual, uso del condón, limitar el número de parejas. Para el año 2002 el 53 por ciento de las mujeres consideraba que no tenía ningún riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En 1996 era de un 72 por ciento.¹²

Aunque hay más hombres que mujeres entre las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en la región de las América, la proporción de mujeres infectadas y afectadas por la epidemia está en aumento. Esta tendencia es más acusada en los lugares donde las relaciones heterosexuales representan la vía predominante de transmisión. Las mujeres son especialmente vulnerables a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y al impacto de la epidemia sobre la población a causa de las desigualdades por razón de género.¹³

La prevalencia de mujeres infectadas esta rebasando a los hombres en las zonas urbanas. En 2005, 17.5 millones de mujeres están viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) un millón más que en 2003.¹¹ En el 2002 se mide por primera vez en la República Dominicana la seroprevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en una muestra a nivel nacional, arrojando una prevalencia de 1 por ciento de la población entre 15-49 años; aproximadamente 46,500 personas infectadas (Encuesta Demográfica y de Salud – ENDESA 2002). La epidemia del VIH actualmente ha completado su transición de epidemia concentrada en grupos

de alto riesgo a epidemia generalizada (a toda la población). La prevalencia total en hombres es de 1.1 por ciento, encontrando más baja prevalencia en jóvenes de 15-19 años y la más alta en el grupo de 30-34 años. En mujeres, la prevalencia total fue de 0.9 por ciento, siendo ésta más baja en grupos jóvenes y más alta en el grupo de 45-49 años.¹²

La prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) según las zonas de salud reporta que la tercera zona de mayor prevalencia es la II donde encontramos a María Trinidad Sánchez y a Santiago de los caballeros, con una prevalencia de un 1,3 por ciento.¹²

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que se desarrolló a través de una encuesta epidemiológica transversal dirigida a adolescentes de la zona urbana de Cabrera, Nagua, República Dominicana.

Área de estudio

El estudio tuvo como escenario geográfico el municipio de Cabrera. Este pertenece a la provincia María Trinidad Sánchez. La delimitación del municipio es: al Sur, al Este, al Norte, al Oeste, (mapa cartográfico).



Población y muestra

Para cumplir con los propósitos de la encuesta, se definió como población de interés a todas las personas de 10 a 19 años (ambos sexos), residentes habituales de las viviendas particulares de la zona urbana del municipio de Cabrera.

Como marco muestral se emplearon los resultados del Censo de población y vivienda del 2002, los cuales fueron suministrados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE). A este listado se le hicieron ciertos ajustes para usarlo como marco. En primer lugar se hicieron estimaciones de las cifras hasta el 2007, para tener cifras más actualizadas.

El universo estuvo representado por todas los adolescentes de la zona urbana de Cabrera, reportados por la Oficina Nacional de Estadística según el Censo del 2002, que representan, de los cuales son adolescentes. De la zona urbana son, de éstos,

son adolescentes entre 10 y 19 años. La muestra se calculó mediante la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pq}{NE^2}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza

p= variabilidad positiva

q= variabilidad negativa

N=tamaño de la población

E = precisión o error

Tomando en cuenta el nivel de conocimiento de otros estudios hechos en República Dominicana en estudiantes (30,0%) y con un coeficiente de seguridad de un 95 por ciento y un coeficiente de error de un 0,05, se calculó la muestra en 302 adolescentes. Para evitar posibles sesgos a la muestra obtenida se le agregó el 10,0 por ciento, por lo que la muestra final fue de 302.

Para la selección de las mujeres a entrevistar dentro de los segmentos compactos seleccionados, se utilizó una hoja ruta. En esta se anotaron por orden secuencial, dentro de cada segmento, cada una de las viviendas encontradas y dentro de cada vivienda, los adolescentes residentes permanentes. A todos los adolescentes se les realizó la entrevista.

Criterios de inclusión

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

1. Residente actual de la zona urbana del municipio de Cabrera, María Trinidad Sánchez.
2. Jóvenes cuyas edades comprendan los 10-19 años.

Instrumentos de recolección de la información

La información fue recogida por una entrevista directa, mediante un cuestionario estructurado. Específicamente, el módulo del SIDA comprendió una serie de 15 preguntas constituidas con base en el panfleto «SIDA: no muera por ignorancia» y el artículo «El SIDA: una crisis de salud pública». Las preguntas realizadas se orientaron a evaluar el conocimiento de aspectos generales del síndrome, formas de transmisión y formas de prevenir la enfermedad por la vía sexual.

Para cumplir con los propósitos de la encuesta, se definió como población de interés a todas las mujeres en edad fértil —15 a 49 años de edad— residentes habituales de las viviendas particulares de la zona urbana del municipio de Cabrera. Debido a que el reporte del censo no especifica los jóvenes con edades 18 y 19 años, se decidió calcular la muestra a con las informaciones del censo entre los 10 y 17 años.

Como marco muestral se emplearon los resultados del censo de Población y vivienda del 2002, los cuales fueron suministrados por la Oficina Nacional de Estadística. Al listado suministrado por esta oficina se le hicieron ciertos ajustes para usarlo como marco de referencia.

Procedimiento

Previamente al inicio del estudio se realizó una prueba piloto con fines de entrenar a los recolectores de datos para el reconocimiento y llenado del cuestionario y estandarizar las actividades relacionadas a la aplicación del cuestionario como fueron el llenado y codificación de los mismos.

Las preguntas contenidas en el cuestionario se llenaron a través de entrevistas directas. Esta actividad fue desarrollada por cuatro estudiantes de último año de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, los que se encargaron de la recopilación de los datos, en base al cuestionario estandarizado aplicado a las mujeres ya señaladas. Estas mujeres fueron previamente identificadas en el sector involucrado para el desarrollo del estudio. El llenado del formulario se llevó a cabo en el mes de diciembre del 2007.

Tabulación

Los datos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó programas de computadoras: Epi-info, versión 1.2.3 (Marzo, 2006). El programa usado para calcular los errores muestrales toma en consideración que el diseño empleado es complejo e incluye estratificación, selección sistemática de conglomerados y sub muestreo de segmentos compactos.

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 de la presente investigación fueron estudiadas, en primer lugar como hechos epidemiológicos. Se calcularon las proporciones simple. Dichos efectos fueron estimados con el uso del Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95 por ciento (IC 95%), mediante la regresión logística. Toda probabilidad con un valor de $p < 0.05$ fue considerada estadísticamente significativa.

Para medir los índices de conocimiento general se utilizó la (V de Cramér x 100).

Aspectos éticos

En primer lugar se solicitó permiso a la sindicatura del municipio de Cabrera para ejecutar la encuesta-entrevista (anexo XIII.7). Los adolescentes recibieron la explicación de lugar y se les leyó un documento de consentimiento informado donde todos consintieron participar en la encuesta entrevista, todos se les entregó la ley N° 93, finalmente se hizo el compromiso de no incluir identificación en el formulario, así como no divulgar las informaciones suministradas (anexo XIII.8).

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta señalan que aproximadamente un 100,0 por ciento (99,7%) de los adolescentes de la zona urbana de Cabrera, ha oído hablar de la enfermedad. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Conocimiento general del VIH/Sida de los adolescentes de la zona urbana del municipio de Cabrera, María Trinidad Sánchez. 2008.

Núm. total de casos 332	Conocimiento %
Preguntas	Sí No NS* NR** Total
1. Ha oído hablar del Sida	331 0 0 1 332
2. El Sida es una enfermedad mortal para la cual no existe cura	257 57 18 0 332
3. Una persona puede morir de Sida	327 5 0 0 332
4. Sólo los hombres homosexuales pueden contraer el Sida	30 291 8 3 332
5. Una persona con apariencia saludable y que goce de buena salud puede transmitir Sida	171 138 19 4 332

* No sabe

** No responde

El conocimiento general de la enfermedad alcanza un porcentaje promedio de 67,6 por ciento. Debe destacarse que un 98,5 por ciento de los entrevistados afirmó que una persona puede morir de SIDA y un 9,0 por ciento respondió «No sólo los homosexuales pueden contraer el SIDA».

Por otra parte, es conveniente observar que un 51,5 por ciento de los adolescentes sabe que una persona con apariencia saludable y que goce de buena salud puede transmitir la enfermedad. Aunque se podría afirmar que el porcentaje obtenido es alto, es necesario advertir que cerca de un 6 por ciento (5,7%) no es consciente del riesgo que puede correr una persona, o ella misma en el peor de los casos (respondió que No un 41,6 por ciento).

En el caso del conocimiento acerca de si sólo los hombres homosexuales pueden contraer el SIDA, 291 (87,7%) respondieron «No», mientras que 30 (9,0%); 11 (3,3%) no sabían o no respondieron.

En el cuadro 2, se presenta el conocimiento que tienen los adolescentes del municipio de Cabral. Un 98,8 por ciento conoce que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales,

pero 1,2 por ciento no lo sabe; 98,2 por ciento, sabe que a través de las transfusiones con sangre contaminada se puede transmitir el VIH, mientras que 1,8 dijo que no o no sabía; 94,6 por ciento afirma que a través jeringas contaminadas puede adquirirse el VIH, mientras que 5,4 dijo «No» o no lo sabía; 80,1 por ciento conoce que una mujer embarazada puede contagiar a su bebé durante el embarazo, en cambio, 19,9 por ciento no conoce esta condición, no lo sabe o se negó a responder. El nivel de conocimiento promedio de la vía de transmisión del VIH fue de 92,9 por ciento.

Cuadro 2. Distribución de los adolescentes entrevistados según conocimiento acerca de la transmisión del VIH/SIDA. Cabrera, María Trinidad Sánchez, 2007.

Transmisión

No. Total de casos 332	Conocimiento %
Preguntas	Sí No NS* NR** Total
1. Por relaciones sexuales	328 2 1 1 332
2. A través de transfusiones de sangre contaminada	326 1 4 1 332
3. Por medio de jeringas contaminadas	314 7 8 3 332
4. ¿Una mujer con Sida puede contagiar a su bebé durante el embarazo?	266 34 23 9 332

* No sabe

** No responde

Con relación a la prevención, en el cuadro 3, se presenta el conocimiento que tenían los adolescentes de Cabrera con respecto al uso de anticonceptivos como protección contra el VIH/SIDA. Sólo un 78,3 por ciento conoce que el preservativo o condón es una medida preventiva contra el VIH/SIDA, mientras que 21,7 por ciento dijo que no, no lo sabe o no respondió. En cambio, 19,9 por ciento afirmó que las pastillas anticonceptivas representan un medio preventivo para el VIH/SIDA, 50,0 por ciento respondió que «no» 23,5 por ciento no lo sabe y 6,6 por ciento no respondió. Un 27,4 por ciento dijo que el dispositivo intrauterino es un medio eficaz para la

prevención del VIH/SIDA, mientras que 72,6 por ciento dijo no, no sabía o no respondió. El promedio de conocimiento con relación al uso de anticonceptivos fue de 67,0 por ciento (cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución de los adolescentes entrevistados según conocimiento acerca del uso de anticonceptivos para la prevención del VIH/SIDA. Cabrera, María Trinidad Sánchez, 2007.

No. Total de casos 332	Conocimiento %
Preguntas	Sí No NS* NR** Total
1. Condón	253 57 14 8 332
2. La pastilla anticonceptiva	66 166 78 22 332
3. Dispositivo intrauterino	91 65 151 25 332

* No sabe

** No responde

En el Cuadro 4 se observan los diferenciales del conocimiento general y al respecto se obtiene que:

1. Los porcentajes por edad y estado conyugal no presentan un patrón definido, en algunos casos se dan pequeñas diferencias y existe una baja asociación.
2. La edad tiene influencia en el conocimiento: la adolescencia precoz (10-13 años) índice de 5,6; la intermedia (14-16 años) índice de 6,8 y la tardía (17-19 años) índice de 7,2.
3. El sexo femenino (índice de 7,2) tiene menor conocimiento que el masculino (índice de 8,1).
4. El conocimiento general se encuentra más asociado al nivel de educación que al resto de las variables: entre mayor es el nivel educativo, mayores son los porcentajes que respondieron correctamente.
5. Los adolescentes unidos (índice 8,2) tienen mejor conocimiento que los no unidos (índice de 6,3).

Una de las dimensiones del nivel de conocimiento sobre el SIDA son las formas de transmisión. Se conoce que estas vías son limitadas y sólo el contacto más íntimo, el que supone intercambio de semen o sangre de una persona a otra, puede transmitir el virus (Cuadro 2).

Cuadro 4. Distribución del índice de nivel de conocimiento con respecto al SIDA y puntaje por grupos de edad, estado conyugal y educación (adolescentes 101-19 años), zona urbana del municipio de Cabrera, María Trinidad Sánchez, 2007.

Variables	Número	Índice (Porcentaje)
Total	332	100,0
Puntaje:		
0-4	24	7,2
5-6	63	19,0
7-8	132	39,7
9-10	113	34,0
		Promedio (8,0)
Grupo de edad:		
10-13	106 (31,9)	5,6
14-16	105(31,6)	6,8
17-19	121 36,5)	7,2
(Eta x 100)	3	
Sexo:		
Femenino	173 (52,1)	7,2
Masculino	159 (47,9)	8,1
(Eta x 100)	2	(7,7)
Estado conyugal:		
Unido	36 (10,8)	8,2
No unido	296 (89,2)(6,3
(Eta x 100)	2	(7,3)
Nivel de educación:		
Analfabeto	0	0
Primaria	13 (3,9)	3,9
Secundario	318 (95,8)	9,5
Universitario	1 (0,3)	10,0
(Eta x 100)	4	(7,8)

En el cuadro 5 se presentan los errores muestrales de respuestas afirmativas. El programa usado para calcular los errores muestrales toma en consideración que el diseño empleado es complejo e incluye estratificación, selección sistemática de conglomerado y sub muestreo de segmentos compactos.

Cuadro 5. Errores muestrales de respuestas afirmativas (Incluye 332 adolescentes de 10-19 años).

Descripción	(%)	EE (%)	DEFT	Rho
CONOCIMIENTO GENERAL				
Ha sido habido	99,7	0,6	1,40	0,077
Eficiencia sexual sin coito	77,4	1,5	1,51	0,105
Una mujer puede morir	98,5	0,8	0,96	-0,007
Sólo homosexuales lo transmiten	9,0	1,1	1,28	0,046
Persona con agnoscencia saludable lo puede transmitir	41,6	2,0	1,52	0,105
FORMA DE TRANSMISIÓN				
Relaciones sexuales con Personas infectadas	98,8	0,8	1,39	0,074
Transfusiones de sangre contaminadas	98,2	1,1	1,30	0,062
Jeringas contaminadas	94,6	1,0	1,30	0,054
Al bebé durante el embarazo	80,1	1,0	1,14	0,024
USO DE ANTICONCEPTIVOS				
El condón	76,2	1,4	0,97	-0,004
La pastilla anticonceptiva	50,0	0,6	0,99	-0,001
Dispositivo intrauterino	19,6	0,5	1,82	-0,001
CONOCIMIENTO BÁSICO				
Índice*	8,06	0,08	1,40	0,086

* Se presenta el puntaje porcentual y su error estándar (en porcentaje).

NOTA: EE= Error estándar
DEFT= Efecto del diseño
Rho= Coeficiente de homogeneidad

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta sugieren la existencia de al menos tres aspectos relacionados con el nivel de conocimiento de los adolescentes que deben comentarse en función de las campañas educativas de lucha contra el VIH/SIDA.

El primero se refiere al hecho de que, existe un alto grado de conocimiento con respecto a la posibilidad de contagio de un adolescente, incluyendo su muerte. Además se elimina, sin duda, el mito de que el SIDA sólo puede afectar a los homosexuales o a los hombres. Sin embargo, cabe mencionar que una gran mayoría de las personas infectadas con el VIH no presentan síntomas, ignoran que son portadores del virus y es probable que puedan transmitir el virus a otros. Los resultados de la encuesta señalan que poco menos de dos tercios (58,4%) de los entrevistados no sabía que una persona con apariencia saludable puede transmitir el virus del SIDA. Aunque en realidad podría argumentarse que el porcentaje es relativamente bajo, debe considerarse ser conocido por la totalidad de la población.

En la encuesta se encontró que existe un alto nivel de conocimiento, debido a que los porcentajes son mayores al 98 por ciento. Aproximadamente un 98,8 por ciento de los adolescentes respondió que el SIDA puede ser transmitido mediante relaciones sexuales con una persona infectada, y además, cerca de un 98,2 por ciento sabe que una persona también puede contraer la enfermedad por medio de transfusiones de sangre^{18*} y jeringas contaminadas. Además un 80,1 por ciento afirma que un adolescente (en este caso mujer) infectado puede contagiar a su bebé durante el embarazo, pero 17,2 por ciento no conoce esta situación o no lo sabe.

En segundo lugar, los resultados sobre el uso del condón como una forma de prevenir el contagio del HIV por la vía sexual deben considerarse cuidadosamente. Las respuestas señalan que existe un bajo porcentaje que conoce esta forma de prevención (76,2 %) y que este conocimiento es menor en las mujeres. El cuidado debe dirigirse al hecho conocido de que el virus causante del SIDA ataca con más frecuencia a las personas de 20 a 40 años de edad y que debido al largo periodo de incubación, muchos de estos jóvenes adultos se habrían infectado con el virus en la adolescencia. En República Dominicana se conoce que la primera relación sexual, para el caso específico de las mujeres, se produce a una edad promedio de 14,5 años y además se sabe que un 26,0 por ciento de las jóvenes solteras tienen una vida sexual activa y casi la mitad no emplea ninguna protección. Adicionalmente, debe señalarse que la pregunta planteada en el cuestionario es general y mide superficialmente el conocimiento de usar el condón preventivamente, pero no cómo usarlo. Esto se menciona porque las regulaciones para usar el condón como un método que previene el contagio del virus del SIDA por la

18 * Las autoridades de salud afirman que las medidas sanitarias adoptadas hacen que el riesgo de contraer el VIH mediante transfusiones de sangre contaminada sea inexistente. Esto se debe a la ejecución de la prueba que determina la presencia de anticuerpo a todas las personas donantes.

vía sexual, son diferentes, por ejemplo, a aquellas usadas para prevenir el embarazo, como los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino (DIU). Las respuestas obtenidas señalan que un poco más de 76 por ciento de los adolescentes (76,2%) conoce que el condón puede contribuir a evitar el contagio del virus del SIDA por la vía sexual y un 23,8 por ciento cree equivocadamente que la pastilla es buena protección,^{19**} de igual manera un 27,4 por ciento cree erradamente que el dispositivo intrauterino contribuye a evitar que se contagie el VIH/SIDA, con la agravante de que 45,5 por ciento no sabe si el DIU protege o no contra el VIH/SIDA.

El conocimiento de las formas de transmisión es bastante homogéneo y existen diferencias de acuerdo al nivel de educación, el estado civil, la edad y el sexo. Otra parte importante del conocimiento con respecto al SIDA, es conocer cuáles anticonceptivos pueden ayudar a prevenir el contagio por la vía sexual. Se conoce que aparte de la abstinencia total de relaciones sexuales o de las relaciones sexuales estables y mutuamente exclusivas con personas no infectadas, el condón o preservativo es una de las formas inmediatas de prevenir el contagio. Esto se desprende de pruebas recientes de laboratorio y estudios preliminares con seres humanos.

Los adolescentes no unidos son los que poseen un menor nivel de conocimiento (índice de 6,3). Y por otra parte, debe destacarse que la distribución según la edad, muestra que son los adolescentes (de 10 a 13 años) son quienes poseen un conocimiento menor (índice de 5,5). Ya la mujer misma, particularmente adolescente, podría considerarse un factor de riesgo para el VIH/SIDA, pues estos son dueños de un comportamiento impredecible, falta de discernimiento propio de esta edad y que por lo regular no aprecian las consecuencias negativas de sus actos, incluso para algunos de ellos el riesgo del VIH/SIDA no es un concepto fácil de comprender, llevando a que éstos ignoren el riesgo a infectarse y por tanto no tomen precauciones al respecto aunque posean algún grado de conocimiento sobre el tema. No nos referimos a la existencia de conocimientos y medios sobre prevención del VIH/SIDA y anticoncepción sólo que estos quizás no estén suficientemente promovidos o no llegan las informaciones a todos por igual.

Con el objeto de resumir las respuestas obtenidas sobre el nivel de conocimiento que poseen los adolescentes sobre el SIDA, se construyó un índice de conocimiento básico mediante una suma de las respuestas correctas en los aspectos investigados sobre conocimiento general, formas de transmisión y de prevención.

1. La distribución porcentual del índice denota que apenas un 7,2 por ciento de los adolescentes tuvo un puntaje entre 0-4; 18,0 por ciento tuvo un puntaje entre 5-6. Consecuentemente, puede afirmarse que el nivel de conocimiento básico es alto, debido a que un poco más de un tercio (39,7%) alcanzó un puntaje entre 7 y 8, y el resto (34,0%) logró puntajes de 9 y 10. En resumen, se obtuvo un puntaje promedio de 8 preguntas correctas por adolescentes.

19

** La pregunta se planteó pues este anticonceptivo es el más popular entre las mujeres.

2. Los diferenciales muestran que la edad y el estado conyugal, el sexo y el nivel de instrucción presentan promedios parecidos y las medidas de asociación más bajas. Sin embargo, por nivel educativo se observa una mayor asociación y a medida que éste aumenta, es mayor el índice de conocimiento básico.

Finalmente, debe reconocerse que el nivel básico de conocimiento de los adolescentes en Cabrera es bueno. No hay duda que este importante hallazgo se debe principalmente a la difusión de noticias en la prensa escrita, radio y televisión y a la campaña educativa de lucha contra el SIDA emprendida en el presente, con el esfuerzo conjunto de la Comisión Nacional de SIDA, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, algunas Ongs, los medios y la empresa privada, especialmente las agencias de publicidad. Sin embargo, existen deficiencias marcadas en lo relativo por ejemplo a la transmisión así como a los medios preventivos, que deben tomarse seriamente en cuenta.

REFERENCIAS

1. SIDA, de Peste Rosa a Epidemia Mundial, Valencia-España, 2005. Disponible en www.teformamos.com/No_724.html. Citada 2-11-2007.
2. Molina-Achécar M, Ramírez N, Polanco JJ, Ochoa LH, Lerebours G, García B. *Encuesta demográfica y de Salud (Endesa, 2002)*. Santo Domingo (Rep Dom): Editorial Gente, 2003: 115.
3. AIDS Community Research Initiative of America. New York- Estados Unidos, 2007. Disponible en <http://www.thebody.com/art43154.html>. Citada el 20-11-2007.
4. Como Prevenir la Transmisión Ocupacional del VIH al Personal del Cuidado de la Salud, Atlanta- Estado Unidos, 2006. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resource/factsheets/hcwprev.html>. Citada el 15-11-2006.
5. Situación del VIH en República Dominicana. 2001. disponible en <http://www.perspectivaciudadana.com/contenido.php?itemid=288>. Citado el 26-11-2007.
6. Hepatitis y SIDA. 2005. Disponible en <http://www.elmundoes.com/elmundosalud/hepatitissida/1108400510.html>. Citada el 22-11-07.
7. Conceptos Generales de VIH-SIDA, República Dominicana, Mayo 2007, Disponible en <http://copresidagov.do/VIH-SIDA.html>. Citada 25-11-2007.
8. Cronología del VIH-SIDA, Valencia-España, Marzo 2006. Disponible en <http://canalesresolidaria.org/es/sida/cronologia.html>. Citada 25-11-2007.
9. Incorporación en la prevención del VIH a la atención médica de las personas que tienen el VIH. 2008. Disponible en http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/LaprevencionDelVIH_FS_SP.pdf. Citado el 29-01-2008.
10. HIV Vaccine Research. 2005. Disponible en http://www.niaid.nih.gov/publications/pdf/NIAD_HVAD_Spanish_fs.pdf. Citado el 12-11-07.

11. Nuevas Vacunas Contra el VIH. 2002. Disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/49255>. Citado el 12-11-2007. Vacunas. Xinhua, 2006. Disponible en <http://www.spanish.xinhuanet.com.html>. Citado el 25-11-2007.
12. García-Rosario FA, Ramírez-Jiménez R, Mateo-Mateo B. Incidencias del VIH-SIDA en trabajadora sexuales consultadas en el Hospital Alejandro Cabral de San Juan de la Maguana en el periodo Agosto 97-Febrero 98 (Tesis de grado). San Pedro de Macorís (República Dominicana), Universidad Central del Este (UCE), 1998: 1-50
13. Prueba de Vacuna contra el Sida. 2003. Disponible en <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/61798.autorizan-prueba-de-vacuna-contra-sida.html>. Citado el 26-11-2007.
14. Buela-Casal G, Bermudes S, Paz M, Sanchez G, et al. Situación del VIH- SIDA Rev. Médica, Chile, Agosto 2001:944-954. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887201000800015&ing=esfnrm=iso.ISSN_0034-9887. Citado el 15 -11-2007.
15. Kasper D, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson, JL. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 16ª ed, McGraw-Hill, México DF, 2006:1194-1265.
16. Gómez E, Moore A, Peña M, Peguero M. *Normas Nacionales Para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y otros Eventos*, secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social (SESPAS) Santo Domingo República Dominicana; 1998: 359-363.
17. ITS-SIDA-VIH, La Paz-Bolivia, Junio 2004. Fuentes: Asociated: Arianna Lambertini, Marine Peters. Disponible en <http://www.OPS.ORS.SO>. Citado 18-11-2007.
18. Cronología de la evolución del SIDA, Sevilla-España, 05-06-2006. Disponible en www.thetopofthill.bloypot.com.html. Citada 20-11-2007.
19. Cronología del VIH, España. Disponible en <http://Lycos.es/komunald.html>. Citada 18-11-2007. Cotran RS, Kumar V, Collins ET, *Robbins, Patología Estructural y Funcional*, 6ta ed, McGraw-Hill, Madrid – España; 2000: 252-266.
20. Cronología de la Evolución del SIDA, 01-12-2007. Disponible en www.informativotelecinco.es/SIDA/Aniversario/Epidemia_VIH/dn_26362.html. Citado el 20-11-07
21. Hoy Digital, Edición Impresa-Cronología, Madrid-España, 05-06-2006. Disponible en www.hoyes/actualidadsociedad/aniversariosida.2.html. Citada 20-11-2007.
22. Department of Medicine Washington University School of Medicine St Louis Missouri. *Manual*

- Washington de Terapéutica Médica*, 30ma ed, Editorial Walverly Hispánica SA; Buenos Aires-Argentina, 2001: 327-340.
23. Cotran RS, Kumar V, Collins ET, *Robbins, Patología Estructural y Funcional*, 6ta ed, McGraw-Hill, Madrid – España; 2000: 252-266.
 24. Schwartcz RL, Duvergés A, Fescina RL *Obstetricia*, 5ta ed, Editorial El Ateneo; Buenos Aires-Argentina, 1995:291-297.
 25. Pérez *Latina*, Mar a (Suiza): 23 de diciembre 2004. Se consigue en:www.aids-info.ch/s_te/aas-spio2htm-18k17- Salazar H. Análisis de la situación y respuesta nacional d las ITS, VIH y SIDA, República Dominicana: COPRESIDA; 2007: Vol. 1, 56-63. Fecha de consulta 24 -11-2007.
 26. Organización Panamericana de la Salud: Control de enfermedades transmisibles, 18va ed. Washington D. C. Publicaciones OPS 2005. Se consigue en: Publicaciones.OPS.org Fecha de consulta: 25 -11-2007.
 27. Fiallo-Billini A. Situación del VIH/SIDA en la República Dominicana. COPRESIDA. Consultado el día 11 -11-2007.
 28. Centro de orientación e investigación(COIN), Centro de Promoción y solidaridad humana (CEPROSH), Confederación de trabajadores (CTU), Confederación de trabajadores dominicanos(CNTD). Informa sobre la situación del VIH/SIDA en el sector laboral de República Dominicana; República Dominicana.2004. Pág.9-11.
 29. Medina-Carrasco G., Juventud, cultura sexual y respuesta social al VIH/SIDA en Centro América y el Caribe; San Miguel de Tucumán (Argentina). UNFPA, febrero 2006. Pág. 110-113.
 30. Márquez P., Montalvo L., Proyecto de prevención y control del VIH/SIDA en República Dominicana: Primeros resultados, Banco mundial y COPRESIDA 2004. - de Pio M. *Situación epidemiológica de VIH/SIDA en América*.
 31. ETS Y SIDA [publicación periódica en línea] Perú, 1999, revista folia Vol. 10. Disponible en http://sida.sisbib.unmsn.edu.pe/b/ets_retro-html. Citada el 10-11-2007.
 32. Izáosla, J.; *et al.* Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, una revisión basada en el foro 2003. México, D.F. junio, 2003. Disponible en: www.sidalac.org.mx
 33. Human Rights Watch. Una prueba de desigualdad: discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana. Vol. 16, Número 4(B). Julio, 2004.
 34. U.S agency for internacional development, Bureau for glbal health. Country profile of AIDS/HIV, Dominican Republic. Washington, D.C. Disponible en: www.usemb.gov.do/usaid.htm
 35. Kerrigan, D; *et al.* Combining Community Approaches and Government Policy to Prevent HIV Infection in the Dominican Republic. Washington, D.C. Febrero, 2004. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/horizons/drcmntygvtpley.pdf
 36. Unidad de vacunas. Conferencia: Investigación de vacunas del virus de inmunodeficiencia humana. Dra. Donastorg, Y. Agosto, 2005.
 37. Biblioteca nacional de salud. Las mujeres y el VIH. Hoja número 610E. 15 de septiembre, 2005. Disponible en: www.aidsfonet.org
 38. Conferencia: Generalidades del VIH/SIDA. Dra. Clotilde Peña. Febrero, 2006.
 39. Biblioteca nacional de salud. ¿Qué es el VIH? Hoja número 101E. Disponible en: www.aidsinfonet.org.
 40. Revista epidemiológica. Evaluación operativa del sistema nacional de vigilancia epidemiológica de la República Dominicana, 2001. Vol. 16, edición especial. Enero- Diciembre, 2002.
 41. Secretaria de estado de salud pública y asistencia social (SESPAS); Dirección general de control de infecciones de transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS). Informe trimestral de la situación actual del VIH/SIDA en la República Dominicana. Febrero, 2006.
 42. Dirección general de control de infecciones de transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS). Vigilancia epidemiológica. Indicadores de VIH calves para planificar intervenciones. 9 de marzo, 2006.
 43. *Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Uniting the word against AIDS, Dominican Republic. 2004. dispoible en: www.unaids.org
 44. UNICEF. Estado mundial de la infancia, VIH/SIDA. 2003. Disponible en: www.unicef.org
 45. Stanecki, K. *The aids pandemic in the 21st century*. The demographic impact in developing countries. Julio, 2000.
 46. Secretaria de estado de salud pública y asistencia social. Subsecretaria de atención primaria y salud colectiva. Dirección general de control de infecciones de transmisión sexual y SIDA. Programa nacional de atención integral en VIH/SIDA de la República Dominicana. Henri Becque. Enero, 2006.
 47. Secretaria de estado de salud pública y asistencia social. Dirección general de control de infecciones de transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS). Departamento de vigilancia epidemiológica. Situación global y nacional del VIH/SIDA. Febrero, 2005.
 48. Dirección general de control de infecciones de transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS). Unidad de vigilancia epidemiológica. Situación del VIH/SIDA. Doctora Adela Ramírez. Enero, 2005.
 49. Peguero, A. Revelan en República Dominicana 25 mil mujeres portan VIH. Listin Diario. Sección A. año CXVII n° 31, 875. 10 de marzo del 2006.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Bioética. Una disciplina para la vida.

Autor: Dr. Franklin J. Gómez Montero

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

INCIDENCIA DE BACTERIAS ENTÉRICAS ENCONTRADAS COMO CONTAMINANTES EN EL AGUA DE CONSUMO EN LA COMUNIDAD LOS COCOS DE PEDRO BRAND.

Milagros Peña, Alfánir Vargas, Yanniris Vargas, José Díaz Aquino,
Ana Josefa Peña Jiménez.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal con el objetivo de identificar las enterobacterias presentes en el agua de consumo en la comunidad los cocos del municipio de Pedro Brand, en el año 2007.

Se seleccionó al azar tres comunidades La Loma, El Tanque y Los Pabellones en las cuales se eligieron 6 puntos de muestreo, en dichos puntos se tomaron muestras durante cuatro viajes, realizando uno por semana para obtener un total de 24 muestras de agua para ser analizadas según los parámetros microbiológicos de la NORDOM 1, de los cuales 15 resultaron positivas para un 62.5% y 9 negativas para un 37.5%.

De las muestras positivas el punto de muestreo más frecuente fue el acueducto para un 33.3%, encontrándose de 8 muestras 4 de *E. coli* para un 50% como la bacteria más predominante y no solo en este, sino en todos los puntos de muestreo, encontrándose en 12 muestras para un 57.1%. El total de las muestras estaban fuera de los rangos aceptables por la norma para la cantidad de cloro residual.

Este estudio evidencia que los niveles de contaminación microbiológica presente en el agua de consumo en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand son elevados, no existen las condiciones higiénicas-sanitarias que permiten un acceso al agua en condiciones óptimas para el consumo humano. Recomendamos por lo tanto que las autoridades encargadas del suministro y distribución del agua potable velen para que dicho servicio cumpla con lo establecido por la norma, que se concientice a la población mediante operativos médicos, charlas para evitar la contaminación.

Palabras claves: calidad de agua, microbiología de agua, Enterobacterias

INTRODUCCIÓN

El agua es un componente imprescindible en la vida del planeta y el alimento más importante en los seres vivos.

La contaminación de las aguas por el hombre comenzó a ser un grave problema al urbanizarse las ciudades. La calidad del agua puede medirse a través de sus características físicas,

químicas y microbiológicas, cada una por distintos parámetros. El agua que se considera apta para consumo debe ser agradable a los sentidos además de no contener ningún organismo patógeno. El deterioro de esta calidad es un problema mundial y que preocupa a todos los países desarrollados y subdesarrollados especialmente en el área de salud.

Son factores de riesgos los agentes infecciosos, los productos químicos tóxicos y los productos de desechos.

Siendo Pedro Brand inminentemente industrial, el riesgo es mayor en relación a otros sectores. Este no es un problema exclusivo de esta comunidad sino un problema nacional. Para el año de 1980 la secretaria de estado de salud pública y asistencia social (SESPAS) implementó un estudio de calidad de agua general donde cada cuatro años en cada cuerpo de agua de la República Dominicana se realiza un muestreo control para evaluar si los objetivos perseguidos han sido alcanzados.

Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han demostrado que el agua potable puede estar contaminada por organismos patógenos intestinales de origen bacterianos, virales y parasitarios.

Esta investigación busca identificar los principales agentes patógenos del orden Enterobacteriaceae presentes en el agua de consumo de esta comunidad y de esta forma reducir el riesgo de enfermedades entéricas que afectan al organismo humano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con la finalidad de identificar las principales enterobacterias del agua de consumo en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand.

El universo estuvo constituido por todas las fuentes de suministro de agua ubicadas en la comunidad en estudio, seleccionando al azar tres comunidades realizando cuatro ciclos de toma de muestra, resultando en total 24 muestras de agua distribuidas de la siguiente manera: El Tanque 2 puntos de muestreo con 8 muestras; El Pabellón 1 punto con 4 muestras y La Loma 3 puntos con 12 muestras.

Se incluyeron en el estudio todos los sistemas de abastecimiento comunes para las poblaciones en estudio y se excluyeron las fuentes a las cuales los pobladores no tienen acceso.

Para la recolección de las informaciones alrededor de los puntos de muestreo se utilizó un formulario, elaborado por el Instituto de Microbiología y Parasitología (IMPA) de la Universidad Autónoma de Santo Domingo., estructurado en base a las variables; cuyos resultados fueron plasmados en tablas y gráficos.

RESULTADOS

De 24 muestras procesadas 15 resultaron positivas para contaminación bacteriana correspondiente para un 62.5%. De las muestras positivas el punto de muestreo más frecuente fue el acueducto para un 33.3%, encontrándose de 8 muestras 4 de *E. coli* para un 50% como la bacteria mas predominante y no solo en este, sino en todos los puntos de muestreo, desarrollándose en 12 muestras para un 57.1%. El total de las muestras estaban fuera de los rangos aceptables por la norma para la cantidad de cloro residual.

Grafico 1 Distribución de resultados de contaminación bacteriana en el agua de consumo en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand.

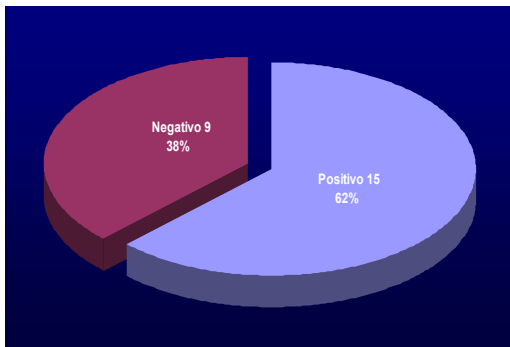


Tabla I. Frecuencia de contaminación según el punto de muestreo analizado.

Punto de muestreo	Frecuencia	%
Acueducto	05	33.3
Pozo	04	26.6
Río	03	20
Noria	03	20
Total	15	100,0

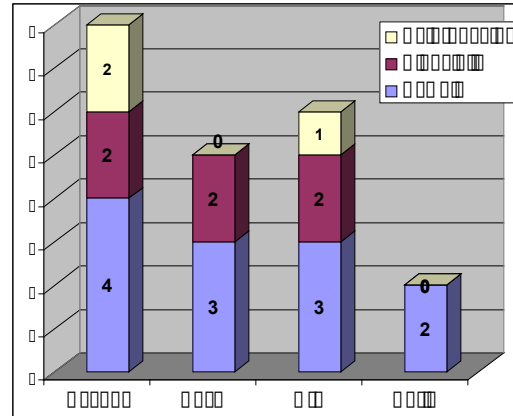
Tabla II Bacterias más frecuentes encontradas en los diferentes puntos de muestreo

Bacterias	Frecuencia	%
<i>E. coli</i>	12	57.1
<i>Klebsiella</i>	6	28.5
<i>Enterobacter</i>	3	14.2
Total	21	100,0

Tabla III. Distribución porcentual de muestras actas y no actas según presencia del Cloro residual

	Frecuencia	%
Fuera	15	100
Dentro	00	0
Total	27	100,0

Grafico 2. Comparación de los microorganismos encontrados de acuerdo a los puntos de muestreo



DISCUSIÓN

De acuerdo a los parámetros estudiados, el 62.5% de las muestras analizadas fueron diagnosticadas con presencia microbiana, por lo tanto estuvieron fuera de las normas nacionales e internacionales, encontrándose en dichas muestras presencia de Enterobacterias como *E. coli*, *Klebsiella* y *Enterobacter*. De estos microorganismos el que con mayor frecuencia se encuentra en aguas contaminadas es la *E. coli*, siendo una de las principales causantes de gastroenteritis e infecciones de las vías urinarias. Es un importante residente del colon de los seres humanos y otros animales de sangre caliente, por lo tanto resulta bastante útil en el análisis del agua para determinar contaminación fecal.

Por otra parte este estudio apoyaría los datos encontrados en otras bibliografías nacionales e internacionales, las cuales sustentan que el consumo de agua contaminada puede causar daños a la salud hasta el punto de comprometer la vida del paciente.

Pudimos determinar que en ninguno de los puntos analizados se utilizaba sistemas de potabilización del agua, resaltando que en los lugares donde había acueducto no se le daba el tratamiento que requería, obteniendo como resultados en nuestra investigación 100% de muestras no actas para consumo humano, según las normas dominicanas que establecen valores en los niveles de cloro residual de 0.2 – 1 ppm.

El agua que consumen estas comunidades se obtienen de fuentes superficiales como ríos, corrientes y lagos y hoy en día existen muchas comunidades que se abastecen de pozos subterráneos, este tipo de fuente natural y en particular los ríos

se contaminan con facilidad, puesto que son depositados en ellos variados desechos domésticos e industriales.

Otro dato importante al que debemos prestar atención es la contaminación proveniente de las heces fecales de animales domésticos y criados en granjas en los alrededores. Situación preocupante para la comunidad y los organismos de saneamiento ambiental, debido a que se constituye un foco infeccioso que puede ser diseminado hasta el punto de provocar brotes que nos lleven a epidemias e incluso pandemias.

Los agentes etiológicos se identifican a partir de los especímenes clínicos, aunque los brotes notificados se asocian principalmente con el agua que se bebe o se destina para uso doméstico, también se le ha asociado a la ingestión de agua no habilitada para el consumo.

La frecuencia de enfermedades de transmisión hídrica va en aumento en distintas zonas del país, debido al descuido en las condiciones de mantenimiento. El tratamiento de la fuente de abastecimiento de agua potable es una medida de salud pública necesaria, pero no suficiente para garantizar la buena salud, «es un compromiso de todos».

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los datos obtenidos se pone en evidencia el grado de contaminación que existe en esta comunidad y que merece ser atendida en el momento preciso, por lo antes expuesto recomendamos lo siguiente:

1. Que las autoridades encargadas del suministro y distribución del agua potable velen para que dicho servicio cumpla con lo establecido por la norma.

2. Que las fuentes de suministro de aguas sean preservadas
3. Que las autoridades de salud establezcan programas de educación para mostrar los daños que adquirimos al usar agua contaminada.
4. Que las autoridades de medio ambiente establezcan programas para educar a la gente a cuidar su entorno.

REFERENCIAS

1. Alcántara, Argentina. El agua, su relación con la salud y control sanitario. 2003
2. Atlas Ronald, M. y Barta Richar Ecología microbiana y microbiología ambiental, 4^{ta} edición, 2002
3. Castro, Rosario, Calidad del agua potable en América Latina. Argentina 1996.
4. Madigan Michel T. (et, al): Biología de los Microorganismos, 8^{va} edición, editora Isabel Capella España, 1998, p 977
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Normas internacionales de agua para consumo 3^{ra} edición Washington DC. 1991
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) Oficina Panamericana, Oficina regional, Organización Mundial de la Salud (OMS) Guía para la calidad del agua potable vol. 3 Washington DC. 1995
7. Rojas Lemo, Ricardo. Guía para la vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano. 1999.
8. Lansing M. Prescott, John P. Harley, Donal A. Klein Microbiología 4^{ta} edición, Madrid

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.

FRECUENCIA DE LA ENCEFALOPATÍA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA INGRESADOS POR EL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Kerin Mariano Suero, Johanny Rodríguez V, Tomasina Trinidad Rodríguez,
Johanny Y Ramírez, Ana J Herrera Encarnación.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo determinar la frecuencia de Encefalopatía en pacientes con cirrosis hepática ingresados en el departamento de Gastroenterología Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello 2005-2006.

Fueron utilizados como fuente de investigación los registros de un año anterior de pacientes que tuvieron ingresados en el departamento de gastroenterología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Se elaboró un instrumento de recolección de datos atendiendo a las variables y los objetivos. Obtuvimos una frecuencia de encefalopatía hepática en un 9% para un total de 25 pacientes. En relación la edad de los pacientes fue mayor de 61 años para un 56% de acuerdo al sexo femenino fueron 36% mientras que el sexo masculino fue un 20%. En cuanto a los factores de riesgo hepatitis B y C para un 84%; la cirrosis alcohólica un 8% el sangrado gastrointestinal 8%. Los pacientes presentaron manifestaciones neurológicas y cambios en el estado de conciencia, especialmente los que tuvieron encefalopatía hepática con grado crónico que tuvieron varios signos y síntomas.

Palabras claves: Frecuencia, encefalopatía, cirrhosis.

ABSTRACT

We performed descriptive and retrospective study with the objective to determine the frequency of encephalopathy in patients with hepatic cirrhosis admitted to the Department of Gastroenterology Hospital Francisco Moscoso Puello 2005-2006. The registries of a previous year of patients were used as source of research the records whom they had entered in the department of gastroenterology of Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Developed an instrument of data to collection data according to the variables and the objectives. We obtained a frequency of hepatic encephalopathy by 9% for total of 25 patients. In relation the age of the patients was over 61 years for a 56% and of femal they were 36% and 20% of male The factors of risks were hepatitis B and C for a 84%; the alcoholic cirrosis an 8% and 8% gastrointestinal bleeding. The patients precented/ displayed neurological manisfestations and changes in the state of conciousness, especially those that who hepatic

encephalopathy with grade who had more chronic with they had several signs and symptoms.

Key word: Frecuency, encefalopathy, cirrosis.

INTRODUCCION

La encefalopatía hepática, es un daño cerebral y del sistema nervioso que se presenta secundario a complicación de trastornos hepáticos, caracterizado por varios síntomas neurológicos, entre los que encontramos cambios en el estado de conciencia, del comportamiento y pueden presentarse de forma leve o hasta grave. El estudio titulado Neuroimágenes en la encefalopatía hepática/Neuroimaging in hepatic encephalopathy. Por Armando A. Camejo Cepeda, afirma que la función cerebral normal esta relacionada con la indemnidad del hígado. Los pacientes con daño hepático presentan frecuentemente encefalopatía, cuyas manifestaciones son alteraciones de funciones neurológicas y psíquicas. Esta investigación fue motivada por el hecho de que el trascurso de la practica hospitalaria, observamos una cantidad de pacientes con esta patología que no estaban siendo tratados adecuadamente en razón, de que estos pacientes se presentan primero a la emergencia y no al departamento de gastroenterología pudiendo confundirse con otra patología y retardar el diagnóstico y la aplicación de un tratamiento específico por lo que empeora su condición y la limitada fuente bibliograficas que existen de encefalopatía hepática. Por la cual nos planteamos determinar La Frecuencia de Encefalopatía en Pacientes con Cirrosis Hepática Ingresados en el Departamento de Gastroenterología enero del 2005 diciembre 2006.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con pacientes que estuvieron ingresados con cirrosis y complicados con encefalopatía en el departamento gastroenterología del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. El universo está compuesto por 285 pacientes que fueron admitido en este centro hospitalario la población estuvo constituida por 25 pacientes utilizamos como metodo de recopilación un cuestionario que incluyo la siguientes variables de de estudio edad, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clinicas, método y medios diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS

En un total de 285 pacientes que fueron ingresados por el departamento de gastroenterología en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. 25 de los pacientes que tenían cirrosis se complicaron con encefalopatía para un total de un 9% el 56% de los pacientes tenían más de 61 años de edad siendo el sexo femenino el más afectado con un total 36% mientras que el sexo masculino fue de un 20% en cuanto a la manifestaciones clínicas se puede citar que el 56% posee manifestaciones de cambios en el comportamiento y alteración de la conciencia y un 16% tenían cambios neurológicos y del comportamiento 16% tenía cambios subclínicos un 8% presento cambios del patrón del sueño y del comportamiento; 4% solo cambios neurológicos entre los factores de riesgo el 84% tenía hepatitis B o C un 8% sangrado gastrointestinal 8% tenían otros riesgos el meto diagnóstico en un 100% es la historia clínica el tratamiento fue en un 100% lactulosa y antibióticos.

Tabla 1. Relacion de pacientes con encefalopatía hepática ingresados por le departamento de ga

Pacientes ingresados por el departamento de gastroenterología	No. Casos	%
Cirróticos	260	91
Encefalopatía hepática	25	9
Total	285	100

Fuente: registros de pacientes ingresados en el departamento de gastroenterología Hospital

Tabla-2. Identificación de pacientes ingresados en el departamento de gastroenterología 2005-2006 según edad y sexo.

EDAD	%	Fem.	%	Macs.	total	%
MENOS 40A	4	1	0	0	4	1
41-50	12	3	12	3	24	6
51-60	8	2	8	2	16	4
61 MAS	36	9	20	5	56	14
TOTAL	60	15	40	10	100	25

Fuente: registros de pacientes ingresados en el departamento de gastroenterología Hospital

Tabla-3. Identificación de las manifestaciones clínicas en pacientes con encefalopatía hepática en el departamento de gastro enterología 2005-2006

manifestaciones	No casos	%
Cambios del comportamiento alteración de la conciencia	14	56
Cambios neurológicos	1	4
Cambios neurológicos y de comportamiento	4	16
Cambios de sueño y del comportamiento	2	8
subclínicos	4	16
total	25	100

Fuente: registros de pacientes ingresados en el departamento de gastroenterología Hospital

Tabla 4. Distribucion según los factores de riesgo.

ANTECEDENTES PATOLOGIGOS	NO.CASOS	%
Hepatitis B yC	21	84
Sangrado gastrointestinal	2	8
Hipertensión portal	2	8
Total	25	100

Fuente: registros de pacientes ingresados en el departamento de gastroenterología Hospital

DISCUSIÓN

Este estudio fue realizado en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Por el departamento de gastroenterología se ingresaron 285 pacientes con cirrosis hepática, de los cuales 25 presentaron la complicación de encefalopatía hepática para una frecuencia de un 9 por ciento, siendo aguda en un 52 por ciento. Datos del Autor Harrison, describe que los pacientes cirróticos que se complican con encefalopatía, aunque la literatura indica que menos de un 5 por ciento de los pacientes no cirróticos puede presentar encefalopatía hepática. En relación a edad y el sexo de los pacientes en estudio, el 56 por ciento tenía más de 61 año, siendo los de sexo femenino mayormente afectados con un 36 por ciento. Tomando en cuenta que la cirrosis en un principio puede ser asintomática durante años lo cual indica que las personas de edad avanzadas sean diagnosticadas más frecuentemente afectadas. Con relación a la edad, estos resultados coinciden con un estudio realizado señala que la presencia de esta enfermedad se manifiesta mayormente en pacientes de sexo masculino con un 76.4 por ciento con edades que oscilan entre los 46 y 75 años para un 88.2 por ciento. Según Armando A. Camejo Cepeda y otros, en un estudio sobre: frecuencia diagnóstica y tratamiento de la Encefalopatía Hepática en una

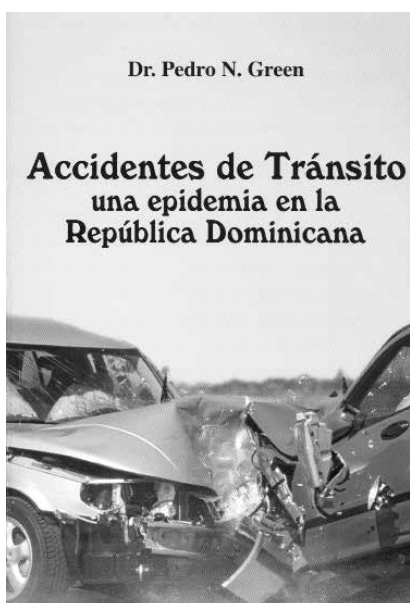
población de pacientes con enfermedad hepática. Hospital Salvador B. Gautier. Afirman que las bases anatómicas de este síndrome no están totalmente esclarecidas, pero hay características propias de la enfermedad hepática que conllevan a alteraciones que se acompañan de síntomas neurológicos y psiquiátricos. Los factores predisponentes están constituidos por los Virus de la Hepatitis B y C, en un 84 por ciento, el sangrado gastrointestinal en un 8 por ciento. Como hábito tóxico el alcohol con un 8 por ciento. Esto puede deberse a que la infección por hepatitis C son algunas de las causas comunes de la enfermedad hepática crónica en los Estados Unidos. Por otro lado, la hepatitis aguda C evoluciona a la cronicidad en el 80% de los adultos que la adquieren. Entre las manifestaciones de los pacientes ingresados se puede citar que el 38 por ciento posee manifestaciones neurológicas, 33 por ciento cambios en el estado de conciencia. Las manifestaciones de la encefalopatía se reflejan en el compromiso de funciones corticales más elevadas, con una disminución período de atención, cambios de personalidad, irritabilidad y alteración de las habilidades de cálculo y construcción. Es notable un cambio de patrón del sueño. Se utilizó el historial clínico como métodos y medio diagnóstico, de la encefalopatía hepática en un 100 por ciento. Según datos encontrados en la Internet, en la historia clínica se hace énfasis especial en los antecedentes de enfermedades del hígado diagnosticadas con anterioridad, una historia de alcoholismo o de hepatitis. La utilización de fármacos hepatotóxicos, como la metil-dopa, la nitrofurantoina o la isoniazida, puede ser causa de una hepatopatía crónica, mientras que una dosis alta de paracetamol puede ser causante de una necrosis hepatocelular fulminante.

REFERENCIAS

1. Medicina interna de Harrison. Volumen II. Pág. 1992.
2. Manual Merck. 10ma edición 1999.

3. De Wikipedia, la enciclopedia libre
4. Wolfe. Terapéutica de los trastornos digestivos. Capítulo 24 y 25. 1era ed. Diciembre 2001. Pág. 335 y 343
5. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000302.htm>
6. http://www.anatomía.tripod.com/anatomia_higado.htm.
7. UNIBE, Revista de Ciencia y Cultura. Vol. 4. Nos. 1 y 2 Abril-Agosto, 1992
8. Adams y Víctor. Principio de Neurología. 7ma Edición. Editora McGraw-Hill Interamericana .2004. pág. 1110.
9. Harrison. Medicina Interna. 16ava Edición. Tomo II. McGraw-Hill. Pág. 5056-2057
10. Aula Acreditada. Programa anual de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria
11. J. González-Abraldes, A. Más. Encefalopatía hepática, patógena y formas clínicas. Medicine 2000; 8(10): 508-15.
12. J. González-Abraldes, A. Más. Encefalopatía hepática, patogenia y formas clínicas. Medicine 2000; 8(10): 518.
13. Rodríguez H. Guerrero J. Jacobo. J. Rodríguez. Análisis de Sobreviva en pacientes cirróticos. (resumen) Rev. Gastroenterol. Méx. 1993. Pág. 58, 330.
14. Carlos Santiago Uribe, Abraham Arana Chucon, Pablo Lorenzana Pomido; Medellín. Fundamentos de medicina neurológica 6ta ed. Autores. Colombia 2002
15. González-Abraldes J, Mas A. Encefalopatía hepática, patogenia y formas clínicas. Medicine 2000; 8(10): 520.

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,

COMPLICACIONES EN PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES ASISTIDOS EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR FRANCISCO EUGENIO MOSCOSO PUELLO.

Dalia Cecilia Castillo Payne,* Adriana Martínez Araujo, * Ethna Wilbert Dieuveille,* Pedro Castillo Juan,21** Ana Isolina De la Cruz.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de identificar las complicaciones más frecuentes en prostatectomía radical en pacientes asistidos en la Unidad de Urología del hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello durante el 2006-2008.

Se trabajó con una población de 43 pacientes utilizando la técnica documental y del cuestionario. De acuerdo con nuestros hallazgos de el rango de edad más relevante fue la de 61-70 años con un 60.47 por ciento, de los antecedentes personales patológicos la hipertensión arterial ocupó el primer lugar con un 41.82 por ciento, en cuanto a los métodos de diagnóstico para realizar el procedimiento quirúrgico se utilizó: el tacto rectal, PSA, gammagrafía y la biopsia en un 100 por ciento, con relación al tipo de complicación más frecuente fue la postquirúrgica tardía con un 34.9 por ciento donde la infección de herida ocupó el 57.14 por ciento.

Donde se concluye que la complicación postquirúrgica tardía fue la más frecuente por lo que se recomienda que el personal de salud antes de que el paciente se vaya a su casa debe ser orientado y concientizado junto a sus familiares de cómo, dónde y con qué realizar la cura de la herida para evitar complicaciones.

Palabras claves: Frecuencia de complicaciones en pacientes con prostatectomía radical.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive study was conducted with the objective to identify the most frequent complications in radical prostatectomy in patients from the Urology Department of the Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello Hospital between 2006 and 2008.

The study collected data through questionnaires for the sample population of 43 patients. Findings included the most relevant age range of 61 to 70 years with 60.47 percent. Of the past medical history, arterial hypertension was the highest rank with 41.82 percent. Diagnostic methods used to conduct surgical procedures included digital rectal exam, PSA,

gammagraphy and biopsy in all occasions. The most frequent late post-surgical complication measured 34.9 percent, and the infection occupied 57.14 percent.

While the late post-surgical complication was the most frequent, it is recommended that health professionals orient patients with family members, before the patient returns home, about wound cleaning protocol in order to avoid complications.

Key words: frequency of complications in patients with radical prostatectomy

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el crecimiento maligno de las células glandulares de la próstata. Los trastornos prostáticos aparecen en varones de más de 45 años, y su frecuencia aumenta con la edad, hasta que en el octavo decenio de la vida más del noventa por ciento tiene hiperplasia prostática, esto es según un estudio publicado por los doctores Mustafa M, Moncion A, Rodríguez C, Reyes C, Sánchez M, en la Revista Medica Dominicana 2005; 66 (3). p. 269

La próstata sigue siendo el sitio principal de neoplasias malignas internas en los varones y constituye la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en los hombres (principalmente descendencia africana), como la incidencia aumenta con mayor rapidez que la de cualquier otro cáncer a medida que avanza la edad, y como la expectativa de vida de los hombres está en aumento, se espera una elevación constante del número de hombres afectados por cáncer de próstata y del número de muertes por la enfermedad. El cáncer de próstata causara la muerte del 3 por ciento de todos los hombres que hoy están vivos y tienen más de 50 años.¹

Las causas de las variaciones geográficas y étnicas en la incidencia del cáncer de próstata son múltiples y complejas. Las más importantes corresponden a los factores genéticos y ambientales.

El cáncer de próstata es predominantemente una enfermedad del anciano con 75 por ciento de los casos nuevos diagnosticados después de los 65 años de edad.²³ Sin embargo,

* Médico general

** Médico urólogo.

*** Asesora metodológica.

23 ¹ Kawoussi, Louis. Carcinoma de Próstata. En: Patrone Ubaldo. Campbell Urología. 8va edición. Argentina: Médica Panamericana; 1988. P.3287. Tomo IV ¹(ibi). p.3290.

la incidencia de cáncer de próstata en hombres de 50-59 años ha aumentado considerablemente desde la década del 1970.

La prostatectomía radical es una intervención quirúrgica consistente en extirpar toda la próstata y las glándulas adyacentes como tratamiento para el cáncer. Es una de las intervenciones quirúrgicas más comunes en la actualidad y también una de las más polémicas.

En la mayoría de los casos la detección precoz y la extirpación del cáncer a tiempo se han asociado a un mejor resultado de sobrevida. La operación de la próstata no califica para todos los pacientes. A medida que el hombre envejece, aumentan los riesgos asociados con la operación, la recuperación es más lenta, la tasa de posibles complicaciones es mayor y, en general, los riesgos comienzan a pesar más que los beneficios. Según el estudio publicado por los doctores Cajigas P, Quiroga M, Revista Médica de Bogotá 1998: p.1

La prostatectomía radical es considerada una cirugía mayor. Exige hospitalización prolongada y conlleva ciertos riesgos que pueden llegar a ser graves.

El objetivo de esta operación es desalojar el cáncer del cuerpo antes que tenga la oportunidad de diseminarse y menguar la calidad y la duración de la vida. La operación conlleva riesgos claros e inevitables. Es cuestión de sopesar los posibles beneficios y los riesgos potenciales.

La prostatectomía radical conlleva una serie de riesgos potenciales, de los cuales los más comunes son la impotencia, la incontinencia urinaria y esclerosis del cuello vesical. Otros riesgos posibles y menos frecuentes podrían ser la hemorragia durante la operación y después de ésta, cierre excesivo del cuello vesical, la trombosis venosa profunda, la embolia pulmonar y las infecciones del área.

Hemos decidido realizar esta investigación debido a que la cirugía radical de próstata, que si bien puede significar una curación definitiva de un cáncer de próstata, puede también tener como consecuencia, complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente o agregarle morbilidad. Por lo que con esta investigación pretendemos conocer más a fondo la causa de nuestro problema planteado y en qué período operatorio o postoperatorio se puede presentar cada una.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo que buscaba identificar las complicaciones más frecuentes en pacientes que se realizó prostatectomía radical, en la Unidad de Urología del hospital doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello 2006 al 2008.

Demarcación geográfica:

El hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello, se encuentra ubicado en el Ensanche Luperón, delimitado por la avenida Nicolás de Ovando al norte; al Sur, por la calle 37 Oeste; al Este, por la avenida Josefa Brea y, al Oeste, por la calle 16; el departamento de urología cuenta con 15 camas para pacientes de ambos sexos de las cuales 10 corresponden a hombres, y labora un total de 2 enfermeras, 10 médicos ayudantes y 14 médicos residentes.

Universo

El universo estuvo constituido por 15900 pacientes que durante ese periodo demandaron atención en el departamento de Urología de este centro de salud.

Población

La población estuvo constituida por 720 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata.

Muestra

Fueron 43 pacientes; porque reunían las condiciones, entraban dentro del parámetro requerido para realizar tal cirugía. Dichos parametros son los utilizados por el equipo médico de la unidad de urología en dicho centro de salud. Estas condiciones son:

1. Tener biopsia positiva.
2. La edad requerida, es decir, con una expectativa de vida de 10 años o más.
3. Tener un control de enfermedades que se toman en cuenta para realizar esta y otras cirugías tales como diabetes mellitus y la hipertensión arterial.
4. Tomar en cuenta las condiciones generales del paciente este incluye descartar la condición de anemia, infección urinaria, obesidad entre otros.
5. Presencia de enfermedades virales tales como la condición de portador del virus de inmunodeficiencia adquirida, virus del papiloma humano, etc.
6. Contar con el consentimiento informado del paciente.

Criterio de inclusión:

Estarán incluido todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata que reunían los parámetros establecidos por la unidad de urología de este centro de salud, para practicarle dicho procedimiento quirúrgico.

Criterio de exclusión:

Paciente con metástasis, paciente con enfermedades de base incontrolables, que no responden al tratamiento.

Procedimientos y técnicas

Luego de someter el tema y ser aprobado, se solicitó el consentimiento en el hospital para realizar la investigación. Consentimiento que obtuvimos de forma verbal. Procedimos a diseñar un cuestionario tomando en cuenta las variables pertinentes de la investigación, el cual nos sirvió para recolectar las informaciones de cada uno de los pacientes que reposaba en sus expedientes. El mismo fue llenado por el equipo de investigación de la siguiente manera aplicando preguntas de selección múltiple donde se eligieron las opciones con un círculo de acuerdo a la respuesta del paciente. Para presentar la información utilizamos el sistema de paloteo con el programa Excel que nos permitió la realización de tablas y gráficas para una mejor interpretación de los resultados, procedimos a un análisis teórico que nos permitió la realización de conclusiones en base a los objetivos y recomendación.

RESULTADOS

Cuadro I. Distribución de la población que se realizó la prostatectomía radical según la edad.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
41-50	3	6.98
51-60	13	30.23
61-70	26	60.47
>71	1	2.33
Total	43	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro II. Distribución de la población prostatectomizada según el estado civil.

Con relación al estado civil el 55.81 por ciento eran casados.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	6	13.95
Casado	24	55.81
Unión libre	9	20.93
Viudo	3	6.98
Divorciado	1	2.33
Total	43	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro III. Distribución de la población prostatectomizada según los hábitos tóxicos. De acuerdo a los hábitos tóxicos se encontró que el más usado fue el café con 31.13 por ciento.

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Café	33	31.13
Alcohol	29	27.4
Tabaco	17	16.04
Tisanas	23	21.70
Negados	4	3.77
Total	106	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro IV. Distribución de los pacientes prostatectomizados de acuerdo a los antecedentes personales patológicos.

Antecedentes Personales	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	23	41.82
Diabetes	3	5.45
Otros	20	36.36
Negados	9	16.36
Total	55	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro V. Distribución de la población prostatectomizada según el método utilizado para el procedimiento quirúrgico. Para realizar dicho procedimiento quirúrgico se utiliza diferentes métodos como señala el cuadro.

Medio de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Tacto Rectal	43	21.08
PSA	43	21.08
Radiografía	10	4.90
Urografía Excretora	1	0.49
Sonografías	19	9.31
Cistoscopia	2	0.98
Biopsia	43	21.08
Gammagrafía	43	21.08
Total	204	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro VI. Distribución de pacientes prostatectomizados según el tipo de complicación.

Con relación a la complicación tenemos que el 47.73 por ciento no presentó ninguna complicación.

Tipo de Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Transquirúrgicas	1	2.27
Post-quirúrgica temprana	7	15.91
Post-quirúrgica Tardía	15	34.09
Ninguna	21	47.73
Total	44	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro VII. Representación en pacientes prostatectomizados de las complicaciones transquirúrgicas. De 43 prostatectomizados el 2.33 por ciento correspondió a la lesión del recto percibida.

Complicaciones trans-quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Lesión del recto percibida	1	2,33
Hipotensión	-	-
Paro cardíaco	-	-
Lesión vascular importante	-	-
Ninguna	42	97,67
Total	43	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008.

Cuadro VIII. Distribución de pacientes prostatectomizados según las complicaciones inmediatas. El 57.14 por ciento de las complicaciones inmediatas presentada en los pacientes prostatectomizados correspondió a la infección de herida.

Complicaciones Inmediatas	Frecuencia	Porcentaje
Sonda obstruida	3	42.86
Infección de la herida	4	57.14
Total	7	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008

Cuadro IX. Representación en los pacientes prostatectomizados de las complicaciones tardías De un total de 15 pacientes que presentaron complicaciones tardías la más frecuente de esta fue retención urinaria con 40 por ciento.

Complicaciones Tardías	Frecuencia	Porcentaje
Incontinencia Urinaria	4	26.67
Retención Urinaria	6	40
Estrechez Uretral	4	26.67
Impotencia	1	6.67
Total	15	100,0

Fuente: Expediente e intervención directa de los pacientes del Departamento de Urología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, 2006-2008

DISCUSIÓN

La prostatectomía radical es uno de los tratamientos quirúrgicos del cáncer de próstata. Consiste en la extirpación de la próstata, las vesículas seminales y los ganglios linfáticos regionales.

En nuestra investigación encontramos que el 60.47 por ciento correspondió al rango de edad entre 61-70 años. Estos resultados se relacionaron con un estudio hecho en el año 2000 por los Doctores Standford J, Feng Z, Hamilton A.

Que trabajaron con 1,291 pacientes en edades de 39-79 años de edad que fueron sometidos a la prostatectomía radical encontrándose en su comentario que la prostatectomía radical es un tratamiento que debe indicarse a una expectativa de vida de más de 10 años, realizándose a menores de 70 años de edad.

Con relación al estado civil encontramos en nuestra investigación que el 55.81 por ciento de los pacientes eran casados. En el 2005 se publicó en la Revista Médica Dominicana, 66 (3) un trabajo de investigación por los Doctores Mustafá M, Monción A, Rodríguez C, Reyes C, Sánchez M, con un total de 498 pacientes prostatectomizados, el cual arrojó que el 60.5 por ciento eran casados.

En esta misma publicación con relación a los hábitos tóxicos, se encontró que el 50 por ciento correspondía al alcohol, lo que difiere de nuestra investigación la cual arrojó que el hábito tóxico más usado fue el café con un 31.13 por ciento.

El antecedente personal patológico que más presentaron los pacientes estudiados fue la Hipertensión Arterial con un 41.82 por ciento. En los Hospitales Militar Central y Universitario de las Samaritanas en Santafé de Bogotá, por los Doctores Cajigas, Matamoros se realizó un estudio el cual tiene relación con un antecedente patológico que es la hipertensión arterial con un 26.08 por ciento, pero se diferencia con la diabetes como una segunda patología fuerte para estos pacientes, ya que en el nuestro se reportó con un 36.36 por ciento otras patologías como son el asma bronquial, la apendicitis sinusitis úlcera péptica, hernia epigástrica, coledocolitiasis entre otras.

A nuestra población estudiada se le realizaron Tacto Rectal, PSA, Biopsia y Gammagrafia con un porcentaje para cada uno de 21.08 por ciento. Cabe resaltar que lo más importante de acuerdo al estudio realizado en el 2001 al 2004 por el doctor Guadamuz en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, es el tacto rectal porque este es más importante, más simple, seguro y menos costoso.

Con relación a los tipos de complicaciones por Prostatectomía Radical las más frecuentes fueron las complicaciones post-quirúrgicas tardías con un 34.09 por ciento. Esto es confirmado por un estudio realizado en el año 1998 por los Doctores Cajigas, Matamoros, en los Hospitales Militar Central y Universitario de las Samaritanas en Santafé de Bogotá, donde las complicaciones posquirúrgicas tardías obtuvieron un 82,6 por ciento.

Dentro de los tipos de complicaciones en pacientes prostatectomizados la menos frecuente en nuestro estudio fue la transquirúrgicas. Vemos que el 2.33 por ciento correspondió a la lesión percibida del recto. Esto difiere del estudio realizado por el doctor Fernando Santiago en el período 2002-2003 en 20 pacientes prostatectomizados en el Hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello, en donde la lesión percibida o desapercibida obtuvo un 0 por ciento mientras que el mayor porcentaje correspondió a la hipotensión con un 34 por ciento.

Dentro de las complicaciones post-quirúrgicas tempranas

encontramos que la más frecuente fue la infección de la herida con 57.14 por ciento. Esto no se relaciona con el estudio presentado por el doctor Fernando Santiago, donde el mayor porcentaje correspondió a la sonda obstruida en un 36 por ciento.

El 40 por ciento de los pacientes presentaron retención urinaria como complicación tardía, lo que difiere el estudio hecho en el hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello por el doctor Santiago, en el cual el mayor porcentaje correspondió a la impotencia con 43 por ciento.

REFERENCIAS

1. Kawoussi, L. Carcinoma de Próstata. En: Patrone Ubaldo. Campbell Urología. 8ª ed. Médica Panamericana; Argentina 1988. p.32873290 Tomo IV
2. Cajigas J, Matamorros W. Prostatectomía Radical en Hombres mayores de 70 años. Rev. De Uro. [En línea] 1998 [18 enero 2009] Disponible en http://www.Encolombia.com/medicina/urologia/urologia_8399-prostatectomia.htm
3. Catalona W, Scott W. Carcinoma de la Próstata. En: Patrone Ubaldo. Campbell Urología. 5ª ed. Médica Panamericana; Buenos Aires, (Argentina). p. 15771639. Tomo II
4. De la Cruz M. Incidencia de Cáncer de próstata en el Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter. [Tesis para optar por el título de doctor en medicina]. Santo Domingo, Distrito Nacional. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 1994.
5. Diccionario Terminológico de Ciencias Médica. 13ª ed. Masson: Madrid, (España) 1992. Radiografía; p. 1043.
6. Diccionario Mosby Pocket de medicina y ciencias de la salud. 1ª ed. Harcourt; Madrid, (España) 2001. Cáncer; p.147
7. El pequeño Larousse Diccionario. 2ª ed. Larousse: Buenos Aires, (Argentina) 1989. Cáncer; p. 193
8. Galvis L, Estévez R. Cáncer de Próstata. En: Galvis Leiva. Urología Vesalio. ed original. Madrid, (España); 1992. p.481488
9. Guadamuz, A. Diagnóstico del cáncer de próstata en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca [tesis para optar por título de doctor en medicina]. Nicaragua. Universidad Autónoma de Nicaragua; 20012004
10. Hinman F. Prostatectomía Retropúbica. Atlas de Cirugía Urológica. ed Original. Nueva Editorial Interamericana; Madrid, (España) 1993. p. 330331.
11. Hudson Perry B. Prostatectomía Perineal. En: Patrone Ubaldo. Campbell Urología. 5ª ed. Médica Panamericana; Buenos Aires, (Argentina) 1988. p. 30103044
12. De los Ríos J. De los Ríos S. Prostatectomía Radical Laparoscópica. Cirugía Urología. Editorial Universidad de Antioquía. 528.
13. E. Nanninga J, J. O'Conor V: Prostatectomía Suprapúbica y Retropúbica. En: Patrone Ubaldo. Campbell Urología 5ª ed. Médica Panamericana; Buenos Aires, (Argentina). p. 29702984. Tomo III.
14. A. Greenstein M. Prostatectomías serie: cuidados postoperatorios. Somerville, NJ; 1997[11/1/2007] [11/2/2009] www.urac.org [Medline Plus Enciclopedia. Médica]
15. Meuleman EJ, Mulders PF. Función Eréctil luego de la prostatectomía Radical. European Urology [en línea] 2003 [25 enero 2009]; (43): 95-102. Disponible en : <http://www.bago.com.bagoArg/Biblio/urologweb168.htm>
16. Mustafá M, Monción A, Rodríguez C, Reyes C, Sánchez M, Comportamiento del carcinoma prostático en los pacientes que asistieron al servicio de Urología del Hospital Doctor Salvador B. Gautier. Rev.Med. Dom 2005; 66(3):268270.
17. Patrick C. Walsh. Prostatectomía Retropúbica Radical. Campbell Urología. 5ª ed. Médica Panamericana; Argentina 1988.p.29863008 Tomo III
18. Pérez R, Fajardo Pérez M, González N. El cáncer de Próstata: un desafío constante para el médico de familia Rev. Cubana Med. Gen. Integr [en línea] Septiembre Octubre 2002; [16 enero 2009]; 18(5).p.12. Disponible en : <http://www.cdc.gov/08642125.htm>
19. Fernando S. Frecuencia de complicaciones en pacientes sometidos a prostatectomía radical en el Hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello. [Tesis para optar por el título de especialista en Urología]. Santo Domingo. Distrito Nacional. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2004
20. Sociedad Iberoamericana de Información Científica: Las complicaciones de la cirugía radical de próstata en cáncer localizado dependen de la edad. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria 2001; 4(1) p.12.
21. Stanford J, Feng Z, Hamilton A. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate. [Resumen] JAMA 2000(283).p.354-360.
22. Villaronga A, Romano S, Villoldo G, Ferraris F, Olmedo A, Casazzas S. Maniobras para preservar continencia y potencia sexual en prostatectomía radical (PR) abierta y laparoscópica. Rev. Arg. De Urol 2004; 69 (4): 220225. Disponible en <http://www/saunet.org/publicaciones/abstracts-69-4.html>

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



CORRELACIÓN DIAGNÓSTICAS, CLÍNICAS Y ENDOSCÓPIA EN SANGRADO GASTROINTESTINAL ALTO. HOSPITAL DR. LUIS, EDUARDO AYBAR.

Kenia A. Cabrera,* Marcela Rivas,* Vanessa Wipp,* Maira Soriano
Suriel,** Luis Martí Castillo.**

RESUMEN

El estudio a presentar describe la correlación diagnóstica, clínica y endoscópica en sangrado gastrointestinal Alto.

Se tomaron todos los pacientes con sangrado gastrointestinal alto atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Luis E. Aybar de Santo Domingo en el año 2007.

El estudio fue descriptivo de corte transversal y retrospectivo, existente entre los hallazgos clínicos y los diagnósticos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal.

Durante la investigación se estudiaron un total de 164 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Complejo Hospitalario Dr. Luis E Aybar en el periodo enero-mayo del 2007.

El grupo de edad más frecuente fue el de 45- 49 años con 24 casos (14.6%) seguido de el grupo de edades de 30-34 años con 19 casos (11.6%), seguido en tercer lugar con el grupo de edad de 40-44 años con 17 casos (10.4%), en cuarto lugar el grupo de edades de 35-39 años con 16 casos (9.8%).

El 46.4% de los pacientes con Sangrado Gastrointestinal Alto estaban ubicados entre los 30-49 años.

La distribución por Sexo, el 56% de los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis E. Aybar, correspondieron al sexo Femenino y el restante 44% al sexo Masculino.

Por último se le recomienda realizar endoscopia digestiva a todos los pacientes con hemorragia digestiva lo mas pronto posible para realizar el diagnóstico correcto y tomar las medidas de lugar que reduciría en una manera franca la mortalidad de los pacientes y tratamiento adecuado de la patología.

Palabras claves: Sangrado gastrointestinal alto, correlación diagnóstica, clínica y endoscópica.

ABSTRACT

The present study describes the correlation diagnoses, clinical and endoscopic gastrointestinal bleeding Alto.

It took ah patients with gastrointestinal bleeding treated in

*Médico General

**Medico Internista

***Médico Epidemiólogo

high service gastroenterologia Hospital Dr. Luis E. Aybar de Santo Domingo in 2007.

The study was cross-sectional descriptive and retrospective between the clinical and endoscopic diagnosis in patients with gastrointestinal bleeding.

During the investigation we studied a total of 164 patients seen at the Gastroenterology Service of the Hospital Dr. Luis E Aybar in the period January to May 2007.

The most frequent age group was 45 - 49 years with 24 cases (14.6%) followed by the age group 30-34 years with 19 cases (11.6%), followed in third place with the age group 40 -44 years in 17 cases (10.4%), fourth in the age group 35-39 years with 16 cases (9.8%).

The 46.4% of patients with gastrointestinal bleeding were located between the High 30-49 years. The distribution by sex, 56% of patients treated at the hospital Dr. Luis E. Aybar, was females and the remaining 44% were males. Finally he recommended endoscopy for all patients with gastrointestinal bleeding as soon as possible to make the correct diagnosis and take appropriate measures in place that would reduce a frank mortality of patients and treatment of disease,

Key word: Gastrointestinal bleeding Alto, correlation diagnoses, clinical and endoscopic.

INTRODUCCIÓN

El espectro clínico de la hemorragia digestiva, puede abarcar numerosas situaciones clínicas diferentes. Esta diversidad se debe a que la hemorragia digestiva puede ser consecuencia de lesiones distintas.

El aparato digestivo está formado por el tubo digestivo (cavidad bucal, esófago, estomago, intestino delgado y grueso, recto y conducto anal). Su función es extraer de los alimentos ingeridos las moléculas necesarias para el desarrollo y mantenimientos del organismo.

La hemorragia digestiva alta, puede presentarse de diferentes formas clínicas; úlceras gástricas en 26.4 (258 casos), úlceras duodenales 23.6% (230 casos) en otros el 0.5% no fue posible determinar la causa del sangrado.

La hemorragia gastrointestinal alta (HGA) es la pérdida de sangre causada por diversas enfermedades que afectan al tubo digestivo desde el inicio del esófago (esfínter esofágico superior) al ligamento de treitz. Su volumen de pérdida puede ser debido a úlceras pépticas, gastritis erosivas (Ej. AINE. Alcohol), síndrome de Mallory Weiss (desgarro de la mucosa gastroesofágica). Varices esófago — gástricas, hipertensión portal (ej. Cirrosis Hepática) y otras entidades.

En muchos casos de Sangrado Gastrointestinal alto pueden encontrarse antecedentes de sufrimientos digestivo crónico o diagnóstico causal previo. En otro grupo no existen antecedentes digestivo crónicos o previos a la hemorragia donde esta es la primera manifestación de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo con el cual se procura determinar la correlación existente entre los hallazgos clínicos y los diagnósticos endoscópicos en pacientes con sangrado gastrointestinal alto atendidos en el hospital de referencia nacional Dr. Luis E. Aybar de Santo Domingo, en el periodo Enero-Mayo del 2007.

Universo

Todos los pacientes con sangrado gastrointestinal alto atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital Dr. Luis E. Aybar de Santo Domingo. en el año 2007.

Muestra

Todos los pacientes con sangrado gastrointestinal alto atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital Dr. Luis E. Aybar de Saulo Domingo. en el periodo Enero/mayo de 2007.

Criterios de inclusión del participante

1. Paciente diagnosticado con sangrado gastrointestinal alto.
2. Ser atendido en el servicio de gastroenterología del hospital Dr. Luis E. Aybar.
3. Haber sido sometido a endoscopia diagnóstica en el servicio de gastroenterología del hospital Dr. Luis E. Aybar.
4. Haber sido atendido en el período Enero-Mayo del 2007.

Criterios de exclusión del participante

1. Paciente con sangrado gastrointestinal bajo.
2. Paciente atendido fuera del período de estudio.
3. Paciente sin endoscopia diagnóstica.
4. Haber sido atendido fuera del periodo de estudio.

Técnicas y procedimientos para la recolección y tabulación de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario semi-estructurado en el cual se consignan las principales referencias personales y patologías de cada paciente. También los tipos de complicaciones y las modalidades terapéuticas aplicadas en cada caso.

Plan de análisis estadísticos de la información

1. Recolección de la información.
2. Consolidación de los resultados y cruce de variables con el paquete Epi-info.
3. Presentación de los resultados en tablas y gráficos.
4. Elaboración de resultado, conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante nuestra investigación se estudiaron un total de 164 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Complejo Hospitalario Dr. Luis E Aybar en el periodo enero-mayo del 2007.

En el cuadro 1* 1 podemos observar que el grupo de edad más frecuente fue el de 45- 49 años con 24 casos (14.6%) seguido del grupo de edades de 30-34 años con 19 casos (11.6%), seguido en tercer lugar con el grupo de edad de 40-44 años con 17 casos (10.4%), en cuarto lugar el grupo de edades de 35-39 años con 16 casos (9.8%). (Ver Cuadro y Gráfico #1). El 46.4% de los pacientes con Sangrado Gastrointestinal Alto estaban ubicados entre los 30-49 años. (Ver Gráfico #1).

En lo que respecta a la distribución por Sexo, el 56% de los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis E. Aybar, correspondieron al sexo Femenino y el restante 44% al sexo Masculino. (Ver Cuadro y Gráfico #2).

Un total de 102 pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis E. Aybar procedían de la zona Rural (62.2%) y los 62 pacientes restantes de la zona Urbana (37.8%). (Ver Cuadro y Gráfico #3).

De acuerdo al estado civil de los pacientes, 80.5% eran Solteros (132 pacientes), 9.8% eran Casados (16 pacientes), 6.11% se encontraban en Unión Libre (11 paciernes mientras que un 3 % de los pacientes eran Viudos (5 pacientes). (Ver cuadro y grafico #4).

De acuerdo al nivel educativo de los pacientes, un 7.32% eran analÑbetos (12 pacientes); 41 .4% cursaron la primaria (68 pacientes); 213% cursaron hasta la secundaria (35 pacientes); 15.9% a nivel técnico (26); a vel universitario 14.2% (23 pacis). (Ver cuadro y grafico #5).

Según los hábitos tóxicos de los pacientes, el más frecuente fue el Café con un 59.7 (95 pacientes); en segundo lugar el Alcohol con 39.0% (64 pacientes); seguido d& Tabaco con 2 5.6% (42 pacientes); seguido de las Tisanas con un 11 .8% U 8 pacientes). (Ver cuadro y grafico #6).

En el cuadro #7 podemos encontrar que los antecedentes personales patológicos más frecuentes de los pacientes están las Gastritis y las Hepatitis con un 6% para cada uno (10 pacientes cada uno); seguido de Diabetes Mellitus en un 4% (8 pacientes); Accidente cerebro vascular 2% (4 pacientes); Hepatopatía crónica 2% (1 paciente); Apendicetomía y Cardiopatía dilatada con un 1% de los pacientes para cada uno. (Ver cuadro y grafico #7).

Según los antecedentes familiares patológicos está la Gastritis con un 66.7% de los casos y la Úlcera gástrica con un 33.3% de los casos restantes. (Ver cuadro y grafico #8).

En los antecedentes medicamentosos de los pacientes encontramos los siguientes:

Anti-inflamatorios no esteroideos 38.9 (65 pacientes); Antihipertensivos 6.7% (11 pacientes); Drogas Narcóticas 3% (5 pacientes); Inhibidor Bombas de Protones 2.4% (4 pacientes); Inhibidores H2 con L8% (3 pacientes); Otros 7.3% (12 pacientes). (Ver cuadro y grafico #9).

En lo que respecta a la sintomatología de los pacientes con sangrado gastrointestinal el síntoma más frecuente fue la Epigastralgia con 100 casos (61.0%); en segundo lugar (Otros Síntomas) 92 casos (56.1%); en tercer lugar Acidez 45 casos (17.4 %); en cuarto:

Lugar Dolor Abdominal y Náuseas con 27 casos (16.5%) para cada uno; en quinto lugar Vómitos con 18 casos (11.0%); sexto lugar Regurgitación 14 casos (8.5%); Constipación 12 casos (7.3%); Plenitud abdominal y Dolor epigástrico con 11 casos (6.7%) para cada uno. (Ver cuadro y grafico #10).

En cuanto a los hallazgos al examen físico tenemos que 148 pacientes (90.2%) no se encontró datos positivos (Normal), Melena 22 pacientes (13.4%); Dolor Abdominal difuso a la palpación 11 pacientes (6.7%); Distensión abdominal, Hepatomegalia, Ascitis, Abdomen globoso, Murfley positivo 1 paciente (0.6%) para cada uno. (Ver cuadro y grafico #11).

Al realizar exámenes de laboratorio encontramos 15 pacientes (9.1%) con Hematocrito por debajo de lo normal; 12 pacientes (7.3%) Hemoglobina por debajo de lo normal; 12 pacientes (7.3%) Glucemia por encima de lo normal; 7 pacientes (4.3%) eritrocitos por debajo de lo normal; 3 pacientes (1.8%) nitrógeno ureico por encima de lo normal. (Ver cuadro y grafico #12).

De acuerdo al diagnóstico clínico de los pacientes con sangrado gastrointestinal alto resultaron 104 casos (63.4%) con Úlcera Gástrica; 64 casos (39%) Gastritis aguda; 40 casos (24%) *Helicobacter Pylori* positivo; 22 casos (13.4%) Esteatosis Hepática; 21 casos para (otros) (12.8%) otros; 11 casos (6.7%) Esofagitis; 8 casos (4.8%) Colelitiasis; 3 casos (1.8%) Pancreatitis Aguda; 2 casos (1.2%) Cáncer Gástrico. (Ver cuadro y grafico #13).

En lo que respecta a la correlación diagnóstica de los pacientes con diagnóstico endoscópico de Gastritis encontramos

que solo se confirma en 44 casos (33.3%); además, 33 casos (26.8%) Úlcera Gástrica; 18 casos (14.6%) Sangrado Gastrointestinal Alto; Síndrome Dispéptico 10 casos (8.1%); Cirrosis Hepática 8 casos (6.5%); Litiasis Vesicular, Esofagitis, Esteatosis Hepática 5 casos (4.1%) para cada uno; Cáncer (3 años 1 caso (0.6%). (Ver cuadro y grafico #14).

En lo que respecta a la correlación diagnóstica de los pacientes con diagnóstico endoscópico de Gastritis encontramos: Sangrado Gastrointestinal Alto 16 casos (40%); Gastritis Erosiva 10 casos (25%); Úlcera Gástrica 8 casos (20%); Colelitiasis 3 casos (10%), Síndrome Dispéptico 2 casos (5%). (Ver cuadro y grafico #15).

CONCLUSIONES

1. La edad más frecuente es de 45-49 años. Es una enfermedad más frecuente del adulto joven en la edad productiva. El sexo femenino es el más frecuente.
2. La mayor parte de los pacientes procedían de la zona rural. Los solteros fueron los más afectados. En cuanto al nivel educativo la mayor parte de los pacientes estaban entre analfabetismo y los estudios primarios.
3. El hábito tóxico más relacionado con la patología fueron el café y el alcohol. Los medicamentos más relacionados con las hemorragias fueron los antiinflamatorios no esteroideos y la aspirina.
4. El síntoma más frecuente fue la epigastralgia. El diagnóstico clínico más frecuente fue úlcera gástrica y gastritis aguda.
5. La correlación entre el diagnóstico clínico y el endoscópico en el caso de las gastritis solo se confirmó en el 33.3% de los casos y 26.8% el de la úlcera gástrica.

RECOMENDACIONES

1. Realizar endoscopia digestiva a todos los pacientes con hemorragia digestiva lo más pronto posible para realizar el diagnóstico correcto y tomar las medidas de lugar que reduciría en una manera franca la mortalidad de los pacientes y tratamiento adecuado de la patología.
2. Establecer con el personal de salud las causas más frecuentes de las hemorragias encontradas en nuestro país para llegar a un diagnóstico rápido.
3. Disponer de banco de sangre en los centros de salud ya que la hemorragia digestiva es una patología frecuente.
4. Educar a la población sobre los efectos secundarios de los medicamentos gastrolesivos que son de uso común.
5. Realizar campañas en cuanto al uso del café y el alcohol como causa de sangrado más frecuente.

REFERENCIAS

1. M. Díaz- Rubio, *et al.* Avances en gastroenterología, editora: Aran S.A, 1990: 71-92.

2. smout akkermans, fisiología y patología de la motilidad Gastrointestinal, editora: wrightson biomedical publishing, 1991: 7 1-92.
3. j. A. Martínez, *et al.* casos prácticos en medicina interna. Editora: Síntesis, 1996:2 17-226.
4. Peter X. McNally. Secretos de la gastroenterología edición: Mc graw Hill, interamericana 1998: 7 1-76,8 1-88.
5. Cecil. Andreoli, *et al.* Medicina interna, 4 edición. Editora: Mc Graw Hill, interamericana, México, auckland, 1999: 252-256, 332-337.
6. Castillo, Sánchez, *et al.* Diagnósticos endoscópicos más frecuentes, la edición. Editora: Mc graw Hill, Interamericanit Bogotá, Colombia 2000: 187-189, 504.
7. Ferri Ferd Ferre y cols, consultor clínico, diagnóstico y Tratamiento en medicina interna. La edición. Editora: Mc graw Hill Interamericana, Madrid, España 2000: 600-602.
8. anti-iony j zollo, secretos de la medicina. 2 edición. Editora: mc graw gll, interamericana, 2000:146-1 52.
9. bullocke y cols, pathophiology, la edición, editora: lippincott. Philadelphia y baltimore, 2001. Pags. 261, 721, 727, 733-737.
10. jaime bestene y cols, gastroenterología. Editora; mc graw gwl. Interamericana, bogota, 2001:16-24.
11. jose bandera q. Y cols, progresos en gastroenterología editora masson doyma, mexico, san lorenzo, 2001:111-112.
12. joseph e. Geenen y cols, tecnicas en la endoscopia terapéutica 2 edición. Editora: gower medical publishing, 2001. Págs. 1.1-10.1.
13. m. Michael wolfe y cols, terapéutica de los trastornos digestivos. Editora: mc graw Hill, interamericana, bogota, 2001. Pags. 141-164.
14. barcells y cols, la clínica y el laboratorio, 19 edición, editora: Masson, madrid 2002. Pags 59, 69, 98-100, 135, 149-155, 201. 303.
15. scott l. Friedman y cols, diagnósticos y tratamientos en Gastroenterología, 2 edición. Editora: manual moderno, 2003: 57-74.
16. la revista cubana medicina volumen 42 número 4 de la ciudad i Habaj'4a julio- agosto 2003. Publicaron: "sangrado digestivo alt Comportamiento clínico en un grupo de pacientes".
17. feldman, friedman, sleisenger, enfermedades gastrointestinales hepáticas. 7ª edición. Editora: mc graw Hill. 42004. Tomo 1: 226-1
18. lawrence trenney y cols, diagnóstico y tratamiento ! Edición. Editora: el manual moderno.2005: 25-36.
19. cedano carlos, hemorragia digestiva superior, 4 edición, editoik masson, mexico 2006.

ANEXOS

Cuadro 1. Distribución por grupos de edades pacientes con sangrados gastrointestinal alto hospital dr. luis eduardo aybar periodo enero - mayo 2007

Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje
0-4	2	1.2
5-9	1	.6
10-14	3	1.8
15-19	13	7.9
20-24	14	8.5
25-29	10	6.1
30-34	19	11.6
35-39	16	9.8
40-44	17	10.4
45-49	24	14.6
50-54	14	8.5
55-59	11	6.7
60-64	7	4.3
65-69	3	1.8
70-74	4	2.4
75-79	4	2.4
80-84	2	1.2
Total	164	100,0

Cuadro 2. Distribución por zona de procedencia pacientes con sangrados gastrointestinal alto hospital Dr. Luis Eduardo Aybar periodo enero - mayo 2007.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	102	62.2
Urbana	62	37.8
Total	164	100,0

Cuadro 3. Hábitos tóxicos pacientes con sangrados gastrointestinal alto hospital Dr. luis eduardo aybar periodo enero - mayo 2007.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Café	95	57.9
Alcohol	64	39.0
Tabaco	42	25.60
Tisanas	18	11.00
Ninguno	39	23.80

Cuadro 4. Antecedentes patológicos pacientes con sangrados gastrointestinal alto hospital Dr. Luis Eduardo Aybar periodo enero - mayo 2007.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	%
Hepatitis	10	6
Gastritis	10	6
Diabetes Mellitus	8	4
Accidentes Cerebro Vascular	4	2
Asma bronquial	3	18
Hepatopatía crónica	2	1
Apendicetomía	1	0.6
Cardiopatía dilatada periparto	1	0.6

Cuadro 5. Principales síntomas pacientes con sangrados gastrointestinal alto hospital Dr. Luis Eduardo Aybar periodo enero - mayo 2007

Antecedentes patológicos	Frecuencia	%
Gastritis	2	66.7
Úlcera gástrica	1	33.3
Total	3	100,0

Cuadro 6. Prueba de laboratorio pacientes con sangrados gastrointestinal alto hospital Dr. Luis Eduardo Aybar periodo enero - mayo 2007

Prueba de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Melena	22	13.4
Dolor Abdominal	11	6.7
Distensión abdominal	3	1.8
Hepatomegalia	1	0.6
Murphy positivo	1	0.6
Normal	148	90.2

Cuadro 7. Correlación diagnóstica pacientes con diagnóstico endoscópico - sangrados gastrointestinal alto hospital Dr. Luis Eduardo Aybar periodo enero - mayo 2007 diagnóstico clínico diagnóstico endoscópico obstrucción salida gástrica acalasia

Diagnóstico clínico	Diagnóstico endoscópico
Obstrucción salida gástrica (1 caso)	Acalasias
Úlcera péptica (4 casos)	No específicos (4 casos)

CONSULTE

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

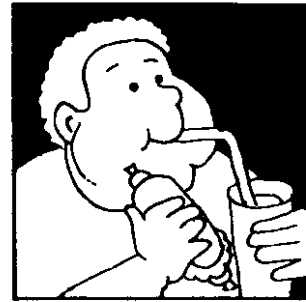
COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



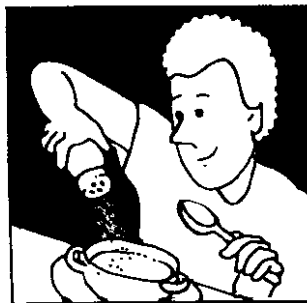
No Alcohol



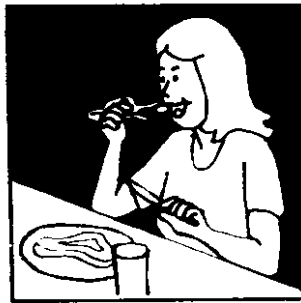
No Stress



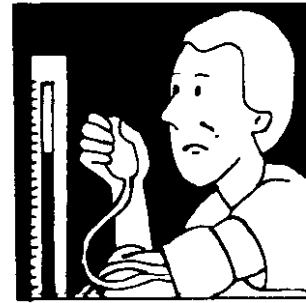
Evite Obesidad



Controle la Sal



Controle su Colesterol

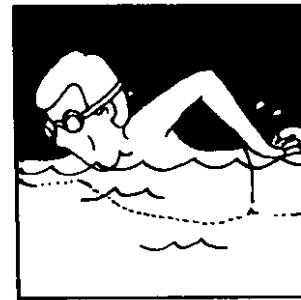


Chequee su Presión Arterial



¡¡NO FUME!!

Dejar de fumar aumenta el colesterol HDL y es un importante paso para mejorar su salud.



Haga Ejercicios

PREDICCIÓN DE LOS CAMBIOS CUANTITATIVOS EN LA MASA GLOBULAR EN PACIENTES QUE SON SOMETIDOS A LIPOSUCCIÓN EN EL CENTRO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESPECIALIDADES (CECIP).

Martha Carolina Abreu,* Miguel R. Gerónimo,* Kirssis B. Peguero,*
Milagros Almonte,* Héctor Herrand Perdomo.**

RESUMEN

Con la finalidad de conocer los cambios hemáticos en pacientes sometidos a liposucción se realizó un estudio descriptivo, analítico, de corte transversal con recolección prospectiva de la información durante el periodo comprendido entre 19 julio de 2004 al 19 de septiembre de 2004.

Los pacientes sometidos a liposucción perdieron 0.72 gr/dl de hemoglobina por cada 1000 cc de aspirado. En los casos de los pacientes sometidas a procedimientos combinados presentaron una pérdida de 0.82 gr/dl de hemoglobina por cada 1000 cc de aspirado.

Palabras claves: Liposucción, hemoglobina, aspirado.

ABSTRACT

With the purpose to know the hemoglobin changes of patients that undergo liposuction a descriptive, analytic, cross cut, of prospective recollection of data during the period corresponding July 19th- September 19th 2004.

These patients had a loss of 0.72 gr/dl of hemoglobin per each 1000cc aspirated. In the case of patients that had combined procedures presented a loss of 0.82 gr/dl of hemoglobin per 1000cc aspired.

Key words: Liposuction, hemoglobin, aspirated.

INTRODUCCIÓN

La liposucción o lipoescultura es el procedimiento quirúrgico, que nos permite la extracción de tejido adiposo de un área determinada utilizando cánulas asistidas por succión. Es una técnica muy efectiva para proporcionar un nuevo contorno corporal con cicatrices mínimas.

Este procedimiento puede realizarse solo o combinado, siendo las más frecuentes: abdominoplastia y mamoplastia.

La liposucción conlleva a lesión vascular y pérdidas hemáticas que podrían afectar la evolución satisfactoria del paciente.

En este estudio haremos comparaciones de cambios en la masa globular tomando la hemoglobina pre y post-quirúrgica de los pacientes como parámetro, observando la diferencia entre ambos resultados y estimando las pérdidas sanguíneas de acuerdo a la relación infiltrado/aspirado, a fin de prever la conducta a seguir para obtener mejores resultados desde el punto de vista hematológico y el manejo de fluidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, transversal que se desarrollo a través de entrevistas con los pacientes en el pre-quirúrgico del Centro de Cirugía Plástica y Especialidades de Santo Domingo (CECIP), que pretende establecer los cambios cuantitativos de la masa globular en los pacientes intervenidos.

La población está compuesta de 40 pacientes que fueron sometidas a tratamientos quirúrgicos electivos, en el periodo comprendido entre el 19 de julio del 2004, hasta el 19 de septiembre del 2004.

Siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años de edad.
2. Que uno de los procedimientos sea liposucción.
3. Que no tengan trastornos congénitos sanguíneos.
4. Que el aspirado sea mayor de 1500cc.

La información se obtuvo a través de entrevistas y datos tomados de los expedientes clínicos. Se ha elaborado un formulario a fin de recolectar la información pertinente para la investigación.

Para la recolección de datos se dieron los siguientes pasos:

1. Entrevista con los pacientes
2. Toma de muestras para hemograma (24 horas antes)
3. Toma de medidas antropométricas
4. Admisión de pacientes a sala de cirugía
5. Medir infiltrado y aspirado en el transquirúrgico
6. Toma del hemograma en el post quirúrgico (16 horas después de la cirugía).

* Médico general.

** Cirujano Plástico

RESULTADOS

Tabla 1. Relación según la hemoglobina pre-quirúrgica de los pacientes sometidos a liposucción

Hemoglobina (g/dl)	Pacientes	%
12-12.5	10	33.3
12.6-13	8	26.7
13.1-13.5	8	26.7
13.6-14	3	9.9
>14.1	1	3.3
Total	30	100,0

Fuente de datos obtenida a través de estudios de laboratorio

En los pacientes que fueron sometidos a liposucción en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades (CECIP), de la totalidad de la muestra 10 pacientes tenían valores de hemoglobina pre-quirúrgica de 12-12.5g/dl.

Tabla 2. Relación según la hemoglobina post-quirúrgica de los pacientes sometidos a liposucción

Hemoglobina (g/dl)	Pacientes	%
7.5-8	3	10
8.1-8.5	3	10
8.6-9	6	20
9.1-9.5	4	13.3
9.6-10	5	16.6
>10.1	9	30
Total	30	100,0

Fuente: datos obtenidos a través de estudios de laboratorio.

Pertenecientes a la muestra, 9 se encontraron entre valores de >10.1g/dl. de hemoglobina post-quirúrgica.

Tabla 3. Relación de infiltrado de los pacientes sometidos a liposucción.

Infiltrado	Pacientes	%
1000-2000	2	6.7
2001-3000	9	30
3001-4000	14	46.7
4001-5000	4	13.3
>5001	1	3.3
Total	30	100,0

Fuente: Observación del proceso quirúrgico

En los pacientes que fueron sometidos a liposucción, la media del infiltrado durante el procedimiento fue de 3001-4000 ml para 14 pacientes (46.7%).

Tabla 4. Relación según aspirado de los pacientes sometidos a liposucción.

Aspirado\	Pacientes	%
1000-2500	1	3.3
2501-4000	16	53.3
4001-5500	9	30
5501-7000	4	13.3
Total	30	100,0

Fuente: Observación del procedimiento quirúrgico

La media del aspirado para los procedimientos incluyendo liposucción fue de 2501-4000cc para 16 pacientes (53.3%).

Tabla 5. Índice de infiltrado/aspirado de los pacientes sometidos a liposucción.

Índice infiltrado/aspirado (litros)	Pacientes	%
0.4-0.6	1	3.3
0.61-0.8	9	30
0.81-1.0	12	40
1.01-1.2	6	20
1.21-1.4	1	3.3
1.41-1.6	1	3.3
Total	30	100

Fuente: Observación del proceso quirúrgico

En un 40% de los casos la relación infiltrado/aspirado fue de 0.81-1.0.

Tabla 6. Relación según procedimiento quirúrgico de los pacientes sometidos a liposucción.

Procedimientos Quirúrgicos	Pacientes	%
Liposucción Abdominoplastia	18	60
Liposucción Abdominoplastia Mamoplastia	3	10
Liposucción	8	26.7
Liposucción Mamoplastia	1	3.3
Total	30	100,0

Fuente: Entrevista mediante protocolo del paciente

El procedimiento quirúrgico más realizado en combinación con la liposucción es la abdominoplastia, con 18 pacientes (60%).

Tabla 7. Relación según diferencial de hemoglobina de los pacientes sometidos a liposucción.

Diferencial Pre-post quirúrgico (g/dl)	Pacientes	%
1-2	3	10
2.1-3	9	30
3.1-4	8	26.7
4.1-5	8	26.7
>5.1	2	6.7
Total	30	100,0

Fuente: Datos obtenidos a través de estudios de laboratorio

Obtuvimos diferencial de hemoglobina de 30 pacientes, de los cuales 16 (53.47%) presentaron valores de diferencial entre 3.1-5g/dl., de los cuales 8 corresponden a 3.1-4 y los restantes a 4.1-5 g/dl.

Tabla 9. Relación índice del diferencial infiltrado/aspirado con relación al de hemoglobina pre-post quirúrgica de los pacientes sometidos a liposucción.

Índice Infiltrado/Aspirado	Cant.	Hemo globina 1-2 g/dl.	Hemo globina 2.1-3 g/dl.	Hemo globina 3.1-4 g/dl	Hemo globina 4.1-5 g/dl.	Hemo globina >5.1 g/dl.
0.4/ 0.6	1	0	1	0	0	1
0.61/0.8	9	1	2	2	3	1
0.81/1.0	12	1	2	2	3	0
1.01/1.2	6	1	4	2	3	0
1.21/1.4	1	0	0	1	0	0
1.41/1.6	1	0	0	1	0	0
Total	30	3	9	8	8	2

Fuente: observación del procedimiento quirúrgico y datos de laboratorio. En los pacientes que fueron sometidos a liposucción, el 73.3% de estos procedimientos fueron realizados con un índice infiltrado/aspirado igual o menor a 1.

RESULTADOS

En los pacientes que fueron sometidos a liposucción en el centro de cirugía plástica y especialidades (CECIP), no se obtuvieron pacientes con hemoglobina post-quirúrgica por debajo de 7.5 g/dl., 9 pacientes midieron por encima de de 10 g/dl.

De los 30 pacientes estudiados, 13% (43.3%) con valores de diferencial de hemoglobina entre 10.1-15%, 3 pacientes (10%) presentaron niveles de diferencial de 5.1 20% y 16 pacientes (53.43%) presentaron valores de diferencial entre 3.1-5 g/dl., de los cuales 8 corresponden a 3.1-4 g/dl.

A mayor cantidad de infiltrado menores serán las pérdidas hemáticas.

Al comparar el aspirado con el diferencial de hemoglobina se observó que la mayoría de los pacientes (20%) presentaron un diferencial de hemoglobina de 2.1-3 g/dl.

Se obtuvo el índice infiltrado aspirado (mediante la división

Tabla 8. Relación aspirado con diferencial de hemoglobina post quirúrgica de los pacientes sometidos a liposucción.

Aspirado	Cant.	Hg 1-2 g/dl	Hg 2.1-3 g/dl	Hg 3.1-4 g/dl	Hg 4.1-5 g/dl	Hg >5.1 g/dl
1000-2500	1	0	1	0	0	0
2501-4000	16	1	6	4	5	0
4001-5500	9	2	2	3	2	0
5501-7000	4	0	0	1	1	2
Total	30	3	9	8	8	2

Fuente: observación del procedimiento quirúrgico y datos de laboratorio.

Se observó que seis pacientes (20%) tuvieron un aspirado de 2501-4000 los cuales representaron el mayor número de casos.

infiltrado/aspirado), donde se puede observar que 12 pacientes (40%) presentaron índice de 0.8-1.0.

DISCUSIÓN

Este estudio reveló datos en relación a la hemoglobina y el volumen aspirado, tomando en cuenta que nuestro promedio de aspirado fue de 4,283 ml y el promedio de pérdida de hemoglobina fue de 3.3 g/dl. la relación del promedio de la pérdida de hemoglobina con el promedio del aspirado en liposucción es de 0.72 g/dl. El valor promedio de aspirado en liposucción es de 4,971 ml.

El índice mientras más cercano es a un número entero, traduce mayor infiltración que aspiración, esto permite esclarecer indirectamente que tipo de técnica se utilizó durante el procedimiento.

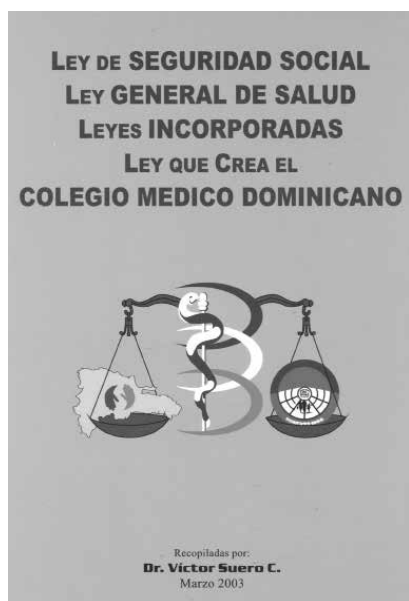
Podemos resaltar que a pesar del hecho de que los promedios de aspirados presentados en este estudio están por encima de

los promedios de los trabajos comparados, las pérdidas de hemoglobinas por litros de aspiración son similares.

REFERENCIAS.

1. Gingrass, M.: Lipoplasty complications and their prevention. Clinics in plastic surgery 26; 3:341-354, 1999.
2. Rohrich, J. Principios de liposucción 2da. Ed. México: Editora McGraw-Hill Interamericana 2001.
3. Schwartz, S. Principios de Cirugía 7ma. Ed. México: Editora McGraw-Hill Interamericana 1999.
4. Abreu, J. Relación hemoglobina/volumen aspirado de liposucción en CECILIP; Revista Médica Dominicana, Santo Domingo, 2002: 272-275.
5. Cuello F, Restrepo A, Falabella F. Fundamentos de medicina de Hematología 5ta Ed., Colombia: Editora Corporación para investigación biológica, 1998: 1-14.
6. <http://www.plastica yestetica.com/abdominoplastia>.
7. Goodpasture J, Bunkis J. Quantitative Analysis of Blood and Fat in Suction Lipectomy Aspirates. Plastic and Reconstructive Surgery. 1986: 765-772.
8. Sandal F, Blood Loss During Liposuction Using The Tumescant Technique. Aesthetic Plastic Surgery. 1994. 18: 157-160.
9. Secpre.org/cirurgiaestetica.html.
10. Skandalakis J, Skandalakis P, Skandalakis L. Anatomía y Técnicas Quirúrgicas. 2da Ed. Editora McGraw-Hill Interamericana 2003.
11. Cortan R. Patología Estructural y Funcional. 5ta Ed. McGraw-Hill Interamericana 1998: 648-683.
12. Martínez, C. Liposucción. Cirugía Dermatológica. Madrid, España. 1995: 555-562.
13. Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. 9na Ed., México: Ed. McGraw-Hill Interamericana 1997: 323-341.
14. Sabiston D, Lyerly K. Tratado de Patología Quirúrgica. 15ª Ed., México: Editora McGraw-Hill Interamericana, 1999: 141
15. Jacob S, Clarece F. Anatomía y Fisiología. 2ª Ed., México: Editora McGraw-Hill Interamericana, 1990.

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.

PREVALENCIA DE TIPO DE ANESTESIA EN LOS PROCEDIMIENTOS GINECOBSTÉTRICOS.

Rafael borrome de la cruz, * Mercedes Lorenzo Ortiz,28** Rodolfo Minier, Juan Antonio Valera, ** Yuderka Beltré R, **Dorca García Ramirez. **

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el departamento de anestesiología del hospital San Lorenzo de la mina, durante el periodo de 1ro de julio al 31 de septiembre del año 2009, con el objetivo de demostrar cual técnica anestésica de mayor elección durante este periodo, en la cual fueron sometida a cesaria, histerectomía, colpoperinorrafia quiste de ovario etc., 1519 pacientes que dividimos el total de estos casos en tres meses o sea mes de julio mes, de agosto y mes de septiembre, esto tres totales obteniendo una sumatoria general. En el mes de julio se obtuvo un 84% para BSA, 9% para BPD, 6% de AGI Y 1 %.

En el mes de agosto hubo un aumento en la totalidad de los procedimientos anestésicos prevaleciendo la BSA 80 %, seguido de 9 % BPD. 10 % AGI y 5% de AGE. En el mes de septiembre la totalidad del numero procedimiento aumentaron, el numero de BSA fue de 83%, 9 % BPD, 8 % AGI y 1 % AGE.

Esto totalizo un 82% de BSA en la suma de los tres meses en que realizamos el estudio, seguido de 9% BPD, 8 % AGI E y 1 % AGE.

Estos resultados nos arrojan de manera concluyente que la anestesia de elección fue la BSA con 82 % seguida de los de mas técnicas anestésica BPD, AGI y AGE.

Podemos considerar que la anestesia subaracnoidea como la anestesia ideal para los casos de ginecobotetrica, aunque el BPD es de uso alternativo de BSA y las anestesia AGI, AGE como complementarias.

Palabra clave. Cirugías (Obstetricias y Ginecológicas) Anestesia (BSA, BPD, AGI y AGE)

ABSTRACT

A study realised a descriptive study and retrospective in the department of anaesthesiology of the hospital San Lorenzo of the mine, during the period of 1ro of July to the 31 of September of the year 2009, with the aim of demonstrating what anesthetic technique was of greater election during this period, in which they were put under you would stop, histerectomía, colpoperinorrafia cyst of ovary etc., 1519 patients which we

* Medico Anestesiólogo

** Medico R1 de Anestesiologia.

divided to the total of these cases in the three months that is month of July month, of August and month of September, this three totals obtaining one sumatoria general. In the month of July a 84% for BSA were obtained, 9% for BPD, 6% of AGI and 1%.

In the month of August there was an increase in the totality of the anesthetic procedures prevailing the BSA 80%, followed of 9% BPD. 10% AGI and 5% of AGE. In the month of September the totality of I number procedure increased, I number of BSA was of 83%, 9% BPD, 8% AGI and 1% AGE. This I totalize a 82% of BSA in the sum of the three months in which we realised the study, followed of 9% BPD, 8% AGI and 1% AGE

These results throw to us of conclusive way that the election anesthesia was loa BSA with followed 82% of those of but technical. We can consider that the subarachnoid anesthesia like the ideal anesthesia for the cases of ginecobotetrica, although the BPD is of alternative use of BSA and anesthesia AGI, AGE like complementary.

Key word. Surgeries (Gynecological Obstetrics and) Anesthesia (BSA, BPD, AGI)

INTRODUCCIÓN

La anestesia raquídea incluye la inyección de un anestésico local en el espacio subaracnoideo .El método se introdujo después de la invención de la aguja hueca, la jeringuilla a mediado del xix y por el descubrimiento del oftalmólogo Carl koller de la propiedad anestésica locales de la cocaína en 1884. En el 1891 se da iniciación de la punción lumbar por Quinke al intentar aliviar la dolencia en la hidrocefalia. La administración del primer anestésico raquídeo se ha atribuido a Corning, quien el 1885 intento anestesiarse la mitad inferior del cuerpo de un paciente al inyectar cocaína en la región de la columna vertebral. La anestesia que se presento después de 20 minutos, fue la perdida de la sensación sensitiva y no motora probablemente por la inyección de la cocaína en el espacio peridural y no el subaracnoideo.

Cuando se inyecta el anestésico local en el espacio subaracnoideo, es casi inmediatamente se inicia anestesia a ese nivel. Los lugares de acción son raíces de nervios raquídeos,

el ganglio raquídeo dorsal y, en cierto grado la periferia de la medula espinal. Los principales efectos probablemente resulten de la anestesia de las raíces nerviosas anteriores y posteriores. Dado el elevado gradiente de concentración inicial y la liposolubilidad del anestésico, la absorción tiene lugar rápidamente y penetra en la fibra nerviosa. Las primeras afectadas son las fibras de menor diámetro, posiblemente por la difusión más rápidas a través de la delgada vaina de mielina, quizá por la amplia área de superficie y menor distancia para penetración.

En la mayor parte de los casos, la anestesia raquídea se administra para intervenciones efectuada en el abdomen bajo, regiones inguinales, extremidades inferiores, o en el perineo. La situación lograda por raquianestesia en casos operación intra-abdominal es excelente, gracias a la gran relajación muscular, en el intestino contraído, la reparación tranquila y la relativa disminución de la hemorragia debido a la hipotensión que suele producirse. No existe indicaciones absolutas para la anestesia raquídea o peridural, pero si situaciones clínicas en la que se preferencia del paciente, sus condiciones fisiológicas o el procedimiento quirúrgico hacen el bloqueo neuroaxial central la técnica de elección. También hay evidencia cada vez mayor de que esta técnica pueda mejorar el resultado en algunos casos. Ya se ha demostrado que la anestesia raquídea y epidural amortiguan la reacción al estrés, en cirugía, disminuye la pérdida tranoperatoria de sangre, reduce la incidencia de sucesos tromboticos postoperatorios y también la morbilidad y mortalidad en los pacientes quirúrgicos de alto riesgo.

Además, tanto las técnicas raquídeas como las epidural pueden emplearse para extender la analgesia hasta el periodo postoperatorio. La anestesia raquídea puede o se usa en paciente fornido, Cesárea hernias, fracturas etc. Todo lo que reserve en niveles lumbares. La anestesia raquídea no debe emplearse sin tener presente el estado físico y mental del paciente. Entre las contradicciones relativas están dificultades ya conocidas para la raquianestesia, déficit neurológico residual, dolor de cabeza, presencia de enfermedad medular y uso simultáneo de anticoagulantes. Otros factores serían el prever dificultades para la punción lumbar o las posibilidades de introducir infecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio se utilizaron los equipos de anestesia como son bandeja de raquis Anestesia con aguja # 23 y # 25, gasas, betadine, pinza para asepsia y antisepsia, campo de tela para cubrir espacio de la punción, así como también equipo de punción peridural con los mismo elementos de raquis anestesia acepto la aguja de peridural con sus agujas de tuohy # 16 y # 17 y para anestesia general la máquina de anestesia como fuente de apoyo para diferente técnica, pero aquí con mayor uso también tubo endotraqueal # 6.5, 7 y 7.5 laringoscopio, pentotal de sodio o propofol, atropina.

Se construyo un protocolo de tres cuadro, en los cuales se dividieron en los tres meses de estudio y un cuarto cuadro

que resume el número total de cesarías, hysterectomía, plastia, vaginal, quiste de ovario etc. en los tres meses.

Se segregaron cada procedimiento anestésico por separado totalizando cada uno por mes, calculando el %. Esto se realizo con los tres meses por igual, los cuales totalizaron en un cuarto grafico donde quedaron expresados los resultados finales.

RESULTADOS

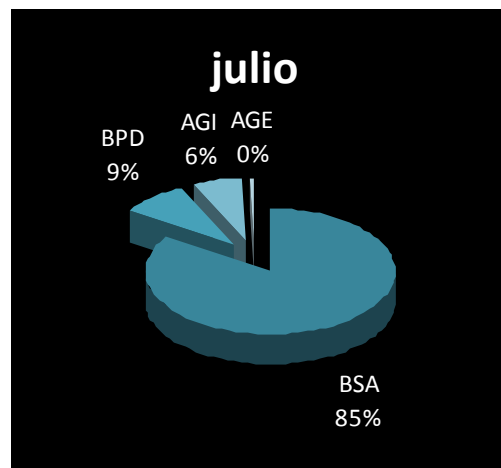
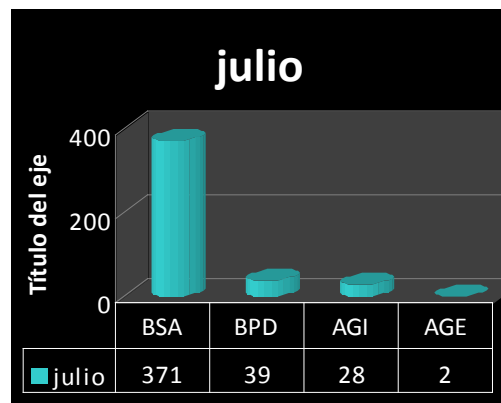
Grafica 1

Del total de 1519 procedimiento realizados se procedió a dividirlo en los tres meses en estudio distribuido así.

En el mes de julio se obtuvo un total de 440 casos, para 84% de BSA, 9 %, BPD, 6 % AGI y AGE 1 %.

Grafical

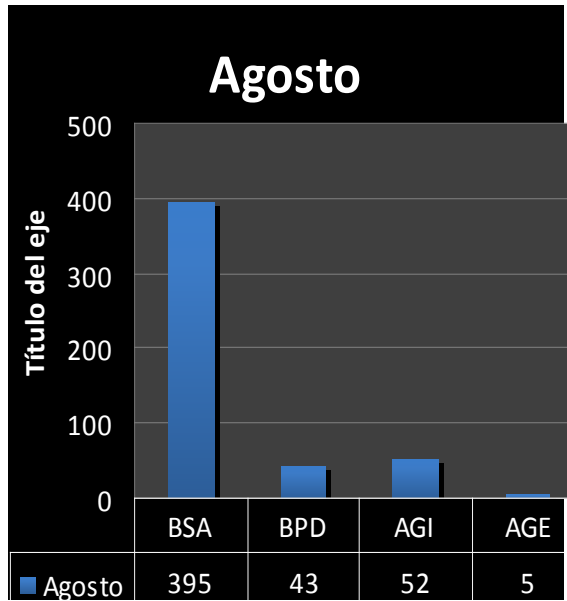
Meses	BSA	BPD	AGI	AGE
julio	371	39	28	2



Mes de agosto un total de 495 arrojando 84 % de BSA, 9 BPD, 10% de AGI y 5% deAGE.

Grafica#2

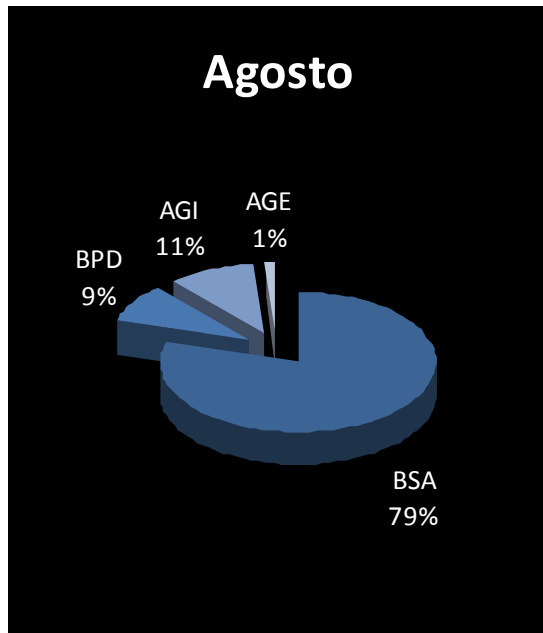
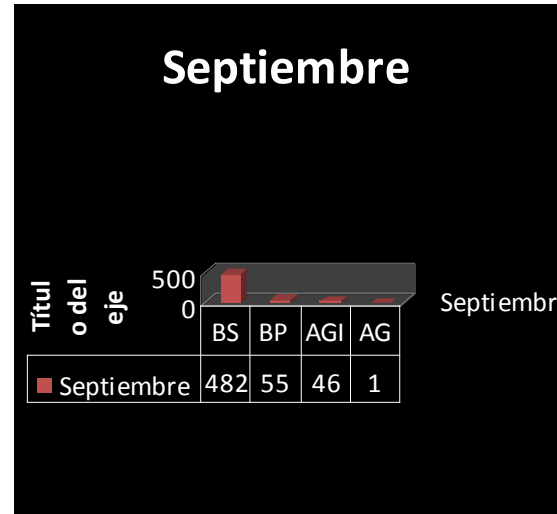
BSA	BPD	AGI	AGE
395	43	52	5



seguido con BPD con 9 %, AGI con 6 % y AGE con 1 %.

Grafica 3

Mes	BSA	BPD	AGI	AGE
Septiembre	482	55	46	1

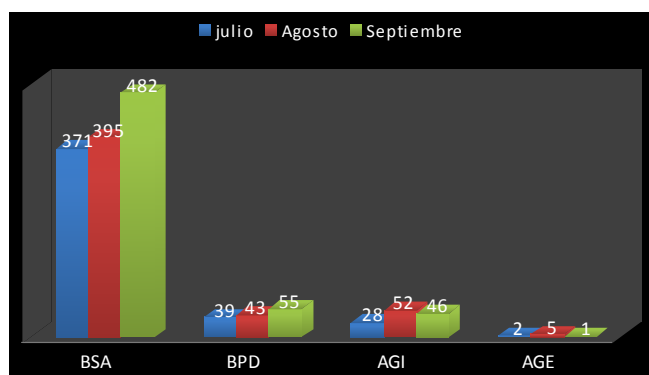


En el mes de septiembre la totalidad de procedimiento se elevó el número de procedimiento a 584, aquí hubo como los meses anteriores un predominio de BSA con 83%

Finalmente el consolidado de los tres meses se observó un total predominio como los expresan los resultados que siguen.

Grafica 4

Meses	BSA	BPD	AGI	AGE
Julio	371	39	28	2
Agosto	395	43	52	5
Septiembre	482	55	46	1



BSA 1248 (82%) –BPD 137 (9 %) – AGI 8 (1%)

DISCUSIÓN

Del total de 1519 pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos ginecobstetrico se obtuvo un 82 % con BSA, 9 % de BPD, 8 % AGI y 1 % de AGE. Cuál es la discusión y porque en el resumen señalamos la anestesia peridural como alternativa de la raquis a si como también la anestesia GI y GE como complementaria debido a que la anestesia peridural es un BSA indirecto , que se utiliza con mucho éxito Ej.: en la analgesia obstetricia, toxemia severa del embarazo, hipertensión crónica, etc. Esta debe ser manejada por manos experta y en esta, ella en ocasiones puede tornarse riesgosa cuando hay perforación accidental de la duramadre trayendo complicaciones propias de ella. Tomando en cuenta todas las variantes entre los diferente tipo de técnicas anestésicas y observando que entre todas la que menos agregados hay que combinar, la más simple en aspecto de su aplicación que por tanto tiempo se ha venido usando y que hoy en día estudio como este nos reportan un 82% de aceptación, hacemos la recomendación de este tipo de técnica anestésica sin descartar el bloqueo peridural en los casos especiales expresado anteriormente.

CONCLUSIÓN

Los resultados arrojados en esta investigación nos demuestran de la utilidad del uso del BSA, que hasta nuestros días nos llega promediando un 82 % en los procedimiento ginecobstetricos y en nuestro estudio con poca morbilidad, aunque esta no fue variable a estudiar (sin cefalea post-punción por usar aguja de diámetro reducido , poco sangrado transquirurgico como postquirúrgico ,por lo que nos sentimos

entusiasmado a recomendar a los cirujanos en sentido general el uso de esta técnica anestésica como la predilecta al momento interactuar con el anestesiólogo ,así como también a las usuarias que en verdad son las primera

En orientar de las conveniencia y las ventaja de esta técnica anestesiológica, porque son finalmente es ellas quien que en los casos cirugía electiva quien dirá cual será la anestesia de a seleccionar.

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 acuet pain management. Anesth Clin Na 1992;10:417-433.
4. Juffe JH,M artin WR. Opiod analgesics and antagonists. En Goodman A,Rall TW. Nies AS, Taylor P (Eds). The Pharmacological Basics of Therapeuticsl.8va Ed, New York: McGraw, 1992:485-521.
5. Cooper, J.- Bases Bioquímicas del neurofarmacología. 1982.
6. Goodman &Gilman, A. Analgésicos y antagonistas opioide. 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 morfonomimeticos. 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 tje 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 Managment of pain. Ed 2, Philadelphia, Lea & Febiger, 1990:1326-8
12. Crawford JS. Lumbar epidural block in labor. A clinical analysisl. Br. J. Anesth. 1972;44:66-74
13. Bonica JJ.The nature of pain of parturitín. Clin. Obstet. Gyneco. 1975;2:511
14. Abboud TK, Noueihed R, Khoo S, et.al.26 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.

ACCIDENTES EN EL HOGAR. ESTUDIO EN MENORES DE 15 AÑOS EN LOS HOGARES DE LA PROVINCIA SAN CRISTÓBAL.

Belisa Colón, Erika Estévez, Giana Holguín, Rubén Darío Pimentel.

RESUMEN

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo de encuesta entrevista transversal que se llevó a cabo en la zona urbana del municipio de San Cristóbal, República Dominicana. El periodo a investigar fue los meses de diciembre de 2007 y enero de 2008 (anexo XIII.1. Cronograma).

La encuesta fue ejecutada en 292 hogares de la zona urbana del municipio de San Cristóbal. En esos hogares había 1 164 habitantes, 287 de los cuales eran menores de 15 años. De esos (n=287) niños menores que participaron en la encuesta entrevista, 57(19,9%) fueron accidentes en el hogar. Con respecto al sexo, la mayor frecuencia correspondió al masculino (68,4%) y las edades mayormente involucradas fueron 1-4 años (43,9%) y 5-9 años (38,6%).

Los accidentes en el hogar más frecuentes fueron las caídas a diferente nivel (18,1%), seguidas de caídas de igual nivel (22,8%), heridas (17,5%) y cuerpos extraños 7,0%, entre otras. Todos los accidentes fueron más frecuentes en las edades de 1-4 y 5-9 años, excepto las caídas a diferente nivel, que se presentaron 2 en menores del año y las heridas y colisiones que se presentaron 5 y 3 (heridas y colisiones respectivamente) en el grupo de 10-14 años. El patio (29,8%), dormitorio (17,5%), sala (12,3%) y escaleras (10,5%) fueron los lugares del hogar más frecuentemente relacionados con accidentes en el hogar.

Los resultados de la asociación de la variable edad con respecto a diferentes sitios del hogar, en las cuales ocurrieron accidentes, fueron no significativos ($p > 0,05$) todos, excepto, la relación edad/sala. Un total de 15 niños sufrieron accidentes de madres que trabajaban e igual proporción ocurrió en hijos de madres no trabajadoras. Jugar con objetos u objetos peligrosos (93,0%), andar descalzo (49,1%), permitir al niño libre acceso a la cocina o baño (24,6%) y la presencia de sustancias o medicamentos al alcance de los niños (21,1%), fueron los factores generadores de accidentes más comúnmente asociados a los accidentes en el hogar.

Por último, se concluye que, la presencia de niños pequeños con juguetes u objetos peligrosos, sustancias tóxicas o medicamentos a su alcance, así como el libre acceso a cocinas y baños, constituyen factores de riesgo importantes que posibilitan la aparición de nuevos accidentes en el hogar.

Palabras claves: Accidentes, hogares, niños.

ABSTRACT

This work is to present a prospective and descriptive study based on transversal survey interviews done in an urban area of San Cristobal in Dominican Republic. The research period was December 2007 – January 2008 (annex XIII.1 Chronogram).

The survey was done in 292 house of the aboved mentioned area.

There were 1164 inhabitants, 287 of them were children under 15 years of age, from those, 57 (19, 9%) suffered accidents in their houses. Regarding the sex, (68.4%) were boys, and the ages involved between 1 – 4 years, which represents (43, 9%). The (38, 6%) were children between 5 – 9 years old.

The most frequent accidents at home were falls from different hights, that represent (18, 1%), (22, 8%) were falls on equal hights, wounds (17.5%) and strange bodies 7, 0%, among others.

Children between 1 – 4 and 5 – 9 years old revealed in frequency of accidents, 2 children younger than 1 year fell. In the group of 10 – 14 year old, 5 were wounded and 3 were collisions. In relation with the places in the house, were the accidents took place (29, 8%) were in the yard, (17, 5%) in bedrooms, (12, 3%) in living rooms and (10, 5%) in stairs.

The results of the variable age-places of the house, were no significant ($P > 0,005$) except the relationship age/living room.

A total of 15 children of working women suffered accidents; the same proportion happened in nonworking women children. Playing with objects dangerous or not (93, 3%), walking barefoot (49, 9%), free access to kitchen or bathroom (24, 6%), poisoned substances or medicine nearby children (21,1%). All these were the factors that allowed the majority of the accidents related with the places children live, their houses.

As conclusion the presence of young children with toys or dangerous objects, poisonous substances, or medicine nearby children, as the free access to kitchen and bathrooms are the most important risky factors that allow the presence of new accidents at homes.

Key Word: Accidents, home, children.

INTRODUCCIÓN

Una lesión es un problema médico del entorno, es decir un problema en la relación que se establece entre uno o más individuos y el ambiente que lo rodea, en relación con el tiempo.¹

Los accidentes domésticos son causas importantes de enfermedad y de muerte durante la infancia y en efecto, uno de cada cinco niños requiere atención hospitalaria por una causa.²

En las naciones industrializadas las dos terceras partes e inclusive más del total de defunciones se deben a tres causas fundamentales: enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y accidentes.¹

Los accidentes no mortales apenas revisten gravedad, pero originan problemas importantes a los niños y horas trabajo a los padres.

El número de accidentes de diversas índoles que se produce en el mundo es cada vez mayor; sin embargo, los que ocurren en el hogar, en niños pequeños, pasan inadvertidos, pese a que constituyen un problema importante en el que intervienen factores culturales, sociales y económicos de la familia. A esto se unen los rasgos propios del niño pequeño, quien tiene poca experiencia o juicio para limitar su afán exploratorio y reconocer el peligro que le rodea, así como el abandono y la falta de medidas de protección del hogar.²

En los países subdesarrollados, que constituyen la mayor parte de la población mundial, son múltiples los accidentes en el hogar, dadas las condiciones deplorables de las viviendas y el empleo de métodos de cocción y sistemas de iluminación peligrosos.³

En República Dominicana no se ha conducido un estudio nacional dirigido a conocer la frecuencia de accidentes en el hogar de niños. Apenas existen estudios aislados en uno que otro hospital. Es necesario desde todo punto de vista, tomar plena consideración de la gran importancia que tiene la profilaxis de los accidentes por su creciente morbilidad y graves consecuencias. El médico pediatra al igual que el médico de la familia es pieza clave para cumplir esta misión, en unión de los padres y la sociedad en general. Su trabajo cotidiano es el más indicado para dirigir y estimar los programas de lucha contra los accidentes.

Si se toma la información precedente, resulta obvia la necesidad de un estudio cada vez más exhaustivo sobre los accidentes en niños que incluya sus causas, lugar de producción, relación con diferentes grupos etéreos y presencia de factores de riesgo, entre otros aspectos.

Actualmente se está llevando a cabo un estudio nacional con el propósito de determinar la existencia de diferentes sitios de ocurrencia de accidentes de niños en el hogar y sus principales características. La encuesta en la zona urbana del municipio de San Cristóbal, es parte de esa investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo de encuesta entrevista transversal que se llevó a cabo en la zona urbana del municipio de San Cristóbal, República Dominicana. El periodo a investigar fue los meses de diciembre de 2007 y enero de 2008 (anexo XIII.1. Cronograma).

Área de estudio

El estudio tuvo lugar en la provincia San Cristóbal. Esta provincia se encuentra situada en la región I de salud, a 25 km de la capital dominicana. La provincia está delimitada geográficamente al Sur por el Mar Caribe; al Norte, por las provincias de Monseñor Nouel y Monte Plata; al Este, por la provincia Santo Domingo; al Oeste, por la provincia Peravia. El municipio de San Cristóbal, a su vez se encuentra geográficamente localizado, a 28 km^{29*} de la capital dominicana y a 5 km del Mar Caribe.

Universo y muestra

El universo lo representó la totalidad de los hogares habitados de la provincia San Cristóbal (142 993 de los cuales 128 935 están habitados). El estudio consistió en indagar accidentes domésticos en una muestra de hogares de la zona urbana del municipio de San Cristóbal. Este municipio tiene 36 454 hogares, de los cuales 33 471 son urbanos y están habitados). La muestra estuvo representada 352 hogares. En estos hogares participarán las madres de niños menores de 15 años, que tuvieron algún accidente durante diciembre de 2007, a enero de 2008.

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

$$n = \frac{Z^2 pq}{NE^2 Z^2 pq}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza

p= variabilidad positiva

q= variabilidad negativa

N=tamaño de la población

E = precisión o error

Con un nivel de confianza de 95 por ciento y un error de 5 por ciento, se calculó la muestra en 320 hogares. Para evitar posibles sesgos a la muestra obtenida se le agregó el 10 por ciento (32 hogares), por lo que la muestra final fue de 352.

Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de la información fue elaborado un cuestionario. Éste está elaborado en formato 8½ x 11, contienen 12 preguntas: 6 cerradas y 6 abiertas. Contiene datos sociodemográficos del niño, tales como: edad, sexo, lugar de residencia, y procedencia, entre otros. También contiene datos

29 * Pérez-Verdú L. Rumbo a República Dominicana. Barcelona (España): Editora alertes, 1992: 45.

sociodemográficos de la madre o tutor (edad, estado civil, nivel de instrucción, etc., si trabaja o no).

Sobre los accidentes en el hogar se incluyen las características del accidente (caída al mismo nivel o de diferente nivel, quemaduras, heridas, asfixias, cuerpos extraños, intoxicaciones, bronco aspiraciones, mordeduras de animales). También contiene preguntas que indagan el lugar del accidente (hogar, cocina, sala, dormitorio, comedor, baño, escalera, azotea, techo, ventanas, garaje, patio, jardín, pasillo, portal, pozos o cisternas, sustancias tóxicas, entre otros). Finalmente se interrogó acerca de la presencia de adultos en el momento de ocurrir el accidente.

Los cuestionarios tuvieron un formato que permitió su aplicación y posteriormente, su fácil codificación (transcripción de respuestas a códigos numéricos) y captura de información en medios electrónicos.

Criterios de inclusión

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Que en el hogar visitado haya niños
2. Que la madre acepte a participar en la encuesta entrevista.
3. Firmar consentimiento informado.
4. Niños menores de 15 años.
5. Niños de ambos sexos.
6. Niños que presentaron cualquier lesión de tipo accidental producida en el hogar y /o entorno.
7. Todo niño que tuvo algún tipo de accidente en el hogar en el transcurso del año será incluido en el estudio.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión serán:

1. Niños mayores de 14 años.
2. Niños con lesiones intencionales (maltrato físico, por ejemplo).
3. Niños cuyos padres o tutores rechazaron la colaboración para participar en la encuesta entrevista.
4. Incapacidad de las madres para proporcionar datos adecuados (retraso mental de la madre, por ejemplo).

Criterios definitorios

Se tomó como patrón de accidentes el señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que los define como «Todo hecho independiente de la voluntad del hombre causado por una fuerza externa de acción rápida, que se expresa por una lesión del cuerpo o de la mente».

Se consideró «hogar» a los efectos del lugar donde ocurrió el accidente, aceptado por la OMS, que señala como «hogar» la vivienda propiamente dicha, el jardín, el patio, el garaje y todo lo que pertenezca a la casa.

Procedimiento

Estudio piloto de validación

Se evaluó y validó el cuestionario antes de ser utilizado, para evaluar la confiabilidad (capacidad del instrumento para dar resultados similares en distintos momentos sobre características que se consideran invariantes en el periodo comprendido entre dichos momentos). También se evaluó la validez del instrumento (se refiere a la utilidad para medir realmente la característica o concepto que desea medir). Este estudio piloto previo se dirigió al 10 por ciento de la muestra, es decir, a 35 madres de hogares de la zona urbana del municipio de San Cristóbal.

El informante blanco del presente estudio será la madre del niño accidentado en el hogar por entender que es la persona capaz de entender el vocabulario utilizado en las preguntas, a su vez la unidad de observación fueron los hogares que albergaban al niño accidentado. Los cuestionarios fueron administrados cara a cara, por las sustentantes que a su vez fueron las entrevistadoras y recolectoras de la información.

Método

El método consistió en el llenado de las encuestas entrevistas en la zona urbana del municipio de San Cristóbal, será responsabilidad de las sustentantes. Esta fase consistirá en entrevistar a las madres de niños de 352 hogares del municipio de San Cristóbal para indagar accidentes domésticos en menores de 15 años. El proceso de entrevista de esta fase tuvo lugar los sábados y domingos de diciembre de 2007 y enero de 2008.

Tabulación

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*.

Análisis

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

Los datos que fueron susceptibles de comparación fueron procesados mediante la prueba de X^2 para tablas de contingencias, con la finalidad de conocer la existencia o no de asociación entre las variables estudiadas. El nivel de significación utilizado fue de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Las madres participantes recibieron la explicación de lugar y se les leyó un documento de consentimiento informado donde todos consintieron participar en la encuesta entrevista. Finalmente, se hizo el compromiso de no incluir identificación en el formulario.

RESULTADOS

La encuesta fue ejecutada en 292 hogares de la zona urbana del municipio de San Cristóbal. En esos hogares había 1 164

habitantes, 287 de los cuales eran menores de 15 años (Tabla 1). De esos (n=287) niños menores que participaron en la encuesta entrevista, 57(19,9%) fueron accidentes en el hogar (Tabla 2).

Tabla 1. Relación de los habitantes de hogares, según niños y adultos. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Hogares	292	100,0
Habitantes	1 164	100,0
≥ 15 años	877	75,3
< 15 años	287	24,7

Fuente: Encuesta de accidentes.

En la tabla 3 se presenta la relación de los accidentes en el hogar según edad y sexo. Con respecto al sexo, la mayor frecuencia correspondió al masculino 39 (68,4%) y las edades mayormente involucradas fueron 1-4 años, 25(43,9%) y 5-9 años, 22(38,6%). En el grupo menor del año se registraron 2(3,5%), mientras que en el grupo de 10-14 años, ocurrieron 8 (4,0%) accidentes.

Los accidentes en el hogar más frecuentes fueron las caídas a diferente nivel, 16 (18,1%), seguidas de caídas de igual nivel, 13(22,8%); heridas, 10 (17,5%); cuerpos extraños, 4(7,0%) y colisiones (7,0%), entre otras. Todos los accidentes fueron más frecuentes en las edades de 1-4 y 5-9 años, excepto las caídas a diferente nivel, que se presentaron 2 en menores del año y las heridas y colisiones que se presentaron 5 y 3 (heridas y colisiones respectivamente) en el grupo de 10-14 años (Tabla 4).

Tabla 4. Accidentes en el hogar de niños según grupos de edades y causas. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

Causas/grupo de edad (años)	Total (%)	< 1	1-4	5-9	10-14
Caídas a igual nivel	13 (22,8)	0	9	4	0
Caídas a diferente nivel	16 (28,1)	2	10	6	1
Quemaduras	2 (3,5)	0	0	2	0
Heridas	10 (17,5)	0	0	5	5
Colisiones	4 (7,0)	0	0	1	3
Cuerpos extraños	4 (7,0)	0	2	2	0
Intoxicaciones	3 (5,3)	0	2	1	0
Bronco aspiraciones	0	0	0	0	0
Mordeduras de animales	2 (3,5)	0	2	0	0
Asfixias	0	0	0	0	0
Caídas más heridas	3 (5,3)	0	2	1	0
Quemaduras por electricidad	0	0	0	0	0
Total	57 (100,0)	2 (2,5)	25 (43,9)	22(38,6)	8 (14,0)

Fuente: Encuesta de accidentes.

En la tabla 5 se presenta la relación de los accidentes en el hogar y lugar donde ocurrió. El patio (29,8%), dormitorio (17,5%), sala (12,3%) y escaleras (10,5%) fueron los lugares del hogar más frecuentemente relacionados con accidentes en el hogar.

Tabla 5. Relación de los accidentes en el hogar según lugar donde ocurrió. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

Tabla 2. Relación de los niños < 15 años, según tuvieron o no accidentes en el hogar. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

Accidentes en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	57	19,9
No	230	80,1
Total	287	100,0

Fuente: Encuesta de accidentes.

Tabla 3. Accidentes en el hogar de niños según grupos de edades. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

Grupo de edad (años)	Total (%)	Masculino (%)	Femenino (%)
< 1	2 (3,5)	1 (1,8)	1 (1,8)
1-4	25 (43,9)	14 (24,6)	11 (19,3)
5-9	22 (38,6)	16 (28,1)	6 (10,5)
10-14	8 (4,0)	8 (14,0)	0
Total	57 (100,0)	39 (68,4)	18 (31,6)

Fuente: Encuesta de accidentes.

Lugar ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Domitorio	10	17,5
Patio	17	29,8
Sala	7	12,3
Escaleras	6	10,5
Garaje	2	3,5
Comedor	3	5,3
Barra	4	7,0
cocina	5	8,8
Pasillo	2	3,5
Balcón	1	1,8
Total	57	100,0

Fuente: Encuesta de accidentes.

En la tabla 6 se presentan los resultados de la asociación de la variable edad con respecto a diferentes sitios del hogar, en las cuales ocurrieron accidentes, fueron no significativos ($p > 0,05$) todos, excepto, la relación edad/sala.

En la tabla 7 se presenta los accidentes en el hogar de niños menores de 15 años por grupos de edades y su relación entre la ocupación materna y presencia de adultos en el momento del accidente. Un total de 15 niños sufrieron accidentes de madres que trabajaban e igual proporción ocurrió en hijos de madres no trabajadoras.

Tabla 7. Accidentes en hogar de niños menores de 15 años por grupo de edades. Relación entre ocupación materna y presencia de adultos en el momento del accidente. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

		Presencia de adultos			
		Hijos de madres trabajadoras		Hijos de madres no trabajadoras	
Edad (años)	Total (%)	Sí	No	Sí	No
< 1	2 (3,5)	1	0	1	0
1-4	25 (43,9)	7	8	5	5
5-9	22 (38,6)	4	3	7	8
10-14	8 (4,0)	3	2	2	1
Total	57 (100,0)	15(26,3%)	13(22,8)	15(26,3%)	14 (24,6%)

Fuente: Encuesta de accidentes.

Jugar con juguetes u objetos peligrosos (93,0%), andar descalzo (49,1%), permitir al niño libre acceso a la cocina o baño (24,6%) y la presencia de sustancias o medicamentos al alcance de los niños (21,1%), fueron los factores generadores de accidentes más comúnmente asociados a los accidentes en el hogar (Tabla 8).

Tabla 8. Factores generadores de accidentes en el hogar. Resultados de las pruebas de asociación entre variables. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

Tabla 6. Accidentes en el hogar de niños menores de 15 años. Resultados de las pruebas de asociación entre variables. Accidentes en el hogar. Municipio de San Cristóbal. República Dominicana. Periodo de enero de 2007 a febrero de 2008.

Variable	X ²
Edad vs sala	14,20*
Edad vs comedor	2,90**
Edad vs baño	1,02**
Edad vs escaleras	1,82**
Edad vs portal	4,6 2**
Edad vs cocina	0,95**
Edad vs dormitorio	12,90**
Edad vs jardín	5,45**

* $p < 0,005$

** $p > 0,05$ (no significativo)

Fuente: Encuesta de accidentes.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Sustancias toxicas o medicamentos al alcances de los niños	12	21,1
Balcones, azoteas, ventanas y escaleras sin protección	6	10,5
Armas, cuchillos o punzones al alcances de los niños	2	3,5
Permitir al niño libre acceso a la cocina o baño	14	24,6
Jugar con juguetes u objetos peligrosos	53	93,0
Mangos o sartenes que sobresalen en la estufa	2	3,5
Andar descalzo	28	49,1
Peleas con otros niños	7	12,3
Tener animales dentro del hogar	7	12,3
Dejar niños solos en camas, cunas, cargadores, coches	9	15,8
Cables eléctricos al alcances de los niños	2	3,5
Sin factores de riesgos	19	33,3

Fuente: Encuesta de accidentes.

DISCUSIÓN

La presente investigación ha permitido conocer la frecuencia de accidentes en el hogar de niños menores de 15 años encuestados en la zona urbana del municipio de San Cristóbal, 19,9 por ciento. Aunque esta frecuencia confirma nuestra primera hipótesis, es bueno hacer algunas observaciones: En primer lugar los datos obtenidos no reflejan la real frecuencia de los accidentes en el hogar en niños, debido sobre todo, a que los accidentes menores los padres, muchas veces, no le dan importancia y no lo recuerdan.

Cuando se analizan las variables edad y sexo con los accidentes en el hogar resultó no significativa ($p > 0,05$), lo cual indica que al parecer, las variables de edad y sexo no están asociadas, Sin embargo, en valores absolutos, en cada grupo de edad predominó el sexo masculino sobre el femenino, a pesar de que en sentido general la participación del sexo femenino fue mayor en la totalidad de niños estudiados. Esta situación existente, generalmente después del primer año se explica, porque a medida que progresa la edad de los varones, se produce una mayor interrelación con el medio, y sus actividades son más dinámicas y menos controladas.

Las caídas a igual nivel o a diferente nivel, las heridas, las colisiones y los cuerpos extraños, constituyeron las 5 principales causas de accidentes en el hogar, otras autores señalan que del 50 por ciento al 80 por ciento de las caídas que resultan mortales suceden en el hogar. En los accidentes ocurridos en la zona urbana del municipio de San Cristóbal, por fortuna, no se registró ningún accidente mortal.

La asociación de la variable edad con respecto a los diferentes

sitios del hogar, en los cuales pueden ocurrir accidentes, fueron no significativos ($p > 0,05$). En la situación inicial, la totalidad de las áreas mencionadas son independientes de la edad como causas de accidentes. No obstante, en toda las edades, el niño puede verse afectado por un accidente en cualquier sitio del hogar.

Se aprecia asociación entre la edad y el lugar del accidente (sala), lo que sugiere que existen determinados grupos de edades que van a presentar mayor frecuencia de accidentes en este sitio. Este hecho puede producirse al necesitar el niño, en edades más tempranas, una mayor vigilancia por parte del adulto, pues esta área del hogar generalmente es la más utilizada para esta función, por la aparente ausencia de factores de riesgo. Algunos autores ubican el patio como el lugar de mayor ocurrencia de accidentes y la edad más afectada de 1 a 5 años.

De acuerdo con el método estadístico expuesto, los resultados de la asociación entre la presencia o ausencia de adultos en el momento del accidente en madres trabajadoras y la presencia o ausencia de adultos en el momento del accidente en madres no trabajadoras, relacionados con diferentes grupos de edades, no fueron significativos ($p > 0,05$), lo cual indica que no hubo asociación entre ambas variables; es decir, en edad ambos grupos de mujeres, la presencia o ausencia es independiente a la edad del niño accidentado, y la sola presencia del adulto no es determinante para evitar la producción de accidentes en el hogar, con respecto a la edad, y si constituye un aspecto fundamental en su prevención: la eliminación de factores de riesgo en el hogar. Al mismo tiempo, se prueba que la condición de mujer trabajadora es independiente o no de la

producción de accidentes en el hogar, en los diferentes grupos de edades.

Asimismo, en los niños accidentados que se detectó en los diferentes hogares visitados, se identificaron múltiples factores de riesgo, entre los que sobresale la presencia de pequeños con juguetes u objetos peligrosos, sustancias tóxicas o medicamentos a su alcance, y el libre acceso a la cocina o el baño. Esta situación nos sitúa en alerta por la real posibilidad de producirse nuevos accidentes.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación permiten hacer las siguientes recomendaciones:

1. En los primeros años de la vida, el cuidado y la protección del niño debe ser por los propios padres de los niños, en la edad preescolar en que se despierta la curiosidad del niño y quiere ver y conocer todo, dichos cuidados deben intensificarse, a la vez que se orienta al niño para que poco a poco aprenda a cuidarse por sí mismo.
2. Debe tenerse presente la instalación de ciertas medidas protectoras como: rejillas o barandas en las escaleras y ventanas, así como tener la obligación de un mayor cuidado cuando el niño pequeño está enfermo.
3. Los padres no deben dejar al alcance de los niños medicamentos ni sustancias peligrosas. Tampoco almacenar en frascos diferentes (por ejemplo de refrescos) al que vienen originalmente las sustancias líquidas.
4. Deberá tenerse especial cuidado y vigilancia ante la posibilidad de algún escape de las estufas en los hogares que pueda desencadenar un incendio.
5. Cuando en el hogar hay niños pequeños, las escaleras deben estar protegidas, lo mismo que ventanas y cunas. También velar por reparar malas condiciones del piso de las habitaciones. Ni acostar niños menores del año en camas desprovistas de la protección correspondiente.
6. Los hogares deben tener las instalaciones de electricidad bien protegidas, no deben existir instalaciones provisionales defectuosas, no deben estar al alcance de los niños. Debe tenerse especial cuidado con los cables del tendido eléctrico y aparatos eléctricos, así como también las personas que se dedican a hacer conexiones ilegales de los cables que suministran energía a los hogares dominicanos.
7. No derramar un trasto con agua hirviendo, o manipular velas o velones. Evitar la ingestión accidental de petróleo, aguarrás o gasolina o de productos que contengan sosa.
8. Prevenir la ingestión de cuerpos extraños. No permitir la visita de niños a los salones de belleza, protección de instalaciones eléctricas, evitar la conservación de sustancias peligrosas en botellas de refrescos, proteger el botiquín de medicamentos, entre otras.

9. Un peligro constante que debe alejarse de los niños son los cáusticos (Ácidos: clorhídrico, nítrico, sulfúrico, y limpiadores de hornos (estufas-*Eassy-Off*) o de metales, líquidos de baterías, gas querosén; y las bases: Compuestos clorinados que producen quemaduras de la piel y mucosas y estridor.

REFERENCIAS

1. Ibarra, j prevención de lesiones y accidentes en pediatría. 1993; 106-121
2. Arias-López up, Roig-Rosg, Ibelli F, *et al* síndrome de casi ahogamiento en pediatría. Rev. Del Hospital de niños de México 1998:5-11.
3. Velásquez-mota RL, Ramírez I, Guzmán-marcano M, Yaqueline-Cruz-González y, Feliz- Gómez DR. Incidencias de accidentes en el hogar en niños de 0-15 años en el hospital Dr. Robert Reid Cabral. 1997-1998 (tesis de grado-medicina) Universidad Autónoma de Santo Domingo.
4. Hernández GM, Manchola-padrón E, Sifontes- Ballagas M, Reyes Balseiro N accidentes del hogar en niños de 0 a 9 años. Revista Archivo médico de Camagüey 1998; 2(3). WWW.amc.sld.cu/amc.
5. Paulsen K, Mejia H. Factores de riesgo para accidentes en niñas. Revista chilena de pediatría 2005; 76(i) WWW.&cielo.php?pid.
6. Goshiko B-Educación para la salud segunda edición.2005; 238-240.
7. Echandia.CA. Cuerpo entraño en la vía aérea en emergencias y urgencias en pediatría. Roaj A (ed) – Cali secretaria de salud publica municipal.1996; 53-67.
8. Rodríguez JA - Espinosa AC Emergencias urgencias en pediatría 2001-2da. Edición; 75-81.
9. Paúl H D. Serie medica nacional para el estudio independiente pediatría 4.a edición; 37-62.
10. Treviño G manual de pediatría 2003 primera edición; prevención de lesiones y accidentes en pediatría; 105-123.
11. Montoya MA. Intoxicaciones urgencias en pediatría 3ra. Edición. Hospital infantil de México 1982; 413-421.
12. Hoekelman. R. FE.principios de pediatría cuidado de la salud de la niñez 1982 primera edición; 1843-1854.
13. Montoya.CM. – Deaquimo JE.- Reynojo GM. Intoxicación fatal por endrin. Hospital infantil de México 1980,37-117.
14. Rudolph. Abraham. M. pediatría 17 ediciones. Editorial Labor S.A. Barcelona 1985, 801-805.
15. Inon A.E. Trauma en pediatría. 1ra. Edición editorial primero 311-355. Izan JR. H ubay. C.A. The Anual.
16. Injury of 15000.000 Children: A Limited. Study of childhood accidental Injury an deth. J. trauma. 1965:6:65.
17. Treviño. Manual De Pediatría 3^{ra} Edición 2003.Págs.:

- 104-107,110-122,
18. Richard E. Behrman, Md; Robert M. Kliegman, Md; Hal B. Jonson, Md. Manual De Pediatría De Nelson Edición 16ª, Año....., Págs.: 172-175, 202-205, 206-211,706-708.
 19. Paúl H. Dwarkin, Nms Pediatría 4ª, Edición 2002 Págs.: 37-61.
 20. Mary W. i.e.-Lai. Md; Catherine A. Mcgeorge; Maria C. Asi- Bautista, Md; Cyndi Reid. Manual De Pediatría, 2ª Edition 2004, Pág.:304-322.308-310.
 21. Caridad Garijo, Maria Luisa Poch, Rosario Negrete, Raquel Ramirez, Manual Practico De Enfermería edición....1997, Págs.:198-200, 216, 218.
 22. Schwartz, Shires, Spencer, Manual Principios De Cirugía. 7ª Edición 2000. Págs.: 194; 200-207; 209; 242.
 23. Robert Berkow, Mark H. Beers, Manual Merck,; Edición En Lengua Española. Págs.: 951, 1036,1348, 1364
 24. Carlos Gispert, José Gay, José A. Vidal Diccionario De Medicina Océano Mosby 4ª Edición. Págs.: 34, 337-338,655, 878,
 25. Guillermo B. Rosario Reyes, Manual De Procedimiento Para La Prevención, Control Y Vigilancia Epidemiológica De La Rabia,. 1ª Edición 2005. Págs.: 37-39.
 26. Pimentel, Rubén Darío; La Unidad De Quemados Peral F. Ort: Una Experiencia A Imitar. Revista Medica Dominicanas Vol. 60 Enero- Abril, 1999 N°: 1 Pág.7-
 27. Schiffino, Rafael; López, Adolis, Geraldino, Mario; Intoxicaciones Más Frecuentes En Niños. Revista Medica Del Centro Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina Vol. 5, N°: 2 Abril- Junio 1995 Pág. 23-25. Unidad Medica Vol. 11 Julio- Diciembre 2004 Pág.: 105-106.
 28. Fosforados Y/O Carbamatos En Gil Hidalgo José, Polanco Deisy, Santana Peña Esthela,Rodriguez Sandra, Santana Díaz Abel,
 29. Incidencia De Intoxicaciones Por Órganos Niños De 0-16 Años De Edad. Unidad Médica Vol. 8 Julio –Diciembre 2004 N°: 2 Pág. 75.
 30. De Jesús Burgos Flor Maria, Sánchez Reynoso Ana Dolores, Cortorreal Manuel Aurelio. Incidencia De Quemaduras Como Causa De Ingreso En El Hospital Regional San Vicente De Paul, San Francisco De Macoris. Revista Medica Dominicana Vol. 65 Mayo- Agosto 2004 N°: 2 Págs.: 153-154.
 31. Revista Medica Dominicana Vol. 67 Mayo- Agosto 2006 N°: 2 Págs.: 140- 141.
 32. Sosa Ortiz, Maria; Núñez Doquier, Ramona; Méndez, Héctor. Quemaduras De Infantes A Consecuencia De La Deficiencia En Los Servicios De Suministros De Energía Eléctrica. Revista Medica Dominicana Vol. 53 Enero- Marzo 1992 N°: 1 Págs. 28-29.
 33. Báez, Carlos; Luciano, José; Paulino, Jorge. Cuerpos Extraños En Esófago. Revista Medica Dominicana Vol. 52 N°: 1y 2 Enero- Marzo Y Abril –Junio, 1991 Págs. 13-15; 27-30.
 34. [Http://Www.Mayohealth.Org](http://Www.Mayohealth.Org). Fecha De Acceso: Diciembre 15 De 1999.
 35. [Http://Www.Aap.Org](http://Www.Aap.Org). Fecha De Acceso: Diciembre 15 De 1999.
 36. [Http://Www.Nih.Gov](http://Www.Nih.Gov). Fecha De Acceso: Diciembre 15, 1999.
 37. [Http://Www.Es.Wikipedia.Org/Wipi/Quemadura](http://Www.Es.Wikipedia.Org/Wipi/Quemadura).
 38. Www.Pediatraldia.Cl
 39. [Http://Www.Diagnostico.Com](http://Www.Diagnostico.Com) Definidas. Fuente :Adaptado De Las Condiciones De Salud De Las Américas. Edición 1994, Cuadro 31, P 206.

INCIDENCIA DE TRASTORNOS DE LA FERTILIDAD ASOCIADOS A VARICOCELE EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.

Yaritza Tavarez Blanco,* Cinthia Carreño Arias,* Guidry Juan Torres
 Mendez Méndez,* Glorimi Marlene Cambero Dominguez,* Nicauri María
 Melo Concepción.*

RESUMEN

La presente investigación correspondió a un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, donde se abordaron los casos con trastornos de la fertilidad asociados a varicocele en pacientes atendidos en el departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas desde noviembre 2005 hasta noviembre 2007.

De un total de 362 casos, 46 (12,7%) estaban asociados a trastornos de la fertilidad, por varicocele. La mayor cantidad se presentó en el 2007, 28 casos para un 61,0%, seguido del año 2006 con 16 casos para un 35%, y por último, en el 2005 se presentaron 2 casos para un 4%.

La edad comprendida entre 26 – 35 años fue en la que más se afectó la fertilidad por varicocele, encontrándose 26 casos para un 56.52%; seguido de la comprendida entre 15 – 25 años con 13 casos para un 28.26%, finalmente, con menor frecuencia las edades entre 35 - 45 años con 7 casos para un 15.22%

La mayor incidencia fue en pacientes de la zona urbana con 39 casos representando un 85%, seguido en menor frecuencia, la rural con 7 casos representando un 15%.

Los pacientes de religión católica fueron los que representan la mayor frecuencia con 37 casos, lo que representa un 80%, seguido de 6 casos no pertenecientes a ninguna religión para un 13%; y en menor frecuencia los de religión evangélica con 3 casos para un 7%. Una mayor frecuencia de trastornos de fertilidad por varicocele fueron en pacientes de raza mulata con 26 casos para un 56%, seguido por la raza blanca con 15 casos para un 33%, y en menor frecuencia, la negra con 5 casos representando un 11%.

El principal motivo de consulta fue la infertilidad en 25 casos, que representa un 54%, siendo el de mayor incidencia; seguido de 5 casos los cuales presentaron dolor escrotal mas pesadez para un 11%, en la misma frecuencia acudieron por pesadez mas molestia escrotal, en 3 casos el motivo fue dolor mas infertilidad para un 7%, al igual que 3 casos los cuales asistieron solo por dolor testicular, en menor frecuencia se encontraron 2 casos con dolor escrotal, pesadez, infertilidad; en igual frecuencia 2 casos con dolor escrotal, pesadez, molestia para un 4% cada uno, finalmente hubo un caso de molestia e infertilidad para un 2%.

Del total de la muestra de los pacientes estudiados con varicocele asociados a infertilidad, se confirmó el diagnóstico mediante ecografía con Doppler en 27 casos para un 59%, siendo el método más utilizado; en cambio, en 19 de los casos fueron confirmados por el examen físico, representando el 41%. Se debe tomar en cuenta que al 100% de la muestra se le realizó el examen físico, pero solo al 59% fue necesaria la confirmación por ecografía Doppler.

De los 46 pacientes que se les realizó el espermograma se encontró oligospermia en 33 casos, lo cual representa el 72% del total de la muestra; seguido por 10 casos con oligospermia más astenospermia para un 22%; en menor frecuencia se encontró azoospermia y teratospermia con 1 caso respectivamente, para un 2% representado en cada caso; finalmente, solo un (1) caso no presentó alteración para un 2%.

A los 46 pacientes que se les realizó tratamiento quirúrgico para un 100%; de los cuales la técnica más utilizada fue la de Palomo en 38 casos para un 82.6%; en menor frecuencia se realizaron la de Ivanissevich con 4 casos para un 8.7% y la Laparoscopia en 4 casos para un 8.7%. Se puede observar que la técnica quirúrgica de mayor frecuencia utilizada como tratamiento contra el varicocele es la de Palomo en 38 casos para un 82.6% de los pacientes; y en menor frecuencia fueron la de Ivanissevich en 4 casos representando un 8.7% y la laparoscópica igualmente 4 casos para un 8.7%.

Palabras claves: Trastornos de la fertilidad, varicocele, incidencia.

INTRODUCCIÓN

El varicocele tiene una prevalencia del 15-20% en la población total masculina, siendo la población infértil aproximadamente de un 40%. Se define como la dilatación varicosa de las venas espermáticas del plexo pampiniforme testicular secundario a reflujo venoso. En realidad se trata de un síndrome anatómico clínico en el que desde el punto de vista anatómico existe dilatación del plexo venoso con presencia de varices en el escroto y desde el punto de vista clínico un reflujo de sangre por las venas espermáticas hacia el plexo pampiniforme testicular. La inversión del flujo sanguíneo,

*Médico General

lo cual ocurre en la mayoría en el hemiescroto izquierdo, fenómeno el cual puede explicarse anatómicamente, ya que la vena espermática izquierda es una de las venas de mayor longitud del organismo y desemboca perpendicularmente en la vena renal del mismo lado. Además, la presión intravascular en la vena renal izquierda es mayor que en la derecha, porque la primera es comprimida por una pinza entre las arterias aorta y mesentérica superior, provocando un efecto cascanueces. Esto determina el aumento de presión en la vena espermática izquierda, que puede dilatarse y provocar incompetencia de las válvulas venosas, facilitando el flujo retrógrado de sangre hacia los testículos de bipedestación. Este complejo venoso en el escroto se dilata, y da lugar, con mínimo llenado en la maniobra de valsalva, a la presencia de una masa escrotal blanda, con el típico aspecto de bolsa de gusanos, que se descomprime y desaparece en decúbito supino. La ausencia congénita de válvulas proximales de la vena espermática interna en un 95% de la población en el lado izquierdo; cuales se demuestra el paso de contraste en sentido centrífugo, consecuencia de lo antes mencionado, en la gran mayoría de los pacientes con varicocele. Esto provoca lesión intrínseca del plexo pampiniforme que de una forma aislada, o más bien favorecida por la atrofia del cremáster causa éstasis venoso, un fenómeno que originaría enlentecimiento del flujo venoso hacia la cava y gran circulación colateral, que serían los responsables de alrededor del 20% de los varicoceles. Por otra parte, los varicoceles del lado derecho y los bilaterales suelen ser menos frecuentes solo un 2-3% y la presencia de esto debe levantar sospecha del facultativo de la existencia de una tumoración renal o de las glándulas suprarrenales que comprometen el drenaje venoso gonadal por compresión de dichas venas. El mecanismo fisiopatológico preciso por el cual el varicocele causa daño testicular y no de todos los portadores del mismo, es todavía desconocido. Muchas teorías han sido postuladas: a) perfusión reducida del testículo afectado por aumento de la presión venosa, que conduciría a atrofia con reducción del volumen testicular, b) aumento de la temperatura escrotal y el reflujo de metabolitos tóxicos de origen renal y suprarrenal. El aumento de la temperatura escrotal es quizás la teoría más antigua y que con mayor preponderancia ha sido relacionada con la fisiopatología del varicocele. El estudio histopatológico de las biopsias testiculares en sujetos con varicocele objetiva lesiones de dos tipos: lesiones difusas que afectan a la totalidad del parénquima testicular, y lesiones focales que afectan a los túbulos seminíferos correspondientes a un mismo lobulillo testicular, desarrollándose así un aspecto lesional en mosaico. Estos pacientes portadores de varicocele su principal motivo de consulta es la infertilidad algunos acuden por dolor testicular, sensación de presión o molestias en el testículo o escroto afecto, reducción del testículo ipsilateral, hasta casos en los cuales estos síntomas pueden estar ausentes, como sucede en el varicocele subclínico que es asintomático. El diagnóstico de varicocele se establece por las informaciones obtenidas por la historia clínica, examen físico y estudios imagenológicos. De acuerdo con los resultados de la exploración física, se

va a clasificar en uno de los 3 grados: (a) varicocele grado I, (b) varicocele grado II y (c) varicocele grado III. La ecografía es la modalidad diagnóstica más práctica, segura y menos invasiva para el diagnóstico de varicocele. Para el manejo del varicocele existen varias técnicas quirúrgicas que han sido empleadas para la ligadura convencional de la vena espermática interna, ya sea por abordaje inguinal, subinguinal, retroperitoneal, escrotal y las técnicas microquirúrgicas, laparoscópicas y los procedimientos radiológicos. Las complicaciones postquirúrgicas que pueden presentarse son infección de la herida, hematoma, hidrocele e incluso atrofia testicular. Los resultados postoperatorios tienen un pronóstico excelente hasta en el 90% de los casos, con una mejoría en el espermatograma hasta en un 50%.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación ha sido un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, donde se abordaron los casos con trastornos de la fertilidad asociados a varicocele en pacientes atendidos en Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas desde noviembre 2005 hasta noviembre 2007.

Las metodologías implementadas en este trabajo de investigación corresponden a la Documental-bibliográfica, porque se basa en la recolección y el análisis de los datos obtenidos en fuentes bibliográficas (libros de textos, revistas, boletines médicos, documentos sobre el tema y el Internet). De campo, debido a que tiene como apoyo la recolección de los datos en forma directa, en el lugar de los hechos, obteniendo de esta forma datos primarios.

Se han aplicado las técnicas de la entrevista y del cuestionario, una vez obtenidos todos los datos, estos se explican en forma de análisis y estadísticas representadas en gráficos y cuadros.

Universo

Está conformado por 362 pacientes con Varicocele atendidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, durante el período señalado. Trabajamos con una muestra de 46 pacientes que sufren de trastornos de la fertilidad asociados al varicocele entre las edades de 15 años en adelante.

Fuente de obtención de datos

Los datos requeridos para esta investigación se obtuvieron del record del Departamento de Urología del Hospital previa autorización de las personas encargadas, aplicando cuestionario con las variables necesarias para la obtención de los datos.

Descripción del instrumento

Para la recolección de las informaciones se ha utilizado un formulario o protocolo con preguntas abiertas y cerradas; en formato de 8½ x 11, conteniendo datos de identificación del paciente, edad, procedencia, estado civil e informaciones relacionadas con la patología en estudio con el propósito de obtener la información requerida por esta investigación.

Levantamiento de datos

Las informaciones obtenidas a través del protocolo fueron validadas y tabuladas para luego analizarlas y presentarlas en gráficos y tablas estadísticas, obteniendo así los datos requeridos.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes diagnosticados con trastornos de la fertilidad asociados a varicocele presentados durante el período de estudio. Los criterios de exclusión fueron los pacientes diagnosticados con varicocele sin trastornos de la fertilidad.

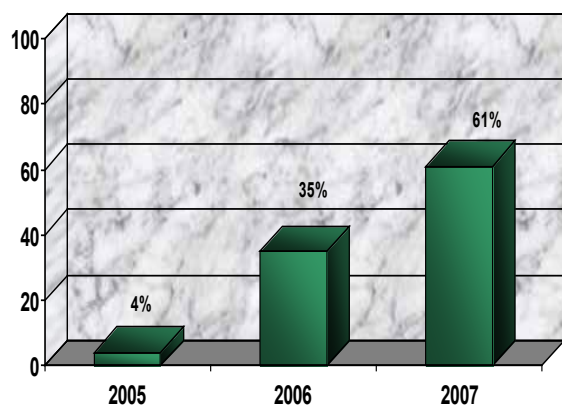
Recursos

Los recursos están conformados por las 2 sustentantes de la carrera de Medicina; un (1) asesor clínico especialista en Urología y un (1) asesor metodológico.

Los materiales utilizados fueron en libros, tesis, revistas, cuestionarios, material gastable, Internet, archivo del hospital, entre otros. Mientras que los recursos financieros fueron cubiertos por las sustentantes.

RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de Casos por Años de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Los pacientes con Varicocele atendidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas durante el período noviembre 2005 – noviembre 2007 correspondieron a un total de 362 casos, siendo el universo de estudio; de los cuales 46 casos están asociados a trastornos de la fertilidad, siendo esta nuestra muestra.

Del total de casos registrados, la mayor cantidad se presentó en el 2007 con 28 casos para un 61%, seguido del año 2006 con 16 casos para un 35%, y por último, en el 2005 se presentaron 2 casos para un 4%, siendo el de menor incidencia, tomando en cuenta que el período de investigación durante este año es de 2 meses (noviembre-diciembre).

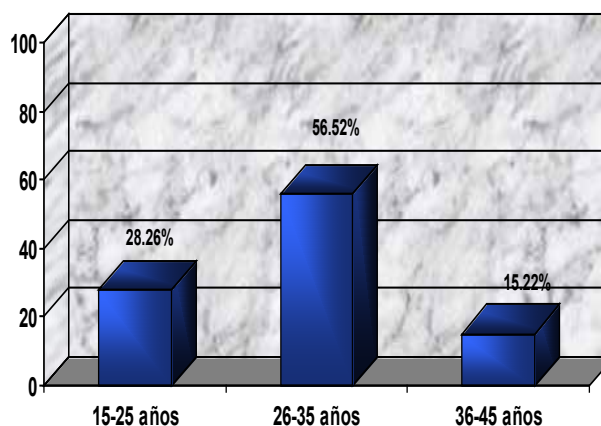
Cuadro 1. Distribución de Casos según Edad de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007

No.	Edades (años)	Frecuencia	Porcentaje
1	15 – 25	13	28.26
2	26 – 35	26	56.52
3	35 – 45	7	15.22
	Total	46	100.00%

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

La edad comprendida entre 26 – 35 años fue en la que más se afectó la fertilidad por varicocele, encontrándose 26 casos para un 56.52%; seguido de la comprendida entre 15 – 25 años con 13 casos para un 28.26%, finalmente, con menor frecuencia las edades entre 35 - 45 años con 7 casos para un 15.22%.

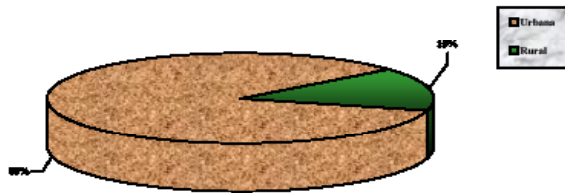
Gráfico 2. Distribución de Casos según Edad de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

En este gráfico se puede notar, que la edad comprendida entre 26-35 años fue la más afectada con trastornos de la fertilidad por varicocele, con un 56.52%; seguido por las edades de 15 – 25 (28.26%) y en menor frecuencia la comprendida entre 35-45 años (15.22%), demostrando lo que dice las literaturas que el varicocele es más frecuente en jóvenes, afectando su fertilidad.

Gráfico 3. Distribución de Casos según Procedencia de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

La mayor incidencia fue en pacientes de la zona urbana con 39 casos representando un 85%, seguido en menor frecuencia, la rural con 7 casos representando un 15%.

Cuadro 3. Distribución de Casos según Estado Civil de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007

No.	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
1	Casado	27	59
2	Soltero	10	22
3	Unión Libre	9	19
	Total	46	100%

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Se puede observar, que los pacientes casados representan la mayor frecuencia de casos con trastornos de la fertilidad asociados a varicocele con 27 casos, lo que representa un 59%, seguido de los solteros con 10 casos para un 22% y en menor frecuencia los de unión libre con 9 casos para un 19%. Por tanto, los pacientes que tienen una pareja estable representan el 78% del total de la muestra.

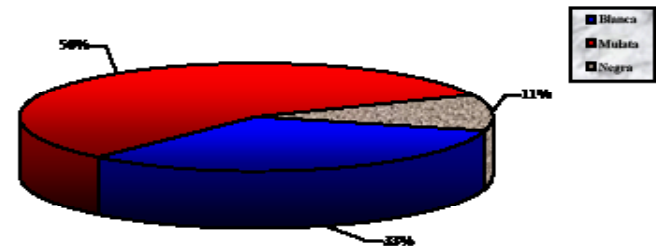
Cuadro 4- Distribución de Casos según Religión de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007

No.	Religión	Frecuencia	Porcentaje
1	Católica	37	80
2	Evangélica	3	7
3	Testigo de Jehová		
4	Ninguna	6	13
	Total	46	100%

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Los pacientes de religión católica fueron los que representan la mayor frecuencia con 37 casos, lo que representa un 80%, seguido de 6 casos no pertenecientes a ninguna religión para un 13%; y en menor frecuencia los de religión evangélica con 3 casos para un 7%.

Gráfico 4. Distribución de Casos según Raza de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Una mayor frecuencia de trastornos de fertilidad por varicocele fueron en pacientes de raza mulata con 26 casos para un 56%, seguido por la raza blanca con 15 casos para un 33%, y en menor frecuencia, la negra con 5 casos representando un 11%.

Cuadro 5. Distribución de Casos según Motivos de Consulta de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007

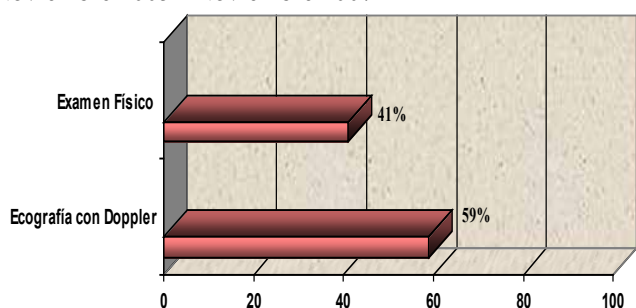
No.	Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
1	Infertilidad	25	54
2	Dolor escrotal + infertilidad	3	7
3	Dolor escrotal + pesadez + infertilidad	2	4
4	Dolor escrotal + pesadez	5	11
5	Pesadez + molestia escrotal	5	11
6	Dolor escrotal	3	7
7	Dolor escrotal + pesadez + molestias	2	4
1	Molestia + infertilidad	1	2
	TOTAL	46	100%

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

El principal motivo de consulta fue la infertilidad en 25 casos, que representa un 54%, siendo el de mayor incidencia;

seguido de 5 casos los cuales presentaron dolor escrotal mas pesadez para un 11%, en la misma frecuencia acudieron por pesadez mas molestia escrotal, en 3 casos el motivo fue dolor mas infertilidad para un 7%, al igual que 3 casos los cuales asistieron solo por dolor testicular, en menor frecuencia se encontraron 2 casos con dolor escrotal, pesadez, infertilidad; en igual frecuencia 2 casos con dolor escrotal, pesadez, molestia para un 4% cada uno, finalmente hubo un caso de molestia e infertilidad para un 2%.

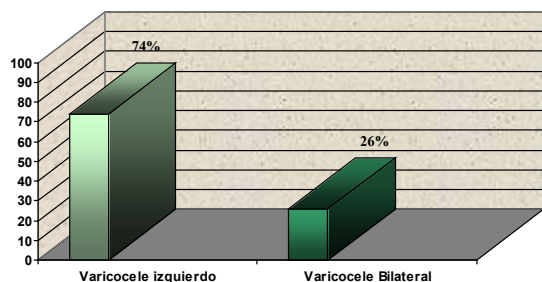
Gráfico 5. Distribución de Casos según Método de Diagnóstico Confirmatorio de Varicocele Asociado a Trastornos de la Fertilidad en Pacientes atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Del total de la muestra de los pacientes estudiados con varicocele asociados a infertilidad, se confirmó el diagnóstico mediante ecografía con Doppler en 27 casos para un 59%, siendo el método más utilizado; en cambio, en 19 de los casos fueron confirmados por el examen físico, representando el 41%. Se debe tomar en cuenta que al 100% de la muestra se le realizó el examen físico, pero solo al 59% fue necesaria la confirmación por ecografía Doppler.

Gráfico 6. Distribución de Casos según Lado Afectado de Varicocele Asociado a Trastornos de la Fertilidad en Pacientes atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

En el gráfico se observa, que los datos obtenidos en la muestra estudiada, el lado más afectado fue el izquierdo con

34 casos para un 74%; en menor frecuencia el varicocele era bilateral en 12 casos para un 26%; confirma lo que dicen diferentes estudios que han demostrado que se afecta más en el lado izquierdo; además que los varicoceles del lado derecho y los bilaterales suelen ser menos frecuentes.

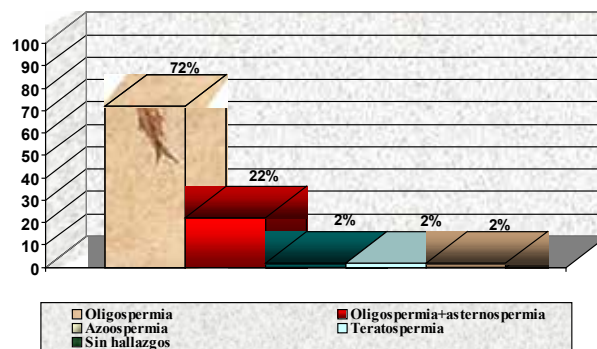
Cuadro 6.-Distribución de Casos según Hallazgos en el Espermatograma en Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007

No.	Hallazgos del espermatograma	Frecuencia	Porcentaje
1	Oligospermia	33	72
2	Oligospermia + astenospermia	10	22
3	Teratospermia	1	2
4	Azoospermia	1	2
5	Sin hallazgos	1	2
Total		46	100%

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

De los 46 pacientes que se les realizó el espermatograma se encontró oligospermia en 33 casos, lo cual representa el 72% del total de la muestra; seguido por 10 casos con oligospermia más astenospermia para un 22%; en menor frecuencia se encontró azoospermia y teratospermia con 1 caso respectivamente, para un 2% representado en cada caso; finalmente, solo un (1) caso no presentó alteración para un 2%.

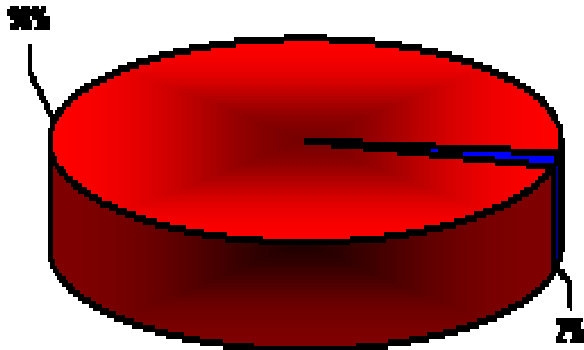
Gráfico 7. Distribución de Casos según Hallazgos en el Espermatograma en Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

El gráfico muestra los resultados del espermograma realizado a los 46 pacientes, se encontró oligospermia en un 72%; seguido por oligospermia más asternospermia en un 22%; en menor frecuencia, azoospermia y teratospermia en un 2% respectivamente; finalmente, sin alteración un 2%.

Gráfico 8. Distribución de Casos según Perfil Hormonal de Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

El gráfico anterior muestra los resultados del perfil hormonal revelando que el 98% de los pacientes estaban dentro de los límites normales con 45 casos; mientras que solo se presentó un caso con alteración hormonal para un 2%.

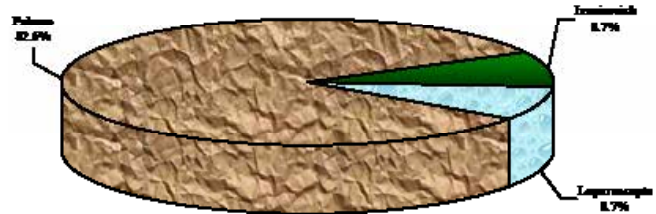
Cuadro 7. Distribución de Casos según Técnica Utilizada como Tratamiento en Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007

No.	Técnicas	Frecuencia	Porcentaje
1	Palomo	38	82.6
2	Ivanissevich	4	8.7
3	Laparoscópico	4	8.7
	Total	46	100.0%

Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

A los 46 pacientes que se les realizó tratamiento quirúrgico para un 100%; de los cuales la técnica más utilizada fue la de Palomo en 38 casos para un 82.6%; en menor frecuencia se realizaron la de Ivanissevich con 4 casos para un 8.7% y la Laparoscopia en 4 casos para un 8.7%.

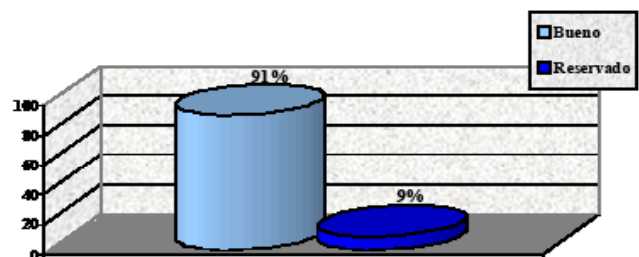
Gráfico 9. Distribución de Casos según Técnica Utilizada como Tratamiento en Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

Se puede observar que la técnica quirúrgica de mayor frecuencia utilizada como tratamiento contra el varicocele es la de Palomo en 38 casos para un 82.6% de los pacientes; y en menor frecuencia fueron la de Ivanissevich en 4 casos representando un 8.7% y la laparoscópica igualmente 4 casos para un 8.7%.

Gráfico 10. Distribución de Casos según Pronóstico de los Pacientes con Trastornos de la Fertilidad Asociados a Varicocele, atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Período Noviembre 2005 - Noviembre 2007



Fuente: Archivo del Departamento de Urología del Hospital Central de las FF.AA.

En el gráfico se observa que el pronóstico y evolución de los pacientes con varicocele luego de la cirugía tuvieron un pronóstico bueno en 42 casos para un 91%; en menos frecuencia hubo 4 casos con un pronóstico reservado para un 9%.

DISCUSIÓN

La investigación fue realizada a los pacientes con trastornos de fertilidad asociados a varicocele que fueron atendidos en el Departamento de Urología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, abarcando el período noviembre 2005 a noviembre 2007, donde se encontraron un total de 362 casos, siendo el universo de estudio y se obtuvo una muestra de 46 casos asociados a trastornos de la fertilidad, por lo tanto, de manera general los resultados obtenidos fueron los siguientes:

La mayor cantidad de casos se presentó durante el año 2007 con 28 casos para un 61%, mientras que en año 2006 fueron 16 casos para un 35%, y por último, el 2005 solo se observaron 2 casos para un 4%, esta menor incidencia se tomó en cuenta

porque el período abarcado fue de solo 2 meses (noviembre-diciembre). (Gráfico .1)

Mientras que la edad más afectada fue la comprendida entre 26 – 35 años, con 26 casos (56.52%); seguido de la comprendida entre 15 – 25 años con 13 casos (28.26)%, y en menor frecuencia entre 35 - 45 años con 7 casos (15.22%). (Cuadro 1 y Gráfico 2)

La zona urbana resultó ser la de más frecuencia con casos de varicocele asociados a infertilidad, ya que se presentaron 39 casos (85%), la rural fue menos frecuente con 7 casos (15%). (Gráfico 3)

Mientras tanto, que los pacientes de raza mulata fueron los de mayor frecuencia con 26 casos (56%), seguido por la raza blanca con 15 casos (33%), y en menor frecuencia, la negra con 5 casos (11%). (Gráfico 4)

Se pudo observar que los pacientes que tienen una pareja estable representan el 78% de padecer infertilidad por varicocele, donde un 59% eran casados siendo la mayor frecuencia (27 casos), 22% solteros (10 casos) y menos frecuente los de unión libre (9 casos) para un 19%. (Cuadro 3)

La religión predominante fue la católica con 37 casos (80%), 6 casos no pertenecientes a ninguna religión (13%); y en menor frecuencia los evangélicos con 3 casos (7%). (Cuadro 4)

No obstante, el principal motivo de consulta fue la infertilidad en el 54% de los casos, siendo esto una incidencia muy alta; seguido de 6 casos no (Cuadro 5)

A todos los pacientes se les realizó el examen físico para un 100%, de los cuales un 59% se confirmó el diagnóstico con la utilización de estudios de imágenes ecografía con Doppler, siendo el método de confirmación más utilizado; mientras que el 41% no lo necesitó, porque bastó con el examen físico; donde se observo entre los hallazgos que el lado más afectado fue el izquierdo con 34 casos para un 74%; en menor frecuencia el varicocele era bilateral en 12 casos para un 26%. Por tanto, confirma lo que dicen las literaturas que se afecta más en el lado izquierdo y que rara vez del lado derecho y los bilaterales. (Gráfico 6)

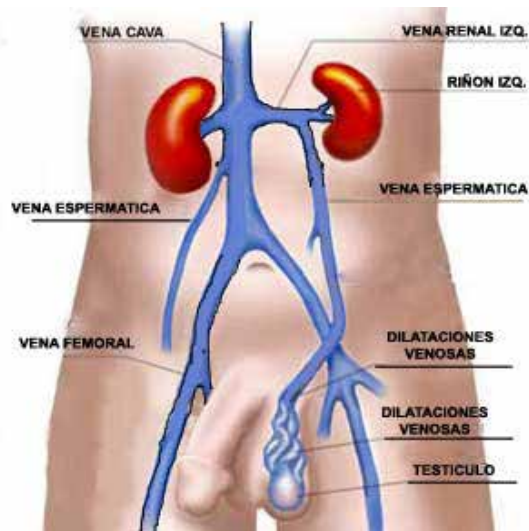
Además, en los resultados del espermograma se encontró oligospermia en 33 casos (72%); seguido por oligospermia más astenospermia con 10 casos (22%); en menor frecuencia azospermia y teratospermia con 1 caso (2% respectivamente); y un (1) caso no presentó alteración (2%). (Cuadro 6 y Gráfico 7)

La mayor incidencia de trastornos de fertilidad por varicocele en el perfil hormonal reveló que en 45 casos fue normal para un 98%; mientras que en menor frecuencia 1 caso presentó alteraciones para un 2%. (Gráfico 8)

El tratamiento quirúrgico fue aplicado al 100%, de los cuales la técnica más utilizada fue la de Palomo en 38 casos (82.6%); en menor frecuencia la de Ivanissevich con 4 casos (8.7%) y la Laparoscopia con 4 casos (8.7%). (Cuadro 7 y Gráfico 9)

Finalmente, el pronóstico y evolución de los pacientes con

varicocele luego de la cirugía fue bueno en el 91% de los casos; solo un 9% obtuvo un pronóstico reservado. (Gráfico 10)

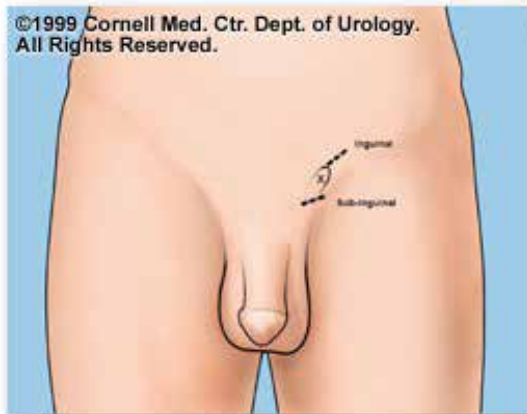


VARICOCELE

PRESENTACION DEL VARICOCELE Y DILATACION DE LAS VENAS

IMAGENES DE VARICOCELE LADO IZQUERDO





REFERENCIAS

1. Abdulmaaboud, M.R., Shakeir, A.A., Farage, Y., et al (1998) Treatment of varicocele: a comparative study of conventional open surgery, percutaneous retrograde sclerotherapy, and laparoscopy. *Urology*

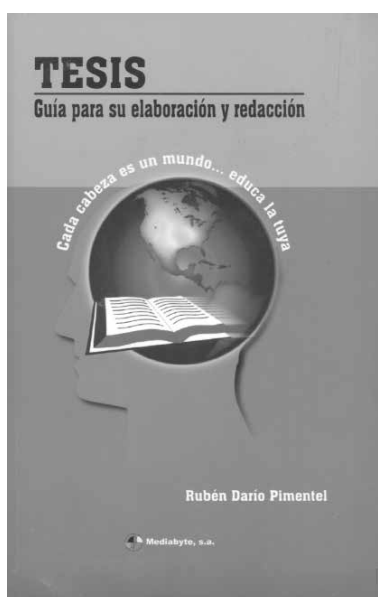
- 52:294.
2. Agarwal, P.; Ban, K.; Scheleger, P. (2000). Varicocelectomía inguinal microquirúrgica realizada con y sin liberación del testículo. AUA Annual Meeting, Atlanta, USA., Abstr.1518.
3. Ando, S.; Giachetto C; Beraldi E; Panno ML; Lombarda A; Sposato G, Golpe G. The influence of age on Leydig cell function inpatients with varicocele. (notulae seminologicae 9). *J Submicrosc Cytol Pathol* 28:587, 1996.
4. Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research.* Oxfor: Blackwell Scientific 1987.
5. Arrondo JL, Barberena FJ, Urtasun F. Varicocele. En:JM Pomerol, JL Arrondo. *Práctica andrológica.* Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas SA; 1994. 198-212.
6. Baccetti B, Collodel G, Piomboni P: Apoptosis in human ejaculated cells Bahren W, Lentz M, Porst H, Wierschin W. side effects, complications, and contraindications for percutaneous sclerotherapy of the internal spermatic vein in te treatment of idopathic varicocele. *ROFO* 1983; 138 (2): 172 – 179.
7. Baker HWG. Male infertility. En: de Groot LJ. *Endocrinology,* Saunders, Philadelphia, 1994, 2404.
8. Becmeur, F. sauvage P. Faut-il traiter la varicocele de l'adolescent?. Comment?. *J Chir* 1999; 136 (2): 93-96.
9. Belgrano E, Puppo P, Gaboardi F, Trombetta C. a new microsurgical technique for varicocele correction. *J Androl* 1984; 5: 148 – 154.
10. BelgranoE,TrombettaC,LiguoriG.scleroembolization techniques in the treatment of varicocele. *Annal D'Urologie* 1999; 3: 203 – 209.
11. Benoff, S.; Gilbert, B. Varicocele e infertilidad masculina: Parte I. / *Human Reprod Update*; 2001. 7:47.
12. Bigot JM, Jousse D, Carette MF, Delafontaine D. Sciérose des varicocés. A propos de 132 cas. *Ann Urol* 1985; 19: 393 – 397.
13. Braedel, H. U., Steffens, J., Ziegler M (1994). A possible ontogenetic etiology for idiopathic left varicocele. *J. Urol* 151:62-66.
14. Buck J, Rassweiler J, Leibbrand M, Millar K, Eisenberg F. die persistierende Varikozele nach hoher Ligatur der Vena spermatica interna.
15. Buntz, C. (citado por Dotson AL). *Urological Surgery.* Mosby Comp, St Louis, 1955; 754.
16. Cameron, D. F., Snydle FE, Ross MH. Ultrastructural alterations in the adluminal testicular compartment in men with varicocele. *Fértil Steril* 1980; 33: 526 – 530.
17. Campbell (2006). *Urología / Función y Disfunción Reproductiva;* McGraw Hill Interamericana; 1718.
18. Comhaire F, Monteyne R, Kunnen M. The value of scrotal thermography as compared with selective

- retrograde venography of the internal spermatic vein for the diagnosis of "subclinical" varicocele. *Fertil Steril* 1976; 27: 694 – 698.
19. Comhaire, F (1999). Economic strategies in modern male subfertility treatment. *Hum Reprod* 10(Suppl. 1):103.
 20. Comhaire, F.; Monteyne, R.; Kunnen, M. The value of scrotal thermography as compared with selective retrograde venography of the internal spermatic vein for the diagnosis of "subclinical" varicocele. *Fertil Steril*; 2000, 27:694-8.
 21. Coolsaet BLRA. The varicocele síndrome: venography determining optimal level for surgical management. *J Urol* 1980; 124: 833 – 834.
 22. Cornud F, Belin X, Amar E, delafontaine D, Helenon O, Moreau JF, Varicocele: strategies in diagnosis and treatment. *Eur Radiol* 1999; 9: 536 – 545.
 23. Cornud, F. Delafontaine D, Bonnel D. Traitement non chirurgical des varicoceles par embolisation des veines spermatiques et intérêt du Doppler couleur dans le bilan pré postembolisation. *Comtracept Fétil Sex* 1992; 20: 1048 – 1053.
 24. De Kretser DM. Male infertility. *Lancet* 1999; 349: 787
 25. Daich, J. A. y cols., *Secretos de Urología*; 50:237-8)
 26. Diamond A, Ravitz G. Venographic demonstration of varicocele in a boy. *J Urol*, 2002; 114: 640 – 641.
 27. Diemer, Th. y cols., 2000. Especies oxígeno reactivas perturban la esteroidogénesis en células de Leyding por daño mitocondrial. *AUA Annual Meeting*. Atlanta, USA, 1312.
 28. Dubin L, Amelar RD. Varicocelectomy as therapy in male infertility: a study of 504 cases. *Fertil Steril*, 2005; 26: 217 – 220.
 29. Eliasson R, Hellinga F, Lubcke F, Meyhofer W, Nierman H, Steeno O et al. Empfehlungen zur Nomenklatur in der Andrologie. *Andrologia* 2000; 2: 1257.
 30. Eskew, L. A., Watson NE, Wolfman N, et al: Ultrasonographic diagnosis of varicoceles. *Fertil Steril* 60:693, 1993.
 31. Estevez, S.; Glina, S., Recuperación de la Espermatogénesis después de Reparación Microquirúrgica de Varicocele en hombres Azoospermicos con insuficiencia testicular. *J. Urol*, 1999: 161(4):311.
 32. Fenster H, Mcloughlin M. Varicocele: its role in male infertility. En: Bain G, Wolf-Bernard S, Schwarzstein L. *Treatment of male infertility*. Springer Verlag. Berlin. 1999. 209 – 218.
 33. Girardi SK, Goldstein M: Mini-incision microsurgical inguinal or subinguinal varicocelectomy. *Atlas of the Urologic Clinics of North America* 4(2):83, 1996.
 34. Goldstein M, Giblert BR, Dicker A, Dúos J, Gnecco C. Microsurgical varicocelectomy: An artery and lymphatic sparing technique. *American Fertility Society. Annual Meeting*. 2000 (abstract).
 35. Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP, et al: Microsurgical inguinal varicocelectomy with delivery of the testis: an artery and lymphatic sparing technique. *J Urol* 148:1808, 1992.
 36. Gorelick, J. y cols. Pérdida de fertilidad en hombres con varicocele. *Fertil Steril* 1999; 59:613.
 37. Hargreave, T.B. Varicocele: overview and commentary on the results of the World Health Organisation varicocele trial. En: Waites GMH, Frick, J. Baker. *Current advances in andrology*. Proceedings of the Vith Internacional congreso of Andrology. Monduzzi, Bologne, 31-34.
 38. Heinz HA, Voggentahler J, Weissback L. Histologic findings in testes with varicocele during childhood and their therapeutic consequences. *Eur J Pediatr* 1999; 133: 139 – 146.
 39. Hommonai ZT N, Engelhard Y. Varicocelectomy and male fertility: comparison of semen quality and recurrence of varicocele following varicocelectomy by two techniques. *Int Androl* 2000; 3: 447 – 451.
 40. Howards, S. S: Subclinical varicocele. *Fertil Steril* 57:725, 1992.
 41. Ishigami, K, Hoshiyuki, Y., Masao H, kikuo M. A new operation for varicocele: use of microvascular anastomosis. *Surgery* 1999; 67: 620 – 623.
 42. Janson, R, Weissbach, L., Zur Phlebographie der Vena Testiculares bei Varikozelenpersistenz bzw rezidiv. *Fortschr Rontgenstr*, 2002; 129: 485 – 490.
 43. Jarow, J. Efectos del varicocele en la infertilidad masculina. *Human Reprod Update*; 2001; 7:59.
 44. Jarow, J. P, Ogle SR, Eskew LA: Seminal improvement following repair of ultrasound detected subclinical varicoceles. *J Urol* 155:1287, 1996.
 45. Jiménez Cruz, J. F. y cols., 2003. Modificación del a Técnica de Buntz en la Cirugía de Varicocele. *Resultados*. *Acta Urol. Esp.* 7:401-4.
 46. Johnsen SG, Agger P. Quantitative evaluation of testicular biopsias before and after operation for varicocele. *Fertil Steril*, 2001; 29: 58 – 630.
 47. Kamischke, A. y cols. Tratamiento del varicocele a la luz de la andrología basada en evidencias. *Human Reprod Update*; 2001. 7:65.
 48. Kass, E. J, Reitelman C. Adolescent varicocele. *Urol Clin North Am.*, 2003; 22: 151 – 159.
 49. Kass, E. J, Freitas JE, Salis JE, Steinert BW. Pituitary gonadal dysfunction in adolescents with varicocele. *Urology* 2004; 42: 179 – 181
 50. Kondoh, N., Meguro N, Matsumiya K, et al: Significance of subclinical varicocele detected by scrotal sonography in male infertility: a preliminary report. *J Urol* 150:1158, 1993.
 51. Kunnen M. Neue Technik zur Embolisation der Vena spermatica interna: intravenoser Gewebekleber.

- Fortschr Rontgnstr 2001; 113: 625 – 629.
52. Lemack, G. E., Uzzo, G. R., Schlegel, P. N., et al (1998) Microsurgical repair of the adolescent varicocele. *J Urol* 160:179.
 53. Lenzy, A. y cols., 2003. Placebo controlled, double-blind, cross-over trial of glutathione therapy in male infertility. *Hum Reprod*; 8:1657-1662.
 54. Leuzi, A., Gandini, L., Bagolan, P. (1998). Sperm parameters after early left varicocele treatment. *Fertil Steril* 69:347.
 55. Lipschultz, L. y cols., 1999. Reparación del varicocele mejora los parámetros seminales en hombres azoospermicos con falla espermatogénica. *J. Urol*, 1999. 161(4)312.
 56. Madgar I, Weissenberg R, Lunenfeld B, et al: Controlled trial of high spermatic vein ligation for varicocele in infertile men. *Fertil Steril* 63:120, 1995.
 57. Marmar JL, Kim Y: Subinguinal microsurgical varicocelectomy: a technical critique and statistical analysis of semen and pregnancy data. *J Urol* 152:1127, 1994.
 58. Matthews GJ, Matthews ED, Goldstein M: Induction of spermatogenesis and achievement of pregnancy after microsurgical varicocelectomy in men with azoospermia and severe oligoasthenospermia. *Fertil Steril* 70:71, 1998.
 59. McLeod, J.(2000). Seminal cytology in the presence of varicocele. *Fertil Steril* 16:735-757.
 60. Micic, S. y cols., Therapy of infertile men with varicocele and impaired sperm motility. *Andrologia*; 2000; 22:179-83.
 61. Mitropoulos D, Deliconstantinos G, Zervas A, et al: Nitric oxide synthase and xanthine oxidase activities in the spermatic vein of patients with varicocele: A
 62. Nieschlag E, Hertle L, Fishedick, et al: Update on treatment of varicocele: counseling as effective as occlusion of the vena spermatica. *Hum Reprod* 13:2147, 1998.
 63. Okuyama, A. y cols., Reparación quirúrgica del varicocele en la pubertad: tratamiento preventivo para mejoría de la fertilidad. *J. Urol*, 1999. 139:562.
 64. Organización Mundial de la Salud; La Influencia del varicocele en los parámetros de fertilidad en un gran grupo de hombres presentándose a clínicas de infertilidad. *Fértil Steril*; 2002; 57:1289
 65. Paduch, D. A., Niedzielski, J (1997) Repair versus observation in adolescent varicocele: a prospective study. *J Urol* 158:1128.
 66. Pardo, M. Seminograma. *Practica Andrológica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A., 2004. 90-104.
 67. Pendon, F. y cols., Una Análisis costo-efectividad de la estrategias de tratamiento para la fertilidad relacionada a varicocele. *AUA Annual Meeting. J. Urol*; 2000. 163:614.
 68. Peng BCH, Tomashefsky P, Nagler HM: The cofactor effect: Varicocele and infertility. *Fertil Steril* 54:143, 1990.
 69. Peterson, A.C., Lance, R.S., Ruiz, H. E. (1998) Outcomes of varicocele ligation done for pain. *J Urol* 159:1565.
 70. Pfreiffer, D. y cols., Varicoceles de alto grado en adolescentes están relacionados al reflujo venoso continuo. *AUA Annual Meeting. J. Urol*. 2000; 163: Abstr.614.
 71. Plymate, S. R. y cols. Relationship of serum inhibin levels to serum follicle stimulating hormona and sperm production in normal men and men with varicoceles. *J Clin Endocrinol. Meta*, 2002, 74:859-864.
 72. Ribeiro, E. B. La tunnelisation dans le traitement du varicocele. *Presse med*. 2001; 59:1687-91.
 73. Rowe, P. y cols., Manual de la OMS para investigación, diagnóstico y manejo estandarizado de la infertilidad masculina. Cambridge University Press. Uk 58-59, OMS, 2000.
 74. Rucker, E., y cols. Niveles de testosterona en hombres fértiles con varicocele, hombres infértiles con varicocele, y controles fértiles sin varicocele. *AUA Annual Meeting. J. Urol*. 1999; 161:349.
 75. Sayfan, J., Siplovich, L., Koltun, L. (1999). Varicocele treatment in pubertal boys prevents testicular growth arrest. *J Urol* 157:1456.ç
 76. Scherr, D., Goldstein M: Comparison of bilateral vs. unilateral varicocelectomy in men with palpable bilateral varicoceles [abstract 808]. In *J Urol* 159:209, 1998.
 77. Schlegel, P. N. (1997). Is assisted reproduction the optimal treatment for varicocele-associated male infertility? A cost-effectiveness analysis. *Journal Urologic* 49:83.
 78. Schlegel, P. N. Is assisted reproduction the optimal treatment for varicocele associated male infertility". A cost effectiveness análisis. *Urology*; 2006; 49(1)83-90.
 79. Schlesinger, M. H. y cols. Treatment outcome alter varicocelectomy. A critical análisis. *Urol. Clin Nort Am*; 2004, p.21:517-29.
 80. Schwartz, D. y cols. Within subject variability of human semen in regard to sperm count, volume, total number of espermatozoo and lenght of abstinente. *J. Reprod Fétil*, 1979, 57:391-395.
 81. Seyfert, W. y cols., Percutaneous sclerotherapy for varicocele radiolgoy, 2001. 139(2):335-40.
 82. Sharma RK, Agarwal A: Role of reactive oxygen species in male infertility. *Urology* 48: 835, 1996.
 83. Sigman, M., Jarow, J. P. (1997). Ipsilateral testicular hypotrophy is associated with decreased sperm counts in infertile men with varicoceles. *J Urol* 158:605.

84. Silber, Sh. El Dilema del Varicocele. Human Reprod Update. 2001; 7:70.
85. Smith, D. y cols., Padecimientos del Testículo, Escroto y cordón espermático. p. 515
86. Steckel, J.; Dicker, A. P., Goldstein, M. (1993). Influence of varicocele size on response to microsurgical ligation of spermatic veins. J Urol 149:769-771, 1993
87. Su, L.M., Goldstein, M., Schlegel, P.N: The effect of varicocelectomy on serum testosterone levels in infertile men with varicoceles. J Urol 154:1752, 1995.
88. Okuno, H., Shichiri, Y., Onishi, H.: Effectiveness of subclinical varicocelectomy: A prospective randomized study. In J Urol 159:206, 1998.
89. Takinara, H.; Consentido, M. J.; y cols., Zinc sulfate therapy for infertile male with or without varicocelectomy. Urology, 1998; 39:638-641.
90. Tinga, D. J. y cols. 2000. Factors related to semen improvement and fertility after varicocele operation. Fértil Steril. 41:404-10.
91. Tournaye, H., II Curso Internacional de Fecundación Asistida. Infertilidad Masculina. Clínica Alemana de Santiago de Chile; Octubre 2000.
92. Vanderkerckhove, P. 2003. Infertility treatment: from cookery to science. The epidemiology of randomized controlled trials. Br. Obstret. 10:1005-36
93. Vasavado S, Ross J, Nasrallah P, et al (1997). Prepubertal varicoceles. Urology 50:774.
94. Vasquez-Levin, M. Respuesta del Análisis de Semen de Rutina y Evaluación Crítica de la Morfología Espermática por Clasificación de Kruger a la Varicocelectomía Terapéutica. J. Urol, 2000.
95. Venegas Vera, J. A., 2002. Varicocele e Infertilidad Conyugal: ¿Debe ser Operado? El Combate Continúa. Facultad de Medicina. Universidad Valparaíso, Revista de Urología. Vol. 67, No.2. p.103.
96. Venegas, J. A. y cols., 2000. Determinación de Niveles de Especies Oxígeno Reactivas en hombres con varicocele y su posible relación con la infertilidad asociada a varicocele. Rev. Arg. Urol. 65:101.
97. Vermeulen, A. y cols. Fertilidad Mejorada después de la corrección del varicocele: ¿verdad o ficción?. Fertil Steril. 1999; 52:249.
98. Verstoppen, G. y cols. (2000) Varicocele y la patogénesis de la subinfertilidad asociada: Una revisión de varias teorías. Resultados de Cirugía. 9:293.
99. White, R. I. y cols. Occlusion de varicoceles with detachable balloons. Radiology, 1981; 139:327-334.
100. Witt MA, Lipshultz LI: Varicocele: a progressive or static lesion? Urology 42:541, 1993.
101. Witt, M. y cols. 2003. Varicocele: una lesión estática o progresiva. Urology, 42:541.
102. Wright, E. J., Young, G. (PH); Goldstein, M. (1998) Reduction in testicular temperature after varicocelectomy in infertile men. Urology 50:257, 1997.
103. Zini A, Buckspan, M, Berardinucci D, et al: Loss of left testicular volume in men with clinical left varicocele: correlation with grade of varicocele. Arch androl 41:37, 1998.
104. Zorngiotti, A. W. Scrotal hypothermia: new therapy for poor semen. Urology; 2002, 23.439-41.

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.

EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES CON HEMORRAGIA CEREBRAL, HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR.

Ana L. Gonell Perez* Vilma Lorenlay Núñez Monción*
Kenia Mejía De Los Santos* Linett Ulloa

RESUMEN

Para determinar la evolución intrahospitalaria de los pacientes con hemorragia cerebral en el Hospital "Luis E. Aybar" Santo Domingo, D.N. República Dominicana; durante el período de enero del 2006 a enero del 2007. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para los fines se elaboró un formulario de recolección de datos. La muestra se obtuvo del total de pacientes asistidos en dicho centro de salud con diagnóstico de hemorragia cerebral, durante el periodo establecido, obteniéndose 84 casos.

Los pacientes afectados por hemorragia según la muestra obtenida fue de 74 casos, representando el mayor número la hemorragia intraparenquimatosa con un 79.7 por ciento, los factores predisponentes asociados encontrados fueron la quinta década de la vida con un 21.6 por ciento, el sexo masculino con 67.6 por ciento, como antecedentes citamos: hipertensión arterial con un 62.2 por ciento, aneurismas con un 11.2 por ciento y los hábitos tóxicos más frecuentes, correspondieron al consumo café con un 45.9 por ciento y de alcohol con 35.1 por ciento.

Entre las complicaciones intrahospitalaria registradas con más frecuencia tenemos: Herniación de las amígdalas cerebelosas con un 14.9 por ciento, infecciones pulmonares con un 6.8 por ciento y nuevo sangrado e hidrocefalia coincidieron con un 5.4 por ciento.

El método diagnóstico más utilizado fué la tomografía computarizada con 71.6 por ciento. Referente al tratamiento, el manejo médico fué el más utilizado (90.5 por ciento) con una evolución intrahospitalaria insatisfactoria.

En su mayoría los pacientes presentaron una evolución intrahospitalaria mala tanto para la hemorragia intraparenquimatosa con un 61.0 por ciento como para la hemorragia subaracnoidea con un 46.7 por ciento.

La mayor mortalidad registrada correspondió a la hemorragia intraparenquimatosa con 85.0 por ciento.

Palabras claves: evolución intrahospitalaria, hemorragia cerebral.

ABSTRACT

To determine the intrahospitalary evolution of patients with brain hemorrhage in the Luis E. Aybar Hospital, we did

a descriptive study, with a transversal cut, for this, we made a for to recollect the information. The sample was taken from the total of patients assisted in the hospital with the diagnosis of brain hemorrhage in the period of time established, we got 84 cases.

The patients with brain hemorrhage, according to the sample, were 74, the intracerebral hemorrhage represented the biggest number, 79.7 per cent, and the associated predisposed factors founded were the fifth decade of life, 21.6 per cent, masculine sex, 67.6 per cent. In the past health we quote hypertension, 62.2 per cent, aneurysm, 11.2 per cent and the toxic habits more frequently found were coffee, 45.9 per cent and alcohol, 35.1 per cent

The intrahospitalary complications found are: transtentorial herniation, 14.9 per cent, pulmonary infections, 6.8 per cent, and new bleeding and hydrocephaly with 5.4 per cent each one.

The diagnosis method was computerized tomography, 71.6 per cent. As to the treatment, the medical treatment was most used, 90.5 per cent, with an unsatisfactory intrahospitalary evolution.

The biggest part of patients had a bad intrahospitalary evolution, for intracerebral hemorrhage, 61.0 per cent, as well as subarachnoid hemorrhage, 46.7 per cent.

The highest mortality found was in intracerebral hemorrhage, 85.0 per cent.

Key words: intrahospitalary evolution, brain hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia cerebral (HC) concita renovado interés por su alto nivel de mortalidad y morbilidad tanto la intraparenquimatosa (HIP) como la subaracnoidea (HSA), esta última suele producirse entre los 40 y los 60 años, predominando en el sexo femenino; La HSA constituye un acontecimiento catastrófico en el que 12 por ciento de los pacientes fallece antes de recibir asistencia médica y un 20 por ciento adicional lo hace después de ingresar al hospital. De los dos tercios de sobrevivientes, cerca de la mitad sufre discapacidad permanente, sobre todo por déficits cognitivos graves(1).

La hemorragia intraparenquimatosa es dos veces más común que la hemorragia subaracnoidea y produce más secuelas y muerte que el infarto cerebral, es más común en hombres jóvenes de edad media y de raza negra (1, 3,4).

Las hemorragias cerebrales espontáneas se originan mayormente por ruptura repentina de un vaso, afectado por los cambios propios de la hipertensión arterial, la angiopatía amiloide (78-88 por ciento) (5). Otras causas menos frecuentes son secundarias a malformaciones vasculares, tumores, alteraciones de los factores de coagulación, abuso de drogas o sangrado en el interior de una isquemia.

La incidencia de HC en Europa es de 15 casos por cada 100,000 habitantes. Es mucho menos frecuente que el ictus isquémico, representa el 15 por ciento de los accidentes cerebrovasculares (ACV), pero se asocia con una mayor mortalidad, entre el 35 y 52 por ciento a los treinta días, y morbilidad, tan sólo el 10 por ciento de los pacientes lleva una vida independiente al cabo de un mes de la hemorragia cerebral y el 20 por ciento a los seis meses (1); por otro lado, estadísticas de Estados Unidos refieren alrededor de 100,000 casos de HC cada año(2,9).

RESULTADOS:

De un total de 74 casos con hemorragia cerebral, 59 casos, correspondieron a H. intraparenquimatosa para un 79.7 por ciento; y 15 casos, correspondieron a H. subaracnoidea lo que representa un 20.3 por ciento.

Casos	Frecuencia	%
Hemorragia intraparenquimatosa	59	79.7
Hemorragia subaracnoidea	15	20.3
Total	74	100.0

Con relación a la edad se observó que el mayor porcentaje de los pacientes tenían entre 51 y 60 años, con 16 casos, para un 21.6 por ciento. La mayoría de los pacientes corresponden al sexo masculino, con 50 casos, para un 67.6 por ciento. En cuanto a los antecedentes mórbidos se observó: la hipertensión arterial con 46 casos, para un 62.2 por ciento; los aneurismas con 9 casos, para un 11.2 por ciento. En cuanto a los hábitos tóxicos pudimos observar que el más usado fue el café con 34 casos, para un 45.9 por ciento; seguido del alcohol y la tizana con 26 casos, cada uno para un 35.1 por ciento.

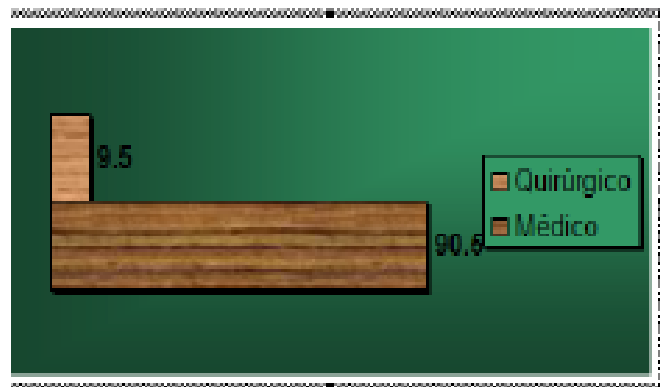
En relación a las complicaciones, en orden de frecuencia registra: Herniación de amígdalas cerebelosas, 11 casos, para

un 14.9 por ciento; infecciones pulmonares con 5 casos para 6.8 por ciento; el nuevo sangrado coincidió con la hidrocefalia, con 4 casos para cada una, para un 5.4 por ciento.

Complicaciones	Frecuencia	%
Infecciones pulmonares	5	6.8
Úlcera de decúbito	2	2.8
Infecciones urinarias	-	
Nuevo sangrado	4	5.4
Vasoespasma	-	-
Hidrocefalia	4	5.4
Herniación de amígdalas cerebelosas	11	14.9
Otros	5	6.8
No reporta	45	60.8

El método diagnóstico mayormente utilizado fué la TAC, con 53 casos, para un 71.6 por ciento; seguida en frecuencia de la historia clínica, con 21 casos, para 28.4 por ciento; la angiografía cerebral, con 10 casos, para un 13.5 por ciento.

Respecto a la evolución intrahospitalaria según el tratamiento utilizado, pudimos observar que el mayor porcentaje correspondió al tratamiento médico, con 67 casos, para un 90.5 por ciento, de estos, 8 casos, presentaron buena evolución, para 11.9 por ciento, 17 casos evolucionaron de forma regular, para 25.4 por ciento y 42 casos tuvieron una mala evolución, para 62.7 por ciento.



Se observa una mala evolución intrahospitalaria, con 43 casos, para un 58.1 por ciento, H. intraparenquimatosa con 36 casos, para 61.0 por ciento y H. subaracnoidea con 7 casos, para 46.7 por ciento.

Evolucion Intra-hospitalaria	Tipo de hc		Total			
	H.intraparenquimatosa	H. subaracnoidea	No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	7	11.9	4	26.7	11	14.9
Regular	16	27.1	4	26.7	20	27.0
Mala	36	61.0	7	46.7	43	58.1
TOTAL	59	79.7	15	20.3	74	100.0

DISCUSIÓN

Similar a otros estudios, en la presente investigación el porcentaje de hemorragia intraparenquimatosa, 79.7 por ciento, superó el porcentaje de hemorragia subaracnoidea, 20.3 por ciento. En comparación con un estudio realizado en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Gustavo Aldereguía”, Lima y en 5 hospitales más de la región central de Cuba, un estudio publicado en el 2001 el porcentaje de hemorragia intraparenquimatosa fué de 54.16 y para la hemorragia subaracnoidea de un 29.86.

Dentro los factores de riesgo predisponentes a hemorragia cerebral, el mayor número de muestra encontrado en este estudio, correspondió a la hipertensión arterial, con 62.2 por ciento; el sexo masculino fué el más afectado con 67.6 por ciento y la edad más afectada correspondió al grupo de 51-60 años, con 21.6 por ciento. Poniéndose el predominio de estas variables una vez más de manifiesto, como se demuestra en otros estudios internacionales(7,8, 10), uno de ellos es el realizado en el antiguo Hospital civil de Guadalajara - México, “Fray Antonio Alcalde”, publicado en el año 2004, el cual reportó la hipertensión arterial con 69.0 por ciento y el sexo masculino con 53.0 por ciento, como los principales factores de riesgo; sin embargo, defirió en la edad ya que en éste ultimo la década más afectada fue la sexta.

La tomografía computarizada constituyó el recurso diagnóstico más utilizado en nuestro estudio, similar a otros estudios que consideran la tomografía computarizada como medio diagnóstico de elección de la hemorragia cerebral, con una especificidad de un 100 por ciento(11,12).

La mayor mortalidad de acuerdo al tipo de hemorragia cerebral correspondió a la hemorragia intraparenquimatosa con 87.2 por ciento, similar a un estudio realizado por López-González et al, en el que predominó la mortalidad por hemorragia intraparenquimatosa con 23.2 por ciento, con la salvedad de que en este último se estudió tanto el accidente cerebrovascular isquémico como el hemorrágico.

REFERENCIAS

1. Lewis p. Rowland. Neurología de Merritt. 10a ed. España, Mc Graw-Hill, 2002. 272 p.
2. Arthur Westover, *UT Southwestern; cocaine and brain ictus 'Archives of General Psychiatry'*. 2003. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoNoticia&idNoticia=25588>.
3. Beers, Mark; Berkow Robert. Manual Merck de Geriatria. Segunda edición. Madrid. 2001. pag. 416-422
4. Ferreras, Valentín; Rozman, C. Medicina interna. 15va edición. ELSEVIER. 2004. volumen II Págs.1444-1449
5. Trastornos del cerebro y del sistema nervioso. Enfermedad vascular cerebral y trastornos afines. Copyright ©2005 Merck Sharp & Dohme de España, S.A.Madrid, España.Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_06/seccion_06_074.html.
6. Maurice, Víctor y Allan, Ropper. Principios de neurología. 7ma. Edición. México. 2004. MC graw-Hill interamericana. Pág. 827.
7. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=9194&SE=SN>
8. Chitra R. Uppaluri. Enciclopedia médica en español. Accidente cerebrovascular. Review provided by verimed health care network. Disponible en: <http://www.ribiobank.org/adam/spanishsurgeryandprocedures/34/100218.html>.
9. Kirollos RW, Tyagi AK, Ross SA, van Hille PT, Marks PV. *Management of spontaneous cerebellar hematomas. A prospective treatment protocol Neurosurgery* 2001; 1378-1387. Disponible en: <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/hemcerebelo/Hemorragia%20cerebelosa.htm>.
10. Braunwald, Eugene et al. Principios de medicina

- interna. 16.ª edición. México. 2001. MC graw - Hill interamericana. Pág. 2,792.
11. Uribe Uribe, Carlos Santiago; Arana Chacón, Abraham; Lorenzana Pombo, Pablo. Neurología. Sexta edición. Medellín, Colombia. 2002 Corporación para investigaciones biológicas. Pág. 355.
 12. Valencia-Calderón, Carlos. Diagnóstico por Imagen de la Enfermedad Cerebrovascular Volumen 13, número 1-2, 2004. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Hospital Príncipes de España. Barcelona – España. Centro Internacional de Medicina. Disponible en: http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol13_n1-2004/neuro_diagnostico.htm
 13. Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria. Enfermedad vascular cerebral. Copyright ©2005 *Merck Sharp & Dohme* de España, S.A. Madrid, España
Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema8/vascular8.htm>



El tabaco es perjudicial para la salud.

INCIDENCIA DE TRAUMAS OCULARES EN EL HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR.

Claudia A. Arias,* Efraín Medina,* María de Jesús Pepin,*
Rafael Vinicio Díaz G, Melvyn Peña Gómez,* Ramón A. Escaño.**

RESUMEN

Para determinar la incidencia de los traumas oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar desde el 1.º enero al 30 de julio del 2009 se realizó un estudio retrospectivo, y descriptivo que abarcó a 39 pacientes que fueron evaluados vía emergencia por Trauma Ocular encontrándose que las causas más frecuentes de traumatismos oculares fueron los accidentes laborales, donde la edad de presentación fue mayor en el grupo etáreo de 21-30 años, más frecuente en varones, los de traumatismos oculares penetrantes se presentaron con mayor frecuencia que los de traumatismos oculares contusos, siendo la zona más afectada en los de traumatismos oculares penetrantes la cornea y en de traumatismos oculares contuso el segmento posterior. Los de traumatismos oculares penetrantes más frecuentes se clasificaron dentro de los grados I y IV. El tratamiento practicado con mayor frecuencia fue la reparación sutura con disección y succión con o sin lente intraocular.

Palabras claves. Incidencia, trauma ocular.

ABSTRACT

In order to determine the incidence of the ocular traumas in Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar from 1.º January to the 30 of July of the 2009, realised retrospective, and descriptive a study that I include 39 patients who were evaluated via emergencia by Ocular Trauma being that the most frequent causes of ocular traumatismos were the labor accidents, where the age of presentation was greater in the etáreo group of 21-30 years, more frequent in men, those of penetrating ocular traumatismos appeared most frequently that those of bruised ocular traumatismos, being the zone more affected in those of penetrating ocular traumatismos the cornea and in of ocular traumatismos bruised the segment later. Those of more frequent penetrating ocular traumatismos were classified within degrees I and IV. The practiced treatment most frequently was the repair suture with dissection and suction with or without intraocular lens.

Key words. Incidence, ocular trauma.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos oculares son principal causa de consulta oftalmológica por emergencia (8,15,18), e importante causa de ceguera¹⁻² ocupando un lugar destacado dentro de las seis primeras entidades responsables de ceguera en el mundo. Si bien los pacientes con traumatismos oculares en su mayoría pueden ser tratados por el Oftalmólogo general, existe un porcentaje que requiere de la participación de especialistas de retina y vítreo, en cuyas manos y con la ayuda de instrumental adecuado el pronóstico visual mejora considerablemente.

En los Estados Unidos de Norteamérica, se producen más de 2.5 millones de traumatismos oculares al año, dejando miles de personas visualmente incapacitadas. Aquellos traumatismos que ocurren en el hogar son, en general, producidos por actividades semejantes a las que los generan en ambientes laborales, tales como uso descuidado de herramientas, y causticaciones, la actividad deportiva es otra circunstancia que debe tenerse presente, ya que los traumatismos producidas por ella son frecuentemente graves.

En un estudio según la ONU en el 2004 se plantea que alrededor del 10 por ciento de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de traumatismo ocular pierden la visión útil del ojo lesionado

Por estos motivos decidimos realizar un trabajo de investigación para verificar los incidencia de trauma ocular en evaluados en un hospital de la ciudad capital; se elige el Departamento de Oftalmología la Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar debido a que se encuentra en una parte central de nuestro territorio nacional y a que es un hospital docente para residente de cirugía general y Oftalmología, lo cual nos da una buena evaluación, manejo y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo que abarcó a todos los pacientes con diagnóstico de trauma ocular en el Complejo Hospitalario Dr. Luis E. Aybar de la ciudad de Santo Domingo, en el periodo enero - julio 2009. Donde se encontraron un universo de 42 pacientes, pero solo 39 llenaban nuestros protocolos.

A todos los pacientes se les realizó examen oftalmológico completo. Se exploró agudeza visual con optotipo de figuras.

* Medico General

** Oftalmólogo-Estrabólogo

Se realizó tonometría de indentación utilizando tonómetro de *Shiotz* estándar con doble pesada (5,5 y 10 g), biomicroscopia con lámpara de hendidura con biomicroscopio Opton y gonioscopia con lente de *Goldmand* de tres espejos. Se realizó oftalmoscopia directa. Fueron analizados los datos referentes a edad, lugar del accidente, agentes etiológicos, factores de riesgo, daño y profundidad de corneal.

La tabulación de los datos fue de tipo manual y computarizada. El análisis estadístico se fundamentó en el diseño de tablas de distribución de frecuencia, cálculos porcentuales e indicadores de incidencia.

RESULTADOS

Durante el periodo enero a julio 2009 se estudiaron 39 pacientes en el área de Oftalmología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar. La edad de los pacientes estuvo dentro de un rango de 15 a 70 años, divididos en 3 subgrupos y predominó el grupo que se encontraba de entre 36 y 55 años para un 58%. La mayoría de pacientes fueron menores de 30 años (74,3%), siendo el grupo etáreo con mayor número de casos 21-30 años (28,2%). El mayor número de casos se presentaron en el sexo masculino en un (79,5%).

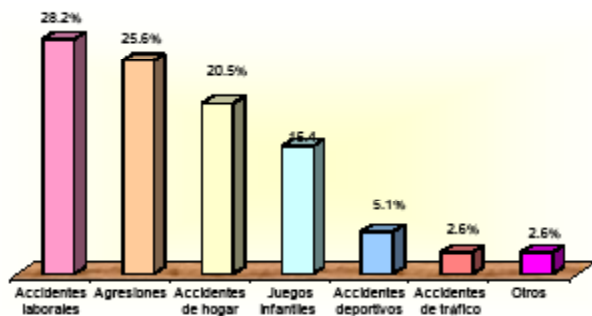
Tabla 1. Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2009. Distribución por Sexo.

Sexo	Casos	%
Femenino	8	20.5
Masculino	31	79.5
Total	39	100,0

Fuente. archivo del depart. de oftalmología en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –julio 2009.

Las causas más frecuentes de Traumatismo Ocular grave son: Accidentes Laborales (28,2%), agresiones (25,6%) y accidentes de hogar (20,5%); las menos frecuentes fueron: Accidentes deportivos (5,1%) y accidentes de Tráfico (2,6%).

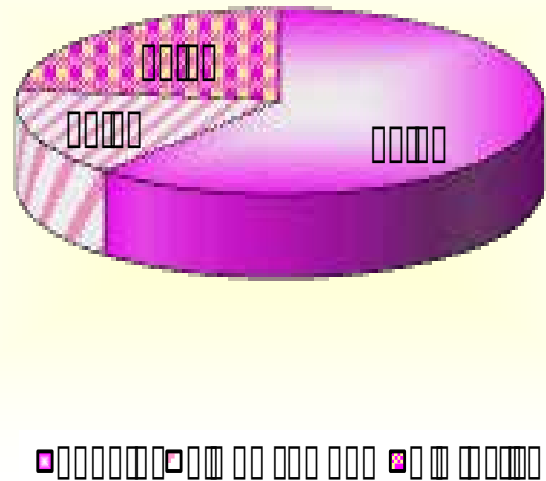
Grafico 1 Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2009. Distribución por tipo de accidente.



Fuente. Archivo del departamento de oftalmología en la ciudad sanitaria Dr. Luis e. Aybar. Enero –julio 2009.

Se aprecia que los traumatismos oculares se producen con mayor frecuencia en días laborables (61,5%), siendo menos frecuente los ocurridos en Fin de semana (15,4%).

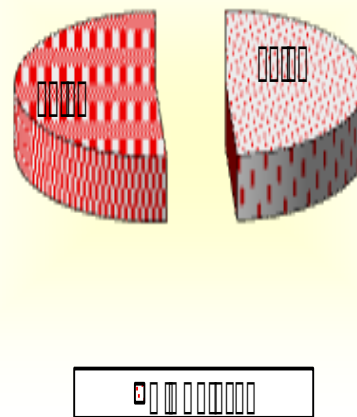
Grafico 2. Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2009. Distribución por día de la semana.



Fuente. archivo del depart. de oftalmología en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –julio 2009.

En el cuadro no se aprecia diferencia significativa entre ambos ojos afectados: Ojo Derecho (48.7%) y Ojo Izquierdo (51.3%) Los penetrantes fueron encontrados en (64,1%) superaron a los traumas oculares contusas (35,9%).

Grafico 3. Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2009. Distribución por día de la semana



Fuente. archivo del depart. de oftalmología en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –julio 2009

Tabla 2. Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2009 Distribución por Sexo.

Relación entre el material y causa de trauma Ocular en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar Enero 2007 - Julio 2009						
DIA	Madera (%)	Metal (%)	Roca/ Piedras (%)	Cristal/ Vidrios (%)	Plástico (%)	Otros (%)
Accidentes Laborales	5.1	7.6	7.6	2.6	2.6	2.6
Agresiones físicas	0	0	12.8	7.6	0	5.1
Accidentes en el Hogar	12.8	5.1	0	2.6	0	0
Juego	2.6	2.6	5.1	2.6	2.6	0
Ocio	2.6	0	0	0	0	2.6
Accidente deportivos	0	2.6	0	0	0	0
Accidentes de Trafico	0	2.6	0	0	0	0
Otros	23.1	20.5	25.6	15.4	5.1	10.2

Fuente. archivo del depart. de oftalmología en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –julio 2009.

Según la naturaleza del material que provocó el Traumatismo Ocular Grave fue producida en mayor porcentaje por roca (26.6%), madera (23.1%), metales (20.5%) y cristal (15.4%) y en menor porcentaje fue por plásticos (5.1%). Además se observa en el cuadro la naturaleza del material y la causa que provocó el trauma ocular como son los o piedras Accidentes laborales fue por roca, metal y madera; mientras que en las agresiones por acción de roca y cristal; en los accidentes de hogar por madera, mientras que en los juegos infantiles.

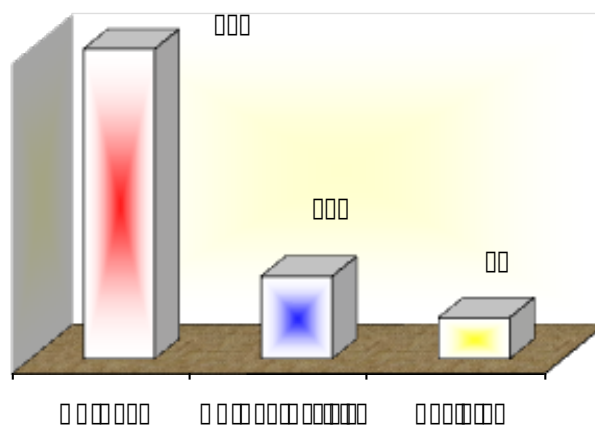
Tabla 3. Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2008. Distribución por Localización de las lesiones.

localización de las lesiones en trumatismos oculares contusos la ciudad sanitaria dr. luis e. aybar enero - julio 2009		
Localización	Casos	%
Anexos	1	7.1
Seg. Anterior	2	14.3
Seg. anterior + anexos	2	14.3
Seg. Posterior	4	28.6
Seg. post. + Seg. ant.	4	28.6
Seg. Post. + Seg. ant. + anexos	1	7.1
Total	14	100

fuentes. archivo del depart. de oftalmología en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –julio

Los traumatismos oculares contusos con mayor incidencia se localizaron en los segmentos posterior (28,6%) y segmento posterior-anterior (28,6%), siguiendo en orden decreciente el segmento anterior (14,3%), segmento anterior y anexos (14,3%) y con menor frecuencia los segmentos posterior-segmento anterior-anexos (7,1%) y Anexos (7,1%).

Grafico 4. Incidencia de Traumas Oculares en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –Julio 2009. Distribución por Localizaciones oculares.



Fuente. archivo del depart. de oftalmología en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Enero –julio 2009

Las perforaciones oculares suceden con mayor frecuencia a nivel corneal (60%) seguida de las producidas a nivel corneo-escleral (16%) y afectación mínima de Esclera (8%). las perforaciones alcanzan con mayor frecuencia los grados IV (36,0%) y I (28,0%), seguida del grado II (16,1%) y grado III (36%). Los accidentes laborales se presentaron con mayor frecuencia lesiones de grados III, IV y II; mientras que en las agresiones se produjeron lesiones de grado IV; en los accidentes de hogar las lesiones se presentaron en grados I y II; y en los juegos infantiles y actividades de ocio alcanzaron grado I.

La reparación con suturas fue el tratamiento que con más frecuencia se practicó, en los grados I y IV, mientras que la reparación con sutura y disección succión fueron practicados en los grados II, III y IV. La evisceración se realizó en traumatismos de grados I y IV. Y el traumatismo de grado II también requirió con sutura.

DISCUSIÓN

En la Republica Dominicana las causas principales de traumatismos oculares son accidentes laborales reportados en nuestro estudio en un 28. 2 por ciento, las agresiones 25. 6 por ciento y los accidentes de hogar en un 20. 5 por ciento Nuestros resultados concuerdan con otros autores que los accidentes laborales es la causa más frecuente de traumatismos oculares.

Es frecuente que los traumatismos oculares graves ocurran en los días laborales como fue reportado en nuestro lo cual fue corroborado en un trabajo similar pero en pacientes pediátricos donde se encontró en 61.5 por ciento estudio. Esto quizás es debido a que la principal causa de los traumatismos oculares graves son accidentes laborales. En cuanto a la edad se refiere, la mayoría de pacientes son menores de 30 años en un 73 por ciento siendo en grupo etáreo de 21-30 años con mayor número de casos 28,2 por ciento .Referente al sexo, la

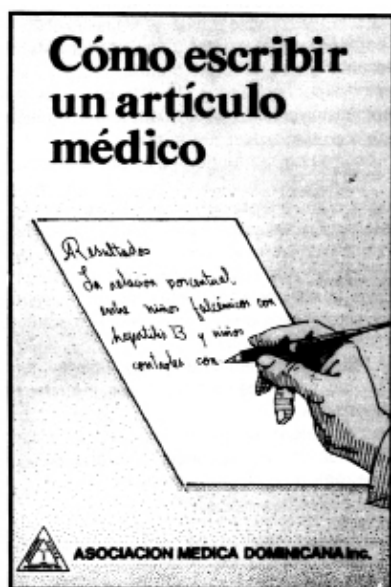
proporción entre el sexo masculino y femenino fue de 5,5:1. En relación al ojo afectado, los porcentajes encontrados en ambos ojos fue semejante, no ha existido diferencia estadística significativa Ojo derecho encontrado en un 48 por ciento y el ojo izquierdo en un 51,3 por ciento.

Es importante destacar que las perforaciones oculares fueron reportadas en 64.1 por ciento supera ampliamente a las contusiones oculares en un 35.9 por ciento, estos resultados son semejantes a los encontrados por Escaño y colaboradores en el 2006. Referente a la localización de las perforaciones oculares, las heridas corneales fueron encontrados en un 60 por ciento son las más frecuentes. Las herida corneo-escleral se encontró en 32 por ciento la escleral fue la menos frecuente 8 por ciento. El grado de lesión ocular en perforaciones oculares: Los grados IV 44 por ciento y I 28 por ciento se produjo con mayor frecuencia; resultados semejantes a León 7 IV 43,7 por ciento y 128,6 por ciento. Los menos frecuentes fueron del grado II y III. El La evisceración se realizó en traumatismos de grados I y IV. Y el traumatismo de grado II también requirió con sutura.

REFERENCIA

1. Paton D, Goldberg M. Tratamiento de los traumatismos oculares. 1ed. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2001: 53-87.
2. Adhikary hp, Taylor p. And Fitznaurice D. F. Prognosis of Perforatin Eye Injury. BR. J. Ophthalmol. 2006; 60: 737-739.
3. BOYDB. Manejo del Traumatismo Ocular. Highlights of ophthalmology. Vol. 24 N.º 1; 2006.
4. Brito C, Elia J, Benddi C, Abad MP, Honrubia F: Traumatismos abiertos de polo anterior, Arch. Soc. Esp. Oft. 2000; 40: 1340-1347.
5. EAGLING EM. porforating injuries of the oye. Br. J. Ophthal. 1976, 60” 732-736.
6. Gálvez j. Y cols. Resultado en Andalucía del estudio multicéntrico, sobre Traumatismos oculares Graves a los 3 años: Epidemiología. Arch. Soc. Española de oftalmología. Vol LXIV N.º 5; 2003.
7. Hogan and zimmerman. An Injure to the Eye Oftalmic - Patology and Atlas and Test Book- Second edition W.B. Saunders Co. Philadelphia -Pág. 137-167; 2004.
8. Holland G. Analyse von 2309 verletzungen der augen un lider. Klin. Mbl. Augenheilk, 1964; 145: 915-927
9. León, Primer estudio Multicéntrico Nacional sobre Traumatismos Oculares graves. Arch. soc. Española de oftalmología. 1990; 50: 555-566.
10. Escaño Ramon Alberto y colaboradores. Traumatismos oculares durante el período 1978-1987: Estudio Tesis de grado, Santo Domingo. Rep. Dominicana
11. Mantilla S. Miguel. Emergencias Oftalmológicas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Rev. Oftalmológica. vol 7 N.º 1 Pág. 13. 1986.
12. Rojas, Antonio Emergencias Oftalmológicas en el Instituto Nacional de Oftalmología. Revista Peruana de Oftalmología. 1989; XV (2): 8.

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.

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES ETIOLOGIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL INSTITUTO DOMINICANO DE CARDIOLOGIA I.D.C.

*Dominga Acosta Santana, *Francisco Antonio Acosta Santana,
 *Fiordaliza Santana Santana, *Girna Mary Avalo Celado,
 **Gerardo Rafael Rodríguez Regalado

RESUMEN

Se realizó el análisis de todos los casos de insuficiencia cardíaca congestiva sistólica internado en el Instituto Dominicano de Cardiología del período que va de mayo del 1996 a mayo del 1998 (un total 25 meses) durante dicho período y tomando como base el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva entramos a la base de dato del instituto de cardiología de la cual pudimos extraer 104 pacientes (ciento cuatro) archivado con el diagnóstico mencionado de los cuales se analizan cien (100) casos.

De esta manera hemos podido observar que la insuficiencia cardíaca se presentó con frecuencia a medida que va aumentando la edad. Se puede observar que en el grupo de más de 80 años la frecuencia disminuye lo cual no contradice las afirmaciones anteriores ya que el deceso de muchos de estos pacientes va mermando la cantidad de pacientes para estos grupos.

Podemos observar que de los 100 pacientes analizados 54 eran del sexo femenino lo que indica una ligera mayor prevalencia de la insuficiencia cardíaca en este sexo en la población estudiada,

La gran mayoría de los pacientes el (71 %) solo había llegado al nivel primario de escolaridad. Cuanto al estado civil como podemos observamos que el 82%. Podemos observar que las ocupaciones más frecuentes fueron las labores domésticas en 44% de los pacientes.

En este sentido podemos observar que la causa subyacente más frecuentemente consignada en los expedientes fue la hipertensión arterial la cual estuvo presente en el 83 % de los casos

La cardiopatía isquémica sola o en combinación con la hipertensión arterial fue consignada el 52% de los casos,

En relación a los factores ó causas desencadenantes de la insuficiencia cardíaca en el 78% de los casos.

Para ser admitido en el estudio los pacientes debían tener 1 por lo menos de tres criterios fundamentales de insuficiencia cardíaca: 1) Galope ventricular izquierdo, 2) Dilatación del ventrículo izquierdo en el ecocardiograma 3) Datos de disfunción sistólica en el ecocardiograma evidenciado por la existencia de una fracción de acortamiento y/o fracción de eyección anormalmente bajas.

Palabras clave: Cardiopatía Isquémica, galope ventricular, ecocardiograma, ventrículo.

ABSTRACT

Was conducted by analysis all cases of systolic congestive heart failure admitted to the Dominican Institute of Cardiology of the period from May 1996 to May 1998 (a total 25 months) during that period and based on the diagnosis of congestive heart failure we on the basis of data from the Institute of Cardiology from which we extract 104 patients (one hundred and four) filed with the diagnosis mentioned which are reviewed one hundred (100) cases.

Podidos Thus we observe that heart failure is often presented as age increases. One can see that in the age group over 80 years the frequency decreases which does not contradict the previous statements since the demise of many of these patients will decrease the amount of patients to these groups.

We note that of the 100 patients analyzed 54 were female indicating a slightly higher prevalence of heart failure in this sex in the population studied,

The vast majority of patients (71%) had only reached primary level of schooling. The marital status as we can see that 82%. We can see that the most frequent occupations were domestic chores in 44% of patients.

In this sense we can see that the underlying cause more often recorded in the records was high blood pressure which was present in 83% of cases

Ischemic heart disease alone or in combination with hypertension was recorded for 52% of cases,

In relation to the factors or precipitating causes of heart failure in 78% of cases.

To be admitted to the study patients had to have 1 at least three basic criteria of heart failure: 1) left ventricular gallop, 2) left ventricular dilation on echocardiogram 3) Data systolic dysfunction on echocardiography evidenced by the existence a fractional shortening and / or abnormally low ejection fraction.

Keywords: ischemic heart disease, ventricular gallop, echocardiography, ventricle.

*Médicos Generales

** Médico Especialista

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca congestiva (I.C.C.) es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de disnea debida a congestión vascular pulmonar a consecuencia de una disfunción de una disfunción sistólica o diastólica del ventrículo izquierdo (V.I.). Esta disfunción es provocada por casi todas las enfermedades cardíacas que imponen una sobrecarga e presión o de volumen al V. I. o que determinan una afectación del músculo cardíaco o del pericardio.

En la Insuficiencia Cardíaca congestiva se pueden distinguir causas subyacentes (factores etiológicos) y factores precipitantes. La prevalencia de las causas subyacentes puede variar de un país de un país a otro. Existen pocos estudios en nuestro medio dirigidos al estudio de los factores etiológicos de la I.C.C. esto nos ha motivado a realizar un estudio con el objetivo de establecer cuales son las principales patologías que producen insuficiencia cardíaca congestiva en los pacientes de nuestro país, específicamente de los que presentan insuficiencia cardíaca sistólica, la cual se caracteriza por una dilatación del V. I. y una disminución de los parámetros que miden su función contráctil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio basado en la recolección de datos de todos los pacientes que fueron admitidos en el Instituto Dominicano de Cardiología, en el período comprendido entre mayo de 1996 a mayo de 1998.

Se produjo el internamiento con el objetivo de tener disponible la mayor cantidad de estudios y procedimientos que confirmen el diagnóstico y que permitan establecer de la manera más confiable la etiología.

Se incluyeron los pacientes a los que se le realizó un ecocardiograma que demostraron dilatación del ventrículo izquierdo, disfunción sistólica del mismo y galope ventricular o (R3).

Para los fines del presente trabajo se aceptó como válida la etiología establecida por los médicos de la sala a cargo del paciente. Se escogieron 100 muestra para la investigación. La fuente de los datos para fueron los pacientes ingresados insuficiencia cardíaca.

Se hizo un cálculo porcentual de las diferentes formas etiológicas de la I.C.C. a fin de establecer cuáles son las causas suyacentes así como los factores desencadenantes más frecuentes y se prepararon los cuadros y gráficos para la mejor presentación de los resultados.

DISCUSIÓN

El presente estudios se realizo analizando todos los casos de insuficiencia cardíaca congestiva sistólica internado en el instituto dominicano de cardiología del período que va de mayo del 1996 a mayo del 1998 (un total 25 meses) durante dicho período y tomando como base el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva entramos a la base de dato del instituto de cardiología de la cual pudimos extraer 104 pacientes (ciento cuatro) archivado con el diagnóstico mencionado de los cuales se analizan cien casos.

De esta manera hemos podidos observar (ver el cuadro No. 1) que la insuficiencia cardíaca se presento con frecuencia frecuente a medida que va aumentando la edad. Así observamos que en el grupo de 28 a 40 años se encontraron diez casos y que dicha frecuencia aumenta progresivamente hasta encontrar 32 casos en el grupo entre los 67 y 79 años de edad, la cual fue la frecuencia más alta observada por grupo, estos hallazgo son concordantes con el echo conocidos de que la prevalencia de la insuficiencia cardíaca aumenta con el envejecimiento ya que las repercusiones de las enfermedades cardíaca van siendo cada ves más acentuadas con los años, no obstante se debe destacar que aun en el grupo menor a cuarenta años se presentaron 10 casos, lo que significa que aun los grupos de población relativamente jóvenes no están exentos de esta enfermedad.

Se puede observar que en el grupo de más de 80 años la frecuencia disminuye lo cual no contradice las afirmaciones anteriores ya que el deceso de muchos de estos pacientes van mermando la cantidad de pacientes para estos grupos.

Podemos observar que de los 100 pacientes analizados 54 eran del sexo femenino lo que indica una ligera mayor prevalencia de la insuficiencia cardíaca en este sexo en la población estudiada, debe tenerse en cuenta que de acuerdo a todo los estudios que se han realizado en el IDC la población que acude a este centro está constituida muy predominantemente por el sexo femenino, dado el caso existente no podemos tomar como representativo de la población en general con insuficiencia cardíaca, los datos consignados en el presente trabajo con relación a la predominancia de uno u otro sexo en esta patología.

Podemos observar que en cuanto a la procedencia de los pacientes el mayor número tubo constituidos por la ciudad de Santo Domingo lo cual se explica claramente por la ubicación de la institución en esta ciudad, los datos restante muestran que no existe una predominancia especifica en cuanto a la procedencia de los pacientes estando diseminados de una manera aproximadamente uniforme por todo el territorio nacional.

El nivel de escolaridad de los pacientes fue investigados en los expedientes en los cuales pudimos constatar que no se es muy especifico con relación al mismo, no obstante pudimos establecer que la gran mayoría de los pacientes el (71 %) solo había llegado al nivel primario de escolaridad y que muy pocos el (2%) había alcanzado el nivel universitario lo cual se corresponde con el tipo de población que predominantemente utiliza los servicios del ¡OC, en 11 pacientes no fue posible establecer su nivel de escolaridad.

Cuanto al estado civil como podemos observamos que el 82% de los pacientes 6 estaban casado ó lo habían estados en algún momento ya fuera en la forma de unión libre 6 en la condición de divorciado ó viudo, solo el 18% permanecía soltero lo cual se corresponde con la característica de una población enteramente adulta.

Podemos observar que las ocupaciones más frecuentes fueron las labores domésticas en 44% de los pacientes y un 22% estaba desempleado. El objetivo fundamental del presente

trabajo ha sido el de establecer las causas subyacentes de la insuficiencia cardíaca en los pacientes del instituto dominicano de cardiología.

En este sentido podemos observar que la causa subyacente más frecuentemente consignada en los expedientes fue la hipertensión arterial la cual estuvo presente en el 83 % de los casos ya fuera como causa aislada y frecuentemente acompañada del diagnóstico de cardiopatía isquémica el cual fue establecido en el 52% de los pacientes, solo en 9 casos se hizo el diagnóstico de miocardiopatía dilatada mayormente de etiología desconocida (8 casos) y etiquetada como de origen isquémico en (1) solo caso.

El primer dato que salta a la vista de esta clasificación etiológica de la insuficiencia cardíaca en estos paciente es la ausencia de etiologías como las valvulopatías y la ausencia de cardiopatías congénitas sobre todo conociendo el hecho de que sobre todo las primeras es decir las valvulopatías son relativamente frecuente en la población de pacientes que acude al IDC esto indudablemente obedece al hecho de que en la base de datos de institución los pacientes cuyainsuficiencia cardíaca es debida a una valvulopatía, el diagnóstico primario con el cual son consignados es el de la valvulopatía y no el de insuficiencia cardíaca la cual lógicamente no es una entidad independiente de la patología que la está produciendo es decir de la enfermedad valvular, de estos datos se deriva por lo tanto que para evitar el sub-registro de los casos con insuficiencia cardíaca este diagnóstico debería ser consignado en la base de datos de la institución una solución alternativa lo es el analizar simultáneamente todos los pacientes con diagnóstico de Valvulopatía lo cual nos proponemos hacer en un estudios ulterior. Por otro lado en la muestra estudiada la hipertensión arterial es altamente prevaleciente, esto se puede corresponder con la frecuencia con que se observa la hipertensión arterial en la población dominicana en la cual un 15 a 20% de los adultos la presenta y es bien conocido el importante factor ideológico que está patología representa en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca, no obstante es evidente que al haber sido excluidas otras causas la hipertensión indudablemente está en alguna medida sobre estimada, por otro lado consideramos que la hipertensión arterial como causas vinculada al desarrollo de insuficiencia cardíaca ocasionalmente puede ser sobre estimada también por el hecho de que estos pacientes por la puesta en funcionamiento de sus mecanismos compensatorios segregan cantidades elevadas de catecolaminas las cuales frecuentemente producen una presión arterial diastólica ligeramente elevada la cual no necesariamente representa un dato inequívoco de que el paciente es realmente un hipertenso y de que está patología ha sido importante o predominante en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca. La vinculación por lo tanto es hasta cierto punto estadística y no necesariamente de causa a efecto.

La cardiopatía isquémica sola o en combinación con la hipertensión arterial fue consignada el 52% de los casos, la fidelidad de este dato requiere un análisis más profundo en el cual este diagnóstico este fundamentado en hallazgos objetivos confiables como serían la presencia de ondas (q)

en el electrocardiograma que indique la existencia de amplia zonas de necrosis miocárdica como causa del deterioro de la función contractil del corazón ó la presencia de amplias zonas de fibrosis detectada mediante la ecocardiografía con datos de deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Llamamos la atención sobre el hecho de que en ocasiones el diagnóstico de cardiopatía isquémica se fundamenta en la presencia de trastornos del segmento (ST) y de la honda (T) en el electrocardiograma ó en la presencia de otros datos como por ejemplo la existencia de un bloqueo de rama izquierda, dada la frecuencia con que se producen trastorno metabólicos e hidroelectrolíticos en los pacientes con insuficiencia cardíaca y el uso de medicamentos que modifican los registros electrocardiograficos como son los digitalicos Y diurético es evidente que el grado de confiabilidad de los trastorno de segmento (ST) y de la honda (T) no es muy alto, ósea no son datos altamente específicos, en ningún casos fue consignado el diagnóstico de miocarditis como causa subyacente.

En relación a los factores ó causas desencadenantes de la insuficiencia cardíaca en el 78% de los casos no se consigno un factor específico, solo en 22 casos pudimos identificar algún factor probablemente relacionado con el desarrollo de la insuficiencia siendo en el 20% de los casos una arritmia dicho factor dentro de los parámetros estudiados se consignaron algunos destinados a verificar que los pacientes realmente eran portadores de insuficiencia cardíaca.

Dentro de estos, un grupo se refiere a los datos clínicos y así podemos ver que el galope ventricular y la ortopnea estuvieron presentes 59% de los pacientes y la disnea paroxística nocturna 38% de los pacientes.

Para ser admitido en el estudio los pacientes debían tener 1 por lo menos de tres criterios fundamentales de insuficiencia cardíaca: 1) Galope ventricular izquierdo, 2) Dilatación del ventrículo izquierdo en el ecocardiograma 3) Datos de disfunción sistólica en el ecocardiograma evidenciado por la existencia de una fracción de acortamiento y/o fracción de eyección anormalmente bajas.

Podemos observar que el 44% de los pacientes presentaban dilatación del ventrículo izquierdo desde el punto de vista radiológico un 43% presentaba dilatación de la raíz aortica lo cual es un dato que refuerza la afirmación de la etiología hipertensiva en muchos de estos pacientes, en 30% la radiografía mostraba datos de crecimiento auricular izquierdo.

En el Ecocardiograma se encontró dilatación del ventrículo izquierdo en el 53 % de los pacientes, dilatación de la aurícula izquierda 48% y de la aorta solo en el 27% en discordancia con los hallazgos radiológicos debe recordarse que en muchos de estos pacientes el ecocardiograma se realizó cuando ya el paciente estaba recibiendo tratamiento farmacológico por lo cual una parte de ellos puede haber reducido el tamaño de dicha cavidad al momento del estudio.

Si la fracción de acortamiento y la fracción eyección estuvieron reducida en más del 50% de los pacientes en aproximadamente una tercera parte estaba dentro de los límites normales en este caso.

En el análisis del Electrocardiograma ECG evidencia

que un alto porcentaje de los pacientes presentaba datos de crecimiento ventricular y auricular izquierdo.

En los casos en los que se evidencia crecimiento de las cavidades derecha, (V.D. y AD), es probable que el mismo sea consecuencia de las repercusiones retrograda de la insuficiencia izquierda o de patologías concomitantes con repercusiones sobre estas cavidades.

El tratamiento también pudo influir en los resultados obtenidos, otro dato confirmatorio que investigamos fue el tratamiento aplicado a los pacientes con relación al uso de los medicamentos habitualmente aplicados para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. En el 88% de los pacientes se prescribió un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina lo cual indica la fuerte tendencia a utilizar este tipo de medicamentos en la insuficiencia cardíaca en el IDC este es un dato favorable dada la mejoría que se logra en la calidad de vida y en la supervivencia de estos pacientes con este tipo de fármacos. En orden de frecuencia le siguieron los diuréticos utilizados en el 78% de los pacientes y los digitálicos solamente en el 51 % de los pacientes, esta conducta puede representar un cambio importante con relación a la que se aplicaba hace algunos años en la misma institución donde prácticamente a todos los pacientes con insuficiencia cardíaca clínica se le indicaban los digitálicos, dada la similitud de las cifras aportadas por la ecocardiografía en cuanto al porcentaje de pacientes con dilatación del ventrículo izquierdo (53%) y la frecuencia con que son utilizados los digitálicos (51 %), podríamos inferir aunque no esté fehacientemente demostrado en el presente trabajo que este tipo de fármaco se están utilizando.

Mayormente en la institución en los pacientes con dilatación de dicha cavidad, el uso de nitratos solamente en el 5 % de los pacientes es un dato que sugiere que la cardiopatía isquémica como diagnóstico ideológico puede estar sobreestimada, la hidralacina y prazosin no constituyeron parte de la terapéutica en ningún caso, es de interés consignar el hecho de que en el 8% de los pacientes se indicó un betabloqueador lo cual indica la incorporación del IDC a la terapéutica actualmente en auge crecientes de utilizar betabloqueadores con el objetivo de mejorar la capacidad funcional y la supervivencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

Cuadro 1. Clasificación de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva Según edad, en el Instituto Dominicano de Cardiología (I.D.C.) (Mayo del 1996 a Mayo de 1998)

Edad (años)	Frecuencia	%
28-40	10	10.0
41-53	18	18.0
54-66	22	22.0
67-79	32	32.0
80 y mas	18	18.0
Total	100	100.0

Cuadro 2. Clasificación de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva Según causas suyascentes en el Instituto Dominicano de Cardiología (I.D.C.) (Mayo del 1996 a Mayo de 1998)

Causas subyacentes	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	83	83.0
Cardiopatía isquemica	52	52.0
Miocardipatía dilatada	9	9.0
Total	100	100.0

Cuadro 3. Datos clínicos de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva en el Instituto Dominicano de Cardiología (I.D.C.) (Mayo del 1996 a Mayo de 1998)

Datos clínicos	Frecuencia	%
Disnea paroxistica nocturna	38	38.0
Ortopnea	59	59.0
Galope ventricular (o R3)	59	59.0
Impulso apical desplazado	31	31.0
Hepatomegalia	21	21.0

Cuadro 4. Cavidades dilatadas según datos Radiológicos de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva en el Instituto Dominicano de Cardiología (I.D.C.) (Mayo del 1996 a Mayo de 1998)

Cavidades dilatadas	Frecuencia	%
V.I.	44	44.0
A.I.	40	30.0
V.D.	8	8.0
A.D.	8	8.0
A.o	43	43.0
AP	18	18.0

Cuadro 5. Cavidades dilatadas según datos del ecocardiograma de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva en el Instituto Dominicano de Cardiología (I.D.C.) (Mayo del 1996 a Mayo de 1998)

Cavidades dilatadas	Frecuencia	%
V.I.	53	53.0
A.I.	48	48.0
V.D.	12	12.0
A.D.	17	17.0
A.o	27	27.0
AP	8	8.0

CONCLUSIONES

1. La hipertensión arterial fue las causas subyacentes más frecuentes de la insuficiencia cardíaca congestiva en el grupo de pacientes estudiados.
2. Las causas subyacentes que siguieron en el orden de frecuencia fueron las cardiopatías isquémica y la miocardiopatía dilatada.
3. Existe un sub-registro de otras causas de insuficiencia cardíaca sobre todo de las producidas por valvulopatía.
4. El 78% no se consigno una causa desencadenante. Las arritmias fueron el factor desencadenante más frecuentemente consignado, el establecimiento de la verdadera frecuencia de dichos factores requeriría la realización de estudios prospectivos.
5. El conjunto de los datos clínicos y paraclínicos (radiológicos y ecocardiográficos) nos permiten afirmar que la totalidad de los pacientes tenían un cuadro de verdadera insuficiencia cardíaca congestiva
6. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fármacos en el Instituto Dominicano de Cardiología se enmarca dentro de los criterios internacionales recomendados con el uso de los IECA, los diuréticos y los digitálicos en ese orden siendo los más frecuentemente utilizados.

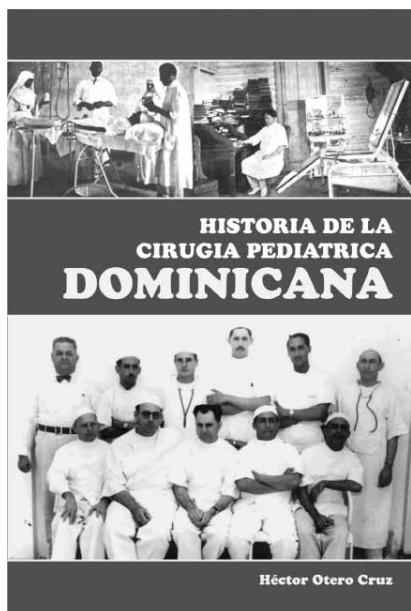
RECOMENDACIONES

1. Dado que hipertensión arterial sigue siendo probablemente la causa más frecuente del desarrollo de insuficiencia cardíaca se impone la realización de campañas de detección y tratamiento oportuno de la misma con miras a reducir el desarrollo de un cuadro de tanta gravedad que afecta significativamente la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes.
2. Una definición más precisa y amplia de los factores etiológicos tanto subyacentes como precipitantes de la insuficiencia cardíaca congestiva requiere la realización de amplios estudios prospectivos.
3. Sugerimos ampliar la clasificación diagnóstica de los pacientes incluidos en la base de datos del Instituto Dominicano de Cardiología consignando como un diagnóstico adicional el de insuficiencia cardíaca en pacientes que tienen una valvulopatía o cardiopatía congénita como patología de base.

REFERENCIAS

- 1.-Bales, AC; Sorrentine-MJ: "Causes of congestive heart failure." 1997. Jan101(1) 44-9, 54-6.
- 2.-Barretto, A. C.; Tranchesi Junior, B.: "Treatment of congestive heart failure". RBN Cardiol; 2(2): 98-104, 1983.
- 3.-Bernunwald Eugele: "Clinical Aspect of Heart Failure.: Saunders C.o. 1997.5ta. Edición: 445-462. 1997.
- 4.- Carrriro, R.D.; Conto, A.A.: "Heart Failure" Arq. bras. Med; 57(6): 271-3, 1983.
- 5.-Cowie MR (et al): "The Epidemiology of Heart failure". The European Heart Journal 1997; Vol. 18: 208-219.
- 6.-Escobar, E; Ojeda, G.; Saavedra, M.: "Captopril en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva grave":. Rev. Med. Chile; 111 (11): 1123- 9, 1983.
- 7.-Harrison: "Principios de Medicina Interna, McGraw-Hill, Interamericana, 13 aya. Edición: 1154-1166.
- 8.-Howard AP, Dunn IM: The Management of Chronic Heart Failure. The New England Journal of Medicine, Volume 336 Num. 4. 1997: 295.
- 9.- Gaymberg, J; Gomes, O.M.: "Vasodilatadores e insuficiencia cardíaca". Ars curand; Cardiol; 6(44): 39-46 passim, 1984.
- 10.-Ianni, B.M.: "Progress in congestive heart failure therapeutics". RBM Cardiol; 2 (2): 105-11, 1993.
- 11.-Mason, D.t.; Awan, N.A.; Joya, J.A.; ler, G; De María: "Treatment of acute and chronic congestive heart failure with vasodilator. Afterload reduction". RBM Cardiol; 2 (4): 233-8, 1983.
- 12.-Maranhao MF.: "Insuficiencia cardíaca Congestiva.": RBM Rev. Bras. Med;41(10): 343-52, 1984.
- 13.-Navarro-López- F. "Etiologic diagnosis of heart insufficiency. Identification and treatment of reversible causes". Rev-Esp. Cardiol. 1997. 9-14.
- 14.-Philbin-EF; Roceo- Ta Vr: "Predictors and determinants of hospital length of stay in congestive heart failure". Journal of Heart Lung, Transplante.1997 May; 16(15): 16(5): 548-555.
- 15.-Schlant, CR, Sonnenblick HE: "Pathophysiology of Heart failure", The Heart". McGraw-Hill. inc. 1998. 9th. Edition: 387-391.
- 16.-Schlesinger, Roberto: "Estudio Preliminar sobre insuficiencia cardíaca": Av. Cardiol. 1995. 15(1): 34-37.
- 17.-Zerpa, Fabio; Soto, Rosa María: "Insuficiencia cardíaca". Av. Cardiol26(1/2): 47-50, 1990. Enero-Julio.
- 18.-Wilson, P.N.: "An epidemiologic perspective of systemic hypertension, ischemic heart disease, and heart failure". American Journal of cardiology.80(9B). 1997.
- 19.-López Sendón, José; Bolger, Ann F.: "Chronic Congestive Heart Failure". Filadelfia, 1992, 40 Ed.

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.

PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGÍA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICO-UTERINO SERVICIO, DE ONCOLOGIA HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

Mercedes A. Félix Valera**;; Dorca Magdalena Estevez**;
Wilson Mejía**; María Batista*

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal para evaluar el perfil clínico y epidemiológico del cáncer uterino, en el servicio de oncológica del hospital maternidad nuestra señora de la Altagracia en el periodo 2000-2004, se tomaron 101 pacientes en edades entre 20 y más de 50 años, manejadas con cirugía, quimioterapia, biopsias y referidas a otro centro de salud para radioterapia, a estas se les aplicó un protocolo para la recolección de la información, luego de procesados los datos analizadas las variables y realizados los cruces de variables correspondientes obtuvimos los siguientes resultados: De las 93 pacientes manejadas con cáncer cervico-uterino, 33 de estas tenían entre 30 y 40 años, 27 pacientes tenían más de 50 años. La mayoría de las pacientes estaban unidas conyugalmente, de manera libre, con 49 casos; 52.6%. La mayoría de las pacientes se habían unido a 1 o 2 cónyuges; 40 casos 43%.

El signo de mayor relevancia en las pacientes estudiadas, lo constituye, el sangrado transvaginal, 51 casos 19.3% a la mayoría de estas pacientes se les diagnosticó la enfermedad en el estadio 1b1, 18 casos 19.3%. De estas pacientes se les manejaron; con cirugía tipo Histerectomía Radical, 29 casos 31.1% y referidas a otro centro de salud con fines de radioterapia; 48 casos 51.6%.

Palabras claves: cáncer cervico-uterino, perfil clínico y epidemiológico, Oncológica- ginecológica

ABSTRACT

This is a retrospective, descriptive cross-sectional to evaluate the clinical and epidemiological profile of uterine cancer, oncology service in the maternity hospital Nuestra Señora de la Altagracia in the 2000-2004 period, 101 patients were taken at ages 20 and more than 50 years, managed with surgery, chemotherapy, biopsies and referred to another health center for radiation therapy, at these are given a protocol for data collection, data processed after the variables analyzed and made crossings corresponding variables obtained the following results: Of the 93 patients managed with cervical

cancer, 33 of these were between 30 and 40 years, 27 patients had more than 50 years. Most patients were united in marriage, freely, with 49 cases, 52.6%. Most patients had 1 or 2 attached to spouse; 40 cases 43%.

The sign of greater relevance in the patients studied, it is, the TVB, 51 cases 19.3% most of these patients were diagnosed in stage 1b1, 18 cases 19.3%. Of these patients was managed, with surgery type radical hysterectomy, 29 cases 31.1% and referred to another health facility for the purpose of radiotherapy, 48 cases 51.6%.

Key words: cervical cancer, clinical and epidemiological profile, Oncology-Gynecological

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cervix es uno de los tumores más frecuentes en la mujer. Es el segundo cáncer de más frecuencia en las mujeres de todo el mundo, siendo este el más frecuente en Asia, África, y Sudamérica. El cáncer cervico-uterino está asociado a una serie de factores de riesgo, dentro de los cuales se han identificados las relaciones sexuales a muy temprana edad, la multiparidad la contaminación por el virus del papiloma humano (HPV), antecedentes familiares, la promiscuidad sexual (múltiples cónyuges).

Otro de los problemas de cáncer de cervix está relacionado a la detección tardía, o la etapa avanzada en que se hace el diagnóstico, lo que dificulta el control de la enfermedad. En República Dominicana el cáncer de cervix es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mujer, aunque no disponemos de estadísticas certeras dado a que los casos no se registran adecuadamente a pesar de que exista la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes de la SESPAS, creada en el año 1997 la cual consta de 14 programas. Entre ellas está el programa de Detección del Cáncer Cervico-Uterino y Patología de Mama; que según estadísticas para el cuatrienio 2000-2004, se realizaron 480,000 papanicolau reportando 801 casos nuevos de cáncer cervico-uterino en todo el país. Para una población de 2, 365,000 mujeres en edad reproductiva según Digecitss.

Para el periodo agosto – diciembre del 2004, se realizaron

* Médico General

** Gineco-Obstetra

30,000 papanicolau reportando 40 casos nuevos de cáncer cervico-uterino. Sabemos la magnitud del problema debido a la cantidad de pacientes que son atendidas en los hospitales, principalmente en el Instituto de Oncológica “Dr. Heriberto Pieter” y en el Departamento de Patología de Cuello de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y otros Instituciones de la salud, lo que nos motiva a evaluar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con cáncer cervico-uterino en el servicio de oncológica del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 2000-2004.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal para evaluar el perfil clínico y epidemiológico del cáncer cervico-uterino, en el servicio de oncológica del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo año 2000-2004.

La población objeto de estudio constituida por todas las pacientes con cáncer Cervico uterino atendidas en el servicio de oncológica del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo 2000-2004. La muestra está constituida por la totalidad de los casos presentados en el periodo 2000-2004.

La fuente de información se basaron en fuentes directas e indirectas, dentro de las fuentes directas: los datos serán recolectados usando la información registrada en los expedientes clínicos, pruebas de laboratorio y otros medios de diagnósticos y tratamientos. Y la fuentes Indirectas : se recolectaron informaciones usando diversos medios bibliográficos dentro de ellos tesis de grado, libros ,Internet, que nos permiten construir el marco teórico conceptual relacionado con el problema del cáncer cervico-uterino, facilitándonos el análisis y la interpretación de los resultados de nuestro estudio.

RESULTADOS

El grupo de estudio correspondió a 93 casos diagnósticos con cáncer de cervix , distribuidos según la edad: 20 a 30 años, 8 casos(8.6%) de 31 años a 40 años, 33 casos (35.4%) de 41 a 50 años, 24 casos (25.8%), mas de 50 años 27 casos (29%), no especifica un caso (1%),en función al estado civil: casada,8casos (8.6%) , unión libre 49 casos (52.6 %) ,solteras,14 casos (15%), viudas 9 casos (9.7%), no especifica 13 casos (13.9) de acuerdo al número de cónyuges: 0 a 2 40 casos (43%) de 3 a 4 14 casos (15%), mas de 4, 4casos (4.3%), no especifica 35 casos (37.6%), con relación al grado de escolaridad al estudio reporto: nivel primario 31 casos (33.3%) , secundario 3 casos (3.2 %),superior, 4 casos (4.3%, analfabeto ,14 casos (15%), no especifica, 41 casos (44%), según la procedencia rural : 51 casos (154.8%), urbano 40 casos (43%), no especifica 2 casos (2.1%), según la ocupación: empleadas (público-privado) 5 casos (5.3%),obreras asalariadas, 2 casos (2.1%) oficios domésticos: 73 casos (78.4%), no especifica, 13 casos (13.9%) de acuerdo a la vivienda según el material de construcción revela los

siguientes tipos: de madera, techo de zinc, piso de cemento ,8casos(8.6%),casa de blocks, techo de zin y piso de cemento 2 casos (2,1%) ,no especifica,80 casos (86%), de acuerdo a la edad del primer coito: 10ª 15 años,25 casos (26.8%),16 a 20 años, 27 casos (29%), 21 a 25 años, 5casos (5.3%), no especifica 36 años (38.7%), según el numero de gestas: 0 a 2, 10 casos (10.7 %),de 3 a 4 casos 22casos (23.6%), mas de 4,44casos (47.3%), no especifica,17 casos (18.2%), de acuerdo al cuadro clínico y motivo de consulta: sangrado transvaginal, 51 casos (54,6%), dolor 2 casos(2.1%), dolor mas sangrado, 10 casos (10.7%), secreciones vaginales fétidas, 3 casos(3.2%),disminución del peso corporal, 1 casos (1%),salidas de heces por vía vaginal, 1 casos (1%), referidas de otro centro, 14 casos, no especifica, 11casos (11.8%), según el estadio clínico en el cual se diagnosticaron los casos fueron:

Etapas 1b, 2 casos(2.1), 1b1, 18 casos, (19.3%), 2 a 7 casos (7.5%), 2b2, 1 casos (1%), 3b, 8 casos (8.6%), 3a,1 caso (1%), 4 a, 1 casos (1%),no especifica, 24 casos (25.8%), según el diagnóstico histopatológico : Carcinoma epidermoide infiltrante, 46 casos (49.4%),carcinoma epidermoide bien diferenciado, 6 casos (6.4%), carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, 14 casos (15%), carcinoma epiermoide pobremente diferenciado 15 casos (16.1%),, carcinoma epidermoide queratinizante, 4 casos ,(4.3%), carcinoma epiermoide no queratinizante , 6 casos (6.4%), carcinoma micro invasor, 1 caso (1%), no especifica, 1 caso (1%); según el tratamiento: con él fueron manejadas estas pacientes: cirugía tipo histerectomía total; 29 casos (31.1%),quimioterapia , 2 casos(2.1%),,biopsias, 2 casos (2.1%),referidas para radioterapias, 48 casos (51.6%),que necesitaron transfusión sanguínea, 8 casos (8.6%), no especifica, 4 casos(4.3%).

Tabla 1. Índice de cáncer cérvico-uterino, según la edad, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 2000 – 2004

Edad Años	Frecuencia	%
20 a 29	8	8.6
30 a 39	33	35.5
40 a 49	24	25.8
50	27	29.0
No especifica	1	1.1
Total	93	100.0

Fuente: Archivo HMNSA

Tabla 2. Índice de cáncer cérvico-uterino, según el número

de cónyuges, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 2000 – 2004

No. De Cónyuges	Frecuencia	%
0 a 2	40	43.0
3 a 4	14	15.1
Mayor de 4	4	4.3
No especifica	35	37.6
Total	93	100.0

Fuente: Archivo HMNSA

Tabla 3. Índice de cáncer cérvico-uterino, según el cuadro clínico, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 2000 – 2004

Cuadro Clínico	Frecuencia	%
Sangrado transvaginal	51	54.8
Dolor	2	2.2
Dolor y sangrado	10	10.8
Secreciones vaginales fétidas	3	3.2
Pérdida de peso corporal	1	1.1
Fístula recto-vaginal	1	1.1
No especifica	25	26.9
Total	93	100.0

Fuente: Archivo HMNSA

Tabla 4. Índice de cáncer cérvico-uterino, según el estadio clínico, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 2000 – 2004

Cuadro Clínico	Frecuencia	%
Ib1	18	19.4
Ib2	11	11.8
Ib	2	2.2
1a1	1	1.1
2b	18	19.4
2a	7	7.5
2b1	1	1.1
2b2	1	1.1
3b	8	8.6
3a	1	1.1
4a	1	1.1
No especifica	24	25.8
Total	93	100.0

Fuente: Archivo HMNSA

DISCUSIÓN

De los 93 casos estudiados, la mayoría correspondió a las edades comprendidas entre 30 y 60 años, para un promedio de 45 años, el estado civil predominio, la condición de unión libre (52.6%) del acuerdo al número de conyugue, el mayor porcentaje de los casos estudiados estuvo de 1 a 2 conyugue para un 43 por ciento, las mayoría de las pacientes procedía de un extracto económico bajo, donde el más del 30 por ciento no completo el nivel básico, no hubo diferencia significativa en la procedencia, con un cierto predominio de la procedencia rural (54.8%), de acuerdo a la ocupación, la mayoría correspondía a oficios domésticos (78.4%). Las condiciones de la vivienda no fue posible establecer con precisión ya que el 86 por ciento de los casos estudiados, este dato no constaba en los expedientes clínicos.

De acuerdo a la edad del primer coito el 26.8 por ciento inicio las relaciones sexuales entre 10 y 15 años, y el 55 por ciento de los casos estudiados tuvieron experiencias sexuales antes de los 20 años de edad. De acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos el (43.7%) tenían más de 4 hijos, seguido del (23.6%) que tenían entre 3 y 4 hijos. De acuerdo a los antecedentes, 29 casos (28.7%) tenía antecedentes de abortos y 8 casos para un (7.9%) tenían antecedentes de cesárea.

Cuadro clínico: el sangrado transvaginal fue reportado en el (54.8%) de los casos, 14 casos (13.7%) presentaron dolor, otros signos y síntomas en menor proporción fueron las secreciones vaginales fétidas y pérdida de peso. El (26.8%) de los casos no especifica. De acuerdo al motivo de consulta coinciden los porcentajes con el cuadro clínico con la salvedad que 14 casos para un (15%) fueron referida de otro centro por reporte histopatológico de cáncer de cerviz.

Etapas clínicas: la mayoría de los casos detectados correspondieron al estadio clínico Ib1, con 18 casos para un (19.3%), seguido del 2b, en el (19.3%) de los casos, en el (25.8%) de los casos estudiados no se especifica el estadio clínico, cuya explicación puede estar en relación con el estado muy avanzado de los casos que son referidos para tratamientos paliativo en otro centro.

En cuanto al manejo de los casos 29 casos (31.1%) fue manejado por cirugía (HTA), 2 casos (2.1%) recibieron tratamiento a base de quimioterapia, 8 casos manejados requirieron transfusión sanguínea (8.6%) y 48 casos (51.6%) fueron referidos a otro centro de salud para fines de radioterapia ya que la institución no cuenta con los equipos necesario para la misma.

La clasificación histopatológica de los casos estudiados el (100%) correspondió a la variedad del tipo carcinoma epidermoide, de los cuales 46 casos (49.4%) correspondió a carcinoma epidermoide infiltrante, 15 casos correspondieron a carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, 14 casos carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado y 6 casos bien diferenciados, 6 casos de carcinoma epidermoide no queratinizante y 4 carcinoma epidermoide queratinizante, y 1 caso carcinoma micro invasor.

CONCLUSIONES

El perfil clínico epidemiológico de acuerdo al grupo estudiado corresponde a la pacientes de ocupación oficios domésticos, de extracto socioeconómico bajo.

La mayoría de las pacientes afectadas por cáncer Cervico-uterino, corresponde entre la tercera y sexta década de la vida, conclusión coincidente con las literaturas internacionales, y los diferentes programas de detención de cáncer Cervico-uterino, incluyendo el existente nuestro país, que identifica como grupo de riesgo a las pacientes entre 35 y 64 años.

Los signos y síntomas de mayor relevancia por los cuales estas pacientes buscan atención médica son: sangrado transvaginal, secreciones fétidas, dolor.

Los factores de riesgo identificados en el estudio, fueron la edad, el inicio de las relaciones sexuales a muy temprana edad, el numero de conyugue, la multiparidad, y la falta de información, lo que dificulta la detección temprana de la enfermedad.

La detección del cáncer Cervico-uterino, en estas pacientes fue posible en un estadio clínico avanzado en un 40 por ciento de los casos. Fue identificado en esta revisión un débil sistema de información, de referencia y contrarreferencia; esto dificulta correlacionar el estadio clínico y la supervivencia de las pacientes, especialmente de las pacientes que son referidas a otros centros de salud.

REFERENCIAS

1. Acosta, Aníbal; Acosta Arnaldo; Ahued Roberto; Ginecología Fertilidad, Salud Reproductiva, Volumen 1, Caracas Venezuela, Editorial Ateproca C.A. 1996; 313-333 Pág.
2. Berek, Jonathan MD, MMSC, Adams Hillard, MD Adashi Eli y MD, Ginecología de Novak, Décimo tercera edición, México McGraw-Hill Interamericana

editores S.A. de C V, 2004; 959-996 Pág.

3. Berkow Robert MD; Fletcher Andrew J MB; El Manual Merck de Diagnóstico y terapéutica, novena edición, Barcelona España Océano Grupo Editorial S A 1994; 2021-2024 Pág.
4. Disaia, Philip J. MD, Creasman William T.M.D Oncológica Ginecológica Clínica, Sexta edición, Madrid Barcelona: Elsevier Science, 52-110 Pág.
5. González, Merlo J. Atlas de Operaciones Ginecológicas, Tomo 1, Barcelona- Madrid, Salvat Editores SA 1984; 245-247 Pág.
6. Malito: abc@arsys.es
7. Rock John A MD; Thompson John D. MD; Te linde, Ginecología Quirúrgica, octava edición Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S A 2002; 1437-1522 Pág.
8. Reseña Histórica, revista Médica La Maternidad, vol. 1, no. 1, Pág. 4-5, enero-junio 2002.
9. <http://www.saludhoy.com/hm/mujer/articulo/cancervi.html>
10. <http://www.iladiba.com.co/enfermedades/cancervi.asp>
11. <http://www.teletica.com/archivo/buendia/01/fondo/papiloma.htm>.
12. Rodríguez Cruz, Claudia, “Evaluación post radioterapia en pacientes con cáncer de cerviz Instituto de Oncológica “Dr. Heriberto Pieter” año 1990-1994.
13. Mejia Tapia, Maribel y col. “Carcinoma de cuello uterino” recopilación bibliografía Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia noviembre 2000.
14. Rodríguez Mariano, “Avances recientes en cáncer de cervix” monografía Madrid año 2000.



CALIDAD DE VIDA EN LOS RESIDENTES DE PRIMERO Y SEGUNDO AÑO EN EL HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR

Pedro Pablo Marine Ballast, Luz M. Marte Polanco, Johanna Pérez Ramos,
Ma. Rosa Maria Pichardo Valentín

RESUMEN

Objetivos: medir la calidad de vida de los médicos residentes R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar, en el periodo comprendido mayo – julio 2008.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos: los 58 residentes.

Mediciones: Cuestionario anónimo autoadministrado que recoge variables sociodemográficas, laborales, y el cuestionario de calidad de vida profesional (cvp-35). Consta de 35 ítems que valoran 3 dimensiones: Apoyo directivo (ad), cargas en el trabajo (ct), motivación intrínseca (mi) y la calidad de vida profesional percibida.

Cada ítem es valorado de 1 a 10.

Resultados. Se recogieron 58 cuestionarios cumplimentados (100%). El 56.9% de los encuestados eran residentes de primer año (r1), el 43.1% r2, La edad media 25-28 años; el 63,8% mujeres.

El valor medio de la calidad de vida profesional percibida fue $5,28 \pm 3.03$. Los valores medios obtenidos para el resto de ítems fueron (ct o dt) Demanda de trabajo 7.70 ± 0.90 , (ad) Apoyo Directo 5.40 ± 1.90 , (mi) Motivación Intrínseca 7.30 ± 1.90 . Para el resto de dimensiones no se detectaron diferencias significativas respecto al sexo, edad, especialidad ni año de residencia. Como sugerencias para mejorar la calidad de vida destaca la petición de mejoras en las condiciones laborales.

Conclusiones: Los residentes perciben una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos. Tienen una motivación intrínseca media para afrontar una alta carga en el trabajo.

Palabras clave: calidad de vida. Internado y residencia. Satisfacción personal.

ABSTRACT

Objectives: to assess “the quality of life perceived” (pql) by the resident R1 and R2 of hospital Dr. Luis E. Aybar in a period May –Julie 2008

Material and methods: Design: transversal, descriptive study.

Participants: 58 medicine residents.

Main measurements: self-administered anonymous questionnaires with personal and social variables, work data, suggestions, and the pql-35. The instrument consists of 35 items that evaluate three dimensions: perception of demands (pd), management support (ms), intrinsic motivation (im) and the perceived professional quality of life.

The pql of life each item was scored on a scale of 1 to 10.

Results: 58 valid questionnaires were returned (response rate 100%) mean age was 25-28 years old; 63,8% were women. 56.9% were residents in their first year of job (r1), 43.1% residents in their second year of job.

Mean professional quality of life perceived was 5, 28 ± 3.03 .

Mean values in the other dimensions were: perception of demands (Pd): 7.70 ± 0.90 , management support (ms): 5.40 ± 1.90 , intrinsic motivation (mi): 7.30 ± 1.9 .

We found no significant differences in the others dimensions in relation with sex, age, year of residency. Among suggestions to improve the quality of life were demands to support improvements in working conditions.

Conclusions: medical residents perceive a low quality of life, a low degree of management support, and a moderate motivation to cope with high demands at the workplace.

Key words: quality of life. Internship and residency. Personal satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en nuestros residentes es un elemento esencial para un adecuado desarrollo, funcionamiento, capacidad productiva y una buena enjertación en la comunidad a fin de propiciar una vida más plena y positiva.

El interés del mismo se basa en que el modelo de formación de los residentes tiene ventajas, pero presentan algunos inconvenientes entre los que se cuenta un ritmo laboral acelerado, realización de innumerables guardias junto con las actividades medicas cotidianas.

La calidad de vida (cdv) es un concepto que va más allá de la mera condición física e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir que abarca las funciones físicas, emocionales

y sociales; este termino se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no solo con enfermedades y tratamientos, si no con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes.

Los factores que contribuyen a la calidad de vida (cdv) del individuo son numerosos; como por ejemplo salud es solo uno, que es de suma importancia, por ello se denomina calidad de vida relacionado con la salud (cvrs) que se define como el valor asignado a la duración de la vida que se altera por la deficiencia, el estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales debidas a una enfermedad, un accidente, un tratamiento o una decisión política.

El nivel de salud alcanzado por cada persona, ha sido considerado como algo tan individual como la vida misma y que depende del potencial genético heredado de sus padres, la capacidad del organismo de adaptarse al ambiente y cuáles son los riesgos y peligros que ha encontrado en su medio. Desde este punto de vista la salud no se restringe a una norma meramente fisiológica, si no que se relaciona con la capacidad del individuo para proyectarse a un futuro y poder llevar adelante un programa de vida.

El propósito al realizar esta investigación es establecer un análisis comparativo de la calidad de vida de los residentes de Primer y Segundo año del Hospital Dr. Luís E. Aybar. Tratamos de identificar a través de este estudio cuales son los elementos que garantizan la calidad de vida y que ayudaran a la aplicación de los mismos durante la residencia medica.

Dicho concepto se define multidimensionalmente (bio-psico-social) y los instrumentos para medirlo, que se basan sobre todo en cuestionarios, experimentaron en los últimos años un importante progreso metodológico y están demostrando ser de gran utilidad para la evaluación diagnóstica, la valoración de necesidades, la asignación de recursos y la toma de decisiones, a pesar de las limitaciones que plantean (dificultades para su elaboración, problemas de fiabilidad y validez de algunos de ellos, necesidad de tiempo –de los profesionales de la salud y pacientes– para su respuesta, administración y valoración).

“El mayor conocimiento de esta materia permitirá una utilización más racional de los instrumentos existentes, y su adaptación cultural, que ya han probado sus cualidades en otros países, así como la creación de instrumentos totalmente adaptados a las necesidades potenciales de distintos colectivos. Para ello se requiere profundizar en la convergencia de campos científicos biomédicos y de las ciencias sociales.”⁽¹⁾

Encontramos como antecedente nacional la tesis de grado: “Percepción de la Calidad de Vida de Enfermos con Lupus Eritematoso Crónico que asisten a la consulta del Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Heriberto Bogaert Díaz”. Diciembre 2006 – Junio 2007. Siendo un Tipo de estudio, una investigación descriptiva transversal a los fines de establecer la calidad de vida en enfermos crónicos de lupus. Utilizando un Universo de 100 pacientes. Y una Muestra de 40. El Instrumento recolección fue formulario en forma de

cuestionario PECVEC.

Dando como conclusión que la edad del grupo más frecuente fue el grupo de 37-47 años con 32.5 %. Que el sexo más afectado corresponde al sexo femenino en un 92.5 %. Que el Lupus Eritematoso Sistémico obtuvo una mayor frecuencia de un 31 para un 77.5 %. Que los pacientes con esta enfermedad no tienen un alto nivel educacional con una frecuencia de un 22 para un 55.0 % para los estudios primarios. Que los pacientes tienen un déficit en la capacidad física de un 30.0 %. Los pacientes con lupus mantienen una muy buena función y bienestar social.”⁽²⁾

“En el año 2007 se realizo un estudio de calidad de vida en el personal de enfermería de los sectores públicos y privados y de la Seguridad Social en el Distrito Nacional de la República Dominicana, durante el periodo Mayo – Agosto 2007. Realizado por Ana C. Mejía A., y Cándida M. Pichardo de la Cruz, donde evaluaban la calidad de vida y comparaban en los diferentes aspectos tanto la influencia de los sectores como de sus efectos en este personal de salud, para con este llegar a un conjunto de planteamientos y con los resultados de la investigaciones sobre la carga de trabajo vulnerabilidad y satisfacción lo siguiente: “que en SESPAS el 85.0%, que en las Clínicas Privadas el 70.0% y en el IDSS 75.0% con relación al ítem de vulnerabilidad, siendo la más afectada SESPAS.” Sobre la carga de trabajo arrojo: “que SESPAS tiene un 85.0% las Clínicas Privadas un 35.0% y el IDSS un 70.0% resultando que las clínicas tienen menos sobre carga de trabajo.” Sobre la satisfacción arrojo: “estadísticamente la $p \leq 0,05$ %.” Rechazando la hipótesis en cuanto a este ítem, hay mejor calidad de vida en las Clínicas Privadas. Dando como recomendaciones: que todo el personal de salud debe pasar por un programa psicoterapéutico de apoyo para mejorar la calidad de su vida de su entorno laboral.”⁽³⁾

Tras las investigaciones de apoyo para la realización de nuestro estudio encontramos internacionalmente el estudio realizado en el año 2005 en Residentes Médicos y Calidad de Vida, realizado por: Susana Albanesi de Nasetta, Magíster en Psicología Clínica. Profesora adjunta de Psicopatología, Universidad Nacional de San Luis. Argentina. Paulina Nasetta Médica Cirujana. Residente 3º año. Medicina General y Familiar. Centro de Adiestramiento “Dr. René Favalaro”, San Juan, Argentina. Cuyo objetivo del trabajo fue investigar la calidad de vida en Residentes de Medicina General y Familiar. Utilizaron muestras de 97 residentes, 51 mujeres y 46 varones. Se administró el PECVEC (Perfil de Calidad de Vida). Los resultados obtenidos en la muestra, arrojo la necesidad de protección de los futuros especialistas, donde la Calidad de Vida adquiere un importante papel. Palabras clave: Médicos Residentes - Calidad de vida - Burnout. MEDICAL RESIDENTS AND QUALITY OF LIFE.”⁽⁴⁾

“Así como el Trabajo Titulado: “Calidad de Vida Profesional en Médicos Residentes” Odile Fernández Martínez, Sara Moreno Suárez, Carmen Hidalgo Cabrera, Beatriz García

del Río García, Alberto Martín Tapia. Archivos de Medicina (2007) en la cual exponen como resultado de la misma: “La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. El objetivo de nuestro estudio es medir la calidad de vida profesional de los médicos residentes de un hospital general mediante el Cuestionario de CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (CVP-35),⁽⁵⁾

“Calidad de vida en médicos residentes en un hospital de tercer nivel”, realizada por: Jaime Arias Amaral, Armando Rafael Vargas Flores, Badhamés Hernández Mejía, María Guadalupe Ramos Ponce y José Félix Velasco Rodríguez. En el Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, en Zapopan, Jalisco, México. Entre marzo de 2004 y marzo de 2005. La calidad de vida se valoró mediante el cuestionario, el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Teniendo como resultado que la mayoría de los residentes informó buena calidad de vida al inicio del estudio (93%), que disminuyó en la segunda medición (63%) y volvió a aumentar en la tercera medición (76%), pero sin llegar a los valores de base. Se encontró un valor de p con alta significación estadística entre la primera y segunda mediciones.”⁽⁶⁾

Por ejemplo, para Buunk y Schaufeli (1993) el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo.

En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales).

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente.

Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima

organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome.

Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional.

Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a la intervención sobre el síndrome.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Realizamos un estudio descriptivo transversal en los 58 médicos residentes que realizan guardias en las especialidades de medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría de la ciudad sanitaria Dr. Luis E Aybar, mediante una encuesta anónima auto administrada entregado personalmente a los residentes de primer y segundo año de residencia durante los meses mayo-julio 2008.

Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el hospital Luis E Aybar esta ciudad sanitaria está localizada en el sector María Auxiliadora, se limita al norte entre las calles Osvaldo Bazil (antigua 11) ; Al sur por la Federico Velásquez ; al este por la Albert Thomas; al oeste , por la Federico Bermúdez. Corresponde a la región 0

de salud de la SESPAS, área IV.

La ciudad sanitaria tiene entre los servicios más de doce especialidades, razón por la cual los médicos la llamaban “complejo” porque dentro del mismo tiene además del hospital otras unidades que prestan diferentes servicios de especialidades y en el año 2003 por otras razones se le cambio el nombre por el de “ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar”.

Las otras unidades son: El centro de gastroenterología, el Centro de Educación médica de amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA) donado por el gobierno del Japón a través de sus representantes en el país, la unidad de quemados Pearl F. Ort.

Universo y Muestra

El universo (58) lo represento la totalidad de los residentes de primer y segundo año. Que se especializan en las áreas de medicina interna, cirugía, ginecología, y pediatría en la ciudad sanitaria Dr. Luís E Aybar durante el periodo señalado anteriormente que a su vez se constituye en la muestra.

Criterios de Inclusión

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Que sean residentes del hospital Dr., Luís E Aybar en el periodo mayo –julio 2008.

- _que sean de la especialidad de medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría.
- _que estén cursando el primer y segundo año de residencia.
- _que acepten participar voluntariamente en la encuesta-entrevista.

Criterios de exclusión

- _no pertenecer a las especialidades señaladas
- _tener más de dos años en la residencia

Instrumento Recolección de Datos

Se utilizo el cuestionario de calidad de vida profesional (cyp-35) que consta de 35 ítems. Conjuntamente anexando datos sociodemográficos.

Descripción del instrumento de recolección de información

Cada ítems es valorado en una escala cuantitativa de 1ª 10, a la que superponen las categorías: “nada” (valores 1 y 2), “algo” (valores 3 4 y 5) “bastante” (valores 6,7 y 8) “mucho” (valores 9 y 10)

Valora tres dimensiones:

- Motivación intrínseca (MI). (p1, p6, p7, p8, p17, p18, p19, p21, p24, p25, p33)
- Cargas en el trabajo (CT) (p9, p12, p13, p15, p26, p27, p29, p31, p32, p35)
- Apoyo directivo (AD) (p10, p11, p14, p16, p2, p20, p22, p23, p28, p3, p30, p4, p5)

Además consta de dos ítems que valoran la calidad de vida profesional percibida y la capacidad para desconectar tras la jornada de trabajo.

Las cargas de trabajo se valoran mediante 13 ítems referentes a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo.

El apoyo directivo se valora mediante 12 ítems y por último la motivación intrínseca se valora mediante 10 ítems.

Para la interpretación en los ítems referentes a la Calidad de Vida se hace referencia a las preguntas 15 y 34 las se utilizan en una escala de 1 a 7 que indican que es mala y que del 7 en adelante indica que es buena.

Para la interpretación de los datos, los mismos se leen inversamente proporcionales, es decir, a mayor resultado en la media se indica menor calidad de vida.

Procedimiento

Para la realización de este estudio recurrimos a la toma de muestra y el llenado de los Formularios CVP para lo cual nos dirigimos a los diferentes residentes y explicamos el manejo del mismo y la forma correcta de llenado.

Esta actividad fue desarrollada por Tres (3) estudiantes de término de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, los cuales se encargaron de la recopilación de datos en base al Formulario Estandarizado.

El llenado de los formularios se realizo con la colaboración de los Residentes de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía, previa identificación de los Residentes de Primer y Segundo año como objeto de estudio. Dichos Residentes fueron seleccionados atendiendo a los criterios establecidos.

El procedimiento de llenado del Formulario fue ejecutado en el periodo comprendido mayo-julio 2008.

Tabulación

Para la tabulación de los datos se utilizo el paquete estadístico EPI-Info. Se describen medias y desviaciones estándar (DE) en variables cuantitativas y porcentajes en variables cualitativas. El valor medio de cada dimensión se ha obtenido a partir de la media de los ítems que la componen. La comparación de medias de una variable cuantitativa por otra cualitativa dicotomía se realizo con la t de Student. En los casos en que la variable cualitativa tenía más de dos categorías, se utilizo el análisis de la varianza de una vía (ANOVA). Se considero significativa la $p=0,05$.

Aspectos Éticos

Los residentes participantes recibieron la explicación de lugar y se les leyó un documento de consentimiento informado donde todos consintieron participar en la encuesta-entrevista, finalmente se hizo el compromiso de no incluir identificación en el formulario.

RESULTADOS

Cuadro I. Cuadro General del cuestionario cyp-35 con sus 35 ítems, con los valores de las medias general, R1 y R2, calidad de vida de los Residentes del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

Valores	General	R1	R2
1. Cantidad de trabajo que tengo	9,14	8,88	9,48
2. Satisfacción con el tipo de trabajo	6,60	7,36	5,60
3. Satisfacción con el sueldo	2,50	3,00	1,84
4. Posibilidad de promoción	4,81	4,91	4,68
5. Reconocimiento de mi esfuerzo	5,05	5,64	4,28
6. Presión que recibo para mantener cantidad de mi trabajo	8,09	8,36	7,72
7. Presión recibida para mantener calidad de mi trabajo	8,26	8,88	7,44
8. Prisas y agobios por falta tiempo para hacer mi trabajo	8,79	9,18	8,28
9. Motivación(ganas de esforzarme)	8,02	8,15	7,84
10. Apoyo de mis jefes	6,31	7,15	6,73
11. Apoyo de mis compañeros	8,19	8,27	8,08
12. Apoyo de mi familia	9,12	9,21	9,00
13. Ganas de ser creativo	8,14	8,24	8,00
14. Posibilidad de ser creativo	5,53	6,21	4,64
15. Desconecto al acabar la jornada laboral	5,83	5,36	6,44
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo	5,37	5,50	5,08
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo	2,93	2,30	3,76
18. Falta de tiempo para mi vida personal	6,69	6,70	6,68
19. Incomodidad física en el trabajo	6,98	6,88	7,12
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	5,52	5,64	5,36
21. Carga de responsabilidad	8,22	8,24	8,20
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	3,83	4,36	3,12
23. Tengo autonomía o libertad de decisión	3,33	3,30	3,13
24. Interrupciones molestas	6,00	6,15	5,80
25. Estrés (esfuerzo emocional)	9,22	7,94	10,92
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	7,40	7,52	7,24
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	7,57	7,48	7,68
28. Variedad en mi trabajo	7,59	7,42	7,80
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	8,76	8,94	8,52
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	5,64	6,61	4,36
31. Lo que tengo que hacer queda claro	6,90	7,24	6,44
32. Me siento orgulloso de mi trabajo	7,84	8,30	7,24
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	5,86	6,13	5,52
34. Calidad de vida de mi trabajo	4,78	5,21	4,2
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	7,81	8,24	7,24

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el cuadro I, se muestran los valores de los 35 ítems, las medias generales, R1 y R2; El ítem que recibió mayor puntuación fue el ítem 25 “Estrés (esfuerzo emocional)”. El segundo ítem más valorado fue el ítem 1 “Cantidad de Trabajo que tengo”. El ítem menos valorado fue el ítem 17. ¿Conflictos con otras personas de mi trabajo?

Cuadro II. Cuadro general de las variables sociodemográficas y laborales del formulario de calidad de vida (cvp-35) de las frecuencias y porcentaje global por edad, de los R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008).

Edad

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
24	2	3,4
25	6	10,3
26	11	19,0
27	13	22,4
28	10	17,2
29	4	6,9
30	5	8,6
31	3	5,2
32	2	3,4
33	1	1,7
40	1	1,7
Total	58	100,0

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008. En el cuadro II, se muestra que el 68,9 % de los residentes tenía entre 24 y 28 años de edad. Que la edad promedio de los residentes fue de 27 años, (con un rango: 24 — 40 años). Se determino que la población mayor de residentes oscila entre los 25 y 28 años de edad siendo, la segunda población de aproximadamente 30 años y la menor de 40 años.

Cuadro III. Cuadro general de las variables sociodemográficas y laborales del formulario de calidad de vida (cvp-35) de las frecuencias y porcentaje global por sexo, de los R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008).

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	37	63,8
M	21	36,2
Total	58	100,0

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

En el cuadro III, Participaron en el estudio 58 residentes: 37 (63,8%) femeninos y 21 (36,2%) masculinos; donde se determino que en la población estudiadas hay más mujeres que hombres.

Cuadro IV. Cuadro comparativo de la subescalas de “Motivación Intrínseca” a través de 11 preguntas específicas (p1, p6, p7, p8, p17, p18, p19, p21, p24, p25, p33) del formulario (cvp-35) de calidad de vida, con la media general, desviación estándar, R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008)

Motivación Intrínseca

	General	R1	R2
P1	9,1379	8,8788	9,48
P6	8,0862	8,3636	7,72
P7	8,2586	8,8788	7,44
P8	8,7931	9,1818	8,28
P17	2,931	2,303	3,76
P18	6,6897	6,697	6,68
P19	6,9828	6,8788	7,12
P21	8,2241	8,2424	8,2
P24	6	6,1515	5,8
P25	9,2241	7,9394	10,92
P33	5,8596	6,125	5,52
Media	7,3	7,24	7,36
Desvt T	1,9	1,89	1,86
X²=13,2590	g.l.=1	p=0,01	

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

El cuadro VIII, presenta la distribución de los residentes de primer y segundo año según respuestas, media y desviación estándar. Como se muestra, un total de 11 preguntas específicas se dirigieron con fines de evaluar el Motivación Intrínseca, la media general fue de 7.3; de 7.24 para los R-1 y de 7.36 para los R-2. Lo que demuestra que tanto los R1 como los R2 perciben una Motivación Intrínseca media.

Cuadro V. Cuadro comparativo de la subescalas de “Demanda de Trabajo” a través de 10 preguntas específicas (p9, p12, p13, p15, p26, p27, p29, p31, p32, p35) del formulario (cvp-35) de calidad de vida, con la media general, desviación estándar, R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008)

Demanda de Trabajo

	General	R1	R2
P9	8,0172	8,1515	7,84
P12	9,1207	9,2121	9
P13	8,1379	8,2424	8
P15	5,8276	5,3636	6,44
P26	7,3966	7,5152	7,24
P27	7,569	7,4848	7,68
P29	8,7586	8,9394	8,52
P31	6,8966	7,2424	6,44
P32	7,8448	8,303	7,24
P35	7,8103	8,2424	7,24
Media	7,7	7,87	7,56
Desvt T	0,9	1,02	0,78
	X ² =11,9854	g.l.=1	p=0,001

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el cuadro IX, se presenta la distribución de los residentes de primer y segundo año según respuestas, media y desviación estándar. Como se muestra, un total de 10 preguntas específicas se dirigieron con fines de evaluar Demanda de Trabajo, la media general fue de 7.7; de 7.87 para los R-1 y de 7.56 para los R-2. Lo que demuestra que para los R1 se perciben mayor Demanda de Trabajo con relación a los R2.

Cuadro VI. Cuadro comparativo de la subescalas de “Apoyo Directivo” a través de 13 preguntas específicas del formulario (cvp-35) de calidad de vida, con la media general, desviación estándar, R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008)

Apoyo Directivo

	General	R1	R2
P10	6,3103	7,1515	6,7309
P11	8,1897	8,2727	8,08
P14	5,5345	6,2121	4,64
P16	5,3684	5,5938	5,08
P2	6,6034	7,3636	5,6
P20	5,5172	5,6364	5,36
P22	3,8276	4,3636	3,12
P23	3,3276	3,303	3,36
P28	7,5862	7,4242	7,8
P3	2,5	3	1,84
P30	5,6379	6,6061	4,36
P4	4,8103	4,9091	4,68
P5	5,0517	5,6364	4,28
Media	5,40	5,6	5,0
Desvt T	1,6	1,54	1,71
	X ² =2,3491	g.l.=1	P=0,05

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el cuadro VII, se presenta la distribución de los residentes de primer y segundo año según respuestas y media. Como se muestra, un total de 13 preguntas específicas, que se dirigieron con fines de evaluar el apoyo directivo, la media general fue de 5,40; de 5,60 para los R-1 y de 5,0 para los R-2, para los R-1 y R-2, respectivamente. Lo que determina que los R1 perciben menor apoyo directivo que los R2.

Cuadro VII. Cuadro general de las variables sociodemográficas y laborales del formulario de calidad de vida (cvp-35) de las frecuencias y porcentaje global por residencias medicas de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría en los R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008)

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
cg	7	12,1
go	13	22,4
mi	24	41,4
pe	14	24,1
Total	58	100,0

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el cuadro se representan los 58 residentes, para una distribución de un total de 7 (12,1%) de Cirugía general, 13 (22,4%) de Ginecología y Obstetricia; 24 (41,4%) de Medicina Interna; 14 (24,1%) de Pediatría. Se determino que la residencia en Medicina Interna es la que posee mayor población, seguida de Pediatría y luego Ginecobstetricia, siendo la menos poblada la residencia de Cirugía General.

Cuadro VIII. Cuadro general de las variables sociodemográficas y laborales del formulario de calidad de vida (cvp-35) de las frecuencias y porcentaje global por año de residencia, de los R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008).

Residente	Frecuencia	Porcentaje
1	33	56,9
2	25	43,1
Total	58	100,0

Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el cuadro se presentan los residentes según el año, 33 con un porcentaje de (56,9%) eran del primer año y el resto, 25 con un porcentaje de (43,1%) del segundo año de residencia medica. Demostrándose que la población mayor de residentes se encuentran en el primer año.

Cuadro IX. Cuadro general de las medias, desviación típica, α de Cronbach, de las subescalas apoyo directivo, motivación intrínseca y demanda de trabajo obtenidas mediante Formulario cvp-35 de la calidad de vida aplicado a los R1 y R2 del Hospital Dr. Luis E. Aybar (Mayo-Julio 2008)

	N	Media	Desv Tipica	IC al 95%
Apoyo Directivo	58	5,4	1,9	5,13-10,53
Motivación Intrínseca	58	7,3	1,9	6,94-14,24
Demanda de Trabajo	58	7,7	0,9	7,32-15,02

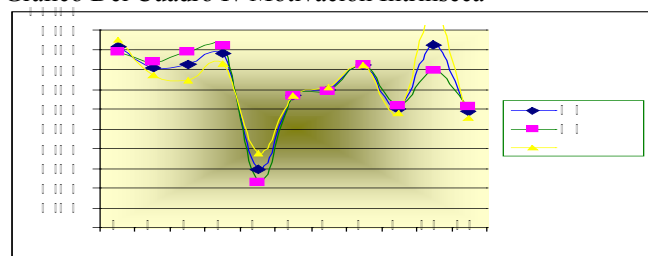
Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el cuadro II, se muestran los valores de consistencia interna (α de Cronbach) para las 3 subescalas y se comparan con el análisis de validación previo, mostrando que la media de apoyo directivo es de 5,4: motivación intrínseca 7,3 y demanda de trabajo 7,7, siendo esta ultima mayor con relación a las anteriores.

En el Grafico del cuadro I, se muestran los valores de los 35 ítems, las medias generales, R1 y R2; El ítem que recibió mayor puntuación fue el ítem 25 “Estrés (esfuerzo emocional)”. El segundo ítem más valorado fue el ítem 1 “Cantidad de Trabajo que tengo”. El ítem menos valorado fue el ítem 17. ¿Conflictos con otras personas de mi trabajo?

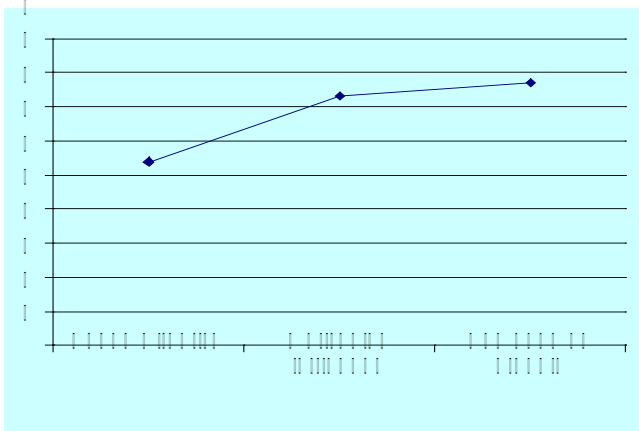
Grafico del cuadro III, donde se muestra la representación del universo de 58 residentes en porcentaje de 64 % femenino y un 36% masculino, obteniendo más de la mitad del porcentaje de la muestra el genero femenino.

Grafico Del Cuadro Iv Motivacion Intrinseca



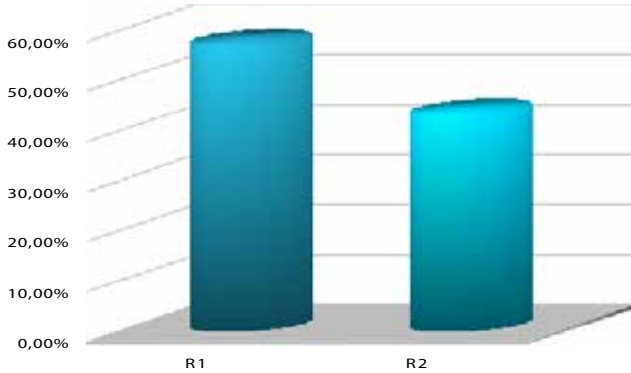
Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

El grafico del cuadro VIII, presenta la distribución de la media general, con respecto a la media de los residentes de primer y segundo año. Con una muestra de 11 preguntas (se dirigieron con fines de evaluar el Motivación Intrínseca. Con respecto a la media de los R1: 2,303 hay un disminución con relación a la media de los R2: 3,76, y con relación a la media general 2,931 presenta igual disminución para obtener una Motivación Intrínseca media.



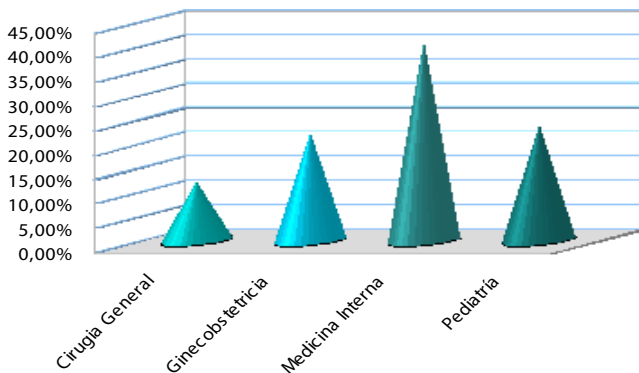
Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

Se muestran en el Grafico del cuadro II, los valores de consistencia interna de las medias para las 3 subescalas y se comparan con el análisis de validación previo, mostrando que la media de apoyo directivo es de 5,4: motivación intrínseca 7,3 y demanda de trabajo 7,7, la cual es mayor.



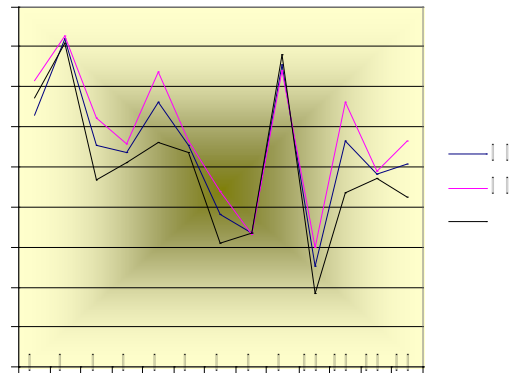
Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

Grafico del cuadro V, se representan las residencias con un porcentaje por año de residentes R1 y R2, obteniendo los residentes del primer año un porcentaje mayor de (56,9%)



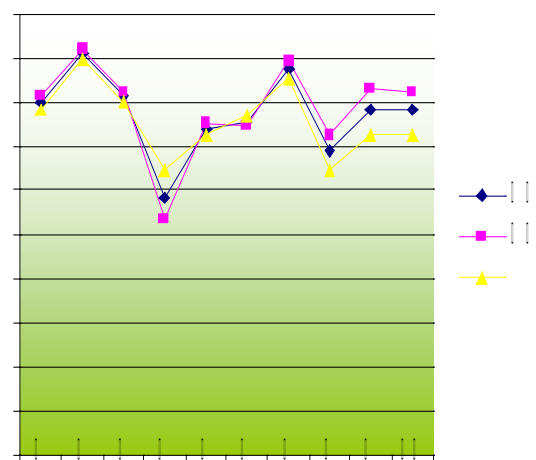
Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008.

Grafico del cuadro VI se representan los residentes, por porcentaje y residencia medica para una distribución de un total de (12,1%) de Cirugía general, (22,4%) de Ginecología y Obstetricia; (41,4%) de Medicina Interna; (24,1%) de Pediatría. Se determino que la residencia en Medicina Interna es la que posee mayor población, seguida de Pediatría y luego Ginecología y Obstetricia, siendo la menos poblada la residencia de Cirugía General.



Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

En el grafico del cuadro VII, se presenta las medias y los residentes de primer y segundo año según respuestas. Como se muestra, un total de 13 preguntas específicas (p10, p11, p14, p16, p2, p20, p22, p23, p28, p3, p30, p4, p5), que se dirigieron con fines de evaluar el Apoyo Directivo, la media general de 5,40 . Lo que determina que los R1 de 5,60 perciben menor apoyo directivo que los R2 de 5,0. Teniendo en cuenta que los resultados son inversamente proporcional.



Fuente: Formulario (cvp-35) de Residentes del primero y segundo año del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Mayo-Julio 2008

Grafico del cuadro IX, se presenta la distribución de la media general y la media de los residentes de primer y segundo año según respuestas. Con una muestra de 10 preguntas específicas (p9, p12, p13, p15, p26, p27, p29, p31, p32, p35) se dirigieron con fines de evaluar Demanda de Trabajo, la media general para los R-1 y R-2, respectivamente. Lo que demuestra que para los R1 se perciben mayor Demanda de Trabajo con relación a los R2. Con respecto a la media general 5,8276 y a la media de los R1: 5,3636, presenta con relación a la media de los R2: 6.44 una disminución en estas. Demostrando que los R1 tiene mayor Demanda de Trabajo que los R2.

DISCUSIÓN

Tras nuestra investigación para la recolección de información al respecto no hemos localizado estudios en nuestro país que midan mediante una herramienta validada, como el CVP-35, la calidad de vida profesional de los residentes, por lo que nos vimos en la necesidad de hacer la discusión de los resultados con el siguiente: Estudio realizado en España, por los Autores: Fernández Martínez, Odile Moreno Suárez, Sara. Hidalgo Cabrera, Carmen García del Río García, Beatriz. Martín Tapia, Alberto, sobre Residentes de Medicina de Familia. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada.

Utilizando un estudio descriptivo transversal. Aplicado a 82 residentes que realizan guardias médicas. A través de la utilización de un cuestionario anónimo autoadministrado que recoge variables sociodemográficas, laborales, y el cuestionario de calidad de vida profesional (cvp-35). Consta de 35 ítems que valoran 3 dimensiones: apoyo directivo (ad), cargas en el trabajo (ct), motivación intrínseca (mi) y la calidad de vida profesional percibida. Se recogieron 58 cuestionarios cumplimentados (70.73%).

El cual arroja el siguiente resultado: El 48.3% de los encuestados eran residentes de primer año r1, el 36.2% r2, dato este que coincide con el nuestro el cual es de 56,9% en R1 y 43,1% de R2. Y el 15.5% r3, el 50% residentes de medicina familiar y comunitaria. En el estudio realizado por nosotros solo evaluamos el R1 y R2 y no se incluyó la residencia médica familiar y comunitaria y los R3.

Con relación a la edad en el estudio realizado en España obtuvieron una media de 26-43 años; la media percibida por nosotros fue de 24-40 años. De igual manera con relación al porcentaje por sexo ellos reportan un 72.4% de mujeres. Sin embargo en nosotros se registro un 64,8% en mujeres y un 36% en hombres. Determinando que las variables sociodemográficas de ambos estudios son muy similares.

Con respecto al valor medio de la calidad de vida profesional percibida por el estudio realizado en España fue de 3.57 ± 3.39 . Para nosotros fue de 5.28 ± 3.03 .

En relación a los valores medios obtenidos por ellos, para el resto de ítems fueron ct: 7.271 ± 1.98 , ad: 4.625 ± 1.82 , mi: 5.824 ± 1.87 . Y en el de nosotros se obtuvo un resultado de (ad) 5.40 ± 1.90 ; (mi) 7.30 ± 1.90 ; (ct o dt) 7.70 ± 0.90 . La percepción de la calidad de vida de ellos es significativamente parecida a los resultados obtenidos por nosotros donde se refleja una

mala calidad de vida. Con relación a las subescalas de Apoyo Directivo, Motivación Intrínseca y Demanda de Trabajo, en ambos se establece de igual manera una Motivación Intrínseca intermedia, una alta Demanda de Trabajo y un bajo Apoyo Directivo. Siendo la conclusión de ellos similar a la nuestra ya que ambas investigaciones obtuvimos resultados parecidos y por tanto concluimos en que los residentes perciben una mala calidad de vida profesional, y un bajo apoyo por parte de los directivos. Con una motivación que mide la percepción de la calidad de vida de los residentes.

En relación a los ítems puntuados en ellos fueron: "El ítem que recibió mayor puntuación fue "Cantidad de trabajo que tengo", siendo este ítem el primero más puntuado, segundo ítem más valorado fue la "Falta de tiempo para la vida personal". Ambos resultados reflejan la sobrecarga laboral a la que se ven sometidos los residentes. El ítem menos valorado fue "Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto", siendo este ítem uno de los menos valorados en otros estudios"

Realizar charlas de orientación previa para los aspirantes a dichas residencias, con la finalidad de prepararlos para que a si mantengan un equilibrio en cuanto su calidad de vida y el desarrollo de la residencia y a si puedan aceptar con mayor conocimiento las consecuencias y las afectaciones que pueden de una u otra manera suceder en el transcurso del desarrollo de dicha residencia y poder tener una vida más optima en todos los sentidos como seria lo espiritual, psicológico, socioeconómico, cultural, familiar y sobre todo laboral de donde ahí partiríamos diciendo que un trabajador feliz es la base para el progreso.

CONCLUSIÓN

Como conclusión general cabe señalar que los residentes perciben una muy mala calidad de vida profesional, una motivación intrínseca media y un bajo apoyo directivo. Percibiéndose un alta carga en el trabajo.

Los factores correspondientes con los dominios o subescalas denominados «apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca» del estudio de validación original, Las puntuaciones medias fueron bajas para el factor apoyo directivo, intermedias para el factor cargas de trabajo y altas para el factor motivación intrínseca. La media de la percepción de la calidad de vida en el trabajo estaba en un rango intermedio ($5,28 \pm 3.03$).

En lo relacionado al apoyo directivo, se distribuyeron los residentes de primer y segundo año según sus respuestas en media y desviación estándar. Con fines de evaluar el Apoyo Directivo, la media general fue de 5,40; de 5,60 para los R-1 y de 5,0 para los R-2, con una desviación estándar general de 1,6; 1,54 y 1,71 para los R-1 y R-2, respectivamente. La pregunta 28 ¿Variedad en mi trabajo? Presenta una disminución del valor de los R1: 7,4242, con relación a la media general 7,5862, y la de los R2: 7.8. Esto quiere decir que los R1

tienen menos variedad en su trabajo.

Con respecto a la Motivación, se presenta la distribución de los residentes de primer y segundo año según respuestas, media y desviación estándar. Para evaluar la Motivación Intrínseca, la media general fue de 7.3; de 7.24 para los R-1 y de 7.36 para los R-2, con una desviación estándar general de 1.9; 1.89 y 1,86 para los R-1 y R-2, respectivamente. En la pregunta 17. ¿Conflictos con otras personas de mi trabajo?; con respecto a la media de los R1: 2,303 hay una disminución con relación a la media de los R2: 3,76, y con relación a la media general 2,931 presenta igual comportamiento. Esto quiere decir que los R1 presentan menores conflictos que los R2.

Con respecto a la Demanda de Trabajo, se presenta la distribución de los residentes de primer y segundo año según respuestas, media y desviación estándar. Para evaluar la Demanda De Trabajo, la media general fue de 7.7; de 7.87 para los R-1 y de 7.56 para los R-2, con una desviación estándar general de 0.9; 1.02 y 0.78 para los R-1 y R-2, respectivamente. En la pregunta 15. ¿Desconecto al acabar la jornada laboral? Con respecto a la media general 5,8276 y a la media de los R1: 5,3636, presenta con relación a la media de los R2: 6.44 una disminución en estas. Esto quiere decir que los R1 se desconectan menos de su trabajo que los R2.

Lo cual se puede percibir en los resultados arrojados en los cuestionarios aplicados a los Residentes de Primer año (R1) los cuales tienen mayor carga de trabajo, menos apoyo directivo y un bajo apoyo intrínseco, con relación a los resultados obtenidos a través de los mismos cuestionarios aplicados a los Residentes de Segundo año (R2).

RECOMENDACIONES

Tras el análisis y obtención de los resultados en este estudio de la calidad de vida de los médicos residentes (R1 y R2) del Hospital Dr. Luis E. Aybar, realizado durante el periodo Mayo

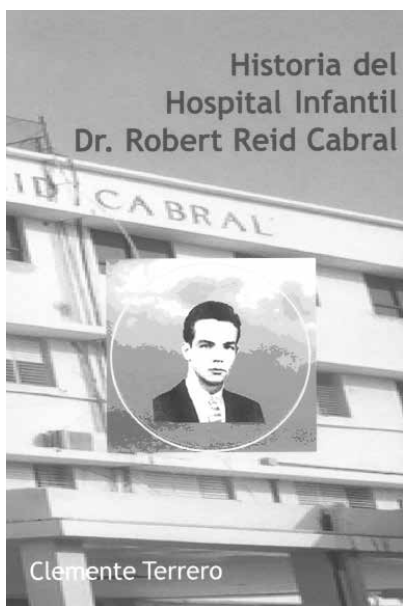
– Julio 2008. A través de la utilización del Formulario (cvp-35) Calidad de Vida Profesional. Mediante el cual se percibió una baja calidad de vida, tanto en el apoyo directivo, como una motivación intrínseca media y un alta demanda de trabajo para los referidos residentes médicos.

Atendiendo a todo esto, sugerimos que se implemente un curso taller para los internos o aspirantes a las diferentes residencias medicas, donde se le de orientación psicológica y profesional, con la finalidad de dar apoyo emocional y prepararlos para que puedan obtener una clara visión de la calidad de vida que conlleva una residencia y con esto poder evitar decepciones y hasta en lo posible de padecer el Síndrome de Burnout.

También sugerimos que este curso implemente en el uso de este tipo de cuestionarios (cvp-35) el cual deberían de ser una herramienta usada de manera habitual para conocer la calidad de vida de los residentes para así poder crear iniciativas que prevengan el agotamiento profesional desde el inicio de la vida laboral de los futuros especialistas y secundariamente mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios.

Para de esta forma, las decisiones basadas en estos datos pueden servir para aportar información adicional sobre la eficacia de la planificación, evaluación enseñanza desarrollo aprendizaje e integración. Realizar charlas de orientación previa para los aspirantes a dichas residencias, con la finalidad de prepararlos para que a si mantengan un equilibrio en cuanto su calidad de vida y el desarrollo de la residencia y a si puedan aceptar con mayor conocimiento las consecuencias y las afectaciones que pueden de una u otra manera suceder en el transcurso del desarrollo de dicha residencia y poder tener una vida más optima en todos los sentidos como seria lo espiritual, psicológico, socioeconómico, cultural, familiar y sobre todo laboral de donde ahí partiríamos diciendo que un trabajador feliz es la base para el progreso.

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.

SITUACIÓN ANALÍTICA DE LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS.

Kenia Suárez,* Dileisy Rodríguez,** Paola Veras*, Jonathan Crispín,*
 Keith Correa,* Julissa Muñoz.*

RESUMEN

La retina inicia su desarrollo vascular a las 16 semanas de gestación. Cuando esto no sucede de la manera apropiada, ocurre lo que se denomina Retinopatía del Prematuro (ROP), también conocida como Fibroplasia Retrolental. Los niños nacidos de forma prematura, son los que ocupan la mayor incidencia en el desarrollo de esta patología; la cual se presenta en dos fases: Aguda y Crónica. Y se clasifica en 5 grados o etapas y 3 zonas, partiendo de su ubicación anatómica en la retina.

La ROP puede evolucionar, a una resolución espontánea en más de un 90% de los niños con riesgos. Mientras que el 10% restante tiende a progresar a estadios graves. El diagnóstico se basa en un adecuado fondo de ojo. En tanto que para el tratamiento, se emplean diversos métodos: Crioterapia, Fotocoagulación con Laser, entre otros.

Sin embargo el mejor tratamiento existente para la retinopatía del prematuro es la prevención.

Palabras claves: Retinopatía, Prematurez, Fibroplasia Retrolental.

ABSTRACT

The retina begins its vascular development at the 16th week of fetal development. When this does not occur appropriately retinopathy of prematurity ensues, also known as retrolental fibroplasias

Prematurely born children have the highest incidence of this pathology, which occurs in 2 phases: acute and chronic. There is also a classification proposed by the retinopathy of prematurity commission, which stipulates that this disease be described by the grade of clinical lesion present as well as the anatomic location on the retina. By utilizing these parameters lesions can be classified in 5 grades in 3 zones.

As far clinical evolution of ROP more than 90% of at risk children can have a spontaneous resolution where as 10% tend to progress to further stages of the disease.

The diagnosis is mostly based on careful funduscopy. While there are various modalities of treatment for ROP such as Cryotherapy, Laser photocoagulation (most used). Whereas the best treatment for this disorder is prevention

* Médico oftalmólogo

** Médico general

Key word: Retino Pathy, prematurity, retrolental, fibroplasia.

INTRODUCCIÓN

La Retinopatía del prematuro, cada vez más diagnosticada en nuestro medio, se encuentra ocupando un sitio por más muy elevado tanto a nivel mundial como nacional. Presentándose en el 10% de los bebés que nacen de forma prematura en nuestros centros de salud; lo que conlleva a que aproximadamente 400-600 de estos desarrollen ceguera de forma irreversible. Es por este motivo que cada día se debe tomar más en cuenta la condición de aquellos recién nacidos vivos antes de las 37 semanas de edad gestacional.

Para que de esta manera se pueda realizar, día tras día una mejor evaluación y atención por parte de los neonatólogos y oftalmólogos, ya que ahunados en un esfuerzo conjunto se pueda disminuir los casos de recién nacidos con Retinopatía del Prematuro. Y así tomar más en cuenta los otros factores de riesgo, que no deben pasarse por alto, al momento de realizar el diagnóstico y el tratamiento de estos bebés, obteniendo así mejores resultados, en lo que respecta a las estadísticas y la evolución del paciente.

Retinopatía del prematuro

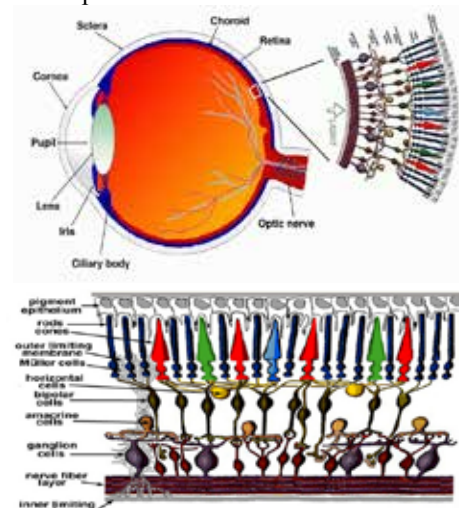


Fig. 2. Simple diagram of the organization of the retina.

La retina es un conjunto de células nerviosas localizada en la capa más interna del globo ocular, la cual contiene neuroreceptores sensibles a la luz: conos y bastones; cuya misión consisten en transformar las imágenes que pasan a través del cristalino para ser enfocadas en la misma. A su vez la retina convierte estas imágenes en señales eléctricas y las envía a través del nervio óptico al cerebro, para que este las interprete. (6,7)

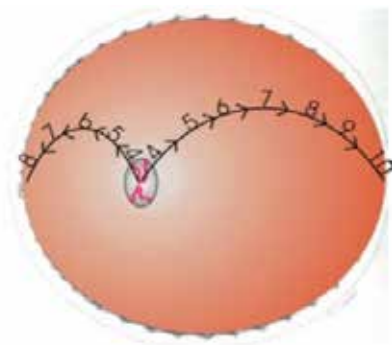
Entre las partes que contiene la retina se encuentra la mácula, la cual es una zona especializada para la captación de la visión central, permitiéndonos fijar nuestra atención en los detalles. En tanto que el resto de la retina se encarga de la visión periférica. (2)

La coloración rojiza de la retina se debe a la abundante nutrición de los vasos sanguíneos y a la distribución de los mismos. Es por esta razón que cualquier alteración que afecte la retina, y en especial la macula, puede deteriorar gravemente la visión.

Debido a este motivo, es que se debe de tomar muy en cuenta los bebés prematuros en nuestro medio, ya que la retinopatía del prematuro cada día ocupa un sitio más elevado en las estadísticas mundiales y nacionales, lo que conlleva a la ceguera de forma irreversible en aproximadamente 400-600 niños prematuros en República Dominicana, representando un 10% de los recién nacidos vivos antes de las 37 semanas de edad gestacional. (14)

La Retinopatía del Prematuro (ROP), también conocida como Fibroplasia Retrolental, ocurre en algunos niños que nacen de forma prematura. Esta se caracteriza por el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina que usualmente comienza durante los primeros días de vida, pudiendo progresar rápidamente, causando ceguera en cuestión de semanas.

El abastecimiento de sangre a la retina comienza a las 16 semanas de gestación, en el nervio óptico, y los vasos sanguíneos se desarrollan en ese punto, hacia los bordes de la retina, hasta la hora de nacer.



Esquema del desarrollo vascular de la retina, dado por los meses de gestación, obsérvese que del lado nasal se completa antes que la del lado temporal del ojo.

Cuando un niño nace prematuramente, este crecimiento normal de los vasos sanguíneos se detiene y comienzan a crecer vasos anormales. Al transcurrir el tiempo, este crecimiento de los vasos produce una cicatriz de tejido fibroso, formándose un anillo, que puede extenderse 360 grados alrededor y en el interior del ojo. (8)

Cuando se deposita la cantidad suficiente de tejido fibrótico, este empieza a traccionar la retina ocasionando un desprendimiento de la misma, conllevando en mucho de los casos a una ceguera completamente prevenible.

Independientemente del mecanismo por el cual ocurre la Retinopatía del Prematuro, y a sabiendas que es una entidad multifactorial y compleja, aun se desconocen las causas precisas por las cuales pudiera ocurrir esta entidad, sin embargo existe una estrecha relación entre la retinopatía y el uso excesivo de oxígeno en niños prematuros. Debido a esto se origina una proliferación vascular anormal en la retina permitiendo un desbalance en la producción del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y un déficit en el factor de crecimiento insulínico (IGF-1).

Entre otras causas relacionadas con esta entidad se encuentran: bajo peso al nacer, edad gestacional disminuida, niveles elevados de anhídrido carbónico en la sangre, anemia, transfusiones hemáticas, gestación múltiple, hemorragias interventriculares, sepsis, el síndrome de tensión respiratoria, hipoxia crónica en el útero, múltiples ataques de apnea o bradicardia, ventilación mecánica y las convulsiones. (6)(10)(11)

La Fibroplasia Retrolental presenta mayor prevalencia en la prematuridad, es así como los índices de ceguera también suelen ser más elevados cuando se presenta esta condición relacionada a una disminución del peso al momento del nacimiento. En la siguiente tabla se puede evidenciar una estimada relación de lo antes mencionado y sus respectivos porcentajes: (3)

Prevalencia de Retinopatía del Prematuro

Peso al Nacer	ROP II	ROP IV	CEGUERA
menos de 1.000 gr.	38-54%	22-44%	5-11%
1.000 a 1.500 gr.	5-15%	0.7-3.7%	0.3-1.1%
más de 1.500 gr.	0.6-3%	0.2%	0%

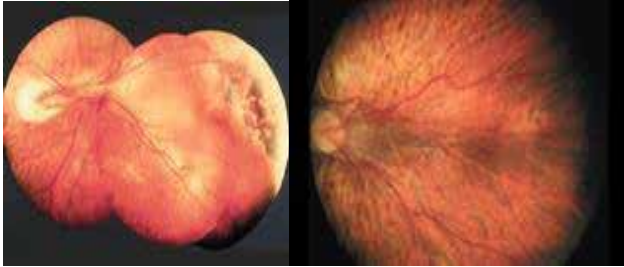
ROP: retinopatía del prematuro (6)

De esta manera podemos evidenciar que aproximadamente un 50-60% de los niños con un peso inferior a los 1000 gr, desarrollan retinopatía del prematuro en estadio 1-2, y el otro 40% se comparte entre los estadios III y IV, en tantos que del 100% de los casos, un menor porcentaje pueden llegar hasta la ceguera, equivalentes a un 5-10% de los pacientes con bajo peso al nacer.

La retinopatía del prematuro usualmente se presenta en dos fases las cuales se evidencian en alguno de los grados.

Estos son:

Fase aguda → en la cual se interrumpe la vasculogénesis normal, observándose una respuesta de la retina ante la lesión.



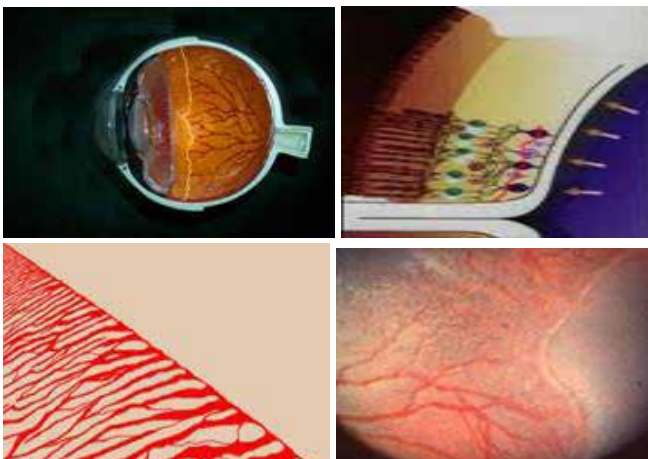
Fase de proliferación tardía o crónica □ Las membranas se dirigen hacia el vítreo, durante la cual se producen desprendimientos traccionales de la retina, ectopia y cicatrización de la mácula, lo que conlleva a una pérdida considerable de visión, pudiendo llegar a la pérdida total de la misma. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

En algunos casos la retinopatía del prematuro puede corregirse espontáneamente, y esto suele suceder, en las etapas iniciales de la misma cuando aun no sea desprendido la retina, logrando retomar su lugar anatómico por sí sola, para luego continuar su vascularización.

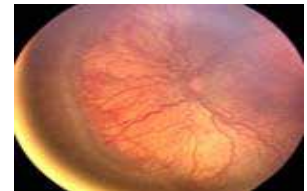
Clasificar la Retinopatía del prematuro, es un tanto conflictivo ya que de esta depende su diagnóstico y tratamiento, es así como el comité para la clasificación de retinopatía del prematuro en el año 1984, ordeno esta patología, en diferentes etapas clínicas, zonas comprometidas y extensión de la lesión, para poder abordar mejor al paciente, y así obtener mejor resultado en cuanto a su tratamiento.

Etapas o grados clínicas:

- Etapa 1 → Se puede observar una línea de demarcación entre el área de la retina vascularizada y la zona avascular de ésta. Presentando bordes nítidos pero no sobreelevados. ⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾



- **Etapa 2** → Después que se detiene el crecimiento vascular, entonces ocurre una gran hipoxia a nivel de la retina, lo que produce la liberación de sustancias vasoproliferativas y del factor de crecimiento endotelial (VEGF), liberando proteínas, permitiendo la formación de un borde fibrovascular o “ridge”, de color blanquecino, que se extiende fuera del plano de la retina. ⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾



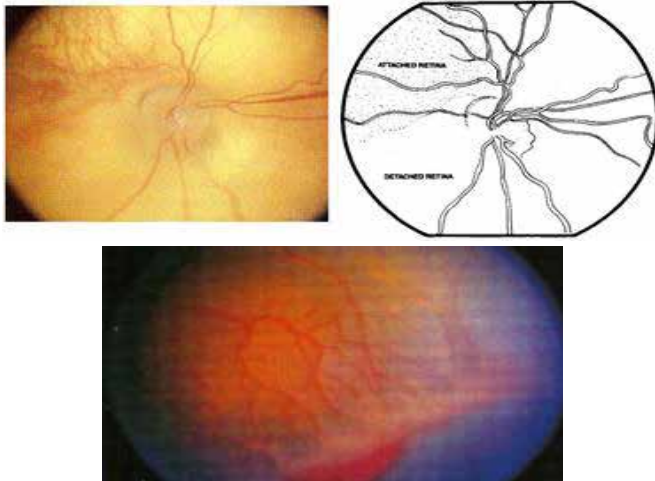
- **Etapa 3** → se desarrolla como una proliferación fibrovascular a partir de la línea de ridge. La cual es reemplazada por una arcada arteriovenosa que demarca el límite entre la retina vascular y avascular, observándose como una red de encajes de neovasos en dicha ubicación. ⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾



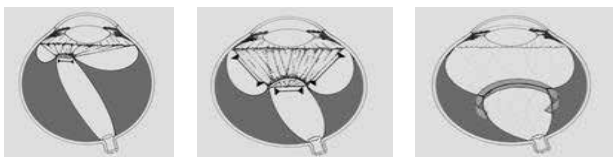
- **Etapa 4:** Se manifiesta como un desprendimiento traccional subtotal de la retina periférica. Esta etapa se subdivide en: ⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

A. sin compromiso foveal: Este desprendimiento retinal es de muy mal pronóstico si no se trata precozmente con cirugía vítreo-retinal evolucionando rápidamente a etapa 4B y 5. Representa una verdadera ventana terapéutica. B. con compromiso foveal. Representa

una forma más avanzada del desprendimiento de retina que compromete el centro visual y que generalmente llegará al desprendimiento total. Su pronóstico visual es peor que en los casos 4 A y también requiere de cirugía vítreo-retinal en forma urgente cuando se hace este diagnóstico.



- **Etapas 5:** desprendimiento total de retina o fibroplasia retrolental, esta etapa tiene muy mal pronóstico visual. Requiere de cirugía vítreo-retinal para su reparación. Aunque el pronóstico visual es peor que cuando se opera en las etapas iniciales del desprendimiento (etapa 4), su manejo quirúrgico ofrece un mejor. ⁽⁸⁾ ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾



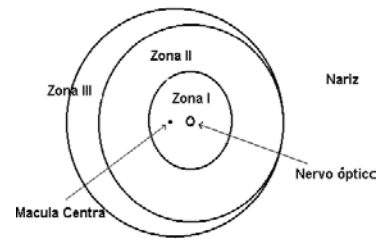
Zonas comprometidas:

La clasificación basada en las zonas comprometidas se relaciona al lugar anatómico de la retina donde tiene lugar la lesión, basada en tres zonas concéntricas y centradas alrededor del nervio óptico.

Zona I o Polo posterior→ se extiende desde el nervio óptico hasta dos veces la distancia papila-macula, o 30° en todas las direcciones a partir del nervio óptico. Es la zona de mayor gravedad de la ROP. Sus características clínicas y su tratamiento tienen particularidades que deben ser consideradas al momento del screening y del tratamiento.

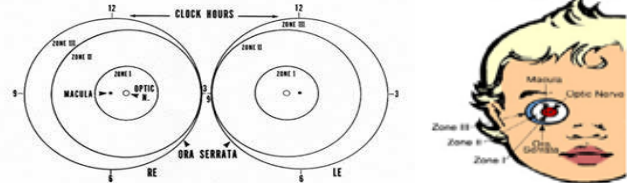
Zona II o Retina periférica □ es el área media que se extiende desde el límite externo de la zona I hasta la ora serrata del lado nasal y aproximadamente hasta el ecuador del lado temporal.

Zona III o Extrema periferia □ Esta es la zona externa que se extiende desde el borde externo de la zona II, en forma de semicírculo hacia la ora serrata del lado temporal. (Última zona en Vascularizarse) ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾



Extensión de la enfermedad:

Esta implica la diseminación de le enfermedad a través de la retina, dividiendo el ojo en sectores horarios, semejando la estructura de un reloj, permitiéndonos ubicar mucho mejor el lugar de lesión, y la magnitud de extensión de la misma. ⁽¹⁶⁾



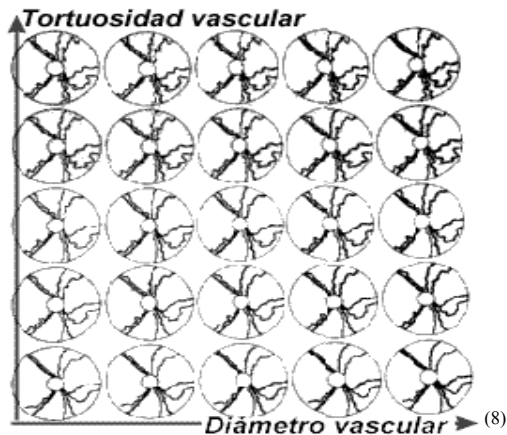
Enfermedad de plus:

Es un indicador de la progresión de la enfermedad cuando se encuentra en estadios iniciales; dando lugar a una dilatación y tortuosidad que afectan al polo posterior de la retina en al menos dos cuadrantes del ojo, indicando la actividad en esa zona, la cual puede conllevar a la enfermedad umbral.

La enfermedad Plus, puede acompañar a cualquiera de las etapas o grados anteriormente mencionados. Agravando sobretodo las etapas II y III al agregarse la alteración de los vasos de la zona 1. Esta patología requiere un tratamiento inmediato debido a sus complicaciones. La enfermedad "plus" puede ser clasificada en 4 grados:

- 1- Dilatación venosa
- 2- Tortuosidad leve
- 3- Tortuosidad moderada a severa
- 4- Tortuosidad severa con dilatación arterial y venosa.





Enfermedad umbral:

En esta fase de la retinopatía del prematuro, se hace aun más difícil la regresión de la enfermedad sin el uso apropiado de tratamiento, con posibilidades aun mayores de evolucionar a la ceguera. Esta entidad se define como la presencia de una zona I o II, acompañada de una etapa o grado III, seguidas de 5 o más zonas continuas u 8 o más zonas de discontinuidad. De esta manera también existen, otras definiciones para esta enfermedad, las cuales se caracterizan por: ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

1. ROP en zona I con cualquier estadio con Enfermedad Plus, o bien de:
2. ROP en zona I con estadio 3 sin Enfermedad Plus.
3. ROP en zona II con estadio 2 ó 3 con Enfermedad Plus.

Manifestaciones clínicas

Más del 90% de los niños con riesgo, la evolución suele producirse hacia una resolución espontánea de la enfermedad, con una regresión del proceso patológico de forma asimétrica, con apenas algunas alteraciones visuales o residuales. En tanto que menos del 10% de esos niños, tienden a progresar hacia la enfermedad en estadios graves, presentando además vaso proliferación extra retiniana, cicatrización, desprendimiento de retina, y deterioro de la visión. ⁽⁴⁾

En ocasiones suelen quedar rastros de la enfermedad como alteraciones pigmentarias retinianas, tracciones sobre la retina, ectopia macular, pliegues o roturas retinianos. Mientras que en algunos otros casos se produce un desprendimiento total de retina, la cual adopta una configuración de embudo, caracterizando el cuadro por una membrana Retrolental, originando leucocoria. Al final de la enfermedad, pueden llegar a desarrollar cataratas, glaucoma, y diversos signos inflamatorios, seguidos de un ojo ciego y doloroso o una ptisis degenerativa. ⁽¹⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de la retinopatía del prematuro, se basa mayormente en la prevención de la misma, por eso es que se recomienda la debida atención oftalmológica a los

niños prematuros, sobre todo aquellos que se encuentren con un peso inferior a los 1500 gramos y 28 semanas o menos de edad gestacional. ⁽¹⁾⁽⁵⁾

De acuerdo, a las pautas estipuladas por la Asociación Americana de Pediatría Oftalmológica y Estrabismo, y las Academias Americanas de Pediatría y Oftalmología, debe realizarse la primera exploración de fondo de ojo entre la 4ª y 6ª semana de vida (en los muy pretérminos a las 31 semanas de edad posconcepcional (EPC)) con controles posteriores cada 2 semanas hasta garantizar la completa vascularización o estabilización de la retina, lo que habitualmente ocurre entre la 37 y 40 semanas de EPC. Para la realización del fondo de ojo, debe emplearse un oftalmoscopio indirecto binocular con una lente de 20 ó 28 dioptrías, aplicando anestésicos tópicos, y colocando posteriormente un separador de párpados tipo mosquito o de prematuros. ⁽¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾

En aquellos niños donde no se haya presentado ningún grado de ROP o bien sólo grados leves que regresaron espontáneamente, debe hacerse como mínimo un control oftalmológico a los seis meses de edad previa corrección. En tanto en los casos que se desarrollen estadios severos ROP se recomienda un seguimiento oftalmológico más estricto y prolongado, ya que es frecuente la aparición de complicaciones tales como: tracción macular, inclinación de la papila, estrabismo, impedimento visual cortical, miopía, catarata, glaucoma, pliegues de retina, desgarros y desprendimientos juveniles de retina. ⁽¹⁶⁾



A su vez debe tomarse en cuenta la **enfermedad de Rush**, la cual se caracteriza por ser un subtipo de la retinopatía del prematuro, de localización posterior y aparición precoz, acompañada de una rápida evolución y signos clínicos atípicos. ⁽¹¹⁾

Tratamiento

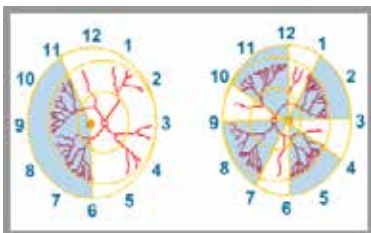
Como fue mencionado previamente lo más importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, es la prevención o en su efecto el diagnóstico oportuno y precoz de la retinopatía del prematuro.

El tratamiento de la ROP se basa mayormente en la estadificación del caso. En aquellas circunstancias en los que

se encuentren estadios I o II, no requieren tratamiento, tan solo un seguimiento rutinario debido a que la recuperación de estos es total. ⁽²¹⁾ Sin embargo aquellos pacientes que cursen con los estadios antes mencionados mas la enfermedad de Plus, deben someterse al tratamiento con Crio/ Fotocoagulación con Laser, ya que estas reducen aproximadamente un 50% las probabilidades de progresión de la enfermedad.

Los tratamientos usualmente empleados para la corrección de la retinopatía del prematuro son los siguientes:

1. **Crioterapia/criopexia:** se caracteriza por la destrucción de la retina anormal y sin irrigación sanguínea, por medio de la congelación ⁽¹⁷⁾. El Procedimiento se realiza colocando un sondeador muy frío fuera de la pared del ojo, congelando dicha región, hasta que se forma una bola de hielo en la superficie de la retina. Obteniendo ventajas en las zonas más periféricas, pero dificultando el acceso a las áreas posteriores. Usualmente esta técnica se emplea cuando el paciente ya se encuentra en una etapa 3 del ROP. Permitiendo buenos resultados para aquellos casos con buena visión y disminuyendo los casos de mala visión. ⁽¹⁸⁾ Los casos tratados con crioterapia deben ser reevaluados precozmente y retratados con láser si es necesario, cuando las condiciones del niño lo permitan.

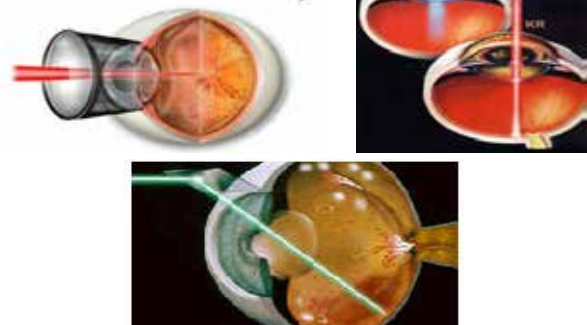


2. **Fotocoagulación con Laser:** este es el tratamiento más comúnmente utilizado y se realiza en un ángulo de 360° grados, eliminando los vasos anormales, antes que causen un desprendimiento de retina, el haz del laser alcanza la retina avascular a través del orificio pupilar, por lo que la lesión de la esclera y tejidos circundantes es mínima.

Los efectos indeseables son menores que con crioterapia. Y al igual que esta también se emplea en la Etapa 3 del ROP. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾ Para este tipo de procedimiento se requiere contar con un oftalmólogo capacitado en el uso de láser en prematuros, anestesiólogos pediátricos o neonatólogo para otorgar anestesia o sedoanalgesia, atención de enfermería, un equipo de láser diodo 810 para fotocoagulación y medicamentos específicos: anestalcon o proparacaína en colirio, tropicamida al 1%, fenilefrina al 2,5%, más antibióticos y corticoides antiinflamatorios.

Algunos de los pacientes tratados con fotocoagulación, aun aplicándose apropiadamente el tratamiento con laser, pueden mantener una progresión de la enfermedad. En estos casos en que puede presentarse un empeoramiento significativo y ausencia de regresión de la enfermedad y en ausencia de desprendimiento retinal, se puede considerar un retratamiento con láser. El cual debe revalorarse entre los 7 y 15 días de haberse realizado la primera intervención.

Esquema de cómo se aplica el láser en la retina

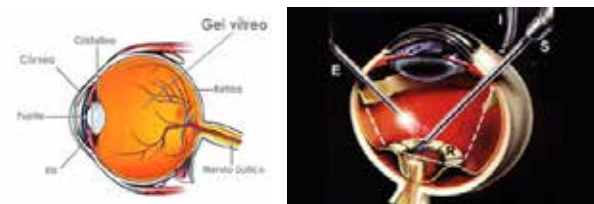


3. **Anillo Escleral:** Este se realiza colocando una banda de silicio alrededor del ecuador del ojo, haciendo presión para producir un pequeño corte en el interior del mismo. Esto evita que el tejido cicatrizante hale la materia gelatinosa y la retina, permitiéndole a esta última, que continúe adherida sobre la pared del ojo. Los infantes a los que se les hace el tratamiento de anillo escleral necesitan que la banda sea retirada meses o años después, ya que el ojo continúa creciendo. De lo contrario puede conllevar a miopía. ⁽²⁰⁾
4. **Vitrectomía:** se emplea este método al 100% de los niños, en los cuales habiéndose realizado crioterapia o fotocoagulación con laser no se obtuvieran ningún tipo de resultados, y que continúen progresando aun grado o estadio aun mayor, como también en aquellos que sin ninguna intervención previa desarrollen un desprendimiento de retina. ⁽¹¹⁾⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾

El objetivo de la Vitrectomía, consiste en la liberación de la mayor **cantidad de tracción retinal posible sin generar un desgarramiento o diálisis retinal**. Para esto es necesario realizar

incisiones múltiples y pequeñas en el ojo, para poder extraer el vítreo, infiltrando posteriormente solución salina para reponer el vítreo y mantener la forma y la presión del ojo. Después que el vítreo se ha retirado, el tejido cicatrizante en la retina se puede cortar, permitiendo la relajación de la retina y que esta permanezca sobre la pared del ojo. Usualmente esta cirugía se realiza cuando se encuentran estadios o grados 4 y 5 del ROP.

Como en todo tipo de procedimiento quirúrgico, se corre el riesgo de que ocurran complicaciones tales como: estrabismo, glaucoma, y ambliopía, por este motivo se debe mantener un seguimiento oftalmológico estricto luego de la vitrectomía.



REFERENCIAS

- Behrman RE, Kliegman RM, Hal HB. *Nelson Tratado de Pediatría*. 17ª ed, Madrid (España): McGraw-Hill Interamericana, 2004: 2113.
- F. Arevalo; F. Graue-Wiechers; H. Quiroz-Mercado; F.J. Rodríguez; Lihteh. Wu. *Retina Medica-Temas Selectos*. Amolca. Venezuela: Caracas 2007. Cap 18
- Vaughan D; Asbury T; Tabbara K. *Oftalmología General*. 14ª ed. Manual moderno. Mexico: DF 2008. Cap 10
- Nelson Leonard B. *Oftalmología Pediátrica*. 4ª ed. Mc Graw- Hill Interamericana. Mexico: 2000.
- Argento, Carlos. *Oftalmología General- Introducción para el Especialista*. 1ª ed. Corpus Editorial. Argentina: Rosario 2007. Pag 368, Cap 13.6.7.
- [www. Dr~vila. Es/ frame _retina. Htm](http://www.Dr~vila.Es/frame_retina.Htm)
- [www. Cuaad.udg.mx/sistemavisual/anatomía.ojo.htm](http://www.Cuaad.udg.mx/sistemavisual/anatomía.ojo.htm)
- www.cyberpediatria.com/retinopa.htm
- Ophthalmology Associates Homepage. 1997
- <http://www.medigraphic.com>
- <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/retinopatiaprematuror>.
- www.rop21.com.ar
- <http://oftall-articulos/imagenes/retinopatia-del-prematuro.htm>
- <http://www.salud.com.do>
- <http://www.congresoap.org>
- <http://www.msal.gov.ar.htm/rop.pdf>
- <http://www.farmaceuticaweb.com>
- <http://www.salud.discapnet.es/castellano/salud/enfermedadesdiscapacitantes/retinopatiadelprematuro>.
- <http://www.fundacion-vision.org>
- <http://www.tsbvi.edu>
- <http://www.retinopatiadelprematuro.cl>

Cloro untao Tanque tapao

¡Tu compromiso por la salud!



1.- Untamos Cloro por dentro del tanque y por encima del nivel del agua.

2.- Esperamos 15 minutos para que el Cloro actue y terminamos de llenar el tanque.

3.- Tapamos bien nuestro tanque.

CASOS CLÍNICOS



¿Qué es la **influenza** o **gripe A H1N1?**

**Es una enfermedad
respiratoria aguda
altamente contagiosa,
causada por un virus.**

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:



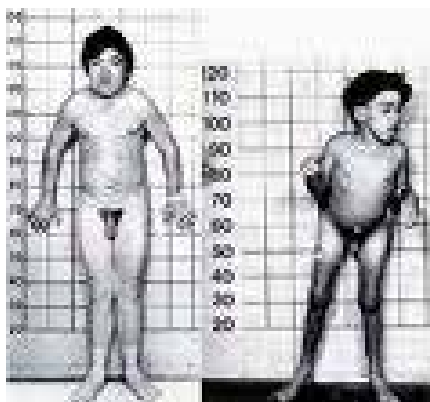
Lavado de manos

Use pañuelo y el antebrazo al estornudar o toser



SINDROME DE HUNTER: PRESENTACION DE UN CASO

Mildred Font Frías,* Karen E. Bobadilla,** Angélica Paula, ** Deyacaira Márquez. Ana García. **



Centro Materno infantil San Lorenzo de Los Mina.
** R-4 de pediatría. Centro Materno infantil San Lorenzo de Los Mina.

RESUMEN

El síndrome de hunter (MPS), es una afección genética grave que afecta primariamente a varones. Interfiere con la capacidad del organismo descomponer y reciclar algunos mucopolisacaridos específicos. Pertenece a un grupo relacionado de enfermedades de almacenamiento lisosómico. En este síndrome los mucopolisacaridos se acumulan en las células de todo el organismo debido a la deficiencia o la ausencia de la enzima iduronato-2-sulfatasa. Esta acumulación interfiere con la función de ciertas células y órganos conduciendo a la aparición de varios síntomas graves. A medida que progresa la acumulación, los síntomas se hacen más aparentes. Las manifestaciones suelen consistir en diferentes rasgos faciales, macrocefalia, y abdomen prominente. También pueden presentar pérdida de la audición, estenosis de las válvulas cardiacas, enfermedad obstructiva de la vía aérea, apnea del sueño, hipertrofia hepática y bazo, pérdida de la capacidad del movimiento y la movilidad, en algunos caso retraso mental y problemas neurológicos. No todos los pacientes están afectados del mismo modo e igualmente el curso varia ampliamente. No obstante, el síndrome siempre es grave, progresivo y reduce la esperanza de vida.

Palabras claves: Síndrome de Hunter, iduronato-2-sulfatasa, mucopolisacaridosis.

ABSTRACT

The syndrome of hunter (MPS), is serious a genetic affection that primarily affects men. It interferes with the capacity of the organism to disturb and to recycle some specific mucopolisacaridos. It belongs to a related group of diseases of lisosómico storage. In this syndrome the mucopolisacaridos ones are accumulated in the cells of all the organism due to the deficiency or the absence of the enzyme iduronato-2-sulfatasa. This accumulation interferes with the function of certain cells and organs leading to the appearance of several serious symptoms. As the accumulation progresses, the symptoms become but I pretend. The manifestations usually consist of different face characteristics, macrocefalia, and prominent abdomen. Also they can present/display lost of hearing, estenosis of the cardiac valves, obstructiva disease of the aerial route, apnea of the dream, hepatic hypertrophy and spleen, lost of the capacity of the movement and mobility, in some case mental delay and neurological problems. All the patients are not affected in the same way and also the course varies widely. However, the syndrome always is serious, progressive and reduces the life expectancy.

Key words: Syndrome of Hunter, iduronato-2-sulfatasa, mucopolisacaridosis

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hunter, o mucopolisacaridosis tipo II (MPS II) es una tesaurismosis, es decir, una enfermedad de almacenamiento lisosomal causada por una enzima ausente o deficiente, llamada iduronato_2_sulfatasa (I2S). El síndrome de hunter recibe el nombre del médico Charle A. Hunter (1873-1995), que la describió por primera vez en 1917, cuando 2 hermanos se encontraron con este trastorno.

Los síntomas y signos son visibles en niños normalmente las primeras pistas que llevan al diagnóstico. Este suele producirse entre los 2 y 4 años de edad.

Etiología

La etiología es de tipo genética es un síndrome hereditario recesivo ligado al cromosoma X que afecta principalmente a

varones, se transmite de una generación a otra de un modo específico. La homocigosis es extraordinariamente rara, de modo que basta una sola copia funcional en el gen para evitar la aparición del síndrome en mujeres. No obstante, los varones tienen una sola copia de X, de modo que la madre portadora tiene un 50% de probabilidades de transmitir el gen a la descendencia masculina.^{1,2}

Bioquímicamente el organismo humano depende de un gran abanico de reacciones químicas para mantener funciones críticas como la producción de energía, el crecimiento y desarrollo, la comunicación intercelular y la inmunidad. Una de esas funciones es la catabolización de biomoléculas grandes, que es el problema que subyace el síndrome de Hunter y que está relacionado con las enfermedades de almacenamiento.

Las alteraciones bioquímicas tienen lugar en una parte del tejido conectivo conocido como matriz extracelular. Esta se compone de diferentes azúcares y proteínas que contribuyen a la estructura global del organismo. La matriz rodea las células del cuerpo mediante una red organizada funcionando como un cemento que mantiene juntas las células, uno de los componentes biológicos necesita periódicamente ser descompuesto y reemplazado. El resultado. De esta descomposición son los mucopolisacáridos, también conocidos como GAGS. Existen muchos tipos de estos últimos, cada uno de ellos ubicados en lugares característicos.^{4,5}

En el síndrome de Hunter el problema se extiende a la descomposición de dos GAGS, el dermatán sulfato y el heparán sulfato, puesto que se necesita la 12s para que esto suceda. Los pacientes con este síndrome al tener la enzima inactiva o defectuosa, acaban acumulando grandes cantidades de heparán y dermatán sulfato. A medida que progresa la acumulación, esta interfiere con las funciones que posteriormente conducen a la aparición de los síntomas. La tasa no es idéntica en todos los afectados, con lo cual aparece un amplio espectro de manifestaciones clínicas.^{1,4}

Signos y Síntomas

Los síntomas no aparecen generalmente en el momento del nacimiento, sino que suelen aparecer hernias inguinales, infecciones de oído, resfriado. Ya que estos síntomas son bastante comunes en todos los niños, es probable que no se acuda al médico a tiempo. A medida que continúa la acumulación de GAG, comienzan las manifestaciones físicas, entre ellas una tosquedad de rasgos faciales, con frente prominente, nariz con puente aplanado, lengua alargada, aunque algunos niños pueden prestar estos rasgos sin padecer la enfermedad. Los pacientes también presentan hepatoesplenomegalia con distensión abdominal y macrocefalia.^{1,5}

El almacenamiento continuo de glucosaminoglucanos en las células acaba afectando a los órganos de un modo importante. El adelgazamiento de las válvulas y las paredes cardíacas acaban con producir insuficiencia cardíaca este síndrome presenta una

Miocardopatía Hipertrófica la cual es un trastorno del

músculo cardíaco que se da en Familias, La enfermedad cardíaca es relativamente común pero puede no desarrollarse o causar problemas hasta más tarde en la vida. El corazón puede afectarse de distintas maneras: puede debilitarse debido a depósitos de mucopolisacáridos y el latido cardíaco puede verse forzado por las infecciones torácicas repetidas (como lo es este caso) o por tener que bombear la sangre a través de pulmones rígidos (cor pulmonale). Estas condiciones pueden ayudarse con tratamiento médico. .

También adelgaza las vías aéreas produciendo afecciones respiratorias del sueño, así como una limitación de la capacidad pulmonar un cor pulmonale ya que paciente presenta exactamente lo que se describe en el párrafo anterior a nivel pulmonar con su repercusión cardíaca.⁷

A medida que aumenta el tamaño del hígado se produce una distensión del ombligo, apreciándose mejor las hernias. Las articulaciones pueden verse afectadas, lo que da lugar a problemas de movilidad, en especial en el pulgar e índice, lo cual limita la capacidad de asir pequeños objetos. Cuando son afectadas otras articulaciones, como las rodillas y caderas, aparece una creciente dificultad para caminar con normalidad. Puede aparecer el síndrome del tuner carpiano dejando la mano casi impedida. Los mismos hueso pueden verse afectados, lo cual repercute en una menor estatura Finalmente el almacenamiento de GAGS en el cerebro puede conducir a un retraso en el desarrollo de las estructuras nerviosas, con el consiguiente retraso se da un amplio abanico de la gravedad en los síntomas de este síndrome. Es importante que el término "leve" se usa por los médicos para compararlo a los pacientes con el síndrome de Hunter, de modo que aunque los síntomas se describan así, siempre son bastantes graves. Dos de las áreas más variables son el grado de retraso mental y la esperanza de vida. Algunos afectados no padecen retraso mental y viven 20-30 años. En ocasiones se ha informado de personas que han llegado a vivir hasta los 60 años. La calidad de vida puede ser alta en un gran número de personas y muchos adultos tienen una vida laboral activa. Por el contrario, otros afectados tienen un retraso mental grave y expectativas de vida de 15 años o menos.^{4,5}

Prevalencia

Existen aproximadamente 2000 personas en todo el mundo y unas 500 en los Estados Unidos^{4,5}. Por ser una patología con una incidencia baja, además este paciente cumple con toda la descripción escrita en la literatura médica como síndrome de Hunter grave lo cual su incidencia aun es mas baja se considera de vital importancia la presentación de este caso con la correspondiente revisión de literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un caso reportado y tratado por departamento de cardiología, Endocrinología, y Neumología en el Centro Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina

PRESENTACION DE UN CASO

Se trata de paciente masculino de 13 años de edad natural y residente de Santo Domingo. Parto vía vaginal llanto fuerte al nacer, apgar 8/9, entregado en alojamiento conjunto, el cual hasta la edad de 2 años presentaba curso normal de crecimiento solo con trastornos del lenguaje hablado, a esa edad paciente inicio con deterioro de movilidad del pulgar con dificultad para asir objetos luego manifiesta síndrome del tuner carpiano, hiperactividad, con infecciones de oído a repetición, para luego presentar sordera.

Al pasar los años paciente continua con deterioro presentando infecciones pulmonares a repetición, disminución de la movilidad de miembros inferiores, ya a los 6 años pacientes continúa con deterioro neurológico presentando cese del lenguaje e imposibilidad para caminar además de convulsiones a repetición.

Ademas disminución de la movilidad de miembros superiores solo podía levantar los brazos por debajo del nivel de su cabeza. En vista de esto además de familiares con dicho síndrome paciente es evaluado por comité multidisciplinario realizando diferentes estudios entre ellos se tomo biopsia de la dermis evaluando en los fibroblastos la actividad de la enzima 12s sérica la cual presentaba ausencia de la actividad de dicha enzima, reportando entonces el diagnóstico definitivo de síndrome de hunter. Paciente es ingresado en múltiples ocasiones por trastorno pulmonares a repetición, además presentando un cor pulmonale por lo ya descrito anteriormente. Convulsiones a repetición y a nivel cardiaco presentando Miocardiopatía hipertrofica con insuficiencia cardiaca compensada, con un reporte de ecocardiograma que nos muestra derrame pericardico ligero, ingurgitacion aortica y mitral moderada. 7

Examen físico

Actualmente paciente despierto, hipo activo, postrado en cama sin movilidad de miembros inferiores y limitación de movilidad de miembros superiores, con afasia motora, sordera sensitiva, atrofia muscular severa, retaso mental severo, alimentándose solo con compotas y líquidos.

Cabeza: macrocéfalo, PC 58 cm, pelo buena implantación y aumento de distribución, no masas, frente prominente, Ojos: simétricos, no con pupilas foto reactivas a la luz, retinas normales.

Oídos: adecuada implantación de pabellones auriculares, conductivos auditivos externos permeables.

Nariz: tabique nasal central aplanado, narinas permeables y amplias,

Boca: labios simétricos mucosa oral rosada, lengua alargada, dientes presentes, no caries dental,

Cuello: simétrico, tráquea central pulsos carotideos presentes. Tórax: amplio, tetillas simétricas.

Corazón: no se ausculta soplo a nivel cardiaco y tiene un segundo ruido pulmonar acentuado a la auscultación, los ruidos cardiacos se auscultan apagados.

Pulmones: ventilados, murmullo vesicular disminuido a expensa de ruido anormal tipo crepitante en ambos campos pulmonares con predominio derecho en lóbulo superior.

Abdomen: globoso a expensa de hepatomegalia 5cm bajo reborde costal, esplenomegalia 7cmx5cm. Protrusión de masa en región umbilical que al toser o al esfuerzo aumenta de tamaño, no doloroso a la palpación, deprecible,

Extremidades: asimétricas por posición, extremidades superiores en flexión permanente con limitación de movilidad a todas las direcciones, miembros inferiores inmóviles, presentando atrofia muscular severa.

Genitales externos: fenotípicamente masculino, tanner III, testículos descendidos en bolsa escrotal, con aumento de distribución del vello púbico.

Neurológico: Glasgow no valorable por deterioro mental severo del paciente, reflejos osteotendinosos ausentes.

Antecedentes-heredofamiliares:

5 primos maternos presentan síndrome de hunter diagnosticados, 2 de ellos con miocardiopatía hipertrofica en tratamiento.

DISCUSIÓN

El síndrome de hunter se diagnostica al emplear un test de laboratorio para obtener pruebas adicionales de la presencia de una MPS antes de efectuar un diagnóstico definitivo midiendo la actividad de la 12s.

Para ello se efectúa un análisis de orina para comprobar la presencia de GAGS. Es importante advertir que el test de orina par los glucosaminoglucanos pueden dar falsos negativos y el diagnóstico definitivo viene dado por la actividad de la 12s sérica, de los leucocitos o fibroblastos tomados en una biopsia de la dermis. Los resultados de este análisis determinan la gravedad del síndrome a partir de los patrones de actividad de la enzima. Es posible realizar un diagnóstico prenatal en muestra de líquido amniótico o en tejido tomado de las vellosidades coriónica.4,6

El tratamiento resulta dificultoso debido a la naturaleza tan específica de la enfermedad. Entre otras medidas están las siguientes:

Tratamiento paliativo: su objetivo es reducir los efectos del deterioro de muchas funciones corporales. En este caso la cirugía y la psiquiatría juegan un papel importante. 1,2

Trasplante Medular: durante mucho tiempo este tratamiento era el más eficiente. Tiene la ventaja de procurar una fuente nueva de 12s. Sin embargo, se considera, que los resultados son cuando menos imperfectos.

Mientras que el tratamiento puede detener muchos de los síntomas, es completamente ineficaz con los neurológicos, de modo que aunque aumenta la expectativa y la calidad de vida, no resuelve las deficiencias mentales de los paciente. Además, el trasplante es una intervención quirúrgica mayor con muchos efectos secundarios y riesgo para la vida del paciente.

Elaprasa: la FDA aprobó el 24 de julio de 2006 esta versión sintética de la 12s, como reemplazamiento para el síndrome de Hunter. Se trata de una forma purificada de la enzima lisosomica producía por tecnología de ADN recombinante en las líneas

celulares humanas. Este medicamento es sumamente caro. Los padres deben saber que la terapia implica un estricto régimen de larga duración y transfusiones. Para niños hiperactivos, que en el caso del hunter suelen ser la mayoría esto supone una limitación considerable^{4,6}

REFERENCIAS

1. Bergman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson tratado de pediatría. 17ª ed, Madrid (España): Elsevier España, S.A., 2004: 484-485.
2. Cruz M. Tratado de pediatría. Barcelona (España): Océano, 2007:
3. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001203.ht>
4. http://wikipedia.oprg/wiki/s%c3%ADndrome_de_hunte
5. <http://www.scumdoctor.com/spanish/disease-prevention/incurable-diseases/hunter-syndrome>
6. http://español.ninds.nih.gov/trastornos/las_mucopolisacaridois.htm octubre 09
7. [Español.ninds.nih.gov/.../las_mucopolisacaridois.htm](http://español.ninds.nih.gov/.../las_mucopolisacaridois.htm). diciembre 09



CÁNCER INCIDENTAL DE VESÍCULA BILIAR TRATADO POR LAPAROSCOPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pedro José Báez Santana,* Fabio Emilio Alcántara,** Maury Esperanza Mengó Alberto,*** Girsy Esther Moreta Manzueta,*** Ovelys Somón Echavarría,***

RESUMEN

Realizamos la presentación de un caso clínico patológico como hallazgo incidental: Adenocarcinoma de vesícula biliar, en una paciente femenina de 67 años de edad, raza mestiza, ama de casa, residente en la provincia de San José de Ocoa, sometida a una colecistectomía laparoscópica por el departamento de cirugía en un centro médico de esta ciudad.

El cáncer de vesícula biliar, es un tipo de cáncer poco común. Revisamos los hallazgos clínicos de dicha patología, manejo diagnóstico y discusión.

Palabras claves: Vesícula biliar, adenocarcinoma, sintomatología, laparoscopia.

ABSTRACT

We accomplished the presentation of clinical pathological case incidental finding: Adenocarcinoma of gall bladder, in a feminine patient of 67 elderly years, race of mixed racial ancestry, he loves of house, resident at Ocoa's province of San Jose, subdued to a colecistectomía laparoscópica for the department of surgery at this city's medical center. The cancer of gall bladder, he is a kind of uncommon cancer. We check the clinical findings of said pathology, diagnostic handling and discussion.

Key words: Gall bladder, adenocarcinoma, symptomatology, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de la vesícula biliar, es un tipo de cáncer poco común, en el que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos de la vesícula biliar. La vesícula es un órgano en forma de pera ubicado debajo del hígado en la parte superior del abdomen. La bilis es un líquido fabricado por el hígado que se almacena en la vesícula biliar. Cuando los alimentos están siendo digeridos en el estómago y los intestinos, la vesícula descarga bilis a través del colédoco, que este conecta la vesícula y el hígado con la primera parte del intestino delgado. La bilis ayuda digiriendo las grasas.

El cáncer de vesícula biliar es más común en las mujeres que

en los hombres. El riesgo de desarrollar un cáncer vesicular en pacientes con cálculos es de aproximadamente un 3%, esto quiere decir que de cada 100 personas con cálculos es probable que 3 desarrollen un cáncer vesicular.

El cáncer de la vesícula biliar es difícil de detectar (diagnosticar) debido que la vesícula está oculta detrás de otros órganos en el abdomen.

Este tipo de cáncer a veces es detectado accidentalmente, después que se ha extraído la vesícula por otras razones.

Los síntomas del cáncer vesicular son inespecíficos y cuando aparecen se trata de una enfermedad avanzada.

El cáncer puede aparecer en pacientes con historia de coledocitis sintomática; es decir antecedente de dolores o complicaciones derivadas de cálculos vesiculares, pero también puede aparecer en pacientes con coledocitis asintomática, siendo el cáncer su primera manifestación. La forma de presentación más frecuente es la coloración amarillenta de piel y esclera (ictericia) de evolución progresiva habitualmente indolora, secundaria a la extensión del tumor a la vía biliar (colédoco). También puede encontrarse una masa palpable o una masa al realizar una Ecografía.

Una vez detectado el cáncer de vesícula, se harán otras pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Se necesita saber la etapa del cáncer para poder dar el tratamiento adecuado. El cáncer de vesícula se clasifica por etapas que son:

Localizado: El cáncer se encuentra solo en los tejidos que constituyen la pared de la vesícula y puede extraerse por completo en una operación.

Irreseccable: El cáncer no se puede eliminar del todo en una operación, ya que se ha diseminado a los tejidos de alrededor de la vesícula.

Recurrente: el cáncer ha vuelto a aparecer después de haber sido operado.

Tratamiento: El tratamiento es esencialmente quirúrgico, radioterapia y quimioterapia: que dependerán de la etapa de la enfermedad.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de una femenina de 67 años de edad, ama de casa,

*Cirujano Oncologo, **Cirujano General, ***Médico General

raza mestiza, residente en la provincias San José de Ocoa, sin antecedentes mórbidos conocidos, la cual se encontraba asintomática hasta hace 6 meses aproximadamente, donde inicia con un cuadro de dolor abdominal generalizado, intolerancia a las grasas, y nauseas precedidas de vómitos; la cual durante este tiempo acudía a varios centros de salud vía emergencias donde era medicada con analgésicos.

La paciente acude vía consulta al departamento de cirugía donde es evaluada, encontrando al examen físico y hallazgos positivos: paciente consciente, hidratada, un abdomen: semigloboso a expensas de tejido adiposo, no cicatrices visibles, peristalsis presente, depresible, doloroso en cuadrante superior derecho, signo de Murphy positivo.

Se realizaron a la paciente pruebas de laboratorios: hemograma, glicemia, examen de orina, pruebas hepáticas, reportando alteraciones en la fosfatasa alcalina, bilirrubina total y conjugada. Además se realizaron estudios complementarios: sonografía Abdominal reportando innumerables pequeñas imágenes ecogénicas, móviles de fuerte sombra acústica posterior. Siendo sometida por el departamento de cirugía a una colecistectomía laparoscópica.

En la intervención quirúrgica realizaron tres incisiones: peri-umbilical, hipocondrio derecho y epigastrio; introduciendo trocares de 10ml y 5ml respetivamente, visualizando un engrosamiento del fondo gástrico, se procede a la desperitonización de la vesícula biliar, se diseña el triángulo de Callot, se clipean: arteria y conducto cístico, se cortan y se extrae la vesícula del lecho hepático. Se envía muestra de vesícula biliar para el departamento de patología.

Se egresa la paciente al día siguiente sin eventualidad y regresa a la consulta 10 días después presentando el reporte anatomopatológico:

Macroscopia

Colecistectomía: Recibimos en formalina vesícula biliar cerrada, péndula con superficie serosa lisa, de color pardogrisácea, firme que mide 6.5 x 2.5 x 1.5cm. A su apertura la luz está ocupada por material pardo, grumoso, necrótico. Se identifica en fondo formación polipoidea de 1 cm. La mucosa es lisa, erosionada. La pared fibrosa mide 1 cm. Secciones representativas múltiples son procesadas para estudio microscópico.

Microscopia

Colecistectomía: Cortes histológicos muestran neoplasia epitelial maligna, consistente con un Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El tumor arborescente está conformado por papilas, glándulas y lóbulos recubiertos por epitelio cilíndrico, alto con núcleos con atipia marcada y mitosis anormales numerosas. El tumor infiltra la pared hasta la muscular.

Conclusion

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de vesícula biliar, estadio patológico:

T1 Nx Mx-1.

DISCUSIÓN

Aunque el Adenocarcinoma de la vesícula es una entidad rara, es la quinta malignidad gastrointestinal más común y la más frecuente del tracto biliar. Normalmente se descubre de manera accidental. El pronóstico global de los pacientes diagnosticados con carcinoma de la vesícula es pobre y fatal, la única esperanza de supervivencia es la intervención quirúrgica.

La etiología es desconocida, pero los factores de riesgo incluyen colelitiasis (70% a 90% de casos), varios carcinógenos, fondo étnico, tumores benignos y anomalías en la unión de los conductos pancreático-biliares. Cuando aparecen los síntomas incluyen dolor abdominal (72%), ictericia (58%), pérdida de peso (47.5%), fiebre (30.8%) y ascitis (14%).

Los datos de laboratorio pertinentes muestran ictericia obstructiva en 51.7%, pruebas de función hepática anormales en 37%, leucocitosis en 34.4% y anemia en 22.4%. La mayoría (90%) de las lesiones malignas de la vesícula son adenocarcinoma y menos de 2% carcinomas adenoescamosos. El factor pronóstico más importante es el estadio patológico.

El adenocarcinoma de la vesícula se diagnostica patológicamente entre 0.2% y 5% de los especímenes de colecistectomía.

El pronóstico de los pacientes en quienes se diagnostica preoperatoriamente es muy pobre. Entre 15% y 30% de los casos no hay ninguna evidencia de malignidad antes o durante la cirugía y la enfermedad se diagnostica sólo al microscopio en el postoperatorio.

En teoría, este grupo tiene un mejor pronóstico. Demográficamente, el adenocarcinoma de la vesícula es más común en mujeres y su frecuencia aumenta con la edad.

La ventaja de realizar una segunda intervención más radical después de una colecistectomía laparoscópica en el caso de un hallazgo incidental de carcinoma de la vesícula, depende de la fase de la enfermedad. Para enfermedad T1, no se requiere ninguna cirugía extensa debido a que el pronóstico es bueno y no hay ninguna justificación para la morbilidad de una segunda cirugía más radical. Para una enfermedad T2-T4, se debe considerar una cirugía complementaria después de realizar estudios imagenológicos para definir la diseminación de la enfermedad. No se ha usado quimioterapia o radioterapia de manera rutinaria para los pacientes con un tumor resecable o no, por tanto no hay una conclusión definitiva al respecto.

Es importante saber preoperatoriamente si el cirujano está tratando un adenocarcinoma de la vesícula, esto significa una evaluación preoperatoria y una cirugía más radical. El ultrasonido endoscópico puede ser de ayuda. La sospecha de malignidad aumenta cuando la sonografía identifica pólipos grandes (45% de riesgo para cáncer en un pólipo >15 mm) o una vesícula de porcelana. En la paciente de la presente serie, la cirugía se realizó en una situación electiva. La colecistectomía laparoscópica ha sido el método de elección para remover vesículas en la mayoría de las condiciones benignas.

Sin embargo, no es claro aún si la colecistectomía laparoscópica es lo mejor para el carcinoma insospechado de la vesícula, por la posibilidad de la implantación de células malignas en los sitios del trocar usado en la colecistectomía laparoscópica en casos de malignidad insospechada, deteriorando el pronóstico.

Cuando se sospecha carcinoma de la vesícula, ésta debe extraerse en una endobolsa y se debe considerar el tratamiento del sitio a través del cual la vesícula es retirada con radioterapia o ex cisión local, cuando el diagnóstico de carcinoma insospechado de la vesícula se hace postoperatoriamente. Si el carcinoma es sospechado previamente a la cirugía, se recomienda un procedimiento abierto.

De acuerdo con la literatura se encontró que la frecuencia en mujeres es más alta que en hombres (cinco mujeres y un hombre) y característicamente en mayores de cincuenta años (58.5 años promedio, desde 41 a 71). Hubo alteración de laboratorio y hallazgos sonográficos que pudiesen identificar carcinoma de vesícula.

El diagnóstico preoperatorio es posible en menos de 10% de los casos, con alto índice de sospecha. La información de laboratorio y la imagenología tienden a confirmar el diagnóstico clínico de la enfermedad incurable y no son útiles en la enfermedad temprana, con lesiones potencialmente curables.

La naturaleza biológica de este tumor hace posible que la mayoría sean lesiones insospechadas al momento de la cirugía. En algunos casos con una enfermedad relativamente progresiva se encontraron hallazgos sospechosos de carcinoma durante la cirugía incluyendo una linfadenopatía y metástasis a distancia. Por tanto, aunque todas las vesículas sean abiertas e inspeccionadas de manera sistemática, algunos casos pueden pasar desapercibidos. Pero es recomendable ante irregularidades de la pared o en casos de vesículas de apariencia escleroatróficas, realizar un examen histopatológico intraoperatorio, al igual que en presencia de lesiones polipoides para contemplar una cirugía más radical.

Pronóstico

El pronóstico de la paciente se considera bueno, se dará seguimiento vía consulta durante los próximos 3 meses para asegurar un mejor pronóstico.

REFERENCIAS

1. Robbins s., Patología estructural y Funcional, 5ª. Ed.,

- Madrid España, Mc Graw-Hill Interamericana de España S.A., 2000, p.987-988.
2. Merck, nuevo manual, Vol.1, Barcelona España, MMVII Editorial Océano, 2003, Trastornos Gastrointestinales p.839-840.
 3. Rouviere, anatomía humana Tomo II.10ª. edición Barcelona. Masson, S.A.p.322, 406,412, 438.
 4. Schwartz, Seymour I.; Shires, G.Tom; Spencer, Frank. Et al. Principios de Cirugía". 7ª.ed. Mc. Graw-Hill Interamericana.Mexico, D.F.2000:1531-1539, 1541-1546 y 1554-1555.
 5. Diccionario de Medicina. Océano mosby. 14ª. Barcelona España.
 6. Zuniga-Vargas, Juan José, y Vargas-Carranza, Julia. "Colecistectomía Abierta vs. Laparoscopia: Experiencia en el hospital San Juan de Dios". Acta Méd. Costarric, sep. 2002, vol.44, no.3, p.113-116. ISSN 0001-6002.
 7. P.Marti-Cruchaga, V. Valenti, C.Pastor, I.Poveda, G. Zozaya, F.Rotellar. "Cirugía Laparoscópica Biliar". Departamento de Cirugía General. Clínica Universitaria. Pamplona. Anales, Vol.28, no.3, 2005. On – line <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/sup3/suple8a.html>.
 8. <http://buenasalud.com/lib/emailorprint.cfm?id=2973/type=lib>.
 9. Kassper, Denno L.; Brawnwald, Eugene; Fauci, Anthony S., et al. Harrison principios de Medicina Interna. 16a ed. Vol.II Mc. Graw-Hill Interamericana. Chile.1999.
 10. Towsend, Jr., Cortney M. Manual del tratado de Cirugía de Sabiston 16a ed. Elsevier S.A. Madrid (España) 2003.
 11. Torres, Romero. Tratado de Cirugía 2ª ed. Vol.II Mc Graw-Hill Interamericana. Mexico, 1993. Pags.1678-1622.
 12. Sabiston, David C., Lierly, H.Him. Manual de Patología Quirúrgica. Colecistitis Crónica con coleditiasis. 2ª ed. Mc Graw-hill interamericana. México, D. F. 1999.
 13. Cervantes Castro, J. Complicaciones de colecistectomía laparoscópica.
 14. Miguel P., Juan. Enfermedades Vesicular Inaparente. Microlitiasis em pacientes com Pancreatitis Aguda. Revista Medica. Chile.



NÓDULO TIROIDEO*

Camejo Reyes R. A.** Soto Ravelo S. R.* Valdez E. A.**
De los Santos E.**

INTRODUCCIÓN

El nódulo tiroideo es toda masa de de consistencia diferente a la de tiroide normal del tiroide. Se presenta como un nódulo solitario y asintomático. Su presencia en niños siempre plantea un problema diagnóstico y terapéutico.

La incidencia se sitúa entre escolares entre los 11 y 18 años de edad, 4-6 veces más frecuente en el sexo femenino. Su incidencia en la infancia y adolescencia varía entre un 0,05 y un 1,8%. Dicha variabilidad puede relacionarse con diversos hechos: a) el sexo, siendo más frecuente en el femenino (3 a 6/1, según las series); b) la edad, aumentando linealmente con la misma, y c) los antecedentes familiares de ciertas patologías tiroideas, no obstante, hay que recordar que el riesgo de malignidad de los nódulos tiroideos es mayor en niños que en adultos. Se estima que entre un 2-40% de los nódulos tiroideos en niños se corresponden con carcinomas tiroideos

El diagnóstico

Una anamnesis completa con detalles de hipofunción o hiperfunción tiroidea y los síntomas locales de compresión, crecimiento rápido, doloroso, o síntomas de inflamación aguda. En los antecedentes se buscarán la exposición a irradiación local o general, sustancias bociógenas y a fármacos, residencia habitual y aportes de yodo, antecedentes heredo-familiares enfermedades autoinmune, sordomudez, retraso mental, endocrinopatías asociadas.

Exploración física

Incluye valoración de peso talla, desarrollo puberal. El cuello debe ser explorado cuidadosamente en posición normal como en hiperextensión, palpación cuidadosa determina tamaño y consistencia del tiroides, si se trata de un bocio difuso o delimita un nódulo, si fluctúa, doloroso, duro o si está adherido a planos superficiales o profundos.

Pruebas diagnósticas

Serología

La mayoría de los pacientes tiene TSH y T4 libre normal. Nódulos malignos producen hipo o hiperfunción. TSH elevada y T4 baja: hace pensar en tiroiditis y no excluye un carcinoma.

Radiología simple

Útiles ya que 71-90% de los carcinomas infantiles se diseminan vía linfática, 10-28% metástasis sobre todo a pulmón

Escintigrafía tiroidea con tecnecio 99: ofrece una imagen del tejido tiroideo funcional.

Puede aparecer como hipercaptante o caliente, nódulo con captación más intensa que el resto de la glándula.

Hipocaptante o frío: imagen en negativo, defecto de la captación en el contexto del tiroides.

Este estudio confirma benignidad en 10%, los nódulos mayores de 2 cm de diámetro son visibles como nódulos fríos en 80% de los casos. La información de esta es suficiente como para tomar decisiones terapéuticas.

Ecografía: sensible pero poco específica. Útil para buscar nódulos ocultos o guía para aspirado con aguja fina.

Punción por aguja fina: Método alternativo a la biopsia abierta, útil para el estudio citológico, segura y con escasas complicaciones, su índice de resultados fiables es de 98% con un margen de falso negativo de 2%

Tratamiento

Depende de la causa específica, en el caso de nódulo tiroideo es quirúrgico, en el caso de adenoma se recomienda nodulectomía o hemitiroidectomía, homolateral seguido por tratamiento con L-tiroxina.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina 7 años de edad, escolar natural y residente de esta ciudad de Santo Domingo quien es evaluada por el servicio de cirugía pediátrica por presentar:

Masa en cara anterior del cuello de 8 meses de evolución consistencia sólida, móvil, de 4 por 3 cm bilobulada, no dolorosa a la palpación.

Examen físico

Actualmente Paciente eutrófica, consciente orientada, activa, afebril, hidratada con buena coloración de piel y mucosas.

Signos vitales : Frecuencia cardíaca 90 l/m frecuencia respiratoria: 30 r/m, temperatura axilar: 37 G TA: 100/60 mm/

hg, peso : 30 kg, talla: 125 cm. Cabeza normocefalica con pelo de buena implantacion y distribucion sin cicatrices o masas palpables.

Cuello cilíndrico móvil, con masa en cara anterior, de 4 por 3 cm de consistencia solida, no móvil, bilobulada no dolorosa Cuello Torax : normodinamico, sin alteraciones auscultatorias en ambos campos pulmonares, el corazon presentaba ruidos cardiacos regulares sin hallazgos anormales a la auscultacion .

Abdomen semigloboso no distendido, peristalsis presente 3/10, sin halazgos relevantes

Los hallazgos de pruebas diagnosticas realizadas encontramos:

Sonografia tiroidea

Que muestra aumento de tamaño difuso con lesión de características mixtas inespecíficas compatible con proceso inflamatorio de etiología viral o inmunológica.

Radiografia de tórax: normal

Ecocardiograma: insuficiencia pulmonar leve

Punción por aguja fina:

Glándula tiroides con gran nódulo quístico en lóbulo derecho

Citología negativa para malignidad.

Conclusión

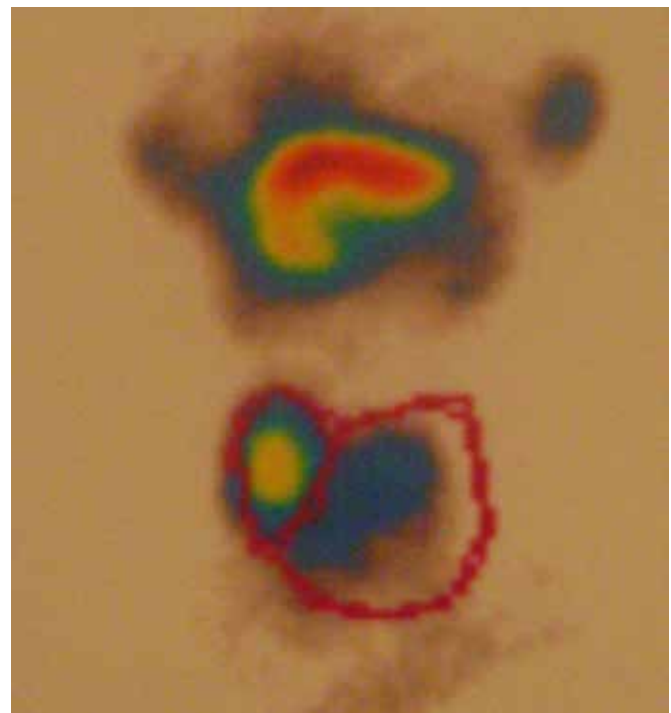
En el caso de nuestra paciente los hallazgos más relevantes fueron el crecimiento de la glándula tiroides, así como el aumento de los niveles TSH, (ver tabla No 1) dada la edad de la paciente y la potencial malignidad que involucra la aparición de un nódulo tiroideo, el seguimiento por el servicio de endocrinología incluyo estudio sonográfico que mostro tamaño difuso de la tiroides, gammagrafia tiroidea que evidencio nódulo frio de 41x34 mm compatible con bocio nodular,(ver imagen No 2) realizándose toma de biopsia por punción y aspiración con aguja fina que reporto negativo, la radiografia de tórax fue normal (ver imagen No. 3) lo que descartaba la presencia de metástasis a pulmón de un potencial cáncer de tiroides o compromiso intratoracica, la tiroidectomía subtotal permitió realizar la excision de la mayor parte de la glándula (ver imagen No 4), recibándose posteriormente informe de histopatología reporto un nódulo con cambios a favor de un carcinoma papilar de variante folicular (ver imagen No. 5) por lo que se decide solicitar inmunohistoquímica que reporto: bocio nodular benigno no toxico.

La paciente continúa actualmente en seguimiento por el servicio de endocrinología con levotiroxina 0.075 mg diario. (Imagen No 6)

Laboratorios realizados	
Hemoglobina .	10.5 gr/dl
Hematocrito	35. %
VCM	90
HCM	28
CHCM	30
Plaquetas	240,000
Glucosa	82 mg/dl
Urea	18 mg/dl
Creatinina	0.9 mg/dl
PCR	Negativa
Eritrosedimentacion	15MM/hr
T3	1.66 ng/dl
T4	7.78ug/dl
T4 libre	1.35 ng/dl
TSH	7.43U/ml

(Tabla 1)

La paciente fue ingresada y llevada a quirófano donde se le practico tiroidectomía subtotal, conservándose polo superior de la tiroides, (ver imagen No 4) remitiendo una muestra del tejido extraído al departamento de patología, la paciente tuvo una evolución satisfactoria siendo egresada al tercer dia de posoperatorio.



(imagen 2)



(imagen 3)



(Imagen 4)

Patología: bocio nodular no toxico con nódulo central compatible con carcinoma papilar de variante folicular

(Imagen 5)

Seguimiento el mes de posoperatorio

REFERENCIAS

1. J.M. Garagorri, actitud ante los nódulos tiroideos, An Esp Pediatr, 2002; 56 supl 4: 62-67
2. Ugarte F., García H; Nódulo tiroideo en el niño Rev. Méd. Chile v.132 n.10 Santiago oct. 2004
3. Lugo-Vicente H, Ortiz V, Irizarry H, Camps JI, Pagán V. Pediatric thyroid nodules: Management in the era of fine needle aspiration. J Pediatric Surg 1998; 33: 1302-5.
4. Eggers M. M. y Dr. Beas F. F.; Nódulo Tiroideo en el niño, Rev.chil.pediatr. v.53 n.16 Santiago dic. 1982
5. Ramírez A. Nódulo tiroideo; el portal de salud.com
6. Diagnóstico y Tratamiento del Nódulo Tiroideo. Torres, A.P. y cols. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 8 No. 3 Jul-Sept. 2000, 87-93.
7. AACE Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. Feld, S. etal. American Association of Clinical Endocrinologists. American College of Endocrinology.
8. Mazzaferri E.L. Management of the solitary thyroid nodule. N Engl J Med 1993; 328: 553-559.
9. Zaldívar RFR, López LJA, Hurtado LLM. Nódulo tiroideo: Frecuencia de malignidad. Cir Gen 2001; 23(2): 92-94.

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 incluirse 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-Sanabria 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, Minial-Sánchez LE, Majía-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 remiten a ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, escribalos en letras los que sean hasta doce.

* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".