

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.

© 2010

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Senén Caba

EDITOR

Dr. Fernando Fernández

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.

Dra. Dulce Chaín, MSP.

Dr. Fernando Contreras, Gastroenterólogo.

Dr. Milton Cordero, Gineco-Obstetra.

Dr. Marcos Espinal, PhD, WHO.

Dra. Elizabeth Gómez, PhD.

Dr. Feris Iglesias, Pediatra infectólogo.

Dr. Edith Pérez Then, PhD.

Dr. Rubén Darío Pimentel,
Pediatra Neumólogo, MHP.

Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón,
Pediatra hematólogo.

EX-EDITORES

Dr. Rodolfo D. Cambiaso
1902-1904
Dr. Fernando A Defilló
1905-1945
Dr. Sixto S. Incháustegui
1946-1966
Dr. Miguel A. Contreras
1967-1969
Dr. Caracciolo Vargas Genao
1970-1972
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1972-1973
Dr. Homero Pumaro
1973-1974
Dr. García Pereyra
1974-1975
Dr. Roberto Ureña
1975-1976
Dr. José Garrido Calderón
1976-1977
Dr. Anulfo Reyes Gómez
1978-1979
Dr. Juan Durán Faneytte
1979-1980
Dr. Alejandro Pichardo
1980-1981
Dr. César Mella Mejías
1981-1982
Dr. Napoleón Terrero
1982-1983
Dr. Ramón Camacho
1983-1984
Dr. Ricardo Corporán
1984-1985
Dr. Guaroa Ubiñas Renville
1985-1986
Dr. Santiago Castro Ventura
1986-1987
Dra. Rosa Nieves Paulino
1987-1988
Dr. Pedro Sing Ureña
1988-1989
Dr. Anulfo Mateo Pérez
1989-1990
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar
1990-1991
Dr. Mauro Canario Lorenzo
Dr. Fernando Fernández
1991-1992
Dr. Fernando Fernández
Dr. Séntola Martínez
1992-1993
Dr. Fernando Fernández
1993-1994
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1994-1995
Dr. Máximo Calderón
1995-1996
Dr. Rubén Darío Pimentel
1997-1998
Dr. Rafael D. Collado Guzmán
1998-1999
Dra. Persia Sena
1999-2000
Dr. Hector Otero
Dr. Rubén Darío Pimentel
2000-2001
Dr. José Díaz
Dr. Rubén Darío Pimentel
2002-2003
Dr. Miguel A. Montalvo
Dr. César Belén
Dr. Rubén Darío Pimentel
2003-2005
Dra. Karina Fernández
Dr. Martín Julián Castillo
Dr. Rubén Darío Pimentel
2006-2007
Dr. Gregorio Soriano
Dr. Rubén Darío Pimentel
2008-2009



COLEGIO DE MEDICOS DOMINICANOS

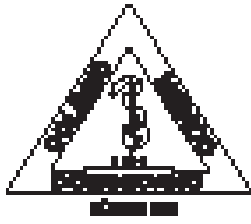
Ley 68-03

Junta Directiva Nacional

2007-2009

Dr. Rufino Senen Caba P, Presidente
Dr. Clemente Terrero, 1er. Vicepresidente
Dr. Marino Perez, 2do. Vicepresidente, Pte. CN
Dr. Agustín Burgos ,3er. Vicepresidente,Pte.Soc.Esp.
Dr. Ramon Acosta, Secretario General
Dr. Nelson Rosario,Secretario de Actas
Dr. Pedro Reyes, Secretario de Finanzas
Dr. Cristian Polanco, Secretario Científico cultural
Dr. Luis F. Encarnación , Sec. Educación Médica
Dra. Inés Bryan , Sec. Accion Gremial
Dra. Mery Hernández, Sec. Relaciones Públicas
Dr. Gregorio Soriano, Sec. Seguridad Social y Coop.
Dr. César Gómez, Sec. Ética y Calificaciones
Dr. Fernando Fernández, Sec. Publicaciones y Biblioteca
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar, Sec. Asuntos Internacionales

Dr. Luis Pichardo, Sec. de Deportes
Dr. Fulgencio Severino, Sec. Residencias Médicas
Dr. Efraín Rodríguez, Sec. Asuntos Intersindical
Dra. Johanny Sánchez, Sec. de Extensión
Dra. Rosa Martha Vólquez, Sec. de la Mujer
Dr. José A. Then Sánchez, Sec. Médicos Pasantes
Dr. Omar Campos, Sec. Médicos Generales
Dr. Cristian Mateo Michelli, Sec. Médicos Residentes
Dr. Santo Ramirez ,Presidente Regional del Distrito-
Dr. Juan Carlos Cruz , Presidente Regional Norte
Dra. María Del Carmen Díaz Cedano, Presidente Regional Sur
Dr. Hector Cotes,Presidenta Regional Este
Dr.Hemenegildo Cedeño, Sec. Administrativo
Dr. Rafael Sandoval, Presidente AMIDSS
Dr. Francisco Gómez Sánchez, Director Ejecutivo ARS-CMD



CONTENIDO

EDITORIALES

5. La violencia doméstica: Un problema de salud pública preocupante. Rubén Darío Pimentel
7. Definición del síndrome metabólico: una necesidad apremiante. Rubén Darío Pimentel

TRABAJOS ORIGINALES

11. Prevalencia de la enfermedad de graves basedow en la consulta de endocrinología del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana. Yohan Manuel Jiménez Carvajal, Kirsy Susana Ramírez Del Amparo, Liceluz Valera Núñez.
15. Incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños de 0-14 años que asisten a la consulta de la clínica rural peralvillo. Ricardo N. Ravelo D., María C. Encarnación B., Eliezer Heredia, Ingrid J. Frías B., Víctor M. Santana Z.
19. Conocimientos, aptitudes y prácticas acerca del aborto en adolescentes estudiantes de secundaria del liceo argentina maría mateo Lara, santo domingo este. Juan J. Evangelista, Richard Medina Ulerio, María E. Rodríguez, Rubén Darío Pimentel.
35. Incidencia de tricomonas vaginalis y candidas en consultorio politer en bávaro. Joaquín Cabrera, Ludy Constanzo, Fermin Alberto Castro, Hervido Tavarez. Gricelda López.
39. Incidencia e indicaciones principales de cesáreas en el hospital nuestra señora la Altagracia, Higüey. Llerenlis Crispín, Sorangie Pinales, Avigail Brito, Greysi Stevens, Ercilia Cabrera.
43. Frecuencia de cardiopatía congénita cianógena y acianógena en niños menores de 3 años de edad. hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral. Cristina Pérez, Yeidis Pérez, Rosanna Castro, Rosa Elena Moreta, María Elena Castillo.
47. Hallazgos electrocardiograficos en pacientes con enfermedad cerebrovascular sin factores de riesgos asociados, en el hospital docente padre Billini, Noury kandany, Awilda Candelario, Aneyis Alcántara, Yuberkis Bonilla, Milvio Pérez.
51. Microflora vaginal en mujeres gestantes y no gestantes en la clínica rural los brazos, provincia Espaillat. Doris Josefina Medina Cruceta, Marcos Tulio Morel, Keyla Marisol Estrella Grullón, Carlos Manuel Fernández Paulino, Yéssica De la Cruz Cruz, Federico

Hernández.

53. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes tratados en el hospital SEMMA de Santiago. Adriana Mercedes Bautista Parra, Oneyka Recio De Los Santos, Joe Antonio Ortega Cruz, Alba Rosali Sánchez, María Isabel Polanco Paulino.
57. Principales causas de consultas en niños menores de 5 años atendidos en la unidad de atención primaria sabana larga, Elías piña. Kenia Mejía de los Santos, Yomaira I. Carrasco de los Santos, Linette Ulloa Melo, Erika G. Minaya, Rosa M. de León.
61. Prevalencia de enfermedad arterial coronaria en pacientes sometidos a cirugía cardiaca valvular en el instituto dominicano de cardiología. Berkis Morel R, Hilda Castillo, Clemencia José, Marssiell A. Quiroz M, Ricardo N. Ravelo D.
65. Prevalencia de los agentes causales de las quemaduras en pacientes atendidos en la unidad de niños quemados Dra. Thelma rosario del hospital regional universitario Dr. Arturo Grullón. Gutiérrez Genao Roberto, Badía Paulino, Claudia. M.
67. Incidencia de infección respiratoria (IRA) aguda en pediátricos de la clínica rural Monte dentro la caleta. Antonia del C. Segura Jáquez, Aracelis Valentina Flete González, Keith Correa Santelises, Julquias Hidalgo Silvestre, Michelle Mueses María.
73. Frecuencia de distrés respiratorio en recién nacidos asistidos en cuidados intensivos (UCI) en el centro materno infantil san Lorenzo de los minas. Clemente Terrero
77. Consecuencias médico laboral en pacientes heridos por arma de fuego atendidos en el hospital general de la Policía Nacional. Wilkin Méndez Beltré, José Guillermo Rodríguez Castillo, Mirtides Leonel Ferreras Pérez, Juancarlos Rosado Estévez, Rosángela Valera Díaz, Tito Suero.
83. Incidencia del virus del papiloma humano (HPV) en pacientes de 15 a 60 años asistidas en la clínica de patología de cuello uterino del hospital Dr. luís e. Aybar. Mercedes A. Félix Valera, Judith K. Jiménez, Delmis Germán de los Santos, Wilfredo Polanco Fructuoso, Wilson Mejía, María Batista.
87. Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del hospital militar F.A. Dr. Ramón de Lara. Grismaldy Lorenzo Cedeño, Yagil Brioso Viola, Marilennys Torres García, Robert

- J. Cruz, Natalia Peralta Dechamps.
91. Estudio De Cirugías De Cáncer De Colorectal En El Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. Neil Julio Cepeda, Maryory Y. Mayol, Noemí Guerrero Cueto, Grey A. Mejía Espinal.
 95. Significado e importancia diagnostica del gradiente albumina, suero, ascitis (GASA) Jaime Andrés Rodríguez H, Maryory Yandeyra Mayol C, Grey A. Mejía Espinal, Berenice Cedeño Flores, Alejandro M. García.
 99. Fentanilo transdérmico en el tratamiento del dolor oncológico en la clínica del dolor del HRUJMCB Verónica Sánchez, Julio Jassiel de la Rosa Sánchez, Yubelki Mora Reynoso, José Gregorio Mora Reynoso, Glennys Peralta Rosario, Doris Sánchez
 103. Frecuencia de asma bronquial en la población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde. Darwin H. Acevedo, Willys H. Tejada R, Abrahan Toribio Mercado, Rubén Darío Pimentel.
 115. Factores asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres adultas jóvenes departamento de violencia de género, procuraduría fiscal del Distrito Nacional. Alfonsina de la Cruz Cruz, Dolores Altagracia Bautista Peña, Inocencia del Carmen Guzmán Navarro, Franchesca Álvarez Polanco, Virgen María Luna Guerrero.
 121. Sibilancias y factores asociados en niños de 1 a 15 años en las comunidades de Matanzas, Los Tumbaos y Quija Quieta de Baní. Elaine Pozo Geraldo, Cristabel Robles Hidalgo, Emilton López, Rubén Darío Pimentel.
 129. Manejo conservador de la preeclampsia severa entre las 27-34 semanas en el hospital Nuestra Señora de la Altagracia. Ángel Felíz Féliz, Anny S. Arias S, Yasmín Alcántara, Henry Lorenzo, Juliana Rodríguez, Martín Castillo, Gerineldo Maceo, Rivera Almodóvar.
 133. Incidencia de lesiones por pinchazos con agujas en médicos residentes en tres hospitales de Santo Domingo y tasa de notificación. Jorge Machuca, Júnior Dipré, Scarling Rodríguez, César Dominguez, Julio Burgos.
 137. Comportamiento de las 10 principales causas de demanda de consulta en la unidad de atención primaria La Gorra de Partido, Dajabón. Johanny E. Crispín, Felicita Heredia Féliz, Argelis Mercedes, Judith Livi, María M. Batista.
 139. Enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres atendidas en la clínica rural Arroyo Toro, durante el periodo Abril- Diciembre 2009. Ana María Paniagua Salas, Cleidy Annery Santana Valenzuela, Sonia Margarita contreras, Maribel Jiménez, Ana Silvia Germán Severino, Marielis Cruz.
 143. Infección de vías urinarias en pacientes sometidos a trasplante renal y tratados en el hospital padre Billini. Glenys Altagracia Ciprián Pinales, Nancy Ventura Rosario, Yosenia Gregorio Polanco, Juana Yalidys De Jesús Palma, Landyz Díaz Macea.

REVISIÓN

149. Examen de orina: Revisión bibliográfica. Cristian A. Escarfuller olivo, Doraluz A. Aquino Pérez, Ana N. Vergés Castro, Clidia D. Moquete Abréu, Aura Rodríguez Alcántara

CASOS CLÍNICOS

157. Ectasia y trombosis de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda reporte de caso y revisión bibliográfica. Sergio Sarita Valdez, Seyla De los Santos, Elizabeth Polanco, Emma Vásquez, María Alonso.
161. Esplenomegalia gigante por pseudo quiste esplénico. presentación de caso. Ramón A. Camejo Reyes, Rodolfo Soto Ravelo, Cristina A. Paulino Ortiz, Elvin Valdez, Deyacaira Márquez.

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 VIOLENCIA DOMÉSTICA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA PREOCUPANTE.

Rubén Darío Pimentel*

En este número hemos incluido dos editoriales, justificando cada uno de ellos por la importancia que reviste para la Salud Pública del país los temas que se refieren. El primer editorial hace referencia sobre un trabajo titulado: Factores asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres adultas jóvenes. Departamento de violencia de género, Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional, de la autoría de De la Cruz A, et al. En este trabajo se destacan que las causas fundamentales por las cuales las mujeres adulta joven asisten al departamento de género de la Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional, son básicamente por violencia física (284), violencia psicológica (260) y violencia sexual (69).

Diferentes reportes de investigaciones nacionales e internacionales revelan que existe un incremento importante y sostenido de la violencia. Las Naciones Unidas informan que los hijos de las mujeres maltratadas, por parte de sus compañeros, tienen seis veces más posibilidades que otros niños de morir antes de los cinco años. Los hijos de estas mujeres presentan más frecuentemente desnutrición y las posibilidades de recibir vacunas o sales de rehidratación oral para la diarrea son menores.

Otro estudio llevado a cabo en el destacamento Amigos de la mujer, en Villa Juana, y dirigido por Patricia Solano, y Mildred Matos; informa una frecuencia de mujeres jóvenes que se presentan al destacamento de Villa Juana.

En República Dominicana, la abrumadora mayoría de las mujeres son personas bien ajustadas social y emocionalmente. Sin embargo, el aumento vertiginoso de las agresiones y las violaciones en la niñez, y la conducta delictiva entre los jóvenes se han convertido en una preocupación para la sociedad y constituyen un grave problema de salud pública. A falta de investigaciones definitivas sobre las causas, las especulaciones apuntan a la frustración, los sentimientos de inadaptabilidad y la falta de autonomía de los jóvenes.

Existe una convergencia de factores a niveles micro y macro que influyen fuertemente en el comportamiento de los niños y los jóvenes dominicanos. Estos factores pueden ser individual, el contexto social proximal (la familia y la escuela) y el contexto social distal (las circunstancias económicas). A partir de las informaciones aparecidas en la literatura, el

comportamiento violento de algunos jóvenes dominicanos puede tener sus raíces en la confluencia de los problemas que abruma a las familias, los niños y los jóvenes. La exposición de los niños a la violencia, tanto en el seno familiar como en la escuela, es particularmente preocupante.

En el caso de la mujer, el problema de la violencia doméstica entra en contacto con una variedad de entidades institucionales. Algunas son del sector público y pertenecen al sistema legal o al de la salud. En el ámbito legal, la mujer seguramente será entrevistada por policías, jueces o expertos forenses. En el de la salud, la examinarán médicos, enfermeras y auxiliares. Si lo que necesita es huir del lado de un compañero abusador, lo más probable es que busque asilo en una organización de mujeres, si es que su comunidad le ofrece esa opción. De todos modos, cada uno de esos lugares públicos o privados responderá aisladamente a las necesidades de la interesada sin consultarse uno a otro. Muchas veces las soluciones que sugieren son contrapuestas. Así, la mujer atrapa darebota de un organismo a otro como único punto de contacto entre ellos.

Se han buscado diferentes opciones de solución a esta problemática, incluyendo la promoción de enlaces con los medios de comunicación para difundir al público general el mensaje de que la violencia contra la mujer es inaceptable y para combatir las creencias y actitudes sociales basadas en la supuesta superioridad masculina que da a los hombres el derecho de controlar el comportamiento de la mujer.

En fin, la prueba de que la violencia doméstica se puede erradicar está basada en las experiencias de algunos países donde eso se está logrando. Sin embargo, a pesar de grandes esfuerzos, incluyendo leyes promulgadas, la violencia doméstica a nivel local cada día se incrementa. Actualmente representa la cuarta causa de muerte en mujeres (entre 110 y 190 muertes cada año entre 2001 y 2009). Informaciones recientes del sistema de justicia dominicano revelan que cada dos horas en el Distrito Nacional se reciben casos de mujeres víctimas de violencia. Según la encuesta ORC Macro 2004, las mujeres víctimas de violencia no buscan ayuda, el 48,0 por ciento de ellas porque resulta inútil, 16,0 por ciento por vergüenza, 9,0 por ciento porque no sabe cómo proceder, 8,0 por ciento, por no causarle problemas al agresor, y 8,0 por ciento, por miedo a nuevos episodios de agresión.

*Jefe de investigación Centro de Gastroenterología de la ciudad sania tria Dr. Luis E. Aybar.

No hemos encontrado información confiable sobre la incidencia de la violencia intrafamiliar contra la niñez, pero se estima que podría ser aun más alta que la violencia contra las mujeres, pero probablemente, en la mayoría de los casos, con menos consecuencias de daño físico severo, pero con un alto daño psicológico.

Según reportes de la Policía Nacional, en el periodo 1996 al 2002 se registraró un total de 25 309 muertes violentas, correspondiendo 30,8 por ciento a homicidios y el 10,6 por ciento a suicidios. El resto correspondió a accidentes.

En los últimos años, la violencia social se ha convertido en el más importante problema para nuestra sociedad. Para tratar de paliar esta situación, durante el 2006, el Gobierno Nacional inició la estrategia denominada «Barrio Seguro», como abordaje intersectorial, que intentaba combinar intervenciones de carácter preventivo y represivo. Con esta

estrategia se intervinieron en las principales barriadas populares del Distrito Nacional, de la provincia Santo Domingo y de Santiago. También se inició un proceso de reforma en la Policía Nacional que según las informaciones públicas, busca lograr mayor efectividad y mejores vinculaciones de esta institución con las comunidades.

El ministerio de salud pública, debe cumplir con lo anunciado en el Plan de 2006-2015, en cuanto al fortalecimiento de la atención de las personas lesionadas en los diferentes niveles de atención de las redes de servicios de salud, tanto lesiones físicas como daños psicológicos y, definir políticas y estrategias, y desarrollar capacidades e intervenciones de promoción de salud, con base comunitaria, que contribuyan a prevenir las lesiones por violencia intrafamiliar mediante la promoción de una cultura de no violencia en las relaciones comunitarias y familiares.



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, Gazeo • Tel.: (809) 689-4136 / 682-7175
Fax: (809) 221-8817 • Apartado Postal 20129 • Santo Domingo, República Dominicana
E-mail: dmssigloxx1@hotmail.com

DEFINICIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO:
UNA NECESIDAD DE ADOPCIÓN URGENTE.

Rubén Darío Pimentel*

El segundo editorial fue motivado por Bautista-Parra AM, *et al*, quienes presentan la «Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes tratados en el hospital SEMMA de Santiago».

El incremento del número de casos de síndrome metabólico es una de las causas de la expansión de la epidemia mundial de diabetes tipo 2 y de enfermedades cardiovasculares, según datos recientes de la Federación Internacional de Diabetes (FID). Las personas con el síndrome metabólico (20-25%) de la población mundial tienen una probabilidad tres veces mayor de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular y dos veces mayor de morir por estas causas que las personas que no lo padecen. Por otra parte, de los casi 200 millones de personas que sufren de diabetes en el mundo, 80 por ciento mueren de enfermedades cardiovasculares, por lo que identificar a las personas con síndrome metabólico es un imperativo moral, médico y económico que no se debe soslayar. El diagnóstico a tiempo de esta afección permitirá aplicar intervenciones tempranas para propiciar cambios a estilos de vida más saludables, así como tratamientos preventivos que impidan las complicaciones de la diabetes y de la enfermedad cardiovascular.

Debido al enorme impacto del síndrome metabólico sobre la salud pública, en los últimos años se han realizado importantes investigaciones que han llevado a avances en el conocimiento de este complejo síndrome. Sin embargo, las múltiples definiciones existentes provocan confusión e impiden comparar entre sí muchos de los estudios realizados. Esta situación llevó a la FID a elaborar una nueva definición universal de consenso presentada por la FID durante el Primer Congreso Internacional de Pre diabetes y síndrome metabólico, celebrado en Berlín, Alemania, en abril de 2005.

La última definición toma en cuenta tanto las particularidades clínicas como los más recientes resultados científicos y establece criterios diagnósticos aplicables en diferentes contextos. Además, ofrece parámetros adicionales para los estudios epidemiológicos y de investigación.

Según la FID, una persona padece el síndrome metabólico si además de obesidad centro abdominal presenta uno de los

siguientes signos:

1. Elevación de triglicéridos plasmáticos (≥ 150 mg/dL o 1,7 mmol/L) u observación de algún tratamiento específico para su control.
2. Bajas concentraciones plasmáticas de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) (< 40 mg/dL o 1,03 mmol/L en hombres y < 50 mg/dL o 1,29 mmol/L en mujeres u observación de algún tratamiento específico para su control.
3. Hipertensión arterial (presión sistólica ≥ 130 mm de Hg o diastólica ≥ 85 mm de Hg), u observación de un tratamiento con antihipertensivos.
4. Diagnóstico previo de diabetes tipo 2 o hiperglucemia en ayunas (glucosa ≥ 100 mg/dL o 5,6 mmol/L). En este caso se recomienda realizar la prueba oral de tolerancia a la glucosa, aunque no es imprescindible para diagnosticar este síndrome.

La obesidad centro abdominal se determina midiendo la circunferencia de la cintura y su diagnóstico depende del sexo y del grupo étnico a los que pertenece la persona (no al país de residencia). Se puede utilizar valores de corte aceptado por consenso a partir de los resultados obtenidos en diferentes estudios, aunque se espera que investigaciones futuras permitan encontrar valores asociados más estrechamente con el riesgo de sufrir del síndrome metabólico. Los valores de referencia actualmente aceptados se presentan en el cuadro 1.

Se recomienda emplear los valores aquí expuestos para los estudios epidemiológicos y diagnósticos en los diferentes grupos étnicos, independientemente del país en que se encuentran. De esta forma, los criterios recomendados para los japoneses serían empleados igualmente en Japón o en las comunidades japonesas que viven en el extranjero. Los valores de corte empleados en la actualidad para el diagnóstico de la obesidad centro abdominal en personas de diferentes grupos étnicos en los Estados Unidos de América son más elevados que los propuestos por la FID, sin embargo, estudios epidemiológicos futuros en poblaciones de origen europeo deben ayudar a definir la prevalencia del síndrome metabólico en europeos y estadounidenses según sus respectivos puntos de corte.

El grupo de consenso de la FID espera que esta nueva

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

definición —que subraya la importancia de la obesidad centro abdominal según el grupo étnico al que pertenece la persona— pueda ser adoptada en todo el mundo, tanto para su aplicación clínica como para estudios epidemiológicos. Esta medida podría acelerar el diagnóstico clínico de los casos de síndrome metabólico y la identificación de personas en mayor riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular o diabetes tipo 2. La adopción de una definición mundial posibilita comparar los datos obtenidos en diferentes estudios y ajustar esta definición a medida que se obtenga más información.

Cuadro 1. Valores de referencia para el diagnóstico de la

obesidad centro abdominal.

Grupo étnico	Sexo	Circunferencia de la cintura (cm)
Europeos ^a	Hombres	≥ 94
	Mujeres	≥ 80
Sudasiáticos ^b	Hombres	≥ 90
	Mujeres	≥ 80
Chinos	Hombres	≥ 90
	Mujeres	≥ 80
Japoneses	Hombres	≥ 85
	Mujeres	≥ 90
Sudamericanos y centroamericanos		Usar las recomendaciones para su población hasta lograr definiciones más específicas.
Poblaciones de África subsahariana		Usar las recomendaciones para europeos hasta lograr definiciones más específicas.
Poblaciones del mediterráneo oriental y islas del medio oriente		Usar las recomendaciones para europeos hasta lograr definiciones más específicas.

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.

TRABAJOS ORIGINALES

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.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA.

Yohan Manuel Jiménez Carvajal,* Kirsy Susana Ramírez Del Amparo,* Liceluz Valera Núñez.*

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal realizado en el Hospital General Regional Marcelino Vélez Santana con la finalidad de conocer la prevalencia de la enfermedad de Graves Basedow en pacientes atendidos entre julio 2007 y julio 2008.

Nuestro universo fue 708 pacientes que fueron atendidos en la consulta de endocrinología de nuestro centro, nuestra muestra fueron 18 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Graves para representar el 2.5% de la población objeto de estudio.

Encontramos que los pacientes tenían entre 14 y 53 años. El 94.4% eran mujeres y el 5.6% hombres.

El motivo de consulta más frecuente fue el bocio. El 15% tenía como comorbilidad la HTA. El exoftalmo fue la manifestación ocular más frecuente.

Palabras clave: Graves, bocio, prevalencia, hipertiroidismo.

ABSTRACT

It is a retrospective, descriptive, trasverse study carried out in the Hospital General Regional Marcelino Vélez Santana with de purpose of knowing the prevalencia of Graves Disease in patients assisted among july 2007 and july 2008.

Our universe was of 708 patients that were assisted in the consultation of Endocrinology of our center, our sample they were 18 patients with diagnostic of Graves disease, for represent the population's study object 2.5%

We find that patients had so much between 14 and 53 years old. 94.4% was feminine sex and 5.6% was masculine sex.

The reason of more frequent consultation was the goiter. 15% it has as comorbility HTA. The ocular manifestation more frequent was the Exophthalmus.

Key Words: Graves, Goiter, Prevalence, Hipertiroidism

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Graves es el epónimo, reconocido en todos los países anglosajones, dado al síndrome caracterizado por bocio difuso e hipertiroidismo. A Robert James Graves se le debe el reconocimiento y crédito por su prominente

* Médico general

posición en la descripción de esta patología. Graves describió tres casos de violentas y largas palpitaciones en femeninas, cada una con la misma peculiaridad presentó engrosamiento de la glándula tiroidea, lo cual fue el primer reporte de bocio difuso de esta época.

Carl Von Basedow en 1840 en Alemania describió: “exoftalmos causado por la hipertrofia del tejido celular de la órbita”. Esta es la primera descripción de la enfermedad que incluye la triada de exoftalmos, estroma ovárico y palpitaciones del corazón. Basedow se enfocó más en lo que son los cambios oculares e hizo del exoftalmos la característica principal de esta patología. Su descripción fue diseminada en el continente europeo, más bien en los países donde no habla inglés y la enfermedad se conoce como enfermedad de Basedow.

Cuarenta años después de la última descripción de la enfermedad de Graves, 1880, un médico denominado Ludwig Rehn practicó la primera tiroidectomía en un bocio tóxico difuso para posteriormente abrirse espacio al Dr. Moebius, en 1886, reconocer que el bocio exoftálmico es debido a la función excesiva de la glándula tiroideas. Años después de la primera tiroidectomía practicada por Ludwig, múltiples médicos aportaron sus participaciones tanto en el tratamiento médico como quirúrgico en los que son las innovaciones en este ámbito. En el año 1909 Kocher obtuvo el premio Nóbel por sus innovaciones en cirugía de tiroides y posteriormente en 1911 Marine propuso el tratamiento de la enfermedad de Graves con yodo en forma de solución de lugol.

Al principio de 1940 las drogas antitiroideas tiouracilos fueron descubiertas y Astwood las introdujo en el uso clínico del control de la tirotoxicosis. Al mismo tiempo científicos y médicos en Boston y en Berkeley empezaron a tratar pacientes tirotóxicos con radioyodo. Años después se iniciaron en el tratamiento moderno de la enfermedad de Graves.

El hito fundamental para el cambio conceptual fue en 1956, cuando se establece la primera y clara evidencia de anomalía inmunitaria en la enfermedad de graves; Adam y Purves, con un bioensayo en cobayos, detectaron en el suero una sustancia capaz de estimular la tiroides y con una acción más prolongada que la hormona estimulante de la tiroides (TSH); más tarde de denominó Estimulador Tiroideo de Larga Duración (LATSH por sus siglas en inglés). Fue en 1964 cuando se confirmó que se trataba de una inmunoglobulina de tipo IgG.

Recientemente, el 7 de abril del año 2008, el laboratorio estadounidense "Roche Diagnostics" anunció el lanzamiento del primer inmunoensayo totalmente automatizado para la determinación de anticuerpos del receptor de la hormona tiroestimulante (TSH). El ensayo, concebido para el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Graves, ha sido aprobado en Europa para su uso en sistemas Elecsys/cobas y de inmunoensayo de electroquimioluminiscencia.

La enfermedad de Graves o Bocio Tóxico Difuso es una enfermedad de la especie humana que desde que fue descrita por primera vez ha estimulado el estudio de científicos y clínicos. En su forma clásica está caracterizada por una excesiva producción de hormonas tiroideas y por un engrosamiento difuso de la glándula tiroides.

Esta patología está clasificada dentro de las enfermedades autoinmunes, de causa desconocida, siendo asociada a múltiples factores de riesgo divididos en 1) Predisponentes: herencias, raza, sexo femenino y edad entre 20 y 40 años y 2) Desencadenantes o ambientales: infecciones, estrés, irradiación, consumo de yodo en exceso o medicamentos a base de éste, tabaco, embarazo y postparto. Cuando varios de estos factores se cumplen en un individuo éste se hace susceptible de desarrollar la enfermedad.

Desde el punto de vista clínico la enfermedad de Graves se asocia a un desorden inflamatorio del ojo conocido como Oftalmopatía de Graves, característica patognomónica de la enfermedad. Otras manifestaciones características son la dermatopatía infiltrativa y aeropaquia tiroidea que aparece de forma ocasional.

El diagnóstico de la enfermedad de Graves en ocasiones es complejo pues sus manifestaciones pueden aparecer en otros padecimientos tiroideos, pero se puede diagnosticar clínicamente cuando el bocio difuso se acompaña de exoftalmos. Cuando no es así el diagnóstico se establece con la determinación de anticuerpos antitiroideos Antitiroglobulina (anti Tg) y antígeno microsomal (anti Tpo). Las pruebas complementarias son las pruebas de hormonas tiroideas, Gammagrafía tiroidea, Ultrasonido, Radiografía y TAC.

El diagnóstico de la enfermedad de Graves Basedow no excluye otras patologías tiroideas a menos que no se detecte en los pacientes anticuerpos circulantes que en el caso de Graves están aumentados.

El diagnóstico diferencial de la Enfermedad de Graves se hace con Bocio no Tóxico o simple, Tiroiditis de Hashimoto, Tiroiditis Subaguda, Parálisis tirotóxica periódica, Enfermedad Tirocardíaca, Hipertiroidismo Apático e Hipertiroxinemia Disalbuminémica Familiar.

El tratamiento de la enfermedad de Graves está dirigido hacia dos vertientes terapéuticas: tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. El objetivo de cada una de ellas es distinto. En el caso del tratamiento médico consiste en llevar al paciente a un estado eutiroideo basado en el control del hipertiroidismo. Los medicamentos empleados para tales fines son el Metimazol, Propiltiouracilo, yodo radioactivo y levotiroxina. En Estados Unidos, el yoduro de sodio es el tratamiento preferido para quienes rebasan los 21 años de

edad. En el caso del tratamiento quirúrgico el objetivo de la tiroidectomía en la enfermedad de Graves debe ser el control completo y permanente de la enfermedad, con morbilidad mínima relacionada con la lesión del nervio laríngeo recurrente o hipoparatiroidismo.

En Estados Unidos, la intervención quirúrgica se recomienda, cuando el yodo radiactivo está contraindicado, en los siguientes casos: a) pacientes con cáncer confirmado o nódulos tiroideos sospechosos; b) personas jóvenes; c) embarazadas o mujeres que desean concebir poco después del tratamiento; d) alergia a los medicamentos antitiroideos; e) grandes bocios que causan síntomas por compresión, y f) sujetos que rehúsan tratamiento con yodo radiactivo.

En cuanto al pronóstico el curso de la enfermedad de Graves es de remisiones y exacerbaciones durante un período prolongado a menos que se destruya la glándula mediante cirugía o con yodo radiactivo. Aunque algunos pacientes pueden permanecer eutiroideos por periodos largos después del tratamiento, muchos desarrollarán hipotiroidismo, por tanto está indicado el seguimiento por toda la vida en todo paciente con este padecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo realizado en el Departamento de Endocrinología del hospital General y regional Dr. Marcelino Vélez Santana, durante el periodo comprendido de julio de 2007 a julio de 2008.

El universo comprendió a todos los expedientes clínicos pertenecientes a los pacientes que acudieron a consulta en demanda de atención durante el periodo señalado. De éstos, a los que cumplieron con los criterios de inclusión, se les llenó un formulario de recolección de datos. Los datos obtenidos fueron tabulados en frecuencia simple.

RESULTADOS

Al concluir con esta investigación encontramos una frecuencia mayor de enfermedad de Graves Basedow en mujeres con 17 casos para un 94.4% y 1 caso en hombres para un 5.6%, datos que confirman las estadísticas mundiales acerca de que la enfermedad de Graves es predominante en mujeres.

La edad más afectada fue la comprendida entre 32-37 años con 5 casos para un 27.8%, seguida de las edades comprendidas entre 20-25 y 26-31 con 4 pacientes para un 22.2% cada una confirmando las estadísticas mundiales de que la edad más afectada es la comprendida entre 20-40 años. Las edades menos afectadas fueron las comprendidas entre 14-19, 38-43 y 50-53 años con 1 caso y un 5.6% cada una.

El bocio difuso fue la manifestación más frecuente encontrándose en 100% de los pacientes estudiados, seguida de la tirotoxicosis con 15 pacientes para un 83.3%, luego la oftalmopatía con 11 casos para un 61.1%. La manifestación que menos se presentó fue el mixedema con 2 pacientes para un 11.1%.

De las manifestaciones oculares debemos decir que no se presentaron en 6 pacientes para un 33.3% y de los que si las

tuvieron las más frecuentes fueron exoftalmos con 7 pacientes para un 38.9% y exoftalmos más lagrimeo con 2 pacientes para un 11.1%. En sentido global 11 pacientes manifestaron exoftalmos dentro de su grupo de manifestaciones oculares.

De los 18 pacientes estudiados 11 no referían hábitos tóxicos para un 61.1%, habían dos consumidores de café como único hábito para un 11.1%, los demás renglones todos con un caso para un 5.6% cada uno. Debemos mencionar de que los 18 pacientes 4 eran fumadores constituyendo el 22.2% de los casos siendo este un factor de riesgo importante de acuerdo a las estadísticas mundiales revisadas para este estudio.

Con respecto a las patologías asociadas que desarrollan estos pacientes encontramos que 10 no fueron afectados por ellas lo que constituye un 55.6%, 2 desarrollaron HTA y 2 HTA + infecciones recurrentes para un 11.1% cada una. Los demás renglones todos tenían un caso para un 5.6% cada uno es importante destacar que dentro de los renglones de comorbilidades, cuatro contenían la HTA como comorbilidad con un conglomerado de 6 pacientes. Las estadísticas mundiales establecen la HTA como una de la comorbilidad que más frecuentemente desarrollan los pacientes con enfermedad de Graves.

En lo referente a antecedentes familiares 8 pacientes para un 44.4% refirieron no tener ningún antecedente familiar, de los que si los tenían 4 eran de HTA para un 22.2%, 2 tenían antecedentes de HTA + DM para un 11.1%. Los que menos frecuencia tuvieron fueron HTA + ACV, HTA + Obesidad, DM y HTA + ACV +Hipercolesterolemia cada uno con 1 paciente para un 5.6% Debemos señalar que 9 de los pacientes tenían la HTA como un antecedente familiar a considerar, lo que concuerda con los autores consultados al respecto en este estudio, pues la HTA aparece dentro de los antecedentes familiares de mayor importancia en este grupo de pacientes.

De los métodos diagnósticos empleados vemos que los más frecuentes fueron Gammag + Hormonas tiroideas + Anti Tg + Anti Tpo con 8 pacientes para un 44.4%, seguida de Hormonas Tiroideas + Anti Tg + Anti Tpo con 7 pacientes para un 38.9%, lo menos frecuentes fueron Hormonas Tiroideas, Gammag + Horm. Tiroideas + Anti Tg y Gammag + Horm. Tiroideas + Anti Tg + Anti Tpo + PAAF cada una con 1 paciente para un 5.6%. De acuerdo a las estadísticas mundiales los anticuerpos son las pruebas más importantes y definitivas para el diagnóstico de Enfermedad de Graves y debemos decir que solo a uno de los pacientes no se le hizo prueba de anticuerpos.

No se registró ningún caso de mortalidad dentro de los 18 pacientes estudiados.

La prevalencia de la enfermedad de Graves en este estudio fue del rango de 7.3%.

Tablas

Prevalencia de enfermedad de GRAVES-BASEDOW		
Patología	Pacientes	Porcentaje
Enfermedad de Graves	52	7.3
Otras patologías Tiroideas	656	92.7
Totales	708	100.0

Fuente: Archivo del Hospital Marcelino Vélez

Frecuencia de enfermedad de Graves de acuerdo al grupo etario		
Grupo etario (años)	Pacientes	Porcentaje
14-19	1	5.6
20-25	4	22.2
26-31	4	22.2
32-37	5	27.8
38-43	1	5.6
44-49	2	11.1
50-53	1	5.6
Totales	18	100.0

Fuente: Archivo del Hospital Marcelino Vélez

Frecuencia de enfermedad de graves según el sexo		
Sexo	Pacientes	Porcentaje
Masculino	17	94.4
Femenino	1	5.6
Totales	18	100.0

Fuente: Archivo del Hospital Marcelino Vélez

Relación de factores epidemiológicos					
Factor	Presente	%	Ausente	%	Totales (%)
Herencia	3	16.7	15	83.3	100
Edad	14	77.8	4	22.2	100
Sexo	17	94.4	1	5.6	100
Infecciones	7	38.9	11	61.1	100
Yodo	8	44.4	10	55.6	100
Estrés	8	44.4	10	55.6	100
Tabaco	4	22.2	14	77.8	100
Embarazo (Postparto)	8	44.4	10	55.6	100

Fuente: Archivo del Hospital Marcelino Vélez

relación de manifestaciones características de enfermedad de graves					
Manifestación	Presente	%	Ausente	%	Total (%)
Bocio	18	100	0	0	100
Oftalmopatía de graves	11	61.1	7	38.9	100
Tirotoxicosis	15	83.3	3	16.7	100
Mixedema	2	11.1	16	88.9	100

Fuente: Archivo del Hospital Marcelino Vélez

Manifestaciones oculares		
Manifestación	Paciente	Porcentaje
Exoftalmos	7	38.3
Exoftalmos + Lagrimeo	2	11.1
Edema + Proptosis	1	5.6
Exoftalmos + Lagrimeo + Retracc + Escozor	1	5.6
Exoftalmos + Retracc + Edema + HT Ocular	1	5.6
Ninguno	6	33.3
Total	18	100.0

Fuente: Archivo del Hospital Marcelino Vélez

Relación de métodos diagnósticos empleados		
Métodos	Paciente	Porcentaje
Hormonas Tiroideas	1	5.6
Hormonas Tiroideas + Anti Tg + Anti Tpo	7	38.9
Grammag + Horm. Tiroideas + Anti Tg	1	5.6
Grammag + Horm. Tiroideas + Anti Tg + Anti Tpo	8	44.4
Grammag + Horm. Tiroideas + Anti Tg + Anti Tpo + Paaf	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: Archivo del hospital Marcelino Vélez

Frecuencia de manifestaciones clínicas		
Manifestaciones	Paciente	Porcentaje
Tiroideas	2	11.1
Oculares + Tiroideas	2	11.1
Oculares + Tiroideas + Cardiovasculares	3	16.7
Tiroideas + Piel y Anexos	2	11.1
Oculares + Tiroideas + Piel y Anexos + Cardiov.	2	11.1
Tiroideas + cardiovasculares + Piel y Anexos	1	5.6
Tiroideas + Cardiovasculares	1	5.6
Tiroideas + Cardiovasculares + Gastrointestinales	1	5.6
Oculares + Tiroideas + Cardiovasculares + Metabol.	1	5.6
Oculares + Gastrointestinales + Tiroideas + Hematop.	1	5.6
Oculares + Tiroideas + Cardiov. + Gast. + Neurom. + Metabol.	1	5.6
Oculares + Tiroideas + Piel y Anexo + Cardiov. + Hematop.	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: Archivo del hospital Marcelino Vélez

DISCUSIÓN

La enfermedad de Graves es una entidad clínica que cuando no se tiene un amplio y adecuado conocimiento del funcionamiento y la fisiología de la glándula tiroidea puede convertirse en una patología de difícil diagnóstico debido al amplio y variado número de síntomas que puede presentar el paciente.

Esta patología puede presentarse tanto en sexo femenino como en sexo masculino con una mayor prevalencia en mujeres en edad reproductiva. La enfermedad de Graves constituye una patología limitante socialmente debido al malestar clínicamente significativo que produce en el individuo.

Existe evidencia de que la enfermedad de Graves forma parte del grupo de enfermedades genéticas multifactoriales, por interacción de un componente poligénico y otro ambiental, de tal forma que personas predispuestas genéticamente (sobre todo mujeres), después de exponerse a factores precipitantes o desencadenantes (infecciones bacterianas, virales, stress, yoduros, radiaciones etc.) se rompe la tolerancia inmunológica y se inicia al proceso autoinmune.

El diagnóstico de la enfermedad de Graves en principio es complejo pues sus manifestaciones pueden aparecer con otros padecimientos tiroideos, pero se puede diagnosticar clínicamente cuando el bocio difuso se acompaña de exoftalmos. Cuando no es así el diagnóstico se establece con la determinación de anticuerpos antitiroideos Antitiroglobulina y Antígeno microsomal, sin olvidar que el diagnóstico de Enfermedad de Graves Basedow no excluye otras patologías tiroideas a menos que no se detecte en los pacientes anticuerpos circulantes que en el caso de Graves están aumentados.

REFERENCIAS

1. Woeber K. Update on the management of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Arch Intern Med* 160; 2000: 1067-73.
2. Alsanea O, Clark OH., Treatment of Graves disease: The Advantage of Surgery. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2000; 29: 321-37.
3. Ginsberg J. Diagnosis and Management of Graves. *CMAJ* 2003; 168 (supl 5): 175-185.
4. Francis S., Greespan D, Gardner G. *Endocrinología Básica y Clínica*, 6ª ed, 2005.
5. Streetman D, Khanderia U. Diagnosis and Treatment of Graves disease. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2003; 37 (supl 7): 1100-1109.

INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS DE 0-14 AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE LA CLÍNICA RURAL PERALVILLO.

Ricardo N. Ravelo D., María C. Encarnación B., Eliezer Heredia, Ingrid J. Frías B., Víctor M. Santana Z.

RESUMEN

Con el propósito de investigar la incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en la clínica rural Peralvillo durante el periodo Julio – Diciembre 2007 en niños que acuden a la consulta de 0-14 años se realizó un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo. El grupo más afectado según la edad fue menor de 1-4 años con 436 casos (46%). El sexo más afectado fue el masculino con 493 casos (52.5%). Así también el mes en que más casos se reportaron fue Diciembre con 206 casos (21.9%) y de los 2579 niños que asistieron entre Julio – Diciembre 2007 a la consulta solo 940 pacientes (36.5%) acudieron por IRA.

Palabras claves: infecciones respiratorias agudas, incidencia en niños.

ABSTRACT

In order to investigate the incidence of acute respiratory infections (ARI) in rural clinics Peralvillo during the period July to December 2007 in children attending the consultation of 0 – 14 years were studied for a descriptive, analytical and retrospective. The group most affected by age was less than 1-4 years with 436 cases (46.4%). Sex was the most affected with 493 male cases (52.5%). So also the month that more cases were reported in December with 206 cases (21.9%) and the 2579 children who attended from July to December 2007 for consultation only 940 patients (36.5) went to the IRA. Key words: acute respiratory infections

Key Word: Acute respiratory infections, incidence, children.

INTRODUCCIÓN

Es una época donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben mayor atención de la comunidad científica, por causa de una enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las infecciones respiratorias agudas se mantiene como un grupo importante de afecciones con una alta movilidad y una baja mortalidad pero estas infecciones representan conjuntamente con las enfermedades diarreicas aguda y la malnutrición una de las principales causas de muerte infantil. Las enfermedades

agudas del aparato respiratorio se presentan en su inmensa mayoría como infecciones por lo cual en la actualidad se prefiere referirse a ellas como infecciones respiratorias agudas (IRAÇ). Las iras son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan cualquier punto de las vías respiratorias y se describen las entidades nosológicas de acuerdo del lugar donde predominan los síntomas. Para la mayoría de los países en desarrollo, en la región de las Américas, el control de los problemas de salud, en particular las IRA ha adquirido gran importancia. De acuerdo con los estudios comunitarios realizados en la población infantil de diferentes países, se ha demostrado que extremadamente frecuente son las IRA en esas edades.

Como promedio cada niño de 4 a 8 episodios de infección respiratoria en un año. Muchas de estas infecciones afectan el tracto respiratorio inferior durante los primeros 5 años de vida. De este modo las IRA se han transformado en unos de los principales problemas de salud que los países deberán enfrentar. América según estimaciones de los últimos años de la década de los 80 y principios de los noventa, en las Américas se registran más de 100,000 defunciones anuales de menores de 1 año por IRA. Casi el 90% de las muertes se deben a la neumonía, y el 99% o más se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe. La situación refleja grandes diferencias entre países, ya que alrededor del 85% de las defunciones por IRA ocurren en cinco de ellos: Brasil (40%), México (19%), Perú (14%), Bolivia (7%) y Haití (5%). En la década de los 90 la tasa de mortalidad infantil por Neumonía e influenza fue de 14,8 y 20,9 por 100,000 nacidos vivos en Canadá y Estados Unidos, respectivamente; tuvo valores entre 100 y 200 en Argentina, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico, Uruguay; en Colombia, Chile, República Dominicana y Venezuela oscilaron entre 200 y 500, y el resto tuvieron valores superiores a 500 por 100,000, llegando a superar los 2,000 por 100,000 llegando a superar los 2,000 por 100,000 en Bolivia, Haití y Perú. Aunque débil, en 1990 se observó un descenso en casi todos los países de la tasa de mortalidad por estas enfermedades. Se destaca además que el descenso anual promedio más alto de la región es el que se registró en Cuba, siendo su valor de 9%. (OPS, 1994).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo analítico, retrospectivo y transversal cuyo propósito es analizar los datos arrojados por el Informe Semanal de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI) y el libro de consulta sobre las IRA. El universo conformado por 1649 de pacientes los cuales asistieron a la consulta donde la muestra quedo constituida por 940 niños los cuales asistieron a la consulta por IRA durante Julio – Diciembre 2008. El entorno de este estudio fue la Clínica Rural de Peravillo institución sin fines de lucro que pertenece al área 0 de salud de la Secretaria de Estado de Salud Pública y asistencia Social. Luego de recolectada la información se precedió a su análisis e interpretación.

RESULTADOS

De 1639 niños que asistieron a la consulta de clínica rural Peravillo de Monte Plata 940(3.5%) fueron diagnosticado como infecciones respiratoria aguda, el grupo etareo de mayor preponderancia correspondió al de 1-4 años con 436 caos (46.4%) cuadro 1. El sexo más afectado correspondió al masculino 493 casos (52.5%). La mayor cantidad de casos se presentaron en el mes de septiembre con 204 casos (21.7%) cuadro 2.

Cuadro 1. Distribución según grupo de edad de pacientes diagnosticado como infección respiratoria aguda.

Edad (años)	No. Casos	%
< 1	226	24
1-4	436	46.4
5-14	278	29.6
Total	940	100

Fuente: Directa

Cuadro 2. Incidencia de ira según los meses de estudio.

Mes	No. Casos	%
Julio	118	12.6
Agosto	143	15.2
Septiembre	204	21.7
Octubre	178	18.9
Noviembre	91	9.7
Diciembre	206	21.9
Total	940	100

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

Las infecciones respiratorias agudas representan una alta causa de morbilidad y una baja mortalidad en los países desarrollados no siendo esto igual en los países en desarrollo donde representa casi la tercera causa de muerte infantil. De

todas las infecciones las de las vías respiratorias son las más frecuentes tanto en los países desarrollados como en el resto del mundo. En nuestro estudio la incidencia de infecciones respiratorias Agudas tuvo un comportamiento estacional siendo más frecuente como en otros estudios en los meses de otoño e invierno y también siendo el grupo más afectado los del sexo masculino y los menores de 5 años. La incidencia de IRA en este estudio fue de 47 casos por cada 100 lo que indica que es una de las principales causas de consultas infantiles en este centro. Aunque nuestros estudios difieren con otros realizado en cuanto a que el grupo más afectado es el 1-4 años y no el menor de 1 año que fue el que menos casos reporto en todo el estudio.

CONCLUSIÓN

La incidencia de IRA en los niños de 0-14 años que asistieron a la Clínica rural de Hato Nuevo de Julio – Diciembre 2007 fue de 36.47%.

La incidencia de IRA según la edad fue de niños menor de 1 año 24%; en niños de 1-4 años de 46.38% y en niños de 5-14 años de 29.57%.

La incidencia de IRA según el sexo fue de 52.45% en el sexo masculino y de 47.55% en el sexo femenino.

La incidencia de IRA según los Meses de estudio fue la siguiente: Julio 12.55%; Agosto 15.21%; Septiembre 21.70%; Octubre 18.96%; noviembre 9.68%; Diciembre 21.91%.

REFERENCIAS

1. Abreu Suarez G. Infecciones Respiratorias Agudas. Rev. Cubana Med.Gen. Integr. 1999; 7 (2): 129-40.
2. Revirón RW, Rojo I. González P. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba. Ev. Cubana Hig.Epidemiol. 1999; 24 (3): 279-89.
3. Batista Moliner R, Feal Cañisares P. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. Resumed 1998; 11(2): 63-69.
4. González Ochoa, E. Metodología para un estudio epidemiológico sobre infecciones respiratorias agudas. Rev. Cubana Med. Trop. 1999; 44 (2): 83-91.
5. Benquiqui Y. Prioridades en la salud infantil. Noticias sobre IRA 1998-1999: 25 (2): 2-6
6. González Ochoa< E. Morbilidad atendida y real por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Rev Cubana Hi.g/Epidemiol. 1999; 34 (1): 5-14.
7. Mulholland L, Weber M. Reconocimiento de causa y síntomas de la neumonía. Noticias sobre IRA, 1998; 25 (2): 3-4.
8. Prieto Herrera, ME. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000; 16 (2): 160-164.
9. Fernández Salgado M, Rubio Batista, J. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas

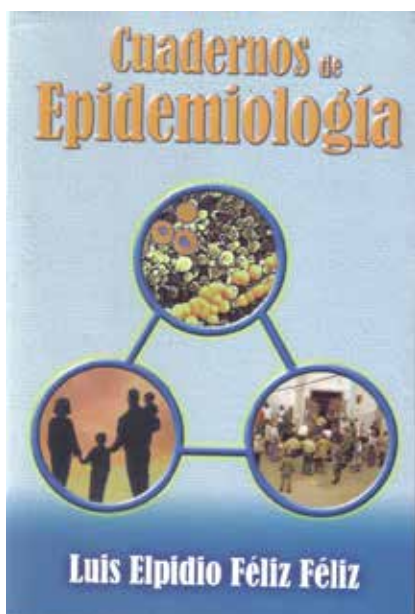
- en el niño. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 1999; 6(3): 400-8.
10. OPS/OMS. Infecciones respiratorias agudas. Publicación científica #502. Washington. Noticias sobre IRA 2000; #89.
 11. Villa V. Tomkins A, Bonghesi A, Migliori GB. Determinants of child nutrition and mortality in north West Uganda. Bull World Health Organ 200; 70(5): 637-43.
 12. Vazquez Gasibay, E. The nutritional status of the child entering the Nuevo Hospital de Guadalajara. México. Bol. Med. Hosp. Infant. And their weight and illness during the first two years of life. BMJ, 1999; 308 (6892): 1572-6.

Esperamos su colaboración y opinión

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

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

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.

CONOCIMIENTOS, APTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DEL ABORTO EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DEL LICEO ARGENTINA MARÍA MATEO LARA, SANTO DOMINGO ESTE.

Juan J. Evangelista,* Richard Medina Ulerio,* María E. Rodríguez,*
 Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Se trata de un estudio transversal, prospectivo y descriptivo de auto encuesta que se llevó a cabo en el liceo secundario Argentina María Mateo Lara, durante los meses de diciembre de 2007 y febrero de 2008. En dicho liceo, habían inscripto, 1 055 estudiantes, de los cuales, 657 eran mujeres adolescentes. Se escogió una muestra de 200 de éstas. Un total de 8 (4,0%) era adolescentes precoz (10-13 años), 101 (50,5% adolescentes medio) y 91 (45,5%) adolescentes tardíos (17-19 años).

El conocimiento, las aptitudes y las prácticas acerca del aborto que tienen las adolescentes, fue deficiente. Con la relación al embarazo, 4,5 por ciento respondieron afirmativamente, pero 19,5 por ciento no conoce la edad en que debe quedar embarazada. Aproximadamente un 7,0 por ciento respondió que antes de los 13 años había tenido relaciones sexuales. Más de la mitad no conoce los anticonceptivos, y 4,0 por ciento no mostró interés en conocerlo. Las adolescentes creen que la causa del aborto se debe a: falta de orientación de los padres y maestros, falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos y rechazo de la sociedad. Siendo más significativa la falta de orientación de padres y maestros. Un 53,5 por ciento piensa que la decisión de abortar corresponde a la pareja, pero 11,5 por ciento cree que esta decisión corresponde a los padres y a los amigos.

Las adolescentes entrevistadas mostraron una aptitud negativa con relación al aborto, mayor a medida que se incrementaba la edad. Llama la atención que el grupo precoz fue el que mostró la mejor aptitud. La aptitud de los grupos según las condiciones sociodemográficas, procedencia del Distrito Nacional, católicas, que trabajan y con parejas, favorecen significativamente más la práctica del aborto.

En relación a la práctica, en general, sólo 14,0 por ciento se practicaría un aborto, si conociera las consecuencias que puede provocar practicárselo, pero 31,0 por ciento está de acuerdo con el aborto terapéutico.

Finalmente, se concluye que la deficiencia de conocimiento, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes sobre el aborto, constituyen un problema común, con consecuencias graves sobre la salud y su situación social y las familias, así como sobre la población en general.

Palabras claves: conocimientos, aptitudes, practicas, aborto, adolescentes, estudiantes.

ABSTRACT

One is a prospective study and descriptive of survey it interviews, cross-sectional that was carried out in the secondary grammar school Argentina Maria Mateo Lara, during the month December 2007 and February 2008. In this grammar school, there were new recruit, 1,055 students, out of, 657 were adolescent women. A sample of 200 of these was chosen. A total of 8 (4.0%) was adolescent precocious (10-13 years), 101 (adolescent 50.5% means) and 91 (45.5%) adolescent late crops (17-19 years). The knowledge, the attitude and the practices about the abortion that have the adolescents, were deficient. With the relation to the pregnancy, 4.5 percents responded affirmatively, but 19.5 percents do not know the age in which they were be pregnant. Approximately a 7.0 percent responded that before the 13 years they had sexual relations. More than half does not know the contraceptives, and 4.0 percents did not show interest in knowing it. The adolescents think that the cause of the abortion is: lack of direction of the parents and teachers, lack of knowledge on the use of contraceptives and rejection of the society. Being more significant the lack of direction of parents and teachers. A 53.5 percent thinks that the decision to abort corresponds to the pair, but 11.5 percents think that this decision corresponds to the parents and the friends. The adolescents interviewed showed a negative attitude in relation to the abortion, greater as the age was increased. We should teach that the precocious group were the one that showed the best attitude. The attitude of the groups according to the social democracy, origin of the District National, catholic conditions, that work and with pairs, favors significantly plus the practice of the abortion. In relation to the practice, in general, only 14.0 percents would practice an abortion, if it knew the consequences that can cause to practice it to it, but 31.0 percents are in agreement with the therapeutic abortion. Finally, one concludes that the deficiency of knowledge, attitudes and practices that have the adolescents on the abortion, constitute a common problem, with serious consequences on the health and its social situation and the families, as well as on the population in general.

* Médico general

** Pediatra neumólogo, MHP.

Key word: knowledge, attitude and practices about the abortion, adolescents, students.

INTRODUCCIÓN

La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, no es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. La opción que se abre más frecuentemente es: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido. Esta decisión tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades.

El Fondo de las Naciones Unidas para actividades en Materia de Población calcula que la población mundial nacen 250 habitantes cada minuto, 320 mil cada día y más de 120 millones todos los años, y que el 90,0 por ciento de este crecimiento tiene lugar en los países en desarrollo. Las consecuencias de crecimiento demográfico ininterrumpido e incontrolado pueden ser devastadoras.

Las repercusiones son no sólo económicas sino, también sociales, ecológicas, políticas y médicas. Los países menos desarrollados viven bajo gobiernos que no presentan apoyo a los programas de planificación familiar o no disponen de políticas para reducir el crecimiento de la población. La gravedad de la situación en materia de población queda muy bien reflejada en las últimas palabras del desaparecido Rafael Salas, Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para actividades en Materia de Población, en su informe sobre el Estado de la Población Mundial en 1987: «Por encima de los cinco mil millones, el camino no viene dado ni por el azar ni por un destino inmutable. Un camino lleva hacia un equilibrio entre la naturaleza y el hombre que crece un futuro para salvaguardar a las sucesivas generaciones. El otro conducirá a dificultades que pueden degenerar en desastres si la disminución de la fecundidad se aplaza demasiado tiempo. Sólo una decidida combinación de profunda motivación personal e energética voluntad política puede inspirar la elección.»

Normalmente la gente piensa en la planificación familiar como medio para evitar los nacimientos. Hasta hace bien poco no hemos empezados a darnos cuenta que la planificación de la familia también salva vidas, las de las mujeres y los niños. El argumento sanitario se ha incorporado como una nueva e importante dimensión a las necesidades de planificación familiar. De los datos recogidos en todo el mundo se ha llegado a conclusiones que muestran que, por razones biológicas y sociales, el riesgo de enfermedad o muerte materna e infantil es más alto cuando las madres son demasiado jóvenes o demasiado

mayores, y cuando los embarazos son demasiado numerosos seguidos. Hoy en día se han establecido científicamente cuáles son las condiciones más seguras para el embarazo.

En República Dominicana las mujeres, particularmente las adolescentes, recurren con frecuencia al aborto como un mecanismo de evitar los nacimientos. A pesar de que el aborto está restringido legalmente. Se han hecho diversos estudios que reportan que las mujeres no están bien informadas acerca de la práctica del aborto y las consecuencias que estos producen.

Conocer el conocimiento, actitudes y prácticas del aborto en adolescentes dominicanas, permitirá desarrollar programas educativos que disminuirían las repercusiones no sólo económicas sino, también sociales, ecológicas, políticas y médicas.

Antecedentes

Ninguna mujer desea pasar por un procedimiento de interrupción del embarazo. Sin embargo miles de mujeres en el mundo deciden someterse a uno de estos procedimientos, a pesar de todo y por encima de cualquier obstáculo, incluido el poner en riesgo su propia vida

La recurrencia al aborto puede ser en muchas ocasiones el único y último recurso para muchas mujeres ante un embarazo no deseado o no previsto, ya sea debido a barreras legales, socioculturales, institucionales o de otra índole. El Recurso al aborto depende de realidades sociales particulares de cada país, de su situación legal, del acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, de las condiciones materiales y culturales, de las expectativas de vida de las mujeres. Depende, asimismo, de los obstáculos que ellas enfrentan para ejercer de manera libre su sexualidad y maternidad y, por tanto, sus derechos sexuales y reproductivos. La interacción entre la lógica determinada socialmente y la lógica de las acciones individuales es aún un tema que requiere ser abordado con mayor rigor y profundidad.

Como han mostrado diversos autores, el aborto inducido es una práctica ancestral y generalizada que se ha observado en todos los países, contextos rurales y urbanos, estratos pobres y ricos, entre mujeres casadas y no casadas o de distintas edades y en momentos diferentes de su vida reproductiva. En un artículo sobre la situación mundial de las mujeres que se han practicado un aborto inducido se señala que su incidencia puede variar, de acuerdo con la edad, el estado conyugal, el nivel educativo, el grupo socioeconómico al que éstas pertenezcan y con la región rural o urbana donde habita.

Con base en la revisión de 300 estudios publicados de 1985 a 2002, Shah y Ahman analizaron el perfil de las mujeres que han recurrido al aborto, de acuerdo con su edad. Encontraron que de los 3.7 millones de abortos inseguros que se estima hubo durante el año 2000 en América Latina y el Caribe, la mayor proporción correspondió a mujeres de 20 a 24 años (29%), la cual descendió a medida que aumentaba la edad. La tasa de aborto fue de 43 por cada mil mujeres de 20 a 24 años y de 41 de las que tenían de 25 a 29 años; disminuyó en 28 por cada mil en las mujeres de 30 a 34 años, fue de 21 por cada

la entrevista.

4. Estar presente el día de aplicación del cuestionario.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

1. Estudiantes mayores de 20 años.
2. Sexo masculino.
3. Ausente el día de la entrevista.

Criterios definitorios

Se tomó como criterios de adolescente el señalado por las normas nacionales de Atención de la SESPAS, que define como adolescente «Toda persona con edades comprendidas entre 10 y 19 años inclusive».

Los adolescentes pueden clasificarse en:

1. Precoz (10-13 años)
2. Medio (14-16 años)
3. Tardío (17-19 años)

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 200 mujeres adolescentes.

El informante blanco del presente estudio fue las estudiantes adolescentes. Los cuestionarios fueron administrados en forma de auto cuestionarios.

Método

El método consistió en el llenado de las autoencuestas en el liceo Argentina María Mateo Lara, fue responsabilidad de las sustentantes. El proceso de autoencuesta tuvo lugar en el mes de febrero de 2008.

Tabulación

Para la tabulación de los datos se utilizó programas de computadora *Microsoft Word*:

Análisis

Las informaciones obtenidas a partir del presente estudio, fue 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.

Aspectos éticos

Las adolescentes 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

Características generales

En el Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, habían inscripto, 1 055 estudiantes, de los cuales, 657 eran mujeres adolescentes.

De 200 adolescentes estudiantes de secundaria sometidas a una auto encuesta, con fines de medir los conocimientos, aptitudes y prácticas acerca del aborto, 8 (4,0%) eran adolescentes precoz (10-13 años), 101 (50,5% adolescentes medio) y 91 (45,5%) adolescentes tardíos (17-19 años) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las adolescentes participantes según grupos de edades. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Grupos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
10-13	8	4,0
14-16	101	50,5
17-19	91	45,5
Total	200	100,0

Fuente: Encuesta directa.

Conocimiento

En la tabla 2 La mayoría, con un total de 161 (80,5%) conoce la edad óptima en que una mujer puede quedar embarazada siendo la más frecuente las adolescentes media 79 (19,5%).

Tabla 2. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año) según el conocimiento de edad optima para quedar embarazada. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimientos	Grupo de edad (años)			Total %
	Precoz 10-13	media 14-16	tardía 17-19	
¿Conoce usted la Edad optima para quedar embarazada				
Sí	7	79	75	161 (80.5%)
No	1	22	16	39 (19.5%)

En la tabla 3. Las que mejor conocimiento 150 (75,0%) tienen en este sentido son las adolescentes media 79 (39,5%).

Tabla 3. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según el conocimiento de anticonceptivo. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimientos	Grupo de edad (años)			Total %
	Precoz 10-13	media 14-16	tardía 17-19	
¿Conoce los anticonceptivos?				
Sí	0	79	13	150 (75.0%)
No	8	22	78	50 (25.5%)

En la tabla 4. Las adolescentes piensan que las causas del aborto en ellas son: Falta de orientación padres y maestros, 110 (52,5%); falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos, 41 (20,5%); rechazo de la sociedad a las adolescentes embarazadas, 49 (24,5%).

Tabla 4. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según el conocimiento sobre la causa del aborto. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimientos	Grupo de edad (años)			Total %
	precoz 10-13	media 14-16	tardía 17-19	
Causas de aborto en adolescentes				
Falta de orientación padres y maestros	4	60	46	110 (55.0%)
Falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos	2	12	27	41 (20.5%)
Rechazo de la sociedad a las adolescentes embarazadas	2	28	19	49 (24.5%)

X²= 14,8231;

Tabla 5. Según el conocimientos que tienen las adolescentes, una mujer puede quedar embarazada si tiene relación sexual una semana antes de la menstruación en 58 (29,0%); durante la menstruación, 76 (38,0%) y, 15 días después de la menstruación, 40 (20,0%).

Tabla 5. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según el conocimiento de fecha de posible embarazo. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimientos	Grupo de edad (años)			Total %
	precoz 10-13	media 14-16	tardía 17-19	
Fecha de posible embarazo				
Una semana antes de la menstruación	6	27	25	58 (29.0%)
durante la menstruación	1	48	27	76 (38.0%)
15 días después de la menstruación	1	26	39	66 (33.0%)

X²= 14,8231;

Tabla 6. Finalmente, 176 (88,0%) conoce las consecuencias perjudiciales de practicarse un aborto: 100,0 por ciento para la adolescencia precoz; 41,0 por ciento para las medias y, 43,0 por ciento para la tardía. Las respuestas sobre el conocimiento acerca del aborto fue menor según grupos de edades, religión católica, y procedencia del interior, comparado con las adolescentes que tenían parejas o trabajaban.

Tabla 6 Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según el conocimiento sobre la consecuencia del aborto. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

conocimientos	Grupo de edad (años)			Total %
	precoz 10-13	media 14-16	tardía 17-19	
¿Sabes qué consecuencia tiene el aborto?				
Sí	8	82	86	176 (88.0 %)
No	0	19	5	24 (12.0%)

X²= 14,8231;

Tabla 7. Cuando se indago sobre el embarazo las adolescentes del Distrito y Santo Domingo son las que más conocimientos tienen sobre la edad que deben embarazarse con un total 123 (61,5%) contra las del interior. Mientras que la católica tienen un total de 85 (42,0%) contra las no católica

76 (33.0%) y las que trabajan 65 (32.5%) contra las que no trabajan 96 (48.0%).

Tabla 7. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según el conocimiento sobre la edad óptima para quedar embarazada. Liceo Secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

conocimiento/ variable	Procedencia		Religión Católica		Trabajo	
	D/S*	Interior	Sí	No	Sí	No
¿Conoce usted edad óptima para quedar embarazada?						
Sí	123	38	85	76	65	96
No	33	6	28	11	13	26

* Distrito Nacional/Santo Domingo

Tabla 8. En cuanto a los anticonceptivos Las del Distrito y Santo Domingo con un total 64 (32.0%) contra 28 (14.0%). Católica 60 (30.0%) contra 32 (16.0%). trabajan 22 (11.0%) contra 68 (34.0%) no trabajan.

Tabla 8. Relación de las adolescentes encuestadas según conocimientos que tienen sobre lo anticonceptivo según su procedencia, religión, y trabajo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

conocimiento/ variable	Procedencia		Religión Católica		Trabajo	
	D/S*	interior	Sí	No	Sí	No
¿Conoce los anticonceptivos?						
Sí	64	28	60	32	22	68
No	78	30	80	28	41	67

* Distrito Nacional/Santo Domingo

Tabla 9. En cuanto a la causa del aborto. La más frecuente fue falta de orientación padres y maestro con un total de 79 (34.5%) para las del distrito y Santo Domingo contra 31 (15.5%). Y católica 67 (33.5%) contra no católica 43 (21.5%) trabaja 18 (9.0%) contra 92 (46%) que no trabajan.

Tabla 9. Relación de las adolescentes encuestadas según conocimientos que tienen sobre el aborto según su procedencia, religión, y trabajo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimiento/ variable	Procedencia		Religión Católica		Trabajo	
	D/S*	interior	Sí	No	Sí	No
Causa de aborto en adolescentes						
Falta de orientación padres y maestros	79	31	67	43	18	92
Falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos	35	10	27	18	12	33
Rechazo de la sociedad a las adolescentes embarazadas	29	16	31	14	18	27

Distrito Nacional/Santo Domingo

Tabla 10. Según el conocimiento las adolescentes una mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales una semana antes de la menstruación 36 (18.0%) del Distrito y Santo Domingo, contra 22 (11.0%) del interior. Las que son católica 31 (15.5%) contra las no católicas 27 (13.5%), las que trabajan 23 (11.5%) contra las que no trabajan 35 (17.5%). Las que creen que durante la menstruación 42 (21.0%) del Distrito y Santo Domingo contra 34 (17.0%) del interior, las católicas 40 (20.0%) contra 36 (18.0%) no católica, las que trabajan 25 (17.5%) contra las que no trabajan 51 (25.5%). Las que acertaron que es 15 días después la menstruación 44 (22.0%) para el Distrito y Santo Domingo contra 22 (11.0%), del interior; las católicas 39 (19.5%) contra 27 (13.5%) no católica. las que tienen trabajo 14 (7.0%) contra 52 (26.0%).

Tabla 10. Relación de las adolescentes encuestadas según conocimientos que tienen sobre posible fecha de embarazo según su procedencia, religión, y trabajo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

conocimiento/ variable	Procedencia		Religión Católica		Trabajo	
	D/S*	Interior	Sí	No	Sí	No
Fecha de posible embarazo						
Una semana antes de la menstruación	36	22	31	27	23	35
durante la menstruación	42	34	40	36	25	51
15 días después de la menstruación	44	22	39	27	14	52

* Distrito Nacional/Santo Domingo

Tabla 11. Sobre las consecuencias las del Distrito y Santo Domingo 135 (67.5) contestaron positivo contra 41 (20.5%) del interior, las católicas 107 (53.5%) contra 69 (34.5%) para las que tienen trabajos y un total de 11 (5.5%) para las que tienen parejas contra 13 (6.5%) que no tienen parejas.

Tabla 11. Relación de las adolescentes encuestadas según conocimientos que tienen sobre la consecuencia del aborto según su procedencia, religión, y trabajo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

conocimiento/ variable	Procedencia		Religión		Trabajo	
	D/S*	Interior	Sí	No	Sí	No
¿Sabes qué consecuencia tiene el aborto?						
Sí	135	41	107	69	51	125
No	17	7	14	10	9	15

* Distrito Nacional/Santo Domingo

Tabla 12. Cuando se investigo sobre cuál es la edad optima para quedar embarazada un total de 50 (25.0%), para 1^{ro} de bachiller; 37 (18.5%) para 2^{do}; 34 (17.0%) para 3^{ro} y 40 (20.0%) para las de 4^{to}.

Tabla 12. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de escolaridad según el conocimiento sobre la edad optima para quedar embarazada. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimiento/ Variable	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Conoce usted la edad óptima para quedar embarazada					
Sí	50	37	34	40	161 (80.5%)
No	7	10	9	9	39 (19.5%)

X²= 14,8231

En la tabla 13. Sobre si conoce los anticonceptivos un total de 37 (18.0%) para 1^{ro}; 32 (16.0%) para 2^{do}; 40 (20.0%) para la de 3^{ro} y 45 (22.5%) para las de 4^{to}.

Tabla 13. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de escolaridad según su conocimiento de los anticonceptivos. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimiento/ variable	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Conoces los anticonceptivos?					
Sí	37	32	40	45	150 (75.0%)
No	23	12	10	5	50 (25.0%)

X²= 14,8231

En la tabla 14. Con respecto a la causa del aborto en las adolescentes la más acertada fue falta de orientación de padres y maestros con 32 (16.0%) para 1^{ro} de bachiller; 27 (13.5%) para 2^{do}; 23 (11.5%) para 3^{ro}; 28 (14.0%) para 4^{to} de bachiller, para un total de 110 (55.0%).

Tabla 14. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de escolaridad según la causa de aborto. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimiento/ Variable	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Cuál tú crees que es la causa del aborto en las adolescentes?					
Falta de orientación padres y maestros	32	27	23	28	110 (55.0%)
Falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos	10	12	11	19	41 (20.5%)
Rechazo de la sociedad a las adolescentes embarazadas	16	11	15	7	49 (24.5%)

X²= 14,8231

En la tabla 15. Cuando se indago el conocimiento en que una mujer puede quedar embarazada, la más frecuente fue durante la menstruación con un total para 1^{ro} de 29 (14.5%); para 2^{do} de 20 (10.0%); para 3^{ro} de 16 (8.0%); y para 4^{to} de 12 (6.0%).

Tabla 15. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de escolaridad y conocimiento según una mujer puede quedar embarazada si tiene relación sexual. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimientos/ variable	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Según tus conocimientos una mujer puede quedar embarazada si tiene relación sexual?					
Una semana antes de la menstruación	23	12	14	7	58 (29.0%)
durante la menstruación	29	20	16	12	76 (38.0%)

X²= 14,8231

En la tabla 16. Por último sabes la consecuencia que trae el aborto un 42 (21.0%) para 1^{ro} de bachiller; 38 (19.0%) para 2^{do}; 38 (19.0%) para 3^{ro}; y 46 (23.0%) para 4^{to} de bachiller.

Tabla 16. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de escolaridad según la consecuencia de aborto. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Conocimientos/ variable	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Sabes qué consecuencia trae el aborto?					
Sí	42	38	38	46	176 (88.0%)
No	7	5	10	3	24 (12.0%)

X²= 14,8231

Aptitudes

En la tabla 17. Se presenta la distribución de las adolescentes entrevistadas según fueran precoz, medio y tardía. Cuando se indagó acerca de que si le gustaría tener más conocimientos sobre el aborto, 192 (96,0%) dijo que sí: 87,5 por ciento de las adolescentes precoces; 95,1 por ciento de las medias y, 97,8

por ciento de las tardías.

Tabla 17. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el conocimiento del aborto. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitud	Grupo de edad (años)			
	Precoz 10-13	media 14-16	tardío 17-19	Total %
conocimiento sobre el aborto				
Sí	7	96	89	192 (96.0%)
No	1	5	2	8 (4.0%)

X²= 14,8231

En la tabla 18. 67 (33,5%) de las adolescentes entrevistadas cree que la decisión de abortar es de la mujer; 110 (55,0%), cree que la responsabilidad es de la pareja y 23 (11,5%), de padres y amigos.

Tabla 18. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el aborto. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitud	Grupo de edad (años)			
	Precoz 10-13	media 14-16	tardío 17-19	Total %
La decisión de abortar es solo de				
La mujer	3	31	32	67 (33.5%)
La pareja	4	54	52	110 (55.0%)
Padres y amigos	1	15	7	23 (11.5%)

X²= 14,8231;

En la tabla 19. Un total de 3 (1,5%) le dieran para que compran pastillas para abortar; 6 (3,0%), le acompañaría al médico de la familia y 95,5 por ciento le aconsejaría que hablara con sus padres y pareja.

Tabla 19. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitud	Grupo de edad (años)			Total %
	Precoz	media	tardío	
Si tu amiga sale embarazada y te pide que le ayude; ¿Cual sería tu aptitud?	10-13	14-16	17-19	
Le diera dinero para que compre pastilla para abortar	0	1	2	3 (1.5%)
La acompañaría al médico de la familia	1	2	3	6 (3.0%)
Le aconsejaría que hablara con sus padres y pareja	7	98	86	191 (95.5%)

X²= 14,8231;

En la tabla 20. Con relación a si quedara embarazada, ¿qué decisión tomaría? 5 (2,5%) abortaría; 116 (58,0%), hablaría con sus padres y continuaría con los estudios; 79 (39,5%), tendría su hijo aunque tenga que dejar todo.

Tabla 20. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitud	Grupo de edad (años)			Total %
	Precoz	media	tardío	
Si quedaras embarazada que decisión tomarías	10-13	14-16	17-19	
Abortarías	0	3	2	5 (2.5%)
Hablaría con mis padres y continuaría con mis estudios	7	70	39	116 (58.0%)
Tendría mi hijo aunque tenga que dejarlo todo	1	28	50	79 (39.5%)

X²= 14,8231;

En la tabla 21. Si abortaran, 25 (12,5%), lo haría que piensa que es la única opción en el momento; 80 (40,0%), por temor a enfrentar a la sociedad y 46 (23,0%) para poder seguir con su vida normal; 49 (24,5%), no respondieron.

Tabla 21. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el aborto. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitud	Grupo de edad (años)			Total %
	Precoz	media	tardío	
¿Si tomas la decisión de abortar porque lo harías?	10-13	14-16	17-19	
Porque es la única opción en este momento	0	11	14	25 (12.5%)
Por temor a enfrentar la sociedad	8	49	23	80 (40.0%)
Para poder seguir con mi vida normal	0	20	26	46 (23.0%)
Nota: no aceptaron	0	21	28	49 (24.5%)

X²= 14,8231

En la tabla 22. Cuando se indagó la aptitud de las adolescentes sobre si les gustaría tener más conocimientos sobre el aborto las del Distritos y Santo domingo 145 (72.5%) contra las del interior 55 (27.5%); las católicas para un total de 123 (61.5%) contra las no católicas 69 (34.5%); las que trabajan con un 31 (15.5%) contra las que no trabajan 151 (75.5%).

Tabla 22. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes/ variable	Procedencia		Religión Católica		Trabajo	
	D/S*	Interior	Si	No	Si	No
conocimiento sobre el aborto						
Si	145	47	123	69	31	151
No	6	2	5	3	2	6

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 23. Con relación a la decisión de abortar la más aceptada fue, la pareja con un 74 (37.0%) del Distrito y Santo domingo contra las del interior 46 (23.0%); las católicas 61 (30.5%) contra las no católicas 49 (24.5%); las que trabajan 23 (11.5%) contra las que no trabajan 87 (43.5%).

Tabla 23. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes/ variable	Procedencia		Religión católica		Trabajo	
	D/S*	Interior	Sí	No	Sí	No
Decisión sobre el aborto						
La mujer	45	2	37	30	16	51
La pareja	74	46	61	49	23	87
Padres y amigos	15	8	13	10	6	17

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 24. Con relación al embarazo, 2 (1,0%) le diera dinero para que compre pastilla para abortar, contra 1 (0,5%) del interior; 1 (0,5%) católica contra 2 (1,0%) no católica; 1 (0,5%) trabaja contra 2 (1,0%) que no trabaja y 1 (0,5%) con pareja contra 2 (1,0%) sin pareja.

Tabla 24. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes/ variable	Procedencia		Religión Católica		Trabajo	
	D/S*	Interior	Sí	No	Sí	No
Si tu amiga sale embarazada y te pide que le ayude; ¿Cual sería tu aptitud?						
Le diera dinero para que compre pastilla para abortar	2	1	1	2	1	2
La acompañaría al médico de la familia	4	2	5	1	0	6
Le aconsejaría que hablara con sus padres y pareja	151	40	105	86	27	165

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 25. Por otra parte, le acompañaría al médico de familia, 4 (2,0%) del Distrito Nacional y/o provincia Santo Domingo contra 2 (1,0%) del interior; 5 (2,5%) católicas contra 1 (0,5%) no católica; 6 (3,0%) que no trabajaban.

Tabla 25. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes/ variable	Procedencia		Religión		Trabajo	
	D/S	Interior	Sí	No	Sí	No
Decisión sobre el embarazo						
Abortarías	4	1	2	3	1	4
Hablaría con mis padres y continuaría con mis estudios	92	24	74	42	17	99
Tendría mi hijo aunque tenga que dejarlo todo	62	17	34	45	11	68

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 26. Aconsejar hablar con sus padres o pareja es la actitud más frecuente: 151 (75,5%) de los procedentes del Distrito Nacional, seguido de 92 (46,0%) que hablaría con sus padres y continuaría con sus estudios.

Tabla 26. Relación de las adolescentes encuestada por Grupo de edad (año), según la aptitud sobre el embarazo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes/ variable	Procedencia		Religión		Trabajo	
	D/S	interior	Sí	No	Sí	No
Desición de abortar						
Porque es la única opción en este momento	19	6	12	13	4	21
Por temor a enfrentar la sociedad*	53	27	42	38	9	71
Para poder seguir con mi vida normal	31	15	20	26	5	41
Nota: no aceptaron	40	9	29	20	14	35

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 27. Cuando se busco si le gustaría tener más conocimiento sobre el aborto, las de 1^{ro} de bachiller 56 (28.0%); las de 2^{do} 42 (21.0%); las de 3^{ro} para 45 (22.5%); y las de 4^{to} con 49 (24.5%).

Tabla 27 Relación de la adolescente encuestada según el grupo de escolaridad y aptitud. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
conocimiento sobre el aborto					
Sí	56	42	45	49	192 (96.0%)
No	1	4	2	1	8 (4.0%)

X²= 14,8231

En la tabla 28. Crees que la decisión de abortar es de: La que mas respondieron fue decisión de la pareja con un total para 1^{ro} 31 (15.5%) para 2^{do} 16 (8.0%); para 3^{ro} 43 (22.0%); y 4^{to} 20 (10.0%).

Tabla 28 Relación de la adolescente encuestada según el grupo de escolaridad y aptitud sobre el aborto. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Crees que la decisión de abortar es solo de?					
La mujer	25	10	14	18	67 (33.5%)
La pareja	31	16	43	20	110 (55.0%)
Padres y amigos	10	5	5	3	23 (11.5%)

X²= 14,8231

En la tabla 29. Si tu amiga sale embarazada y te pide que le ayude; ¿Cual fue tu aptitud? La más relevante fue: Le aconsejaría que hablara con sus padres y pareja, con un 54 (27.0%) para 1^{ro}; un 43 (21.5%) para 2^{do}; 46 (23.0%) para 3^{ro}; y 4^{to} 48 (24.0%).

Tabla 29 Relación de la adolescente encuestada según el grupo de escolaridad y aptitud sobre el embarazo. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
Si tu amiga sale embarazada ayude; ¿Cual sería tu aptitud?					
Le diera dinero para que compre pastilla para abortar	1	0	1	1	3 (1.5%)
La acompañaría al médico de la familia	3	2	0	1	6 (3.0%)
Le aconsejaría que hablara con sus padres y pareja	54	43	46	48	191 (95.5%)

X²= 14,823

En la tabla 30. Cuando se investigo que si quedara embarazada que decisión tomaría mayormente respondieron, hablaría con mis padres y continuaría con mis estudio. Con un 37 (18.5%) para 1^{ro}; 6 (3.0%) para 2^{do}; con un 7 (3.5%) para 3^{ro}; y para 4^{to} 17 (8.5%).

Tabla 30. Relación de la adolescente encuestada según el grupo de escolaridad y aptitud sobre el embarazo. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
¿Si quedaras embarazada que decisión tomarías?					
Abortarías	0	1	3	1	5 (2.5%)
Hablaría con mis padres y continuaría con mis estudios	37	6	7	17	116 (58.0%)
Tendría mi hijo aunque tenga que dejarlo todo	20	8	19	31	79 (39.5%)

X²= 14,8231

En la tabla 31. ¿Si tomas la decisión de abortar por que lo haría? La más acertada fue: por temor a enfrenar la sociedad con un 15 (7.5%) para 1^{ro}; con 18 (9.0%) para 2^{do}; para 3^{ro} 21 (10.5%); y para 4^{to} de bachiller un 26 (13.0%).

Tabla 31. Relación de la adolescente encuestada según el grupo de escolaridad y aptitud sobre la decisión de abortar. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Aptitudes/ escolaridad	Curso				
	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	4to Bach.	Total % 200
es la única opción en este momento	3	5	13	4	25 (12.5%)
temor a enfrentar la sociedad*	15	18	21	26	80 (40.0%)
Para poder seguir con mi vida normal	7	13	9	17	46 (23.0%)
Nota: no aceptaron	19	12	7	11	49 (24.5%)

X²= 14,8231

Prácticas

En la tabla 32 se midió si la estudiante había estado o no embarazada. Sólo 9 (4,5%) respondieron afirmativamente: 2 de las adolescentes medio y 7 de las tardías.

Tabla 32 Relación de la adolescente encuestada según práctica sobre el embarazo. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Práctica	Precoz	Medio	Tardío	Total %
¿Has estado embarazada?	10-13	14-16	17-19	Total %
Sí	0	2	7	9 (4,5%)
No	8	99	84	191 (95,5%)

* X²= 13,9821

En la tabla 33. Un total de 43 (21,5%) al momento de la encuesta ya había tenido relaciones sexuales (5,5%, para las adolescentes medio y 16,0 % para las adolescentes tardías).

Tabla 33. Relación de las adolescentes encuestadas según práctica sobre relaciones sexuales. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Práctica	Precoz	Medio	Tardío	Total %
¿Haz tenido relaciones sexuales?	10-13	14-16	17-19	Total %
Sí	0	11	32	43 (21,5%)
No	8	90	59	157 (78,5%)

* X²= 13,9821

En la tabla 34. Cuando se le pregunto a qué edad tuvieron su primera relación sexual las edades más habituales en que iniciaron fueron entre los 15 y 17 años siendo la más frecuente a los 15 años con un total de 11 estudiantes.

Tabla 34 Relación de la adolescente encuestada según práctica sobre edad relación sexual. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Práctica	Precoz	Medio	Tardío	Total %
¿a qué edad fue tu primera relación sexual	10-13	14-16	17-19	Total %
13	0	2	1	3
14	0	0	2	2
15	0	6	5	11
16	0	3	6	9
17	0	0	10	10
18	0	0	6	6
19	0	0	2	2

* X²= 13,9821

En la tabla 35. Sin embargo, sólo 29 (14,5%) lo estaba usando: 10,0 por ciento para la adolescencia tardía y 4,5 por ciento para la adolescencia media.

Tabla 35 Relación de la adolescente encuestada según practica sobre anticonceptivo. Liceo argentina María mateo Lara, febrero 2008.

Práctica	Precoz	Medio	Tardío	Total %
¿Está usando anticonceptivo?	10-13	14-16	17-19	Total %
Sí	0	9	20	29 (14,5%)
No	8	92	71	171 (85,5%)

* X²= 13,9821

En la tabla 36 se presenta la distribución de las adolescentes encuestadas según práctica, un total de 14 (7,0%), contestó afirmativamente a la pregunta sabiendo la consecuencias negativas que existe con la práctica del aborto, ¿te practicarías el aborto?

Tabla 36 Relación de la adolescente encuestada según práctica sobre el aborto. Liceo argentina María, febrero 2008.

Práctica	Precoz	Medio	Tardío	Total %
Sabiendo la consecuencia te haría un aborto	10-13	14-16	17-19	Total %
Sí	0	9	5	14 (7,0%)
No	8	92	86	186 (93,0%)

* X²= 13,9821

En la tabla 38. Un total de 62 (31,0%) están de acuerdo con la práctica del aborto cuando la joven ha sido violada y tienen alguna condición que lo justifique.

Tabla 38 Relación de la adolescente encuestada según práctica sobre embarazo. Liceo argentino María, febrero 2007.

Práctica	Precoz	Medio	Tardío	
Está de acuerdo con la práctica del aborto en jóvenes que han quedado embarazada por: Violación, Malformaciones congénitas, Enfermedades Mentales?*	10-13	14-16	17-19	Total %
	Sí	2	24	36
No	6	77	55	134 (67.0%)

* $\chi^2 = 13,9821$

En la tabla 39. Cuando se analizó si las adolescentes habían estado embarazada las del distrito y Santo Domingo 7 (3.5%) contra las del interior que fueron 2 (1.0%); las católicas 4 (2.0%) contra las no católicas 5 (2.5%) las que trabajan 8 (4.0%) contra las que no trabajan 1 (0.5%) las que tenían parejas 2 (1.0%) contra las que no tenían 7 (3.5%).

Tabla 39 Relación de las adolescentes encuestadas según práctica sobre embarazo y procedencia, religión, pareja y trabajo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Variable/ práctica	Procedencia		Religión		Trabajo		Pareja	
¿Has estado embarazada?	D/S*	Int.	Si	No	Si	No	Si	No
Sí	7	2	4	5	8	1	2	7
No	139	52	120	71	37	160	55	136

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 40. Con respecto si habían tenido relaciones sexuales 32 (16.0%) del Distrito y Santo Domingo contra 11 (5.5%) del interior; católica 20 (10.0%) contra las no católicas 23 (11.5%); las que trabajan 10 (5.0%) contra las que no trabajan 33 (16.5%); las que tienen parejas 9 (4.5%) contra las que no tienen parejas 34 (17.0%).

Tabla 40 Relación de las adolescentes encuestadas según práctica de relaciones sexuales por procedencia, religión, pareja y trabajo. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Variable/ práctica	Procedencia		Religión		Trabajo		Pareja	
¿Haz tenido relaciones sexuales?	D/S*	Interior	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	32	11	20	23	10	33	9	34
No	94	63	77	80	34	123	35	124

* Distrito Nacional/Santo Domingo

En la tabla 41. Está usando anticonceptivos 21 (10.5%) del Distrito y Santo Domingo contra 8 (4.0%) del interior; las católicas 12 (6.0%) contra las no católicas 17 (8.5%) las que trabaja 9 (4.5%) contra las que no trabajan 20 (10.0%) las que tienen parejas 15 (7.5%) contra las que no tienen parejas 14 (7.0%).

Tabla:41 Relación de las adolescentes encuestadas según la práctica de anticonceptivo por procedencia, religión, trabajo y pareja. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Variable/ práctica	Procedencia		Religión		Trabajo		Pareja	
¿Está usando anticonceptivo?	D/S*	Int.	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	21	8	12	17	9	20	15	14
No	130	41	118	53	24	147	32	139

* Distrito Nacional/Santo Domingo.

En la tabla 42. Se presenta la relación de las adolescentes encuestadas según práctica y procedencia, religión, pareja y trabajo. Sabiendo las consecuencias negativas que existe acerca de la práctica del aborto, 12 (9,8%) de las adolescentes del Distrito Nacional y/la provincia Santo Domingo, se lo practicaría, contra 2 (3,7%) del interior del país; 9 (8,0%) de religión católica lo haría contra 5 (6,9%) de religión no católica; 3 (10,7%) que trabajan contra 11 (7,0%); 8 (10,8%) de las adolescentes con parejas se lo practicarían contra 6 (5,5%) de las que no tienen parejas.

Tabla 42. Relación de las adolescentes encuestadas según la práctica en consecuencia del aborto por procedencia, religión, trabajo y pareja. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Variable	Procedencia		Religión		Trabajo		Pareja	
	D/S*	Int.	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Sabiedo las consecuencias que existe así te practicarías un aborto?								
Sí	12	2	9	5	3	11	8	6
No	132	54	113	73	28	158	74	112

* Distrito Nacional/Santo Domingo.

En la tabla 43. En el caso de apoyar el aborto terapéutico, 177 (88,5%) lo apoya: 51 (54,8%) del Distrito Nacional y/o provincia Santo Domingo contra 11 (24,4%) del interior; 35 (44,3%) de religión católica contra 27 (45,8%) no católica; 57 (64,0%) que trabajan contra 5 (4,5%) que no trabajan; 34 (38,6%) que tienen pareja contra 28 (25,0%) que no la tienen.

Tabla 43 Relación de las adolescentes encuestadas según la práctica de aborto por procedencia, religión, trabajo y pareja. Liceo secundario Argentina María Mateo Lara, febrero 2008.

Variable	Procedencia		Religión		Trabajo		Pareja	
	D/S*	Int.	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Está de acuerdo con la práctica del aborto en jóvenes que han quedado embarazada por: Violación, Malformaciones congénitas, Enfermedades Mentales?								
Sí	51	11	35	27	57	5	34	28
No	93	45	79	59	32	106	54	84

* Distrito Nacional/Santo Domingo

DISCUSIÓN

Los resultados de la auto encuesta realizada en el liceo Argentina María Mateo Lara, sugieren la existencia de varios aspectos relacionados con el conocimiento, las aptitudes y las prácticas de las adolescentes acerca del aborto que deben comentarse en función del acceso a niveles de educación formal y su inserción en el mercado laboral creciente, donde las expectativas reproductivas cambian y ellas retrasan la edad de unión, el inicio de la vida sexual y el nacimiento del primer

hijo, al mismo tiempo que aspiran a formar una familia más pequeña.

En este sentido, el conocimiento, las aptitudes y las prácticas acerca del aborto que tienen las adolescentes estudiantes del liceo Argentina María Mateo Lara del municipio Santo Domingo Este, es deficiente, confirmándose nuestra hipótesis. Sin embargo, la participación por grupos de edades fue desigual, apenas 4,0 por ciento correspondió al grupo de adolescente precoz; por el contrario, el grupo medio (50,5%) y tardío (45,4%), permitieron hacer comparaciones más fidedignas. Para el conocimiento se incluyeron 5 cuestionamientos. El primero fue con relación a si conoce la edad en que una mujer debe quedar embarazada 19,5 por ciento contestó. Aunque en realidad podría argumentarse que el porcentaje es relativamente bajo, debe considerarse ser conocido por la totalidad de la población. Más de la mitad de las adolescentes no conoce los anticonceptivos, y 4,0 por ciento no mostró interés en conocerlo. Las adolescentes entrevistadas creen que la causa del aborto de debe a: falta de orientación de los padres y maestros, falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos y rechazo de la sociedad. Siendo más significativa la falta de orientación de padres y maestros. Finalmente, un 12,0 por ciento de las adolescentes entrevistadas no conoce las consecuencias que puede ocasionar la práctica de un aborto. Llama la atención que el grupo de adolescentes precoz conoce estas consecuencias y en los grupos medios y tardíos es que se presente el desconocimiento. Al someter las informaciones obtenidas de conocimiento según grupos de edades se reportó una en los renglones de conocimientos acerca de las consecuencias del aborto, uso de anticonceptivos, edad de quedar embarazadas.

En general, las adolescentes entrevistadas mostraron una aptitud negativa con relación al aborto, mayor a medida que se incrementaba la edad. Más de la mitad (53,5%) piensa que la decisión de abortar corresponde a la pareja, pero 11,5 por ciento cree que esta decisión corresponde a los padres y a los amigos. En esta sentido llama la atención que el grupo precoz fue el que mostró la mejor aptitud con relación a la no práctica del aborto. Cuando se indagó la aptitud de los grupos de adolescentes según las condiciones sociodemográficas estudiadas las adolescentes que proceden del Distrito Nacional, católicas, que trabajan y con parejas favorecen en una proporción significativamente más importante la práctica del aborto.

En relación a la práctica de las jóvenes adolescentes, fue con relación al estado de embarazo, 4,5 por ciento respondieron afirmativamente; Por otro lado, la encuesta se encontró que existe un bajo porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Aproximadamente un 7,0 por ciento de las adolescentes respondió que antes de los 13 años había tenido relaciones sexuales. En general, sólo 14,0 por ciento se practicaría un aborto, si conociera las consecuencias que puede provocar hacerse un legrado, pero 31,0 por ciento está de acuerdo con el aborto terapéutico. Estas opiniones fueron más significativas en el grupo precoz, en las adolescentes del Distrito Nacional, en las que trabajan y en las católicas.

RECOMENDACIONES

La presente encuesta ofrece información que permiten afirmar que el conocimiento, las aptitudes y las prácticas que tienen las adolescentes sobre el aborto son deficientes y constituyen un problema común en las adolescentes, con consecuencias graves sobre la salud y la situación social de las mujeres, sus hijos y familias, así como sobre la población en general. Además, también se ha dejado claro que el embarazo no es solo una responsabilidad individual y de la pareja, sino de toda la sociedad.

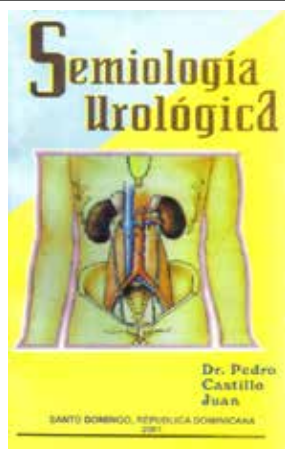
1. A la Secretaría de Educación para que implemente educación sexual como materia, y que capaciten maestros especiales para dicha asignatura.
2. A las iglesias, que implanten temas de educación sexual a las adolescentes que les informen cuándo y cómo deben protegerse para evitar un embarazo no deseado y así evitar abortos.
3. A los padres, que siempre estén atentos a sus hijas, especialmente entre 13 y 17 años que piensan que lo saben todo, lo que dificulta la aptitud a seguir.
4. A las adolescentes que deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta llegar a ser personas con más conocimientos y poder decidir por sí mismas.
5. A los jóvenes que debe respetar a las mujeres y esperar a una edad óptima para tener relaciones sexuales.

REFERENCIAS

1. Leveno KJ y Cunningham FG, *Williams Manual de Obstetricia*, 21ª ed, México (DF): Editorial Médica Panamericana; 2004: 51-60.
2. López -García G, Alcázar-Zambrano JL y Jurado-Chacón M. *Obstetricia y Ginecología*, 2ª ed, Barcelona (España): McGraw.Hill Interamericana; 2004: 227-234.
3. Publicada en el diario Rosario/12, el 28 de septiembre de 2004; se consigue en: <http://www.rosario-12.com.ar/2004/09/28/index.htm>
4. Shuarez RL, Salas RH y Diverges CA. *Obstetricia*, 6ª ed, Buenos Aires (Argentina): Editorial Ateneo; 2005:206-211.
5. Chagoya L B. *El Adolescente*, México (DF): McGraw Hill Interamericana; 2000: 618-620.
6. Dudley S, *National abortion federation*, Copyright, 2000; Se Consigue : <http://www.prochoice.org/es/datos/adolescentes.html>
7. Beers- Marh Md y Berkow R, *Manual Merck*, 10ª ed, Editorial Elsevier; 2059-2061.
8. <http://www.perspectivaciudadana.com/contenido.php?itemid=11885>
9. The center for reproductive Rights is a nonprofit legal advocacy organization lo promoting and defending womens reproductive rights worlwaide, Las adolescentes y el aborto, Mayo 1999; Se consiguen en: http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_adoles.html

10. OMS. Complicaciones del aborto. Ginebra Suiza.1995:20-67
11. <http://www.Cimacnoticias.com/noticias/05may/5052303.html>(lunes 23 de mayo 2005).
12. Chelala, CA. La Salud de los Adolescente los, Organización Panamericana Salud; 1995.
13. Plata FM. Tipos de aborto, Copyright 2006: Se consigue en: http://www.alipso.com/monografias/2967_metodos/
14. Stovall TG y McCord M. *Ginecología de Novak*, 12ª ed, México (DF): McGraw.Hill Interamericana; 487-537.
15. Cucurelda M, Bioética, Madrid (España): Síntesis; 1999: 98-111.
16. Aparicio J, Ayal J y Ascarruz A etc. ginecología y obstetricia Vol.42 N3 Diciembre 1996; Se consigue en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_42N3/aborto.htm
17. Erbaro C, Sexualidad y derecho en la adolescencia, Buenos aires (Argentina): Paidos; 2003: 93-94.
18. Espinosa-Montero OF, aspecto legales del aborto, Se consigue en: http://www.encuentra.com/documento.php?f_doc=2706&f_tipo_doc=9
19. Rivero MI-Villalba MT-Vidal DA, et al. *Servicio de Tocoginecología. Hospital «Ángela I de Llano» Ayacucho 3288 - (3400) Corrientes (Argentina):2000*
20. *Engender Health centro de estudios sociales demográficos, Servicios post-aborto para los adolescentes de lar república Dominicana, 27-32.*
21. Chumbe o, Lábaro N, Hugo AY Rodríguez C, etc. Aborto séptico, revista Ginecológicas, Vol. 44 N2. Se consigue en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_44N2/aborto_septico.htm
22. Guillaume A, Lernnes S. *Aborto en América latina y el Caribe*, Se consigue en: http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/chapitre4.html
23. Bornat j . Diccionario Enciclopedia Nauta Maior, Santafé de bogota (colombia), 1998.
24. Microsoft® Encarta® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.
25. Matey P , Méndez R, Salud , Abril 2008 <http://www.rochatotal.com/index.php?id=edadhijos>
- 26- Wikimedia Foundation Inc. Abril 2008 <http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimientondizaje>
- 27- MIRANDA W. Factor de riesgo maternos perinatales en la adolescencia temprana que fueron atendida en el hospital Bertha Calderón. Managua, Enero 2,001. http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Factores%20de%20Riesgo%20materno%20y%20Perinatales.PDF
- 28- Castellano W. Fundamentos teóricos de la investigación .Guatemala, Agosto 1996.
- 29- Proverbios 20-22.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Semiología Urológica

Autor: Dr. Pedro Castillo Juan

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

AVISO A LOS AUTORES

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

INCIDENCIA DE TRICOMONA VAGINALIS Y CÁNDIDAS EN CONSULTORIO POLITUR EN BÁVARO.

Joaquín Cabrera,* Ludy Constanzo,* Fermin Alberto Castro,*
Hervido Tavarez.* Gricelda López.*

RESUMEN

Realizamos un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de determinar la incidencia de tricomonas y candidas vaginales en 218 pacientes atendidas en consultorio politur en friusa bávaro, en el periodo de mayo- octubre 2009 (6 meses), a las cuales se les tomo muestra para realizar citología vaginal. (Papanicolaou), de las cuales los casos más frecuente fueron por candidiasis, quedando en segundo lugar la tricomoniasis, y resultando la edad más frecuente de 17 a 30 años, el síntoma que más se presento fue la leucorrea.

Palabras claves: incidencia, tricomonas, candidas, Papanicolaou, leucorrea.

ABSTRACT

We made a descriptive and prospective study with the purpose of determinate the incidence of vaginal trichomona and candida in 218 patients treated at consultory politur in friusa, bavaro, in may-October 2009, (six months), the samples were taken to make a reported by papanicolaou, in the first place we had candidas and second place trichomonas, more frequently woman from ages 17-30 years old, and the most frequent symptoms was jeocorrencon.

Key words: incidence, trichomonas, candidas, papanicolaou, jeocorrencon.

INTRODUCCIÓN

La tricomona vaginalis es un protozoo flagelado, móvil, periforme que mide aproximadamente 10 a 30 micras de longitud y 10 a 18 micras de ancho. En el polo anterior se encuentra el blefaroplasto del cual parten varias estructuras que son: la membrana ondulante, elelostilo, 4 flagelos, núcleos.

la candida pertenece a un genero de hongos levaduriformes entre los que se incluye, candida albicans, que es un hongo microscópico muy frecuente que se reproduce por gemación y se encuentra normalmente en membranas mucosas, conducto

intestinal, piel y vagina.

La infección por tricomona y candida es una causa muy común y frecuente de vaginitis en la mujer, en el caso del hombre puede producir uretritis y prostatitis.

El pH vaginal de las mujeres es menos acido de lo normal, entre 5 a 6, con ausencia de la flora bacteriana normal, existe deficiencia de estrógeno que disminuye el glucógeno de las células vaginales.

También se asocia a la producción de flujo vaginal o leucorrea abundante de color blanquecino o amarillento en caso de tricomona, mal oliente, espumosa, puede haber grumos, acompañado de prurito y ardor vaginal, enrojecimiento de los labios y parte inferior de la vagina.

El diagnostico se realiza mediante la clínica y el hallazgo del hongo y el protozoo en las secreciones vaginales, por medio de la citología con tinción directa con anticuerpo inmunofluorescente de la preparación húmeda del material fresco en un 90%.

El tratamiento debe hacerse a la paciente y a su o sus compañeros sexuales por ser infecciones de transmisión sexual; la droga de elección son metronidazol y fluconazol en tabletas, y para la mujer también óvulos y cremas vaginales de clotrimazol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de conocer la incidencia de tricomonas y candidas en las pacientes que asisten al consultorio de politur en friusa, bavaro, en el periodo mayo-octubre 2009.

Se tomaron para el estudio 218 pacientes que asistieron a consulta a las cuales se les tomo muestra para papanicolaou, para recolectar la información se diseño un protocolo, el cual se aplico a todas las pacientes que se les realizo el Papanicolaou, con las siguientes variables: edad, signos y síntomas, el reporte citológico y tipo de inflamación.

Los resultados obtenidos fueron analizados, tabulados y presentados en cuadros para su mejor interpretación, comprensión y determinar así la conclusión.

* Médico general

RESULTADOS

Cuadro 1. Incidencia de tricomoniasis, y candidiasis vaginal según la edad en periodo mayo-octubre 2009.

Edad	Casos	%
17-22	63	28.8
23-28	82	37.6
29-34	39	17.8
35-40	18	8.25
Más de 40	16	7.33
Total	218	100

De acuerdo a los resultados obtenidos vemos que en cuanto a la edad el grupo más afectado fue entre 23 a 28 años con un 37.6% seguido de 17 a 22 años con un 28.8%.

Cuadro 2. Incidencia de tricomonas y candidas vaginal según reporte citológico en periodo mayo-octubre 2009.

Reporte citológico	No. casos	%
Tricomonas v.	58	26.6
Candidas v.	139	63.7
metaplasia	3	1.37
condiloma	2	0.91
NIC	11	5.04
Otros	5	2.29
Total	218	100

De los reportes recibidos encontramos que la candida correspondió a un 63.7% y la tricomonas a un 26.6% demostrando que ambas son las causas número uno de vaginitis en la mujer.

Cuadro 3. Incidencia de tricomonas y candida vaginal según signos y síntomas en periodo mayo-octubre 2009.

Signos y síntomas	Signos y síntomas	%
Leucorrea	196	41
Prurito e irritación	111	23
Dolor y dispareunia	8	1.6
Disuria	47	9.8
Inflamación vaginal	98	20.5
asintomáticas	18	3.7
Total	478	100

En este cuadro podemos observar que en cuanto a los síntomas y signos más frecuente fueron leucorrea, prurito e irritación y solo 18 mostraron estar asintomáticas.

Cuadro 4. Incidencia de tricomoniasis, y candidiasis vaginal según tipo inflamación reportado en citología, en periodo mayo-octubre 2009.

Tipo de inflamación	No. casos	%
Leve	71	32.5
Moderada	114	52.2
Severa	33	15.13
Total.	218	100

Respecto al tipo de inflamación reportado en la citología el mayor porcentaje fue para inflamación moderada con un 52.2%, y la severa fue menos frecuente con un 15.13%.

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo se pudo observar que el grupo más afectado fue entre 23 a 28 años con un 37.6% y entre 17 a 22 años con un 28.8% siendo notable y como se hubo de esperar la población más joven es la más afectada.

De los reportes citológicos esperados la candida fue el microorganismo más frecuente con relación a la tricomonas con un 63.7% y 26.6% para tricomonas corroborando que ambas son la causa número uno de vaginitis en la mujer.

Solo un 3.7 % mostro estar asintomática, y en relación con las pacientes que padecieron síntomas los de mayor predominio fueron la leucorrea, prurito e irritación en un 41%

En cuanto a la citología el tipo de inflamación reportado fue el moderado en un 52.2% y la severa resulto la menos frecuente con un 15.13%

Más del 50% de las pacientes se realizaban por primera vez el papanicolaou, con previo consentimiento informado. Determinando esto que las causas de esta infección se debe al poco conocimiento de la misma y su prevención.

CONCLUSIÓN

Al analizar en conjunto este estudios hemos podido apreciar que la incidencia de vaginitis a causa de tricomonas y candidas es muy frecuente ya que de 218 mujeres estudiadas el 90.3% presento esta infección ya sea por uno o ambos microorganismo

Un dato muy importante que pudimos apreciar fue que las pacientes diagnosticadas con una vaginitis más del 50% carecen de la importancia de realizarse un papanicolaou y al mismo tiempo desconocen lo que es y cómo se realiza este procedimiento tan sencillo.

Más del 50% se realizaron por primera vez este procedimiento, con previo consentimiento informado del mismo determinándose de esta manera que una de las causas tan frecuente de esta infección es por falta de conocimientos, consecuencia de un nivel socioeconómico bajo no solo de la

mujer sino también del hombre, ya que como mencionamos anteriormente esta es una infección de transmisión sexual; por tanto el compañero (hombre) debe recibir tratamiento e información por igual.

Dando la debida información se podrá tener un mejor control y disminución en la frecuencia de este tipo de infección, al mismo tiempo promoviendo el uso de preservativos, para tener una buena prevención y mejorar la calidad de vida en nuestra población.

REFERENCIAS

1. David botero y Mario Restrepo. Parasitología humana 2da. ed. Colombia 1992.
2. H.bogaert Diaz.Dermatologia 4ta.ed.santo domingo, 1995.
3. Manual Merck, 9va.ed.edicion español, España, 1994.
4. Océano Mosby, diccionario de medicina 10ma ed, 2001.
5. Clay, j.c. vec vanh.m.syth, R.W. practical problems of diagnosing trichomoniasis in woman.genito urin. med 64, 1998.
6. Forsgren, A.and Forssna, L. metronidazole trichomona vaginalis Bret L. vener, 1979.
7. Brounnal, W. principios de medicina interna de Harrison 13ª ed., Barcelona, Salvat, editores, S.A, 1984.
8. Ricardo Leopoldo Schwarcz. Obstetricia 5a. ed., buenos aires, argentina.
9. Wolner Hanssen p. et. At: clinical manifestations of vaginal trichomona lama, 1989.
10. Fatuis; Ac.and Krawes, S.J. trichomonas vaginalis. Revaluation of et clinical presentation and laboratory diagnosis L. infec, 1980.

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 E INDICACIONES PRINCIPALES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA LA ALTAGRACIA, HIGÜEY.

Llerenlis Crispín,* Sorangie Pinales,* Avigail Brito,*
Greysi Stevens,* Ercilia Cabrera.*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo para conocer la incidencia e indicaciones principales de cesáreas en el área de ginecobstetricia en un periodo de un año del hospital nuestra señora la Altagracia en Higüey.

Se registraron un total de 1035 gestantes a las que se les practicó parto por cesárea en ese periodo de tiempo, donde las indicaciones de las mismas fueron las siguientes, por cesárea anteriores 325 pacientes, DCP 128 pacientes, preclampsia/eclampsia 199 pacientes, presentación viciosa 42 pacientes, por sufrimiento fetal 46 pacientes, placenta previa 16 pacientes, gestación múltiple 33 pacientes, DPPNI 27 pacientes, prociencia del cordón 17 pacientes, ITS (VIH Y condilomatosis) 62 pacientes, fracaso de inducción 9 pacientes, muerte fetal (óbito) 8 pacientes, macrosomía fetal 19 pacientes, embarazo prolongado 32 pacientes, RPM 31 pacientes, otros 41 pacientes.

Siendo la cesárea anterior, DCP Y preclampsia las principales indicaciones.

Palabras claves: incidencia, indicaciones, cesárea, inducción, preclampsia.

ABSTRACT

We made a retrospective and descriptive study for to know the incidence and indications caesarean at department of obstetrician and gynecology of nuestra Sra. La altagracia hospital in higüey city at the 2008-2009 January periods.

We had 1035 cases of gestations woman of which, was 325 by previous caesarean, 199 by preclampsia/eclampsia, 128 by CPD, 46 by acute fetal suffering, 42 by breech presentation, 16 by previous placenta, 33 by multiple gestation, 8 by fetal dead, 62 by STI (HIV and condilomatosis), 27 by DPPNI, 9 by induction failure, 17 by string procedence, 32 by longer gestations, 31 RPM, 19 by macrosomy fetal, 41 by another one.

Has been the caesarean previous, CPD, and preclampsia the most important and frequently.

Key words: incidence, indications, caesarean, inductions, preclampsia.

* Médico general

INTRODUCCIÓN

La cesárea es el procedimiento quirúrgico obstétrico en el que se extrae el producto o feto a través de una incisión en la pared del abdomen y el útero, esta operación fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar las causas de muerte materno-fetal ej. Por presentación viciosa, gestación múltiple, desproporción céfalo-pélvica.

En los últimos años la tasa de partos por cesárea se ha incrementado significativamente en casi todos los países del mundo.

Los factores que influyen en este aumento se deben a una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios de mala práctica médica por complicaciones que se presentan en el parto.

Existen diversas indicaciones Para la realización de una cesárea entre estas están: DCP, (desproporción céfalo-pélvica), sufrimiento fetal, presentaciones viciosas, cesáreas previas, gemelaridad, preclampsia, macrosomía fetal, placenta previa, infección de transmisión sexual (VIH, condilomatosis, sífilis etc.), fracaso de inducción de labor de parto, entre otras,

En esta investigación conoceremos la incidencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en una parte de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo con colección de datos retrospectivos basado en la incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el área de ginecobstetricia del hospital nuestra señora la altagracia en el periodo enero a enero, 2008-2009.

Se tomo como muestra las gestantes que fueron sometidas a cesárea en ese año y se excluyeron las de parto vaginal.

Los datos fueron obtenidos de los libros y/o archivos del hospital, elaborándose un protocolo con las siguientes variables, edad de las pacientes, indicación de la cesárea, y condición de egreso del binomio (madre y producto).

La información recolectada es tabulada, organizada y expresada en cuadros y luego analizadas determinando así su conclusión.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Total de pacientes que se les realizo parto por cesárea según la edad.

Edad (Años)	No. De casos	%
13-18	511	49.3
19-25	317	30.6
26-35	188	18.1
35-47	19	1.83
total	1035	100

Observamos que la edad más frecuente de embarazos sigue siendo de adolescentes, un 49.3% de los casos y por lo tanto el mayor número de cesáreas fue en ese grupo de edad también.

Cuadro 2. Distribución de las causas por la que fueron sometidas a cesáreas.

Hallazgo	No. De casos	%
Cesárea anterior	325	31.4
DCP	128	12.3
Preclampsia/eclampsia	199	19.2
Presentación viciosa	42	4.05
Sufrimiento fetal agudo	46	4.44
Placenta previa	16	1.5
RPM	31	2.9
Gestación múltiple	33	3.18
DPPNI	22	2.60
ITS	62	5.9
Procidencia del cordón	17	1.6
Fracaso de inducción	9	0.86
Muerte fetal (óbito)	8	0.77
Macrosomía fetal	19	1.83
Embarazo prolongado	32	3.09
otros	41	3.9
Total	1035	100

Encontramos que las indicaciones más frecuentes fueron por cesárea anterior con un 31.4%, por preclampsia con un 19.2% de los casos y en tercer lugar la desproporción céfalo pélvica con un 12.3% de los casos, luego las demás indicaciones notables fue por causa de las infecciones de transmisión sexual con un 5.9%, las presentaciones viciosas con un 4.05% y el sufrimiento fetal agudo con un 4.44% de los casos.

Cuadro 3. Condición de egreso del binomio (madre-producto).

Condición de egreso	No. De casos	%
Madre viva	1023	98
Producto vivo	983	94
Muerte materna	12	1.15
Muerte producto	52	5.02

Podemos ver que la muerte infantil fue mayor que la muerte materna con un 5.02% para las muertes del producto y un 1.15% para la mortalidad materna, y un 98% para el egreso en buenas condiciones de la madre y un 94% para el egreso en buenas condiciones del producto.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la edad más frecuente a la que se le practico cesárea fue las más joven entre 13 a 18 (49 %) y 19 a 25 (30%) porcentaje que corrobora la gran cantidad de mujeres adolescentes que resultan embarazadas.

Encontramos que las indicaciones más frecuentes fueron cesárea anterior con un 31.4 %, por preclampsia con un 19.2% y la desproporción cefalopelvica con un 12.3% otras causas menos frecuente en ese periodo tiempo fueron las infecciones de transmisión sexual con un 5.9%, las presentaciones viciosas con un 4.05% y el sufrimiento fetal agudo con un 4.44% de los casos.

La mortalidad materna fue de un 1.5% con un 98% de egreso en buenas condiciones y un 94% de buenas condiciones para el producto, ya que en ese tiempo se ha puesto en práctica el buen uso de los criterios de las indicaciones de cesárea en dicho hospital.

CONCLUSIÓN

La cesárea por ser un procedimiento quirúrgico, trae consigo una mayor mortalidad y morbilidad materna, el riesgo de muerte materna por cesárea es seis veces mayor al del parto vaginal, aunque no siempre suceda de esa manera y las complicaciones relacionadas a la anestesia son la principal causa de mortalidad.

Debe tenerse en cuenta que así mismo como la cesárea soluciona muchas complicaciones de la gestante, pueden presentarse peores complicaciones intra y post operatorias del procedimiento.

Por lo tanto es menester tener un diagnostico correcto y que la causa sea bien justificada para someter a la gestante a este tipo de cirugía, por esa razón nos motivamos a realizar esta investigación, dando a conocer de esta manera la incidencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el hospital nuestra señora la altagracia de higuey.

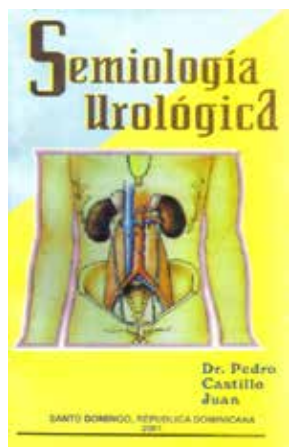
Aunque las indicaciones para las cesáreas fueron correctas y la mortalidad materna e infantil tuvo un bajo porcentaje para ese año, debemos siempre estar alerta y siempre tener un buen

diagnostico antes de realizar el procedimiento, ya que de esa manera contribuiremos a una disminución de la mortalidad materno-infantil y una mejor calidad de servicio a la sociedad.

REFERENCIAS

1. Danfort, D.N: tratado de obstetricia y ginecología. Ed. interamericana, 4ta edición, 2001 México.
2. Schwarcz, sala, Duverges: tratado de obstetricia 6ta edición 2005.
3. Mosby, diccionario de términos médicos 2002.
4. Asociación de médicos pasantes, revista medica, enero –junio 2000.
5. Normas nacionales de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, 2da.edicion, 2008 república dominicana
6. <http://www.monografias.com/indicaciones> de cesáreas.
7. <http://www.wikipedia.org>.
8. Manual Merck 17 edición, madad España grafos, s.a, 1999.
9. Cunningham Gary f., Gant Norman. Williams's obstetrician, 21 edicion, McGraw-Hill, 2001.

LIBROS · LIBROS · LIBROS

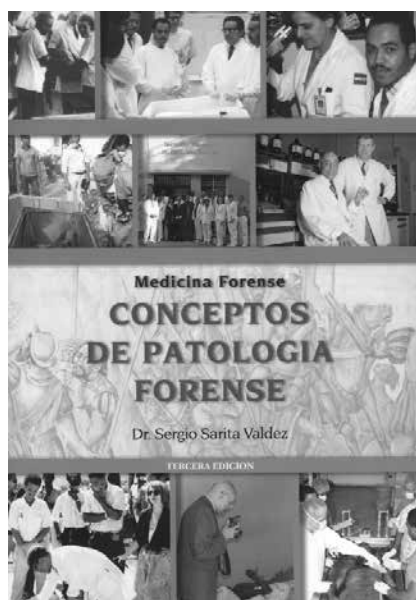


Semiología Urológica

Autor: Dr. Pedro Castillo Juan

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

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 CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓGENA Y ACIANÓGENA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD. HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL.

Cristina Pérez,* Yeidis Pérez,* Rosanna Castro,* Rosa Elena Moreta,*
Maria Elena Castillo.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de cardiopatía congénita cianógena y acianógena en niños menores de 3 años de edad.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Población: 919 pacientes que acudieron a la consulta en el periodo de estudio.

Metodología: Se tomó una muestra representada por 285 pacientes los cuales presentaban cardiopatía congénita cianógena y acianógena en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, período mayo 2006-2007.

Se aplicó un cuestionario de forma secundaria o indirecta, el cual se tomó como instrumento de recolección de los datos encontrados en los expedientes de los pacientes.

Resultados: Un 50.9 por ciento de los pacientes fue de sexo masculino; el 79.6 por ciento oscilaba en un rango de edad de 0-1 año; el tipo de cardiopatía congénita más frecuente fue la acianógena con un 84.6 por ciento; la cardiopatía congénita cianógena predominante fue la Tetralogía de Fallot con un 9.1 por ciento, y de la acianógena fue la comunicación interventricular con un 35.4 por ciento; el 38.6 por ciento de los pacientes presentó soplo como principal manifestación clínica; el tratamiento más utilizado fue el clínico con un 80.7 por ciento.

Conclusiones: Se concluye afirmando que la frecuencia de Cardiopatía Congénita en el Hospital Dr. Robert Reid Cabral es alarmante, ya que de 919 pacientes 285 presentaron dicha patología. También se pudo observar que la patología se presentó con más frecuencia en el sexo masculino.

INTRODUCCIÓN

La Cardiopatía Congénita es una anomalía de la estructura o el funcionamiento cardiovascular presente al momento del nacimiento, aún cuando se descubre después.

Las malformaciones congénitas en general representan en la actualidad una alta incidencia en su presentación, entre el tres y el cuatro por ciento de todos los recién nacidos presentan una malformación al nacer, siendo las malformaciones congénitas las más frecuentes ocurriendo en el 0.5 por ciento al 1 por

ciento de los recién nacidos vivos.¹³

La mayoría de las investigaciones realizadas en la pasada década han detectado una prevalencia de cardiopatía congénita en el nacimiento, donde se presenta en 4-12 niños por cada 1,000 nacidos vivos.

Los defectos cardíacos congénitos en su mayoría no muestran evidencia clínica en los primeros días de vida. El momento en que se realiza el diagnóstico constituye una parte importante del manejo y pronóstico de estos pacientes. El diagnóstico está relacionado con la severidad de la patología pero también con la experiencia y el juicio clínico del médico.

El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas ha permitido la reparación de defectos cardíacos en un periodo temprano sobremejorando la vida de estos niños.

En nuestro país no contamos con la realización permanente de cirugías cardiovasculares, ya que éstas se realizan en forma programada en un periodo de tiempo específico cada año gracias al apoyo de instituciones internacionales.

Consideramos que es de vital importancia el conocimiento sobre el comportamiento clínico y epidemiológico de la cardiopatía congénita en nuestro medio, porque mediante esto se puede ampliar la información que tenemos sobre las mismas, realizar el diagnóstico más temprano y disminuir de alguna manera el efecto negativo de la morbimortalidad de dichos niños.

Tomando en cuenta que nuestro país no consta de estudios actualizados sobre la incidencia de dicha patología, aún siendo ésta una causa importante de muerte en niños de 0 a 3 años de edad, se decidió realizar una investigación para conocer la distribución de la patología a nivel nacional, considerando que el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral es el único hospital infantil de referencia nacional, el cual dispone de un departamento de Cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, de corte transversal, basado en la frecuencia de las cardiopatías congénitas cianógenas y

*Médico General

13 Braunwald, E. Tratado de Cardiología. McGraw-Hill Interamericana. México D. F. 5ta edición. Vol. I. Julio 2001. Págs. 953-1046.

acianógenas en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral durante el periodo mayo 2006-07.

Demarcación geográfica

La investigación tuvo como área geográfica el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, el cual está situado en Santo Domingo, en la avenida Abraham Lincoln esquina avenida independencia.

Universo

El universo estuvo compuesto por 919 niños(as) de 0-3 años vistos en la consulta de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo mayo 2006-2007.

Población

Se obtuvo una población de 285 niños menores de 3 años de edad con dicha patología, vistos en la consulta de cardiología.

Criterios de inclusión

1. Niños(as) menores de 3 años de edad.
2. Diagnóstico de Cardiopatía Congénita.
3. Haber sido consultado por el departamento de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo mayo 2006-2007.

Criterios de exclusión

1. Todos los pacientes que no tuvieron el diagnóstico confirmado por ecocardiograma de cardiopatía congénita.
2. Pacientes no consultados durante el periodo de estudio.

Método de recolección de datos

1. Utilizamos fuentes secundarias o indirectas, tales como la revisión de expedientes clínicos.

Procedimiento para la recolección de la información

Previo a la realización de la investigación nos presentamos en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral para determinar la posibilidad de realizar la misma. Para determinar la población de estudio se revisaron los expedientes de los pacientes con dichas patologías.

Plan de tabulación

Éste se efectuó por medios computarizados y la producción de cuadros y gráficos se procesó por frecuencia y porcentaje haciendo uso de Microsoft Word y Excell.

Criterios éticos

Se utilizaron los datos de los pacientes, garantizando la confidencialidad y manejo seguro de los mismos. El nombre no fue incluido en el cuestionario, permaneciendo bajo control de las investigadoras.

RESULTADOS

Cuadro 1. Edad en que se diagnostica con frecuencia la patología.

Detalle	Valor Absoluto	Valor relativo (%)
0-1 año	227	79.6
1 a 2 años	37	13.0
2 a 3 años	21	7.4
Total de encuesta	285	100

Fuente: archivo de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Cuadro 2. Sexo más afectado con cardiopatía congénita.

Detalle	Valor Absoluto	Valor relativo (%)
Masculino	145	50.9
Femenino	140	49.1
Total de encuesta	285	100

Fuente: archivo de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Cuadro 3. Tipo de Cardiopatía Congénita

Detalle	Valor Absoluto	Valor relativo (%)
Cianógena	44	15.4
Acianógena	245	84.6
Total de encuesta	285	100

Fuente: archivo de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Cuadro 4. Cardiopatía Congénita Cianógena más frecuente.

Detalle	Valor Absoluto	Valor relativo (%)
Tetralogía de Fallot	26	9.4
Transposición de los grandes vasos.	04	1.4
Doble salida del ventrículo derecho.	05	1.8
Atresia tricuspídea.	04	1.4
Atresia pulmonar.	03	1.0
Ventrículo único.	02	0.7
Total de encuesta	44	15.4

Fuente: archivo de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Cuadro 5. Cardiopatía Congénita Acianógena más frecuente.

Detalle	Valor Absoluto	Valor relativo (%)
Comunicación Interventricular.	101	35.4
Comunicación Interauricular.	67	23.5
Estenosis pulmonar	32	11.2
Persistencia del Conducto Arterioso	23	8.1
Estenosis aórtica.	05	1.8
Coartación de la aorta.	04	1.4
Conducto Auriculoventricular completo.	04	1.4
Regurgitación mitral.	01	0.4
Dextrocardia.	04	1.4
Total de encuesta	241	84.6

Fuente: archivo de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Cuadro 6. Signos y Síntomas al momento de la evaluación.

Detalle	Valor Absoluto	Valor relativo (%)
Fatiga y disnea de esfuerzo.	102	35.8
Desdoblamiento de los ruidos cardiacos.	04	1.4
Soplos.	110	38.6
Cianosis.	45	15.8
Cardiomegalia.	03	1.0
Hipodesarrollo físico.	11	3.9
Otros.	10	3.5
Total de encuesta	285	100

Fuente: archivo de cardiología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

DISCUSIÓN

La frecuencia de Cardiopatía Congénita cianógena y acianógena en el Hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral en el período mayo 2006-2007 fue de 285 casos, para un 31 por ciento, lo cual se considera alarmante.

La edad al diagnóstico más frecuente de Cardiopatía Congénita osciló entre 0-1 año de edad con un 79.6 por ciento, ya que en la vida intrauterina se adaptan al funcionamiento hemodinámico lo que le permite llegar a la etapa final de gestación, por tanto, su expresividad sintomática en la primera semana de vida o después de la semana se debe al diferente comportamiento del cierre ductal, así como el efecto compensador que otros defectos cardiacos asociados produzcan sobre la cardiopatía principal.

El sexo masculino fue el más afectado con un 50.9 por ciento, resultados que se corresponden con estudios realizados por el New England Regional Infant Cardiac Program, donde el 53.7 por ciento eran de sexo masculino.

En el estudio se encontró que el tipo de cardiopatía congénita más frecuente fue la cardiopatía congénita acianógena con un 84.6 por ciento, destacando entre ellas la comunicación interventricular con un 35.4 por ciento. Dichos resultados se corresponden con los obtenidos en un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en el año 2003, donde se expone que la comunicación interventricular, la tetralogía de Fallot, y la persistencia del ductus arterioso fueron las más frecuentes.

En cuanto a la Cardiopatía Congénita Cianógena el subtipo más frecuente fue la Tetralogía de Fallot con un 9.1 por ciento, coincidiendo esto con el estudio anteriormente mencionado.

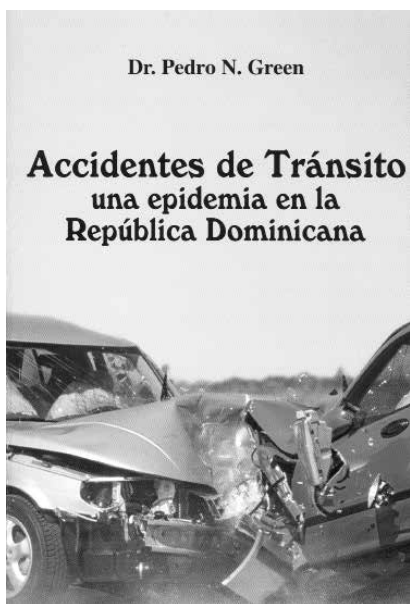
El signo clínico más predominante fue el soplo con un 38.6 por ciento, haciéndose más frecuente en los tipos acianógenos, dichos resultados coinciden con la investigación realizada por Franklin Baltodano en Nicaragua, donde explica que el 30 por ciento de los niños presentan soplo al momento de la evaluación clínica.

REFERENCIAS

- Behrman, K. Manual de Pediatría de Nelson. España. 2003. 16ª edición. 562-565.
- Berman, K. Tratado de Pediatría de Nelson. Interamericana MacGraw-Hill. 1995. 14va edición. Págs.1393-1395.
- Braunwald, E. y cols. Cardiología. Madrid, España. 2004. Marbán Libros. Vol. III. Pág. 1939-1931.
- Braunwald, E. Tratado de Cardiología. McGraw-Hill Interamericana. México D. F. 5ta edición. Vol. I. Julio 2001. Págs. 953-1046.
- Crowford, M. y cols. Tratado de Cardiología. Madrid, España. 1ra edición. Vol. II. 2002.
- Félix Félix, L. E. Metodología de Investigación en Salud. Santo Domingo. 2000. Editora Alfa y Omega.
- Góngora G.; Sandoval, N., Vélez J. Cardiología Pediátrica. Sociedad Colombiana de Cardiología. Pág. 246-249.
- González de Peña, R. Cardiodinámica. República Dominicana. 1999. Editora Centenario. Pág. 295-332.
- Guyton y Hall. Tratado de Fisiología Médica. España. 2006. 13va edición. Pág. 1929-1948.
- Guyton y Hall. Tratado de Fisiología Médica. España. 2006. Editora Elseiver. Págs. 108-113.
- Kasper, D. et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid, España. McGraw-Hill Interamericana. 16va edición Vol. II. Pág. 1528-1538.
- Mendoza, J. Cardiología en Atención Primaria. Sociedad Dominicana de Cardiología. República Dominicana. Editora Centenario. 2008. Pág. 251-264.
- Moquete de la Rosa, J. La investigación académica.

- Teoría y aplicaciones. UASD. Santo Domingo. 2002.
14. Pineda, E. B., de Alvarado, E. L., de Canales, H. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de la salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Año 1994. Pág. 39-130.
 15. Rodríguez Weber, M. Neonatología Clínica. España. McGraw-Hill Interamericana. 2004. Págs. 544-580.
 16. Rouviere, D. Anatomía Humana: Tronco. Barcelona, España. 2001. Editora Masson, S.A. 10ma edición. Págs. 117-144.
 17. Rudolph C. Pediatría de Rudolph. 21va edición. Vol. II. España. McGraw-Hill Interamericana Internacional. 2004. Págs. 1929-1948.
 18. Sadler, T. W. Embriología médica. España. 2002 Editora Médica Panamericana. Pág. 200-250.
 19. Schwartz. Principio de Cirugía. México, D.F. 2004. McGraw-Hill Interamericana. 7ma edición. Pág. 849-900.
 20. Schwartz W. Manual Clínico de Pediatría. Cianosis. México. McGraw-Hill. México. 3ra edición. 2004. Pág. 265-290.
 21. Valentín, F. El Corazón. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, España. 10ma edición. Vol. II 2002. Págs. 1895-1957.
 22. Vélez Hernan, Borrero J. y cols. Fundamento de Medicina. Cardiología. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia. 3ra edición. 1985. págs. 208-214.
 23. Vynn, O. Secreto de Cardiología. México. 2da edición. 2004:201-203.
 24. Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas (CAIBCO). Cardiopatía Congénita. [en línea] www.caibco.ucv. [Consulta: 6 de Abril, 2008].
 25. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Cianosis. [en línea] www.aibarra.org/ [Consulta: 10 de marzo, 2008].
 26. Enlace Hispano Americano de Salud. Cardiopatía Congénita. [en línea] www.interno.ehas.org. [Consulta: 05 de marzo, 2008].
 27. Ministerio de Salud del Perú. Cardiopatías. [en línea] www.minsa.gob.pe/portal. [Consulta: 07 de marzo, 2008].
 28. National Library of Medicine. [en línea] www.nlm.nih.gov [Consulta: 05 de marzo, 2008].
 29. Scielo Public Health. Bireme. Frecuencia y factores de riesgos asociados a frecuencia de niños con cardiopatía congénita. [en línea] www.scielosp.org [Consulta: 08 de febrero, 2008].
 30. Sociedad Potosina de Neonatología. Caso Clínico. [en línea] www.sociedadpotosinadeneonatologia.8m.com [Consulta: 05 de marzo, 2008].

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,

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR SIN FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.

Noury kandany, *Awilda Candelario,** Aneyis Alcántara,** Yuberkis Bonilla,** Milvio Pérez **

RESUMEN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una patología de carácter mundial que afecta a todos los grupos sociales, constituye una de las principales causas de las admisiones en los hospitales. EL desarrollo técnico de la imagenología del sistema nervioso central ha permitido realizar con mayor precisión el diagnóstico fisiopatológico de esta enfermedad, permitiendo que el individuo pueda ser mejor estudiado con el fin de reducir al mínimo el daño neuronal y las secuelas. (1, 7) Pero muchos de nuestros pacientes no son el típico paciente masculino, mayor de 65 años de raza negra, obeso e hipertenso. Razón por la cual tenemos que optar por otros estudios de bajo costo y gran disponibilidad en todos nuestros centros tanto urbanos como rurales, que nos brinden luz a la hora de tratar a estos pacientes.

Palabras claves: Enfermedad cerebro vascular.

ABSTRACT

Cerebrovascular disease (CVD) is a global character pathology that affects all social groups, is a major cause of hospital admissions.

The technical development of the central nervous system imaging to allow for more accurate diagnosis of the disease pathophysiology, allowing the individual to be better studied in order to minimize neuronal damage and the aftermath. (1, 7) But many of our patients are not the typical male patient aged over 65, black, obese and hypertension.

Key words: Cerebrovascular disease

INTRODUCCIÓN

El Electrocardiograma ha sido descrito como una herramienta útil para predecir la ECV, los diferentes cambios electrocardiográficos en los pacientes con ECV, han sido asociados a la producción por el sistema nervioso de las catecolaminas y su influencia sobre el corazón. (4,11, 15)

Ninguno de los cambios en el EKG identifica específicamente el proceso central, pero ciertas condiciones patológicas dentro de las cuales la hemorragia intracerebral

observa cambios hasta en el 60%-70% de los casos, en el 40%-60% de las hemorragias subaracnoideas y en el 15%-40% en el ACV isquémico, los cambios que simulan isquemia o lesión son bien conocidos. (5,13).

Pueden coexistir enfermedades cardíacas que parecen ser la actual causa de cambios en pacientes con enfermedad cerebrovascular. La interpretación de los cambios es complicada por la ocasional elevación de las enzimas cardíacas. (9,16)

Hallazgos comunes electrocardiográficos incluyen:

En una Hemorragia subaracnoidea
Elevación del segmento ST e inversión de la onda T, sugestivos de isquemia miocárdica.

En la enfermedad cerebrovascular cortical:
Prolongación del intervalo QT, depresión del segmento ST, aplanamiento o inversión de la onda T y aparición de la onda U.

Menos frecuentes pero significativos: elevación y pico de la onda T, elevación del segmento ST, crecimiento en todas las cavidades, trastornos de la onda T, del segmento ST, de conducción y datos sugestivos de infarto antiguo, como la onda Q. (3,15)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo Retrospectivo, en pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna del el Hospital docente Padre Billini, en el periodo marzo 2008_ marzo 2009.

Para nuestro estudio fueron seleccionados pacientes menores de 50 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, ingresados con cuadro clínico y hallazgos tomograficos compatibles con enfermedad cerebrovascular y que tuviera un electrocardiograma de 12 derivaciones dentro de las primeras 48 horas de estadía.

Se tomaron los datos de los pacientes incluyendo la información general, identificación, número de historia clínica, género, edad, municipio de residencia y procedencia. Se investigo sobre la existencia de cardiopatías, diabetes, enfermedad cerebrovascular, e historia de consumo de cigarrillo y de alcohol.

A todo paciente incluido en el estudio se le realizó un EKG en el momento del ingreso. Se evaluó: ritmo, alteraciones del

**Médico ayudante, *Médico residente

ritmo, trastornos de conducción, trastornos de repolarización incluyendo la medición del intervalo QT corregido, signos de infarto y crecimiento de cavidades.

RESULTADOS

Los pacientes atendidos en el Departamento de medicina interna del EL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI, en el período de estudio (12 meses) por enfermedad cerebrovascular (ECV) fueron 632. De éstos, 163, (26%) cumplían los criterios de inclusión. Los 419 pacientes no incluidos no cumplían criterios debido a que principalmente llegaban al hospital con más de 48 horas de evolución, demora en la realización de la Tomografía y/o el electrocardiograma.

La distribución por género fue 97 hombres (59.5%) y 66 mujeres; la distribución de la raza más afectada fue la mulata. La edad promedio para los hombres fue de 29 años y la edad promedio para las mujeres fue de 35 años.

El 67% de los pacientes admitió haber consumido o estar consumiendo sustancias ilícitas.

El evento más frecuente fue el isquémico con el 59% de los pacientes, seguido de la hemorragia subaracnoidea con el 28% de los pacientes y la hemorragia intraparenquimatosa con un 13%.

La figura 1 muestra los hallazgos más relevantes de este estudio

sexo	Masculino
raza	Mulata
edad hombres	29
edad mujeres	35
sustancias ilícitas	65%
ACV isquemico	59%
HSA	28%
H. Intraparenquimatosa	13%

Fig. 1. Fuente directa.

Cambios electrocardiográficos y Relación con la Aparición de EVC

Los cambios electrocardiográficos más frecuentes fueron la prolongación del intervalo QT corregido seguido de la fibrilación auricular, crecimiento de cavidades, trastorno del segmento ST y de la onda T.

Llama la atención que la presencia de fibrilación auricular es estadísticamente significativa en pacientes con eventos isquémicos que en otros tipos de enfermedad cerebrovascular, apareciendo en el 54%, de nuestros pacientes. Seguida por cambios en el ST, en el 33% y en igual proporción el crecimiento de cavidades izquierdas y trastorno de la onda T en un 18%.

Los cambios electrocardiográficos en pacientes con hemorragia intraparenquimatosa fue notable la prolongación del intervalo QT corregido encontrándose en 82% de los pacientes con este diagnostico. Seguido por crecimiento de

las cavidades izquierdas en 23% y trastornos de la onda T en 22%. La bradicardia sinusal apareció en 6%. En solo un 1 paciente se hubo manifestación de infarto al miocardio y en otro onda U.

En la hemorragia Subaracnoidea el principal hallazgo fue la prolongación del intervalo QT corregido encontrándose en el 54%, seguida por el crecimiento de cavidades izquierdas y trastorno de la onda T ambas con un 20%. Y en menor proporción la fibrilación auricular con un 3% y la taquicardia sinusal con un 2%.

La figura 2 ilustra los hallazgos en el EKG mas frecuentes según el tipo de enfermedad vasculocerebral.

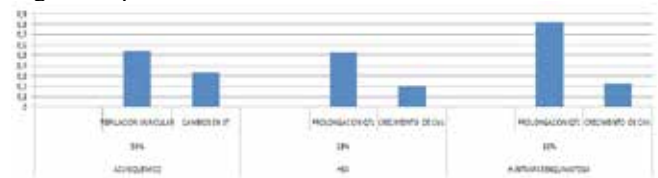


Fig. 2 Fuente directa.

DISCUSIÓN

El EKG es un estudio realizado con frecuencia en nuestras instituciones debido a su bajo costo y su gran disponibilidad, pero este a menudo es considerado innecesario en los pacientes atípicos (jóvenes, sin antecedentes de HTA, Diabetes, obesidad conocidas). En los cuales se está elevando la incidencia de ECV, por tanto pretendemos demostrar si este método es útil en la valoración inicial, así como en la realización del diagnostico de otras enfermedades que pudieran desencadenar o bien producir ECV.

De acuerdo con el objetivo general del presente estudio, el cual es establecer la asociación del electrocardiograma en pacientes con ECV diagnosticado por imágenes radiológicas y otras entidades capaces de producir dichos hallazgos.

CONCLUSIONES

El sexo más afectado fue el masculino en un %; mientras que la raza más afectada fue la mulata. La edad promedio para los hombres fue de 29 años y la edad promedio para las mujeres fue de 35 años.

Un hallazgo relevante fue que el 67% de los pacientes admitió haber consumido o estar consumiendo sustancias ilícitas.

El evento más frecuente fue el isquémico con el 59% de los pacientes, seguido de la hemorragia subaracnoidea con el 28% de los pacientes y la hemorragia intraparenquimatosa con un 13%.

Los cambios electrocardiográficos más frecuentes fueron la prolongación del intervalo QT corregido seguido de la fibrilación auricular, crecimiento de cavidades, trastorno del segmento ST. Los eventos isquémicos apareció la fibrilación auricular en el 54%. En la hemorragia intraparenquimatosa el hallazgo más notable fue la prolongación del intervalo QT corregido encontrándose en 82% de los pacientes.

En la hemorragia Subaracnoidea el principal hallazgo fue la prolongación del intervalo QT corregido encontrándose en el 54%.

Debido a su bajo costo, amplia disponibilidad y facilidad en la interpretación de sus resultados, el ECG de 12 derivaciones puede constituir una herramienta útil para la valoración inicial de los pacientes atípicos con ECV. La detección de alteraciones en este estudio debería alertar a los médicos y motivar la investigación de factores de riesgo adicionales, con el fin de implementar las medidas de prevención primaria de ECV.

REFERENCIAS

1. Chalem F. Medicina Interna. Tercera edición. Bogotá: 1997: 920-923.
2. Bonita R. Epidemiology of Stroke. Lancet 1992; 339:344.
3. Remja, Hachinski VC, Boughner DR, et al. Value of cardiac Monitoring and echocardiography in TIA and Stroke patients. Stroke 1995; 16:950.
4. Fentz V, Gormsen J. Electrocardiographic patterns in patients with cerebrovascular accidents. Circulation 1962; 25:22.
5. Stober, Sen S, Anstatt T, et al. Correlation of cardiac arrhythmias with brainstem compression in patients with intracerebral hemorrhage. Stroke 1988; 19:688.
6. Hamman L. Sudden death. Bull Johns Hopkins Hop 1934; 55:387.
7. Dimant J, Groab D. Electrocardiographic changes and myocardial damage in patient with acute cerebrovascular accidents. Stroke 1977; 8:448-455.
8. Golstein DS. The electrocardiogram in stroke: relationship to patho-physiological type and comparison with prior tracing. Stroke 1979; 10:253-257.
9. Rem JA, Hachinski VC, Boughner DR, et al. Value of cardiac monitoring and echocardiography in TIA and stroke patients. Stroke 1995; 16:950.
10. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study. Final results. Circulation 1991; 84:527-539.
11. Hoffman BF, Cranefield PF. The physiological basis of cardiac arrhythmias. AM J Med 539, 1991?
12. Reinstein L, Gracey JG, Kline JA, et al. Cardiac monitoring of the acute stroke patient. Arch Phys Med Rehabil 1972; 53: 311-314.
13. Rudehill A. Olsson GL, Sundquist K, et al. ECG abnormalities in patients with subarachnoid hemorrhage and intracranial tumors. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1974; 50: 1375-1381.
14. Yamour BJ, Sridharan MR, Rice JF, et al. Electrocardiographic changes in cerebro-vascular hemorrhage. AM Heart J 1980; 99:294-300.

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.

El buen trato al paciente

No sólo es un deber
sino un acto de amor



MICROFLORA VAGINAL EN MUJERES GESTANTES Y NO GESTANTES EN LA CLINICA RURAL LOS BRAZOS, PROVINCIA ESPAILLAT

Doris Josefina Medina Cruceta,* Marcos Tulio Morel,* Keyla Marisol Estrella Grullón,* Carlos Manuel Fernández Paulino,* Yéssica de la Cruz Cruz,* Federico Hernández**

RESUMEN

Se estudiaron 100 pacientes las cuales asistían a sus chequeos periódicos a la clínica rural de los brazos provincia Espaillat, de edad fértil y de nivel socioeconómico bajos. Entre los meses de Enero 2009 a Enero 2010. Con el objetivo de observar la evolución de la microflora vaginal con el transcurso de la gestación y compararlas con la microflora de mujeres no gestantes. Los resultados arrojaron que en la población total, el 81% de las mujeres presentaron flora anormal y el 19% flora normal, en el grupo de las mujeres gestantes se observó la presencia de flora anormal en el 85,6% y de flora normal en el 14,4%, y en las mujeres no gestantes el 40% presentó una flora patológica frente a un 60% con flora no patológica. Hubo presencia de bacilos gram negativos en el primer trimestre de gestación en el 60% de las gestantes, en el segundo trimestre en el 80% y en el tercer trimestre en el 72% de los casos.

Palabra clave: Microflora vagina, Embarazo, infecciones vaginales.

ABSTRACT

100 patients whom were attending their periodic checkups rural clinic arm of the Espaillat province, of childbearing age and low socioeconomic. Between January 2009 to January 2010. To observe the development of vaginal microflora during pregnancy and compared with the microflora of nonpregnant women. The results showed that the total population, 81% of women had abnormal flora and 19% normal flora in the group of pregnant women showed the presence of abnormal flora in 85.6% and normal flora 14.4%, and nonpregnant women, 40% had pathological flora compared to 60% with no pathological flora. There was presence of gram negative in the first trimester of gestation in 60% of pregnant women in the second quarter at 80% and in the third quarter at 72% of cases.

INTRODUCCIÓN

La región vaginal humana presenta la concentración de bacterias más alta del cuerpo humano, con la excepción del colon. Las bacterias de la flora vaginal fueron descubiertas por el ginecólogo Albert Döderlein, en 1892. Primariamente, esas

bacterias son lactobacilos, y se refieren colectivamente como flora vaginal.

La cantidad y tipo de bacterias presentes tienen implicancias significativas para la salud global femenina. Esas bacterias y el ácido láctico producen, en combinación con los fluidos secretados durante el coito, el característico olor asociado con el área vaginal.

Una saludable presencia de flora vaginal ayuda en la prevención de infecciones por hongos y levaduras y otros problemas posibles por ocupar los recursos químicos que si no serían utilizados por los organismos patógenos. Así, bacterias dañinas, y/o un desbalance de bacterias puede desencadenar la infección.

Más del 50% de las consultas ginecológicas por infecciones son producidas por la flora endógena (flora que habita en el tejido vaginal). Esta flora cumple diferentes roles, protegen o pueden causar infecciones bajo determinadas condiciones.

Cuando nos referimos a la flora habitual, tenemos como referencia a la secreción vaginal de la mujer en edad reproductiva. Pero hay que tener en cuenta que hay variaciones de acuerdo a la edad y a las condiciones hormonales de la mujer. En las ancianas pueden aparecer infecciones con microorganismos endógenos de baja virulencia, por la atrofia del tejido epitelial. Otras circunstancias durante las que hay variaciones en la flora habitual son el período menstrual, embarazo y puerperio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, observacional en un grupo de 100 mujeres en edad fértil, de nivel socioeconómico medio o bajo que asistieron a la Clínica Rural los Brazos, Provincia Espaillat, entre los meses de Enero 2009 a Enero 2010. Las cuales se dividieron en: 10 gestantes del primer trimestre, 30 gestantes del segundo trimestre, 50 gestantes del tercer trimestre, y 10 no gestantes. Se recolectó datos respecto a edad gestacional, hábitos sexuales, características del flujo vaginal (si hubiese) y sintomatología vaginal, con la posterior toma de muestra de la secreción vaginal y su fijación en 4 láminas (para Gram, Azul de Metileno, Wright y Giemsa) y se procedió a su observación al microscopio a 400x y 1000x.

Médico General*
 Médico Especialista (G.O) **

RESULTADOS

En la población total, el 81% de las mujeres presentaron flora anormal y el 19% flora normal, en el grupo de las mujeres gestantes se observó la presencia de flora anormal en el 85,6% y de flora normal en el 14,4%, y en las mujeres no gestantes el 40% presentó una flora patológica frente a un 60% con flora no patológica. Hubo presencia de bacilos gram negativos en el primer trimestre de gestación en el 60% de las gestantes, en el segundo trimestre en el 80% y en el tercer trimestre en el 72%.

CONCLUSIÓN

La presencia de bacilos gram negativos, causa frecuente de infecciones vaginales, fue mayor en mujeres gestantes que en mujeres no gestantes y la presencia de dichas infecciones aumentó conforme avanzaba el período gestacional.

REFERENCIAS

1. Hellberg D, Nilsson S, Mardh P. The diagnosis of bacterial vaginosis and vaginal flora changes. Arch. Gynecol. Obstet., mar, 265 (1): 11 –15, 2001
2. López J, Martínez A, Blanco M, Vulvovaginitis. Guías Clínicas, 5 (30), 2005, disponible en www.fisterra.com
3. Maciques I, Alonso M, Romero M. Juego para el diagnóstico rápido de la Trichomoniasis vaginal en la mujer. Rev. Cubana Obstet. y Ginecol., vol.28, n.2, mayo-ago, 2002
4. Monif G R: Diagnosis of infectious vulvovaginal disease. Infect Med 2001, 18(12): 532-533.
5. Anderson M, Karasz A and Friedland: Are vaginal symptoms ever normal? A Review of the literature. Medscape General Medicine, 6 (4), 2004.

CONSULTE

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

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SEMMA.

Adriana Mercedes Bautista Parra, * Oneyka Recio De Los Santos, Joe Antonio Ortega Cruz, Alba Rosali Sánchez, María Isabel Polanco Paulino.

RESUMEN

Esta investigación trata sobre Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes tratados en el Hospital SEMMA de Santiago en el período Enero-Mayo, 2007. El objetivo principal de esta fue evitar las complicaciones y con ello disminuir la mortalidad en estos pacientes, a través de un diagnóstico y tratamiento adecuado. Dicho síndrome constituye una asociación de patologías que unidas son capaces de llevar al desarrollo de enfermedades cardiovasculares en los pacientes que la padecen.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de fuente secundaria, realizado a 36 pacientes con Síndrome Metabólico, tratados en el Hospital SEMMA de Santiago en el período Enero-Mayo 2007, con fines de determinar la prevalencia de Síndrome Metabólico en estos pacientes. La población estuvo constituida por 36 pacientes de los cuales 31 presentaron niveles elevados de glicemia y 5 tenían la misma anormal.

En relación a la edad y el colesterol, el grupo que presentó LDL más alto fue de 50-59 años; el sexo con nivel de colesterol más alto fue el sexo femenino con 15 casos; el componente del síndrome metabólico que más se presentó fue la hiperglicemia con 33 casos.

Este estudio confirma que la prevalencia de síndrome metabólico es significativo y que cada vez es más determinante la relación existente entre, la edad, sexo y comorbilidades.

Palabras claves: syndrome metabolic, prevalencia.

ASBTRACT

This investigation tries ab Prevalence of Metabolic Syndrome in patients who are treated in SEMMA Hospital of Santiago in the January-May period 2007, for the purposes of by means of an early detection and a precocious treatment, to avoid complications majors and this way to diminish mortality in these patients. This syndrome forms an association of pathologies that united are able to take the probability of the cardiovascular development of disease in the patients suffer who it.

A descriptive study was realised of cross section and of

* Médico general

secondary source, realised to 36 patients with Metabolic Syndrome, treaties in SEMMA Hospital of Santiago in the period January-May 2007, with aims to determine the prevalence of Metabolic Syndrome in these patients. The population was formed by 36 patients of who 31 presented/ displayed levels elevated of glicemia and 5 had the same abnormal one. In relation to the age and the cholesterol, the group that presented/displayed LDL higher was of 50-59 years; sex with higher cholesterol level was feminine sex with 15 cases; the component of the metabolic syndrome that appeared more was hiperglicemia with 33 cases.

This study confirms that the prevalence of metabolic syndrome is significant and that every time the existing relation is more determining enters the age, sex and comorbidities.

Key Word: Metabolic Syndrome, Prevalence.

INTRODUCCIÓN

El síndrome metabólico es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales, estos últimos relacionados con el estilo de vida, en que la resistencia a la insulina se considera el componente patogénico fundamental. Esta patología condiciona a un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y accidente cerebro vascular, además de la disminución en la supervivencia por el incremento unas 5 veces en la mortalidad por afección vascular.

Dicho síndrome es llamado también síndrome x, síndrome de insulina – resistencia, síndrome plurimetabólico síndrome de Reaven o chaos. Se denomina a la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares o diabetes mellitus. Su causa se desconoce, su fisiopatología es compleja y solo ha sido dilucidada una parte de ella. La mayoría da los pacientes tienen cierto grado de resistencia a la insulina. (Bjoentox 1998). Los factores de riesgos más importantes en orden de frecuencia son:

Edad El síndrome metabólico genera un alto riesgo a medida que pasan los años en el individuo de padecer enfermedad cardíaca coronaria. (POULTER 2003). Los

hombres presentan aproximadamente el doble de riesgo de SM que las mujeres; mientras que para “ellas” el riesgo aumenta con la edad. (Sánchez-Castillo2000.)

Factores genéticos y estilo de vida. EL estilo de vida (poca actividad física, exceso de calorías más de la que gasta diariamente). El bajo nivel educativo afecta más a las mujeres que a los varones cuando del riesgo de síndrome metabólico se trata. (Hanson RL. 2000).

El nivel educativo bajo condiciona estilos de vida no saludables y son las circunstancias que hacen más vulnerable a una población y a un individuo. (Molina M, 2000).

Actualmente la resistencia a la insulina se considera como responsable de la mayor parte de las anomalías presentes en este padecimiento, fundamentalmente de la hiperglicemia, la hipertensión arterial, aumento en la producción hepática de VLDL y triglicéridos y la estimulación de la proliferación endotelial por acción sobre receptores endoteliales causantes del inicio del proceso de aterosclerosis, los mecanismos moleculares causantes de la resistencia a la insulina y el Síndrome metabólico (Murray S, López 1997) no están claros entre estos se proponen: malnutrición fetal, incremento en la adiposidad visceral, niveles reducidos de receptores de la insulina, anomalías genéticas de cada una o más proteínas en la cascada de acción de la insulina, actividad tirosina quinasa en músculo esquelético y Defectos por receptores. Un gran marcador del sistema de inflamación incluyendo la proteína C reactiva se incrementa durante esta enfermedad, como lo son el fibrinógeno, interleucina6, factor de necrosis tumoral alfa.

MATERIAL Y MÉTODOS

El método utilizado consistió en la revisión minuciosa de los expedientes de los pacientes ingresados en el período antes mencionado, el mismo fue necesario debido a que la investigación es retrospectiva y la fuente de datos es secundaria.

En el siguiente cuadro se muestra un cruce asociativo de las variables de edad y perfil lipídico. En este se demostró que el grupo de edad que presentó mayor prevalencia de colesterol muy baja densidad (LDL) o colesterol malo, es el comprendido entre 50-59 años con 8 casos para un 50%. Sin embargo, se obtuvieron un total de 19 casos para un 52.8% independientemente de la edad que presentaron niveles normales de LDL, por lo cual se evidencia que la edad no influye con los niveles de LDL, en la población estudiada.

Cuadro 2. Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes tratados en el Hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo, 2007 según la edad

LDL	Edad (Años)						Otros		Total	
	40-49		50-59		60-69		No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%				
Normal	8	72.7	7	43.8	1	50	3	42.9	19	52.8
Alto	2	18.2	8	50	1	50	3	42.9	14	38.9
Disminuido	1	9.1	1	6.2	0	0	1	14.2	3	8.3
Total	11	100	16	100	2	100	7	100	36	100

Fuente: Formulario de recolección de datos de los expedientes.

Se realizó un formulario, el cual fue construido con preguntas dicotómicas para medir algunas variables y con preguntas de respuesta múltiple para variables más complejas, además, fue diseñado a través del proceso de operacionalización de variables con el propósito de otorgarle los requisitos de confiabilidad y validez.

RESULTADOS

En el cuadro No.1 se expone la distribución de frecuencia del nivel de glicemia en los pacientes con Síndrome Metabólico tratados en hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo-2007. El universo de muestra estuvo compuesto por un total de 36 pacientes diagnosticados con síndrome metabólico. Los resultados de dicha asociación mostraron que 5 pacientes presentaron niveles de glicemia normal, para un 13.9%, 31 pacientes con nivel de glicemia elevado para un 86.1%, y no se evidenciaron pacientes con niveles de glicemia bajo o hipoglucemia.

Cuadro 1. Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes tratados en el Hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo, 2007, de acuerdo al nivel de glicemia.

Nivel de Glicemia	No.	%
Normal	5	13.9
Hiperglicemia	31	86.1
Hipoglucemia	0	0
Total	36	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos de los expedientes.

La siguiente tabla muestra un cruce asociativo de las variables sexo con los niveles de colesterol en pacientes con Síndrome Metabólico tratados en hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo-2007. En el mismo se observó que de los 36 pacientes que resultaron con síndrome metabólico, 23 pertenecieron al sexo femenino, presentando colesterol alto en 14 casos para un 61%, y normal 9 casos para un 39%. En dicho análisis se determinó que el sexo influye en el nivel de colesterol, siendo el sexo femenino el de mayor tendencia a presentar hipercolesterolemia en la población estudiada.

Cuadro 3. Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes tratados en el Hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo, 2007, según el sexo

Niveles de Colesterol	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	6	46	09	39	15	42
Disminuido	0	0	0	0	0	0
Elevado	7	54	14	61	21	58
Total	13	100	23	100	36	100

Fuente: Formulario de recolección de datos de los expedientes.

Se realizó una asociación comparativa de los valores de los componentes del Síndrome Metabólico en pacientes tratados en hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo-2007. En el mismo se encontró que el componente metabólico más relevante fue la hiperglicemia con 33 casos para un 91.7%, seguido de la HTA, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia con 31 casos y la obesidad con 30 casos. Esto refleja que la hiperglicemia tiene mayor tendencia a presentarse en pacientes con síndrome metabólico.

DISCUSIÓN

Al finalizar la investigación sobre la Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes tratados en el Hospital SEMMA de Santiago en el Período Enero-Mayo, 2007, y luego de examinar cada uno de los capítulos desarrollados, presentamos de manera objetiva las siguientes conclusiones:

- En los resultados de este estudio se trató de establecer la relación existente entre el nivel de glicemia y síndrome metabólico. La población estuvo conformada por 36 pacientes de los cuales 5 presentaron niveles de glicemia normal para un 13.9%, 31 presentaron hiperglicemia para un 86.1%, y no hubo ningún caso de glicemia baja.
- De la asociación realizada entre el colesterol de baja densidad (LDL), y la edad notamos que el grupo de edad que presentó mayor prevalencia de colesterol LDL es el comprendido entre 50-59 para un 50%.

REFERENCIAS

1. Muñoz Calvo, MT (2007). «[Síndrome metabólico](#)» *Pediatr Integral. Vol. XI. n. ° 7. pp. 615-622.*
2. Marters FM, Visseren FL. Metabolic and additional vascular effects of thiazolidiones. *Drug* 2002; 62:1463-80.
3. Kasper y Dennis (2006). *Manual de medicina interna: Síndrome Metabolico.* México: Síndrome México: Mc Graw Hill.
4. Aguilar Rojas, Gómez, et al (2004). El síndrome metabólico: un concepto en evolución. *Gaceta. Medicina. México Vol. 140: 41-48.*
5. T. R. HARRISON, et al (2005). " Principios de Medicina Interna". Mc Graw Hill. Vol. II. 6ta ed.
6. Novak B. (2003). *Ginecología. Edición 23.* México. Mc Graw Hill Book.
7. Dunaif A (1995) Insulin Resistance and Polycystic Ovary Syndrome: *Rev. Endocrine Reviews Vol. 18:774-800.*

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



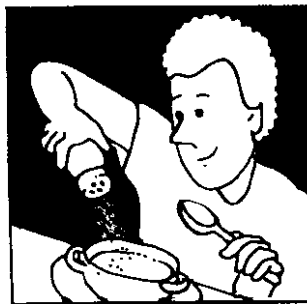
No Alcohol



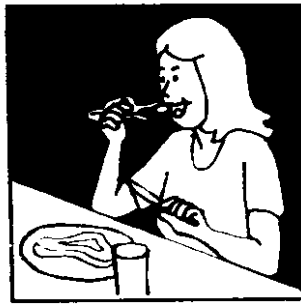
No Stress



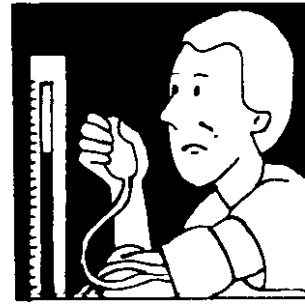
Evite Obesidad



Controle la Sal



Controle su Colesterol

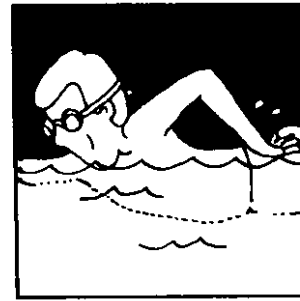


Chequee su Presión Arterial



¡¡NO FUME!!

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



Haga Ejercicios

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SABANA LARGA, ELÍAS PIÑA

Kenia Mejía de los Santos,* Yomaira I. Carrasco de los Santos,*
Linette Ulloa Melo,* Erika G. Minaya,* Rosa M. de León.*

RESUMEN

Para determinar las principales causas de consulta en niños menores de 5 años atendidos en la unidad de atención primaria de Sabana Larga en Elías Piña, Rep. Dom. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, mediante un formulario de recolección de datos que abarcó el periodo Enero 2007 – Diciembre 2008.

Los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron proceso gripal con 49%, virosis con 7% y parasitosis con 5%. Entre las edades más afectadas se encontraron en primer lugar los niños menores de 1 año con 31%, en segundo lugar los de 1 año con 23%, seguido por los de 2 años con 17% de los casos.

En todas las edades ocupando el primer lugar el diagnóstico más encontrado fue proceso gripal. El 55.7% de los niños estudiados correspondieron al sexo femenino.

Tanto en el 2007 como en el 2008 las dos primeras causas de consultas fueron proceso gripal y virosis, seguido de amigdalitis (2007) y neumonía (2008).

El porcentaje de niños menores de 5 años fué de 15.1% de la población atendida; mientras que los niños sanos constituyeron el 6.9% de los casos estudiados.

Palabras claves: Niños, consulta, enfermedades

ABSTRACT

To identify the main causes of children under 5 years treated at the primary care unit Sabana Larga in Elías Piña, Dominican Republic A descriptive study, retrospective, cross through a form of data collection which covered the period January 2007 - December 2008.

The diagnostics were more frequently found with 49% flu, virosis and parasitic diseases with 7% to 5%. Between the ages most affected are primarily children under 1 year with 31% in the second 1-year with 23%, followed by 2 years of 17% of the cases studied.

In all ages placing first diagnostics flu was found. 55.7% of the children studied were females.

Both in 2007 and in 2008 the two leading causes of consultations were flu and virosis followed by tonsillitis (2007) and pneumonia (2008).

The percentage of children under 5 years was 15.1% of the

* Médico general

population consulted; while healthy children constituted 6.9% of the cases studied.

Keywords: Children, consultation, illness

INTRODUCCIÓN

Los niños son los seres más vulnerables a contraer enfermedades por su fisiología y comportamiento⁽²⁾, por lo que cada día millones de padres llevan a sus hijos con enfermedades potencialmente fatales a servicios de salud de primer nivel de atención⁽³⁾. La oportuna y eficaz atención de las enfermedades con una alta prevalencia en los niños permite evitar defunciones especialmente en menores de 5 años⁽⁴⁾.

Según la Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia alrededor del 70-80% de todas las causas de morbilidad de niños menores de 5 años en países en desarrollo pertenecen a enfermedades frecuentes como neumonía, diarrea, malaria, dengue, meningitis, trastornos nutricionales, entre otras⁽⁵⁾.

Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud señalan que las infecciones respiratorias agudas continúan siendo, en la actualidad, una de las primeras causas de consultas en niños menores de 5 años a nivel mundial. La asociación entre la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) se observan con mucha frecuencia en las consultas a los servicios de salud. En República Dominicana siguen ocupando un lugar muy importante las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda, las enfermedades dermatológicas y los procesos febriles básicamente en cuanto a la morbilidad pediátrica se refiere⁽⁷⁾.

Por tal motivo es de suma importancia conocer las condiciones de salud de dicho núcleo poblacional, el cual representa aproximadamente el 40% de la población total de nuestro país⁽⁹⁾.

Este estudio se diseñó con el fin de determinar las principales causas de consultas en niños menores de 5 años atendidos en la Unidad de Atención Primaria Sabana Larga, los resultados obtenidos pueden ser utilizados para desarrollar estrategias de salud que contribuyan con la prevención y control de las enfermedades que más afectan a esta vulnerable población.

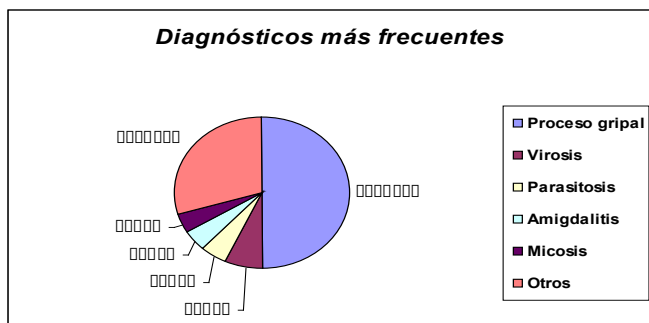
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, que abarcó a los niños menores de 5 años atendidos en la unidad de atención primaria (UNAP) Sabana Larga en el periodo Enero 2007 – Diciembre 2008. Este estudio consistió en revisar los registros de consulta en el periodo indicado.

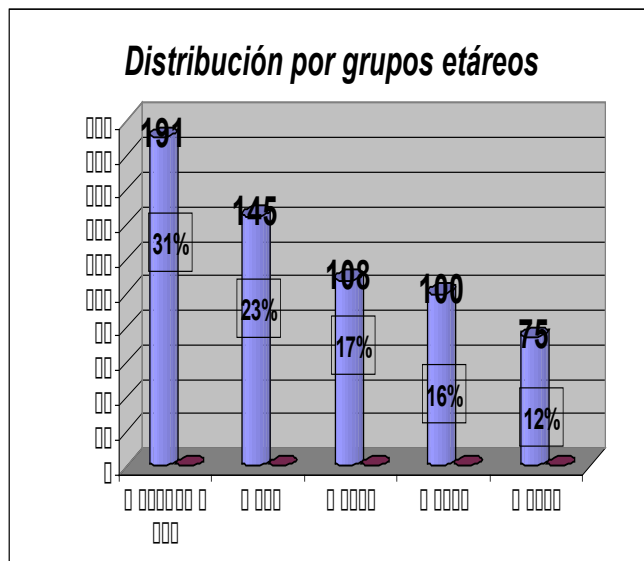
El universo del estudio lo constituyeron 4316 pacientes que acudieron a la consulta de la UNAP en dicho periodo. La unidad de muestreo fueron los registros de consultas de los cuales se escogieron como muestra la totalidad de los niños menores de 5 años registrados, que corresponden a 619 casos.

Para la realización de nuestro trabajo, elaboramos un formulario de recolección de datos haciendo énfasis en las informaciones más relevantes para nuestra investigación. La fuente de información fue secundaria, ya que los datos se extrajeron de registros de consulta. Finalmente, los resultados fueron analizados y tabulados mediante medios electrónicos, utilizando el programa de computación Excel versión 2003.

RESULTADOS



Los diagnósticos más frecuentes en este estudio fueron: proceso gripal con 286 casos que correspondió a 49%, virosis con 41 casos para 7%, parasitosis con 28 casos y amigdalitis 26 ambos correspondientes a 5%, micosis con 24 para un 4%. La suma de otros diagnósticos fue de 171 que correspondió al 30% de los casos.



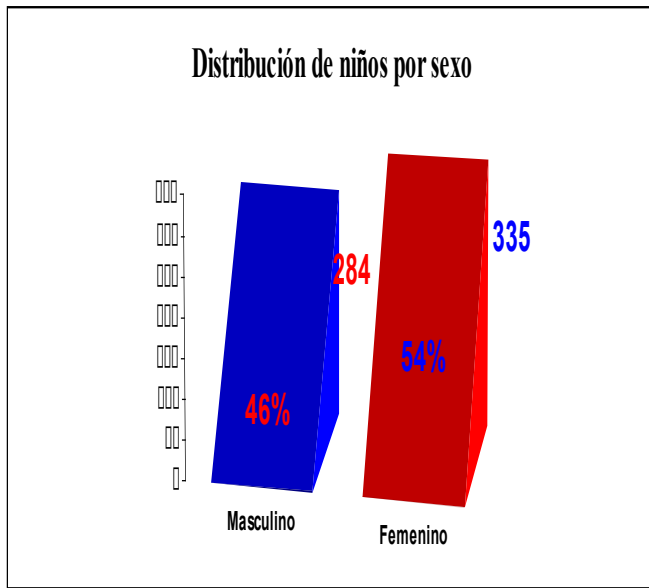
En cuanto a los grupos etáreos el gráfico refleja que los menores de 1 año fueron los más afectados con 191 casos estudiado para un 31% de los casos, seguido de los de 1 año con 145 para un 23%, los subsiguientes son los de 2 años con 108 casos, los de 3 años con 100 y los de 4 años con 75 para un 17, 16 y 12% respectivamente.

Principales diagnósticos por edad

Menores de 1 año		1 año		2 años		3 años		4 años	
Proceso gripal	87	Proceso gripal	65	Proceso gripal	62	Proceso gripal	38	Proceso gripal	35
Virosis	14	Virosis	11	Piodermitis	6	Amigdalitis	15	Amigdalitis	6
Neumonía	11	Micosis	9	Virosis	5	Parasitosis	9	Micosis	4
Parasitosis	10	Piodermitis	6	Amigdalitis	5	Infección urinaria	8	Virosis	4
Micosis	6	Parasitosis	6	Proceso alérgico	4	Micosis	5	Neumonía	3

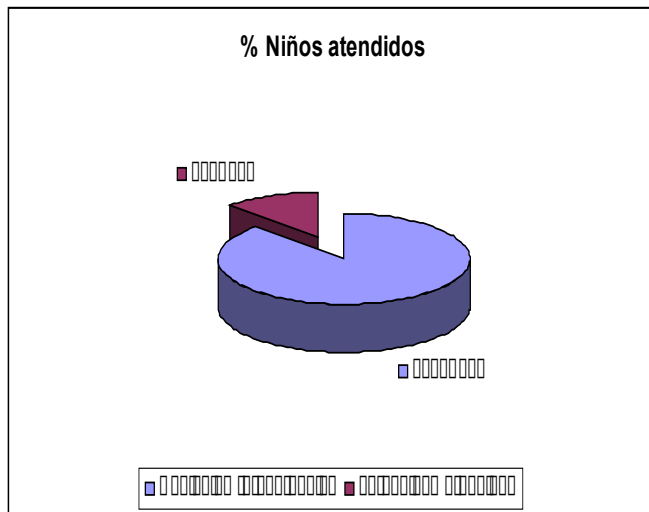
Con relación a los principales diagnósticos por edad se observó que el principal diagnóstico en todas las edades fue proceso gripal con 87 casos en los menores de 1 año, 65 en los de 1 año, 62 en los de 2 años, 38 en los de 3 y 35 en los

de 4 años. El segundo diagnóstico más encontrado fue virosis con 14 y 11 casos en los niños menores de 1 año y de 1 año respectivamente; piodermitis con 6 casos en los de 2 años, amigdalitis con 15 y 6 casos para los niños de 3 y 4 años respectivamente.



Este gráfico refleja que en cuanto a la distribución de los niños por sexo el femenino fue el más frecuente con 335 que correspondió a 54% de los casos estudiados.

Respecto a las principales causas de consulta por año los dos primeros lugares tanto en el año 2007 como en el 2008 lo ocuparon proceso gripal con 120 casos en el 2007 y 166 en el 2008 y virosis con 19 y 22 casos en el 2007 y 2008 respectivamente.



En cuanto al porcentaje de niños atendidos por consulta se observó que de un total de 4316 consultas a la población general en el periodo indicado solo 619 casos fueron a niños menores de 5 años lo que correspondió al 13%.

Respecto al porcentaje de niños sanos el gráfico 5 refleja que del total de niños consultados solo 43 casos correspondieron a niños sanos lo que representó el 6% de los casos.

DISCUSIÓN

Los diagnósticos encontrados con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años de edad que asistieron a la consulta en el periodo establecido en nuestro estudio fueron: proceso gripal, virosis y parasitosis, esto en contraste con una investigación que comparaba los principales motivos de consulta pediátrica privada y gubernamental realizada en una zona rural de México la cual reportó como diagnósticos más frecuentes Rinofaringitis, niños sanos y faringitis aguda⁽⁸⁾.

En cuanto a grupos etáreos la población más afectada fueron los niños menores de un año, coincidiendo con los datos obtenidos en un estudio sobre “Motivos de consulta en niños menores de 5 años” realizado en el dispensario médico la Guayiga en el Municipio Santo Domingo Oeste en enero del 2002⁽⁴⁾.

La mayoría de nuestros pacientes correspondieron al sexo femenino con un 55.7% de los casos estudiados, no coincidiendo esto con los resultados de una investigación realizada en el Hospital municipal Dr. Felipe J. Acechar, Pimentel, provincia Duarte, R.D. en la cual el sexo más afectado fue el masculino con 273 casos que correspondieron al 54.6%⁽⁷⁾.

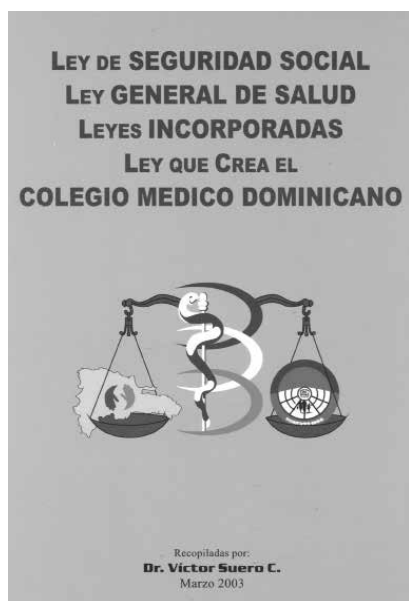
Finalmente tras evaluar los resultados de esta investigación se pone de manifiesto que los procesos gripales se mantienen como el diagnóstico principal en los niños menores de 5 años similar a resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo en las clínicas de las comunidades de Copey de Guayubín, Bohío Viejo y Carbonera de la provincia de Montecristi donde los procesos virales de vías respiratorias ocupan el primer lugar⁽⁹⁾.

REFERENCIAS

- Behrman, Richard; Kliegman, Robert. Tratado de Pediatría, Nelson. 15ª edición. McGraw-Hill Interamericana, 1997, págs.277-280.
- Manual de descripción de variables y diligenciamiento. República de Colombia. Disponible en: http://www.siaqua.org/archivos_adjuntos/documentos/directores_04_07/panel%20tecnico%20apoyo/Manual%20Encuesta.pdf
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/RevistaMedicina/cuatro/aten_integ_enf_infancia.pdf
- Rodríguez Peña, Josefina [et al]. Motivos de consulta en niños menores de 5 años en una clínica rural. Rev Med Dom.65 (3): 342-344, 2004.
- Estebanez, Pilar. Medicina Humanitaria. ed. Díaz de Santo SA, Ed. 2005. Pág. 441.
- Brító J., Josefina [et al]. Principales emergencias pediátricas en un hospital docente. Revista Médica SMP adverbio 014 Mayo – Agosto. P 22-24. 2006
- Reynoso Paredes, Ruth [et al]. Principales causas de consultas en niños menores de 5 años de edad en el Hospital municipal Dr. Felipe J. Acechar, Pimentel, provincia Duarte, R.D. Revista Médica SMP adverbio

- 014 Mayo – Agosto. P59-61. 2006
8. Betancourt Sánchez, Miguel [et al]. “Comparación de los principales motivos de consulta pediátrica privada y gubernamental en una zona rural”. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2005/apmD53c.pdf>.
 9. Espinosa Díaz, Arlyn [et al]. Principales motivos de consulta en una población de niños en comunidades rurales. . Rev Med Dom.63 (1): 27-29, 2002.
 10. Schwartz, William. Manual clínico de Pediatría. 3^{ra}ed. Mc Graw – Hill Interamericana Editores, S.A., México, D.F., 2005 págs. 353-486.
 11. Pérez, Rafaela [et al]. Morbilidad pediátrica en niños que asisten a un centro de salud de Haina. Rev Med Sur 3(2): 71-73, 1994.
 12. Revista Panamericana de Salud Pública. “Lucha integrada contra las enfermedades de la infancia: nueva estrategia para mejorar la salud infantil”. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000900013

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 ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA VALVULAR EN EL INSTITUTO DOMINICANO DE CARDIOLOGIA.

Berkis Morel R,* Hilda Castillo,* Clemencia José,*
Marssiell A. Quiroz M,* Ricardo N. Ravelo D.*

RESUMEN

Se realiza estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el propósito de determinar la prevalencia de enfermedad arterial coronaria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular en el instituto dominicano de cardiología durante el periodo Enero 1999 - Junio 2006, El universo de estudio estuvo conformado por un total de 102 pacientes de los cuales solo el 20.6 por ciento tenía la enfermedad, dentro de estos resultados se destaca que el sexo menos afectado de los pacientes que presentaron la enfermedad arterial coronaria fue el femenino con solo un 18 por ciento del total de mujeres sometidas a dicho estudio; en relación a la edad más afectada se observó una frecuencia mayor en el grupo de edad comprendido entre 60 y 79 años, en los cuales hubo un 76.1 por ciento. La válvula más afectada fue la mitral con un 72 por ciento de los pacientes con enfermedad arterial coronaria. El dolor torácico se presentó en un 47.6 por ciento; la hipertensión arterial en 71.4 por ciento; la hipercolesterolemia en el 33 por ciento de los casos; el tabaquismo en el 28 por ciento. Las arterias más afectadas fueron la coronaria derecha con un 57.1 por ciento y la descendente anterior con un 41.8 por ciento de los casos.

Palabras claves: Enfermedad Arterial Coronaria, Valvulopatía, cirugía cardíaca.

ABSTRACT

Descriptive study was conducted, retrospective cross-sectional with the aim of determining the prevalence of coronary artery disease in patients undergoing valvular heart surgery in the Dominican Institute of Cardiology for the period January 1999 - June 2006, The study universe was composed by a total of 102 patients of whom only 20.6 percent had the disease within these results emphasize that sex less affected in patients who had coronary artery disease was the female with only 18 percent of all women undergoing to that study, in relation to the most affected age was observed more often in the age group between 60 and 79, in which there was 76.1 percent. The most affected valve was the mitral valve with a 72 per cent of patients with coronary artery disease. Chest pain was present in 47.6 percent, hypertension in 71.4 percent,

hypercholesterolemia in 33 percent of cases, smoking in 28 percent. The arteries most affected were the right coronary artery with a 57.1 percent and the left anterior descending with a 41.8 per cent of cases. Keywords: coronary artery disease, valvular disease, cardiac surgery.

Key Word: prevalence, coronary artery disease

INTRODUCCIÓN

La enfermedad arterial coronaria es el trastorno de las arterias cardíacas cuyo efecto patológico es la reducción del aporte de oxígeno y nutrientes al miocardio y se caracteriza por la acumulación de depósitos de grasa en las células que revisten la pared de una arteria coronaria y en consecuencia obstruyen el flujo de sangre. En los países desarrollados las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en personas de ambos sexos, siendo la enfermedad arterial coronaria la causa principal de las enfermedades cardiovasculares¹⁴. Las enfermedades de las válvulas cardíacas que aun siguen siendo una causa importante de morbi mortalidad en todo el mundo, han sufrido cambios radicales desde hace poco mas de 40 años, que se implementaron las primeras prótesis¹⁵. Estos cambios han sido propiciados por los avances científicos tecnológicos, pero también por la mejoría de las condiciones de vida de los países desarrollados. Esto ha sido posible también por los grandes avances de la cirugía, que se pueden resumir en la mejora de las técnicas de circulación extracorpórea y de a protección miocárdica, el perfeccionamiento de los sustitutos valvulares tanto mecánicos como biológicos, la introducción de técnicas con imágenes para reparar las lesiones de la válvula mitral y la utilización del eco transesofágico para valorar intraoperatoriamente la localización de la reparación valvular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Es un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, el cual se realizó con el propósito de determinar la prevalencia de enfermedad arterial coronaria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular en el Instituto Dominicano de Cardiología.

* Médico general

Población y muestra.

Representada por 102 pacientes correspondientes al total de pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular en el Instituto Dominicano de Cardiología durante el periodo Enero 1999 - Junio 2006.

Criterios Inclusión:

- Todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular durante el periodo de tiempo que se escogió para realizar la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes registrados en el Instituto Dominicano de Cardiología que fueron referidos a otro centro de salud.
- Pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular que no se les hizo cateterismo.

Método y procedimiento

Para la recolección de la información se realizó un formulario, el cual se aplicó a los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular en el Instituto Dominicano de Cardiología en el periodo ya señalado.

Procedimiento para la recolección de la información.

La recolección de la información se llevó a cabo a partir de recopilación de datos de pacientes que fueron sometidos a cirugía cardíaca valvular en el Instituto Dominicano de Cardiología, estos datos fueron obtenidos de los expedientes registrados en el área de archivo de dicho hospital, allí procedimos a recolectar y ordenar la información de los pacientes a los cuales les fueron aplicados los protocolos. Luego de obtenida la información se procedió a ordenarlos y presentarlos en tablas y gráficos para facilitar de esta forma el análisis de los resultados y presentación de las conclusiones.

Análisis de la información

Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron sometidos a un proceso de tabulación, interpretación y análisis utilizando para ello Epi info. 3.3.2; para el análisis de los datos. Los resultados fueron representados a través de cuadros y gráficos estadísticos usando el programa informático Microsoft Excel 2007 y el editor de texto OpenOffice.org 2.4, con el fin de facilitar la interpretación de los resultados y de donde fueron tomadas las recomendaciones. La información se analizó utilizando cálculo de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

Se estudió una muestra compuesta de 102 pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular, de los cuales solo 21, (20.6 por ciento) presento enfermedad coronaria. Dentro de estos resultados se destaca que el sexo más afectado el femenino con un 52.5 por ciento (ver cuadro 1). , en relación a la edad más afectada se observo una frecuencia mayor en el

grupo de edad comprendido entre 60 y 79 años, en los cuales hubo un 76.1 por ciento (ver cuadro 2). El dolor torácico se presento en un 47.6 por ciento; la hipertensión arterial en 71.4 por ciento; la hipercolesterolemia en el 33 por ciento de los casos, el tabaquismo en el 28 por ciento (ver cuadro 3). Las arterias más afectadas fueron la coronaria derecha con un 57.1 por ciento y la descendente anterior con un 41.8 por ciento de los casos (ver cuadro 4). De los casos revisados el mayor número de pacientes sometidos a cirugía fue por valvulopatía mitral sola o asociada a enfermedad valvular aórtica. El 72 por ciento de los pacientes con coronariopatía tenía enfermedad valvular aórtica. La estenosis aórtica evidencio un mayor número, 50 por ciento, (ver cuadro 5).

Cuadro 1. Prevalencia de enfermedad arterial coronaria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular en el instituto dominicano de cardiología durante el periodo Enero 1999 - Junio 2006

Estado	Sexo				Total	%
	Masc	%	Fem	%		
Sin enfermedad	31	75.6	50	82.0	81	79.4
Con enfermedad	10	24.4	11	18.0	21	20.6
Total	41	100	61	100	102	100

Fuente: archivos del Instituto Dominicano de Cardiología

Cuadro 2. Distribución de pacientes según edad y sexo de pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular en el instituto dominicano de cardiología durante el periodo Enero 1999 - Junio 2006

Edad	Sexo				Total	%
	Masc	%	Fem	%		
50-59	2	20	2	18.7	4	19
60-69	3	30	4	36.3	7	33.3
70-79	4	40	5	45.4	9	42.8
80 o mas	1	10	0	0	1	4.7
Total	10	100	11	100	21	100

Fuente: archivos del Instituto Dominicano de Cardiología.

Cuadro 3. Distribución de pacientes según factor de riesgo y enfermedad coronaria.

Factores de riesgo	Total	%
Hipertensión Arterial.	15	71.4
Menopausia.	12	57.1
Dolor Torácico.	10	47.6
Historia Familiar de Enf. Coronaria.	10	47.6
Hipercolesterolemia.	7	33.3
Tabaquismo.	6	28.5
Diabetes Mellitus.	2	9.5
Obesidad.	2	9.5

Fuente: Fuente: archivos del Instituto Dominicano de Cardiología.

Cuadro 4. Distribución según tipo de arteria coronaria afectada.

Coronaria Afectada.	Total.	%
Coronaria derecha	12	57.1
Descendente anterior	9	48.2
Circunfleja	5	23.8
1ra. Marginal	2	9.5
2da. Marginal	2	9.5
1r57.1a. Diagonal	2	9.5
Descendente posterior	2	9.5
Tronco coronario izquierdo	1	4.7

Fuente: archivos del Instituto Dominicano de Cardiología.

Cuadro 5. Tipo de Valvulopatía y Enfermedad Coronaria.

Tipo de valvulopatía	Enfermedad				Total	%
	Sin Enferm. Coronaria	%	Con Enferm. Coronaria	%		
Estenosis mitral	34	32	3	13.6	37	28.9
Insuficiencia mitral	34	32	3	13.6	37	28.9
Estenosis aórtica	16	15	11	50	27	21.1
Insuf. aórtica	22	21	5	22.7	27	21.1
Total	106	100	22	100	128	100

Fuente: archivos del Instituto Dominicano de Cardiología.

DISCUSIÓN

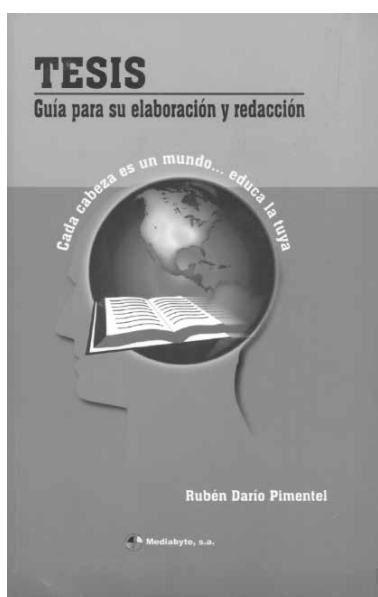
Por medio de esta investigación se determinó que la prevalencia de enfermedad arterial coronaria en pacientes valvulares de nuestro país es de 20.6 por ciento similar a

otros estudios internacionales donde se presentaron 23 por ciento de los casos que tienen enfermedad coronaria con alguna valvulopatía.¹³ De los 102 pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular la mayor parte correspondió al sexo femenino con un total de 61 casos, no obstante de estas solo un 18 por ciento presentaron enfermedad cardíaca valvular, lo que nos indica que este fue el sexo menos afectado; estos resultados se corresponden con la literatura revisada que citan que el sexo menos afectado es el femenino. 12 aunque en otras investigaciones el porcentaje es casi igual para ambos sexos. Con respecto a la edad, la más afectada fue el intervalo entre 60 y 79 años con 16 casos para un 76.1 por ciento, datos que se corresponden con otros estudios que señalan que la edad más afectada es de 60 años en adelante.

REFERENCIAS

- Braunwald E. et al, Cardiología de Braunwald. El Libro de Medicina Cardiovascular. 6ta ed., Madrid, España. Marabú. 2004, Pág.1217-1238.
- Bertolasi A, Cardiología, Editora Panamericana Buenos Aires, argentina, 2000, Pág. 20-23.
- Harrison, T. Principios de Medicina Interna. 16va ed. Santa Fe, McGraw Hill Interamericana, Pág.1581-1570.
- Braunwald E. Tratado de Cardiología. 5ta ed. México, McGraw Hill Interamericana, 2000.
- Hurst A. El corazón. 10ma ed. Madrid, España, McGraw Hill Interamericana, 2002.
- Grupo Océano. Diccionario Medicina Mosby. Barcelona, España, Editora Océano, 2004.
- Vélez H. Fundamentos de Medicina Cardiología. 4ta ed. Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, 1992.
- Graw, Ford M y col. de Cardiología. Editor Services Sebe, Madrid España, 2002.
- González, R. Cardiodinamia. 4ta ed, Editora Centenaria, República Dominicana.2000.
- Anderson, K. An Update Coronary Risk Profile. A Statemen For Heart Professionals. Circulation, 1991.
- Lerner, D; Kennel, W. Patterns of Coronary Heart Disease Morbidity and Mortality in the Sexes. A 26 Year Follow up the Framingham Population Am, 1986.
- Sheep Corporative Reach Croup. Prevention of Stroke hay Antihypertensive Drug Treatment in Older Persons with isolated Systolic Hypertension, 1991.
- Fournier, J; Sánchez-González, A. Estudio Angiografico prospectivo de la Enfermedad Coronaria en pacientes con patología valvular crónica severa. Rev. Española Cardiología, 1988.
- Barlow, R. Manual Merck, Barcelona, España, Editorial Océano 2004.
- Espulgas, E. Indicaciones de Coronario grafías Preoperatorio en Pacientes Valvulares Reumáticos. Rev. Española Cardiología, 1980.

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.

PREVALENCIA DE LOS AGENTES CAUSALES DE LAS QUEMADURAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE NIÑOS QUEMADOS DRA THELMA ROSARIO DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DR ARTURO GRULLON.

Gutiérrez Genao Roberto, 19* Badía Paulino, Claudia. M.20**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de los agentes causales de las quemaduras en pacientes quemados tratados en la unidad de niños quemados Dra. Thelma Rosario del hospital Dr. Arturo Grullón de Santiago de los 30 Caballeros de febrero a julio del 2008.

En la presente investigación fueron abordados 209 pacientes (100%) entre los cuales encontramos que el agente causal de mayor prevalencia fueron los líquidos (52.15%), la edad predominante fue 1 a 3 años (40.66%), siendo el sexo masculino el más afectado (62.21%) y la procedencia urbana la de mayor frecuencia (69.38%).

En vista de que la región cuenta con una unidad de quemaduras en niños equipada apropiadamente para la prevención y tratamiento de esta afección, es necesario estimular el desarrollo de estrategias para llevar a cabo dicha labor.

Palabras clave: quemaduras, niños, agente causal.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, cross sectional study was done to determine the prevalence of the causal agents of burns in the patients treated in the unidad de niños quemados Dra. Thelma Rosario of the hospital Dr. Arturo Grullón in Santiago de los 30 Caballeros from February to July of 2008.

In the present investigation 209 patients (100%) were attended and we found the most frequent causal agent was liquids (52.15%), the age of most prevalence was between 1 and 3 years (40.66%), being the male sex more affected (62.21%), coming more of these from the urban area (69.38%).

In view of the fact that the region counts with a child burn unit properly equipped for the prevention and treatment of this affection, its necessary the development of strategies to achieve this labor.

Key words: burn, children, causal agent.

* Médico especialista.

** Médico geneal

INTRODUCCIÓN

Una quemadura es un tipo de lesión causada en la piel por diversos factores tales como agentes físicos que pueden ser térmicos, eléctricos y radiantes, los agentes químicos como los ácidos y los álcalis, por último, los agentes biológicos como las medusas y ciertos batracios.

Las quemaduras se pueden clasificar por el grado de afección de la piel. Si afectan solo la capa superficial o epidermis, se le llama de primer grado. Esta presenta signos como eritema, dolor y edema del área. Las quemaduras de segundo grado afectan la dermis, suelen dividirse en superficiales cuando afectan solo la porción papilar y en profundas cuando afectan la porción reticular. Este grado de quemadura presenta signos como dolor importante, sensibilidad al aire, flictenas y enrojecimiento intenso de la piel. Una quemadura de tercer grado penetra por todo el espesor de la piel, y destruye el tejido. Si se destruyen los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas, se compromete la capacidad de regeneración. Algunos de los signos son apariencia de piel acartonada, ausencia de dolor, aspecto chamuscado y exposición de la grasa.

La extensión de la quemadura puede estimarse utilizando la tabla de Lund-Browder la cual asigna porcentajes relativos al área corporal según la edad del niño.

El tratamiento de las quemaduras depende del agente causal, del grado de profundidad, de la extensión, localización y de la edad del paciente. Este varía desde cremas hasta intervenciones quirúrgicas. Los criterios propuestos por la American Burn Association para la transferencia de un paciente quemado a un centro especializado son los utilizados a nivel del continente. El pronóstico es muy variable y las secuelas pueden ser muy graves desde daño estético, psíquico, funcional, hasta vital. Si bien los progresos en el rescate y manejo de las quemaduras son estimulantes, el tratamiento más efectivo es y seguirá siendo la prevención. Con respecto a esta última, la educación pública es una de las responsabilidades ineludibles de cualquier miembro del equipo de salud que maneje este tipo de lesiones. Es allí donde debiera ser puesto el énfasis en la pediatría del futuro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el propósito de identificar los agentes causales de las quemaduras en la población infantil atendida en la unidad de niños quemados Dra. Thelma Rosario del hospital Dr. Arturo Grullón de Santiago de los 30 Caballeros se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Como muestra se tomaron el total de pacientes manejados desde febrero a julio 2008 siendo el universo un total de 209 niños.

De acuerdo al diagnóstico de cada paciente asignado por los especialistas del centro se les clasificó por agente causal, edad, sexo y procedencia.

Una vez recolectado los datos, fueron tabulados y procesados. Tras realizar un análisis estadístico y comparativo los resultados fueron presentados en tablas para mejor comprensión.

RESULTADOS

Según los resultados, los líquidos fueron el agente causal de 109 del total de los casos para un 52.15%. La electricidad con 51 pacientes obtuvo 24.40%, la flama causo 22 de los casos para un 10.52%, 20 de los pacientes reportaron quemaduras por sólidos lo que equivale a un 9.56% y los químicos, con 6 pacientes, para un 2.87%.

(Cuadro 1)

Según la distribución por edad, el renglón de las edades de 1 a 3 años, para un total de 85 pacientes constituyendo un 40.66%, seguido por las edades desde 4 a 9 años, con 62 pacientes, representando un 29.66% de la población en estudio.

(Cuadro 2)

Según la distribución por sexo, 130 pacientes pertenecieron al sexo masculino para un 62.21% y el resto (79 pacientes) al sexo femenino con un 37.79%.

(Cuadro 3)

Según la distribución por procedencia, se atendieron 145 niños quemados de la zona urbana (69.38%) seguidos por 64 niños de la zona rural (30.62%). (Cuadro 4)

Cuadro 1: Distribución por Agente Causal

Agente Causal	Número	Porcentajes
Líquidos	109	52.15%
Electricidad	51	24.40%
Flama	22	10.52%
Sólidos	20	9.56%
Químicos	6	2.87%

Cuadro 2: Distribución por Edades

Agente Causal	Número	Porcentajes
<1a	12	5.77%
1-3a	85	40.66%
4-6a	31	14.83%
7-9a	31	14.83%
10-12a	23	11.00%
13-15a	18	8.61%
16-18a	9	4.30%

Cuadro 3: Distribución por Sexo

Sexo	Número	Porcentajes
Masculino	130	62.21%
Femenino	79	37.79%

Cuadro 4: Distribución por Procedencia

Procedencia	Número	Porcentajes
Urbano	145	69.38%
Rural	64	30.62%

DISCUSIÓN

El agente físico que causó la mayoría de las quemaduras en los pacientes atendidos en la UNIQUEM fueron los líquidos. Según la literatura, la escaldadura es el mecanismo más frecuente de injuria. Elementos relacionados con la preparación y consumo de alimentos causan aproximadamente la mitad de las escaldaduras. Las quemaduras eléctricas de la boca y dedos también son frecuentes y ocurren cuando los niños comienzan a caminar. La enorme mayoría de estas quemaduras ocurren en el hogar y son resultado de accidentes previsibles.

Es interesante resaltar que la mayoría de los afectados solo tenía de uno a tres años de edad a diferencia de lo que sucede en el resto de los consultantes en que hay un mayor rango de dispersión de la edad. El tamaño corporal de los niños a esta edad puede hacer suponer a los adultos a cargo que aquellos son incapaces de volcar artefactos de cocina, es por tanto que debe hacerse énfasis en las medidas que protejan la integridad de la población infantil.

Se verificó en la investigación un predominio de varones de más de la mitad del total los pacientes. Esto infiere que la naturaleza curiosa y traviesa del sexo masculino les hace más propensos a evadir la protección de los adultos.

El impacto producido por las quemaduras en niños a nivel urbano sugiere que el hacinamiento de las clases sociales de menos recursos económicos favorece estos accidentes.

Concluimos que las mayorías de las quemaduras atendidas en la UNIQUEM pueden ser prevenidas con la educación extensiva de los padre/tutores acerca de la prevención de las mismas.

REFERENCIAS

1. Tratado de cirugía de Sabinston 17ava edición.
2. Principios de cirugía de Schwartz, 7ma edición.
3. Clínica de quemaduras infantiles "<http://www.quemadurasdeninos.org>"
4. Quemaduras en niños por volcamiento de cocina "http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062001000200006&script=sci_arttext"
5. Guía básica para el tratamiento de pacientes quemados "<http://www.indexer.net/quemados/>"
6. El niño quemado "<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/Quemaduras.html>"

INCIDENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN PEDIÁTRICOS DE LA CLINICA RURAL MONTEADENTRO LA CALETA.

Antonia del C. Segura Jaquez, * Aracelis Valentina Flete González,*
Keith Correa Santelises,* Julquias Hidalgo Silvestre, *
Michelle Mueses María.**

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la incidencia de infección respiratoria aguda en los pediátricos de la clínica rural Monteadentro La Caleta de la ciudad Santo Domingo en el periodo enero- Abril 2007 realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal donde determinamos que de 2,036 pacientes consultados 738 resultaron con (IRA) para un porcentaje de 36.2% .

El sexo con mayor número de casos fue el femenino con 400 casos para un 54.2%. El grupo de edad de los pacientes estudiados oscilaba de 0-18 años de los cuales los pacientes de 0-2 años fueron los más afectados con 400 casos para un 54.2%. En cuanto a los signos y síntomas el malestar general, rinitis y la tos fueron los más predominantes.

ABSTRACT

Palabras claves: tos, mal estar general, rinitis.

With the objective of determining the incidence of acute respiratory infection in the consultation of pediatrics of the rural clinic Monteadentro La Caleta of Santo Domingo in the period January- April 2007 carried out a retrospective study, descriptive of cut transversal where we determined that of 2,036 patient consulted 738 resulted with (IRA) for a percentage of 36.2%.

The sex with senior numbers of cases it was the feminine with 400 cases for a 54.25%. The group of age of the patient studied oscillated from 0-18 years old of the whom the patient of 0-2 years were the more affected with 400 cases for a 54.2%. As for the symptoms, discomfort, cough, difficulty breathing.

Key words: discomfort, cough, difficulty breathing.

INTRODUCCIÓN

Infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias ya sean estas altas o bajas con evolución menor a 15 días. Las IRA constituyen un importante problema de salud pública y la neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes.

*Médico Residente
*Medico Genetal

La infección respiratoria aguda (IRA) es una de las principales causas de enfermedad en todos los países del mundo. La incidencia de IRA es más alta en los menores de 5 años y fluctúa entre 5 y 8 episodios por niño por año; es mayor en las áreas urbanas, que en las rurales¹. En tanto que la incidencia de IRA parece ser similar en muchas partes del mundo, la mortalidad que se asocia con esta enfermedad es significativamente elevada en los países subdesarrollados. Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental, datos individuales y sociales:

Ambientales

- Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar
- Tabaquismo pasivo
- Deficiente ventilación de la vivienda
- Cambios bruscos de temperatura
- Asistencia a lugares de concentración como teatros, cines, estancias infantiles, etc.
- Contacto con personas enfermas de IRA

Individuales

- Edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad
- Bajo peso al nacimiento
- Ausencia de lactancia materna
- Desnutrición
- Infecciones previas
- Esquema incompleto de vacunación
- Carencia de vitamina A

Sociales

- Hacinamiento
- Piso de tierra en la vivienda
- Madre con escasa escolaridad.

Agentes causales de las IRA En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral.
Infecciones Respiratorias Agudas Etiología

virales	bacterianas	parasitarias	hongos
Influenza a,b Parainfluenza 1,2,3 Adenovirus Entre otros	S. pyogenes S. pneumoniae M. catarrhalis H. Influenzae S. Aureus* K. pneumoniae* Entre otros..	Ascaris lumbricoides entre otros	Micoplasma pneumoniae, Toxoplasma gondi Neumocitis carini Entre otros

otorrea, disfonía y odinofagia. taquipnea, crepitantes, sibilancias, roncus, dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia.

Los errores más frecuentes en el diagnóstico de las IRA están relacionados con:

- Inadvertencia de signos tempranos de neumonía o complicaciones que ameriten la referencia a otro nivel de atención
- Solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio
- Clasificación equivocada

La clasificación:

Enfermedad respiratoria aguda alta las cuales comprenden resfriado común, sinusitis, faringitis aguda, Rinofaringitis, Faringoamigdalitis Congestiva, Otitis media, Faringoamigdalitis Purulenta, entre otros.

Enfermedad Respiratoria Aguda de las vías inferiores y entre las entidades más frecuentes son Neumonía, bronquiolitis, bronquitis aguda, sibilancias del lactante, entre otros

DIAGNÓSTICO

La clínica ha sido la base del diagnóstico debido a la elevada frecuencia. Los signos y síntomas valorados fueron: Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otagia,

Factores de Mal Pronóstico

- Niño menor de dos meses
- Presencia de alguna inmunodeficiencia
- Muerte de un menor de 5 años en la familia
- Madre analfabeta o menor de 17 años
- Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño
- Menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer
- Desnutrición moderada o grave.

Para la atención de IRA, se cuenta con tres planes generales de tratamiento:

Plan A

Tratamiento para niños con IRA sin neumonía

*Incrementar ingesta de líquidos
*Mantener la alimentación habitual.
*No suspender la lactancia al seno materno.
*Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas.
*Control del dolor y el malestar general, con: acetaminofen 60 mg/kg./día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas. No usar ácido-acetil-salicílico o vasoconstrictores nasales
*Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C
*No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año.
*No utilizar antitusivos o antihistamínicos

*Si existen factores de mal pronóstico, revalorar en 48 horas.
*Instruir a la madre en el reconocimiento de los signos de alarma.
*Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes. *Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla, Cartilla Nacional de Vacunación.
*Antibióticos: pacientes con rinofaringitis, faringitis congestiva, laringitis y bronquitis (<i>no prescribir antibióticos ya que son de origen viral</i>) *Pacientes con faringitis purulenta: administrar penicilina benzatínica combinada, para mayores de 30 Kg. administrar 1 200 000 UI, y en menores de 30 Kg. 600,000 UI I.M. en dosis única
*Otitis media aguda y sinusitis: administrar trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día V.O. en 2 dosis (cada doce horas por siete días o amoxicilina 40 mg/kg/día V.O. en 3 dosis (cada 8 horas) por 10 a 14 días
*Revalorar en 24 horas, o antes si se agrava.

PlanB Tratamiento de neumonía leve, sin factores de mal pronóstico.

*Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar) *Antibiótico: trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día, dividido en 2 tomas, cada 12 horas, 7 días V.O. o bencil penicilina procainica 400 000 UI, cada 24 horas, por 7 días. I.M
*Incrementar ingesta de líquidos.
*Alimentación habitual, en pequeñas fracciones, más veces al día.
*Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C. Se administrará acetaminofén 60 mg/kg./día V.O. dividido cada 6 horas sin pasar de 5 dosis al día cuando la temperatura es mayor de 38° C.
*En caso de sibilancias: salbutamol jarabe 0.2-0.3 mg/kg/día en tres tomas, V.O. En el menor de un año valorar la respuesta en una a dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol; si es negativa, suspender. En mayores de un año continuar
*Educación a la madre para que sea capaz de reconocer signos de alarma. Si identifica alguno de los signos indicarle que acuda de inmediato a la unidad de salud.
*Revalorar en 24 horas, o antes si se agrava.

Tratamiento de neumonía grave o leve, con factores de mal pronóstico
Tratamiento más complejo dentro del hospital.

Signos de Alarma

Hipotermia en menores de 2 meses	Quejido respiratorio.
Dificultad respiratoria	Rechazo a los líquidos y alimentos
Respiración acelerada (taquipnea)	Hundimiento de espacios intercostales (tiro)
Somnolencia o insomnio	Cianosis peribucal y distal
Fiebre (mas de tres días)	Desnutrición grave

Los rayos X apoyan al diagnóstico, siempre que se cuente con el recurso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo con la disposición de determinar la incidencia de (IRA) en pediátricos del 0-18 años que fueron llevados a la consulta de pediatría de la clinica rural Monte dentro la caleta en el periodo enero-abril 2007 y que llegaban con signos y síntomas que evidenciaban infección respiratoria aguda.

Los datos fueron obtenidos por medio de la hoja de reporte de las consulta de pediatría cuyos resultados fueron analizados, tabulados y representados en los siguientes cuadros y porcentajes.

Cuadro 1: Frecuencia de IRA de la Clínica rural Monte dentro la caleta.

Población estudiada	2,036 pacientes
Pactes afectados	738
Pactes no afectados	1,298
Frecuencia	
Porcentaje	
Frecuencia	
porcentaje	
	738
	36.2
	1,298
	63.8

Este cuadro nos muestra el universo de nuestro estudio que es de 2,036 pactes de los cuales solo 738 padecieron la enfermedad para un 36.2% de la población. Los no afectados por dicha patología con 1,298 casos para un 63.8% quienes visitaron el hospital por otra condición.

Cuadro 2 Pacientes afectados de IRA según sexo.

Sexo	No. Casos	Porcentaje
Femenino	400	54.2
Masculino	338	45.8
Total	738	100

Este cuadro presenta la incidencia de pacientes que resultaron afectados por IRA en donde vemos que el sexo femenino aparece con 400 casos para un 54.2% obteniendo la mayoría de casos y el masculino 338 casos correspondiéndole un 45.8%.

Cuadro 3: Pacientes afectados de IRA según grupos de edades.

Edad	No. Casos	Porcentaje
<2 años	400	54.2
2-4	168	22.8
5-9	120	16.2
10-16	50	6.8
Total	245	100

En este cuadro podemos ver los afectados de IRA según la edad correspondiente con lo que se pudo establecer que el grupo más afectado fueron los niños menores de 2 años con 400 casos para un 54.2%, después el grupo de 2-4 con 168 casos para un 22.4%. Luego de 5-9 para 120 casos con 16.2% y finalmente el grupo de 10-16 con un total de 50 casos para un 6.8%.

DISCUSIÓN

Recuerde que el agua es el mejor fluidificante. El tratamiento de infecciones respiratorias agudas superiores con antibióticos, no previene la neumonía en los niños. El uso indiscriminado e indebido de antibióticos, favorece resistencia bacteriana y mayor gasto económico. Hay algunas actividades a promover por parte del personal de salud en la comunidad para la prevención de las IRA.

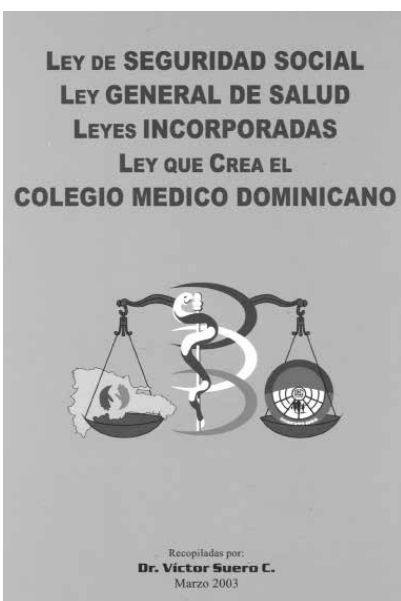
- Promover la lactancia materna durante los primero 4 a 6 meses y complementaria, después de esta edad
- Vigilar y corregir el estado nutricional
- Cumplir con el “Esquema Nacional de Vacunación de acuerdo a su edad
- No fumar cerca de los niños

- No quemar basura cerca de los niños.
- Evitar cambios bruscos de temperatura
- En época de frío, mantenerse abrigados
- Comer frutas y verduras que contengan vitaminas "A" y "C"
- Tomar abundantes líquidos
- Evitar el hacinamiento
- Ventilar las habitaciones

REFERENCIAS

1. www.pediatraldia.cl/pb/trata_ira_leve.htm - 8k
2. www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v1/art4.htm - 56k
3. www.sup.org.uy/Descarga/IRA1.doc
4. geosalud.com/enfermedades_infecciosas/IRA.htm - 113k
5. diccionario de medicina océano mosby

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.



El tabaco es perjudicial para la salud.

FRECUENCIA DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIEN NACIDOS ASISTIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

Johanka Altigracia Pérez,* Marlenis Jocelyn Glass,* Lisennia Castillo,* Magna Valenzuela,* Massiel Reyes,* Yendri Jones,* Clemente Terrero.**

RESUMEN

Se trata de un estudio observacional prospectivo descriptivo de corte transversal de encuesta entrevista, se llevó a cabo en el centro materno infantil san Lorenzo de los minas, en el periodo de los meses noviembre -diciembre 2008. Dicho centro se encuentra ubicado en Santo Domingo Este, con una de limitación geográfica: Al sur la calle 23 D, al norte avenida san Vicente de Paúl, al este la calle presidente Ureña, al oeste la calle carrera G. Cuando se evalúan los antecedentes patológicos de las madres nos damos cuenta que las infecciones de vías urinarias ocupan el primer lugar con un 48.2%. Al observar el grado de escolaridad de la madre nos encontramos que el 56.2% cursaba la secundaria. Cuando analizamos la variable puntuación de apgar la más relevante fue de 7-10 con un 58.7%. Cuando se evalúan los signos y síntomas los más predominantes son, disnea, llanto débil e hipoactividad. Cuando analizamos el diagnóstico según el ingreso encontramos que el 33.75% eran prematuros, 28.75% distres respiratorio y 26.25% sepsis neonatal.

Palabras claves. Recién nacidos, distres respiratorio, uci

ABSTRACT

This is a prospective observational study was descriptive cross-sectional interview survey was conducted in the mother-child center of the St. Lawrence mine, in the period of the months November-December 2008. The center is located in Santo Domingo, with a geographical limitation: South 23 D Street, north avenue Saint Vincent de Paul, East President Street Ureña, west street race G. When evaluating the background pathological mothers we realize that urinary tract infections rank first with 48.2%. By observing the degree of education of the mother we find that 56.2% was in high school. When we analyzed the variable Apgar score the most important was 7-10 with a 58.7%. When evaluating the signs and symptoms are the most prevalent, dyspnea, weak cry and hypoactivity when we analyzed the diagnosis based on income we find that 33.75% were premature, 28.75% and 26.25% respiratory distress neonatal sepsis.

Keywords. Newborn, respiratory distress, uci

* Médico general

** Pediatra infectólogo

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria (distrés respiratorio), es uno de los síndromes más frecuentes en neonatología. Aunque en la mayoría de las ocasiones está producida por patología del propio aparato respiratorio, otras veces es secundaria a patología cardíaca, nerviosa, metabólica, muscular, etc. En la última década, los avances terapéuticos (surfactante, nuevas modalidades de ventilación, tratamiento fetal), han producido un descenso importante en la mortalidad, si bien no en la morbilidad, ya que ésta depende, por una parte, del desarrollo pulmonar, que en el recién nacido (sobre todo en el prematuro) es anatómica y funcionalmente incompleto y por otra, de los importantes cambios que deben producirse en el momento del nacimiento para pasar de la respiración placentaria al intercambio gaseoso pulmonar, que se ven influenciados por muchos factores como nacimiento prematuro, asfixia perinatal, cesárea y fármacos sedantes administrados a la madre, entre otros. En ocasiones resulta difícil distinguir las alteraciones cardiovasculares de las respiratorias solo mediante los signos clínicos. Los signos de sufrimiento respiratorio en el recién nacido pueden hacer pensar en una enfermedad de las membranas hialinas, síndrome de aspiración, neumonía, sepsis, cardiopatías congénitas, insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar, atresia de coanas, hipoglucemia, macroglosia, malformación de la epiglotis, malformaciones o traumatismos laringeos, quistes o neoplasia de la laringe o el tórax, hernia o eventración del diafragma, etcétera (ver cita bibliográfica #4).

La meta de este estudio consiste en detectar los problemas que causa esta enfermedad para poder prevenir y disminuir la frecuencia que se presenta en nuestros Hospitales en este caso decidimos estudiar los recién nacidos del centro materno infantil san Lorenzo de los minas. Elegimos básicamente este centro debido al área demográfica que tiene mayor asistencia población de bajo recursos socioeconómico y trataremos de valorar el nivel de capacitación médica hospitalaria que permite dar servicio adecuado y asistencia requerida por los recién nacidos con distrés respiratorio para poder identificar los problemas y disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal y con ella la consecuencias que arrastra la madre a la sociedad. (Elaborado por los autores).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo descriptivo de corte transversal de encuesta entrevista, se llevó a cabo en el centro materno infantil san Lorenzo de los minas, en el periodo de los meses noviembre -diciembre 2008. Dicho centro se encuentra ubicado en Santo Domingo Este, con una de limitación geográfica: Al sur la calle 23 D, al norte avenida san Vicente de Paúl, al este la calle presidente Ureña, al oeste la calle carrera G

RESULTADOS

Cuando se evalúan los antecedentes patológicos de las madres nos damos cuenta que las infecciones de vías urinarias ocupan el primer lugar con un 48.2%. (ver cuadro # 1).

Al observar el grado de escolaridad de la madre nos encontramos que el 56.2% cursaba la secundaria. Ver cuadro 2).

Cuando analizamos la variable puntuación de apgar la más relevante fue de 7-10 con un 58.7%. (Ver cuadro 3)

Cuando se evalúan los signos y síntomas los más predominantes son, disnea, llanto débil e hipoactividad. (Ver cuadro 4)

Cuando analizamos el diagnóstico según el ingreso encontramos que el 33.75% eran prematuros, 28.75% distres respiratorio y 26.25% sepsis neonatal. (Ver cuadros # 5).

Tabla 1. Frecuencia de distres respiratorio en recién nacidos asistidos en el centro materno infantil san Lorenzo de los minas noviembre-diciembre 2008.

Según antecedentes patológicos de la madre

Antecedentes patológicos de la madre	Cantidad	Porcentaje
Pre-eclampsia	14	17.5
Falcemia	6	7.5
Condilomatosis	4	5
Infección urinaria	25	31.25
Infección vaginal	12	15
Negados	38	47.5

Fuente: Expedientes clínicos del recién nacido, cedula aplicada a la madres en centro materno infantil san Lorenzo de los minas noviembre-diciembre 2008.

Tabla 2. Según grado de escolaridad de la madre.

Grado de escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Nivel de instrucción	22	27.5
Primaria	12	15
Secundaria	23	28.75
Universitaria	14	17.5
Técnicos	9	11.25
Total	80	100,0

Fuente: Ibid

Tabla 3. Según puntuación de apgar

Puntuación de apgar	Cantidad	Porcentaje
DE 0 a 3 puntos	7	8.75
DE 4 a 6 puntos	26	32.5
DE 7 a 10 puntos	47	58.75
Total	80	100,0

Fuente: Ibid

Tabla 4. Según signos y síntomas característicos del distres respiratorio en el recién nacido.

Signos y síntomas	Cantidad de casos	Porcentaje
Llanto débil	38	47.5
Aleteo nasal	16	20
Retracción intercostal	11	13.75
Cianosis	10	12.5
Disnea	62	77.5
Bajo peso	23	28.75
Signo de macrostomia	2	2.5
Hipoactividad	21	26.25
Sepsis	18	2.5
Hipotermia	5	6.25

Fuente: Ibid

Tabla 5. Según diagnóstico sobre añadido al distres respiratorio en el recién nacido.

Diagnóstico	Casos	Porcentaje
Sepsis neonatal	21	26.25
Malformación congénita	5	6.25
Neumonía congénita	11	13.75
Síndrome de distres respiratorio	23	28.75
Prematuridad	27	33.75
Aire extraalveolar	4	5
Bajo peso	10	12.5
Asfixia	9	11.25
Cardiopatía congénita	2	2.5
Bronco aspiración de meconio	4	5
Sufrimiento fetal	1	1.25
Caput	1	1.25

Fuente: ibid

DISCUSIÓN

De acuerdo a los antecedentes maternos la Infección de vías urinarias y PRE-eclampsia predominó sobre las demás patologías con 18.7 por ciento y un 17.5 por ciento, siguiendo por las Infecciones vaginales con un 12 por ciento, además el 47.5 por ciento negó haber tenido antecedentes PRE-mórbido.

Se observó que el 56.2 por ciento de las madres tenía educación secundaria.

En cuanto al sexo observamos que el sexo que predominó fue el sexo masculino con un 30 por ciento. Según la edad 42.5 por ciento tenía de 48 a 72 horas de nacido.

Predominio de la edad gestacional fue la de 28 a 36 semanas que fue con un 45 por ciento. Según el Apgar obtuvimos un 58.7 por ciento de la puntuación de 7-10 puntos.

Por su peso predominó el de 2500 a 4000 gramos y el de 1500 a 2500 gramos con un 38.7 por ciento y un 31.2 por ciento respectivamente seguido por el peso de >1500 gramos con un 27.5 por ciento.

En los signos y síntomas que presentaron los recién nacidos la disnea fue la de mayor predominio con un 77.5 por ciento al nacer.

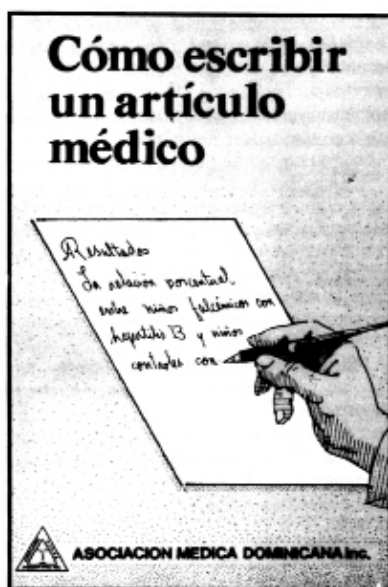
Los diagnósticos que predominaron fueron la Prematuridad con un 33.7 por ciento, Síndrome de Distres Respiratorio con un 28.7 por ciento y Sepsis con un 26.2 por ciento.

REFERENCIAS

1. Gispert, Carlos. "Océano uno color Diccionario Enciclopédico, Edición del Milenio". Edición 2002. España. año 2000.
2. Dr. MENA Carso, Emilio. "Normas Nacionales de Atención Pediátrica". Primera edición. Santo Domingo. República Dominicana.
3. Feliz, Félix. "Metodología de la investigación en salud". 1ra. edición Alfa y omega. Santo Domingo. República Dominicana.

4. Gomilla Manuel. "Neonatología Clínica Manejo Básico de problemas en la Guardia Patológicas, Farmacoterapias". 3ra edición. Editora Médica Panamericana. Enero 1998. (a?)
5. Colin D. Rudolph; Abrahán M. Rudolph; Margaret K. Hostetter. *Pediatría de Rudolph*. Vol. 21ª. edición.
6. Castillo Ariza, Marianela. "Diagnósticos Clínicos en neonatología"- 2da edición. Santo Domingo. Taller 1996. (a,?)
7. Richard E. Betirman, M.D.; Robert M. Kliegman, M: D.; Ann M. Arvin, M.D. "Nelson tratado de pediatría". 15ª edición Vol. I
8. José Alberto Correa V.; Juan Fernando Gómez R.; Ricardo Posada S. "Fundamentos de Pediatría". Generalidades y Neonatología. Tomo I 2da edición.
9. Robert Berkow, Mark H. Beers, Manual Merck; Edición en Lengua Española.
10. Mary W. I. e-Lai.md; Catherine A. Msgeurge; Maria C. Asi-Bautista, md; Cyndi Reid. Manual de pediatría, 2da edición 2004.
11. Treviño. Manual de pediatría 3ra edición 2003.
12. Rudolph. Abrahán, M *Pediatría* 17 ediciones. Editorial Labor S.A. Barcelona 1985.
13. Paúl H.D. serie Medica Nacional para el estudio independiente 4ª. edición.
14. Ezequiel Ander-egg, Técnicas de investigación social. 24ª. edición.
15. Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado Carlos; Batista Lucio Pilar, Metodología de la investigación 2da. edición. México 2000.
16. J. Schnitzler Eduardo; Pérez Augusto; G. Mince Pablo. Cuidados intensivos pediátricos, Mcgram-Hill interamericana. Editores, S.A. de C.V. México 2003.

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.

CONSECUENCIAS MÉDICO LABORAL EN PACIENTES HERIDOS POR ARMA DE FUEGO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL

Wilkin Méndez Beltré,* José Guillermo Rodríguez Castillo,* Mirtides Leonel Ferreras Pérez,* Juancarlos Rosado Estévez,*
Rosangela Valera Díaz,* Tito Suero.**

RESUMEN

Las Heridas por Arma de fuego son producidas por la penetración o roce del proyectil disparado violentamente por la explosión de la pólvora en la cámara o recámara del Arma.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de revisión de documento con el objetivo de determinar la consecuencia médico-laboral en pacientes heridos por arma de fuego atendido en el Hospital General de la Policía Nacional en Enero 2004 – Diciembre 2007.

Esta investigación está confinada por las 490 personas que acudieron al Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL) de ambos sexos de cualquier edad, sin importar la condición del paciente que fueron atendidos en dicho hospital por herida de arma de fuego.

Se utilizó la técnica del cuestionario para la recopilación de los datos contenido en los expedientes encontrados en los archivos de dicho hospital que contengan en su estructura datos por heridas de arma de fuego en encontrándose como resultado que el sexo masculino fue el más afectado con un 96.1 por ciento, también en cuantos al rango los más afectados fueron los rasos para un 35.1 por ciento.

Podemos concluir que, en los 490 casos estudiados durante enero 2004 – diciembre 2007 en sus mayorías no tuvieron secuela funcional que afectara su continuación en el servicio policial normal para un 72.9 por ciento. El tipo de arma utilizada más frecuentes fueron pistola con 42.0 por ciento, en cuanto a la ubicación de la lesión el área anatómica más afectada fue el miembro inferior con un 45.7 por ciento. De acuerdo a la situación que se produjo el hecho predominó la causa accidentales y dentro de esta la auto accidentales para un 73.2 por ciento.

Recomendamos a las autoridades policiales que debido a la gran cantidad de paciente heridos accidentalmente y especialmente autoaccidental instruir mejor a los miembros de la Policía Nacional del manejo de arma de fuego y reforzar estos conocimientos frecuentes.

Palabras claves: Consecuencias médico laboral, pacientes, policía.

*Médico General

**Médico Ortopeda

ABSTRACT

The quake Firearm is produced by the penetration of rubbing or projectile fired violently by the explosion of gunpowder in the camera or bedroom of Arma.

Retrospective study descriptive document review to determine the consequence doctor-patient work in quake firearm served in the General Hospital of the National Police in January 2004 - December 2007.

This investigation is confined by the 490 people who came to the General Hospital of the National Police (HOSGEPOL) male and female of any age, regardless of the patient's condition that were treated at the hospital for wound firearm.

We use the technique of the questionnaire for collecting data contained in the files found in the archives of the hospital said in its structure containing data on firearm injuries as a result found that the male was the most affected with a 96.1 percent, also in regard to rank the most affected were RAS para a 35.1 per cent.

We can conclude that in the 490 cases studied during January 2004 - December 2007 in its majorities were not functional sequel affecting its continuation in the police service for a normal 72.9 percent. The type of weapon used most frequently were pistol with 42.0 percent, on the location of the lesion the anatomical area most affected were the lower limb with a 45.7 per cent. According to the situation was the fact that the predominant cause accidental and within this self accidental for a 73.2 per cent.

We recommend that police authorities because of the large number of patient accidentally wounded and especially autoaccidental better educate the members of the National Police's handling of firearm and reinforce this common knowledge.

Key Word: consequence, doctor-patient work, patient's, police.

INTRODUCCIÓN

Las heridas por arma de fuego representan una parte importante de los problemas sanitarios de salud de las sociedades modernas, con las consecuentes secuelas de

morbilidad y mortalidad en muchos casos. En el caso particular de las heridas por arma de fuego en el tórax y en abdomen, éstas representan una potencial amenaza para la vida del paciente, así como serias complicaciones de diferentes índoles, especialmente de tipo infecciosas, si el paciente no recibe la atención adecuada y a tiempo.

A medidas que las sociedades modernas se van expandiendo, es mayor cada día el número de personas tanto de la población civil como militar y policial que tienen posibilidades de tener arma de fuego con proyectiles de alta velocidad, que al ser más complejas cada vez han hecho que más personas estén expuestas a morir por lesiones de este tipo.

En tiempo actual, la situación del orden público, acompañada de violencia, y tal vez personas descuidadas o no aptas para tener arma de fuego hacen que aumenten la incidencia por ésta, por tal razón debido a la gran cantidad de pacientes heridos por armas de fuego atendidos en el Hospital General de Policía Nacional (HOSGEPOL), nos motivamos a investigar, revisar y establecer estadísticamente la incidencia y secuelas de los pacientes atendidos en dicho Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, de revisión de documentos con el objetivo de determinar las consecuencias médico-laborales en pacientes heridos por arma de fuego atendido en el Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL), enero 2004 hasta diciembre del 2007.

Área de estudio

Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL), calle Rafael Ravelo, esquina Independencia, frente a la Cancillería, al lado de la Embajada de España, fundado el 2 de marzo del 2004.

Universo

Está confinado por personas que acudieron al Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL) de ambos sexos, de cualquier edad, sin importar la condición del paciente que fueron atendido en dicho hospital por herida de arma de fuego.

Población

Los constituyen los 490 expedientes de personas que acudieron al Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL) que contienen datos sobre pacientes heridos por arma de fuego atendido en dicho hospital en enero 2004 a diciembre del 2007.

Criterios de Inclusión

Para estos fines fueron tomados encuesta los expedientes de la persona que acudieron al Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL), heridos por arma de fuego en enero 2004 a diciembre del 2007.

Criterio de exclusión

Se excluirán los expedientes de las personas que acudieron al Hospital General de la Policía Nacional (HOSGEPOL) en enero del 2004 a diciembre del 2007 por otras razones que no fueran heridos por arma de fuego.

Instrumento de recopilación de datos

Se elaboró un formulario para la recopilación de los datos contenidos en los expedientes encontrado en el Hospital General de la Policía Nacional que contengan en su estructura datos de heridos por arma de fuego.

Procedimiento:

Se solicitó permiso al Dr. Cristóbal Fernández. Director del Hospital General de la Policía Nacional, mediante correspondencia redactada y firmada en el departamento de monografía y tesis de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, para que se nos permita el acceso a los documentos que se encuentran en el archivo del Hospital de la Policía Nacional.

Plan de Tabulación y análisis

Al final los datos fueron procesados en cuadro y gráficos, ayudado por el medio electrónico, computados a través de los programas Word y Excel y medio matemático-estadístico, los cuales serán analizados por los sustentantes del estudio.

El Plan de análisis

Estuvo basado en métodos estadísticos, los cálculos en porcentaje y la representación de la información en distribución de frecuencia relativas y en series agrupadas.

Principio Ético y Biológico

Se respetaron todos los principios éticos, ya que las informaciones obtenidas de los expedientes clínicos no serán divulgadas, ni tampoco los nombres de las personas que fueron objeto de estudio.

RESULTADOS

El sexo más afectado fue el masculino con 471 casos para un 96.1 por ciento.

Cuadro 1. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	471	96.1
Femenino	19	3.9
Total	490	100.00

Fuente: Directa

El grupo etaréo más afectado fue de 21-40 años con 397 casos para un 81.0 por ciento.

Cuadro II. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según Edad.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
0-20	30	6.1
21-40	397	81.0
41-60	57	11.6
61 o más	06	1.2
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

Según la condición laboral la población más afectada fueron los policías con 441 casos para un 90.0 por ciento.

Cuadro III. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según la condición del paciente.

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Policía	441	90.0
Militar	11	2.2
Asimilado	01	0.2
Pensionado	01	0.2
Civil	36	7.3
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

Según el rango los más afectados fueron los rasos con 159 casos para un 35.1 por ciento.

Cuadro IV. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según el Rango.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Raso	159	35.1
Cabo	76	16.8
Sargento	68	15.0
Sargento Mayor	27	5.9
Cadetes	02	0.4
Segundo Teniente	28	6.1
Primer Teniente	08	1.7

Capitán	03	0.6
Mayor	02	0.4
No reporta Rango	79	17.4
Total	452	100.0

Fuente: Idem.

El arma de fuego más usada fue la pistola con 206 usuarios para un 42.0 por ciento.

Cuadro IV. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según el tipo de arma.

Tipo de Arma	Frecuencia	Porcentaje
Pistola	206	42.0
Revolver	88	18.0
Escopeta	43	8.8
Casera	05	1.0
Desconocida	148	30.2
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

La forma accidental fue la de mayor frecuencia 179 casos para un 36.6 por ciento.

Cuadro VI. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según el Suceso.

Suceso	Frecuencia	Porcentaje
Riña	62	12.6
Atraco	146	29.8
Accidental	179	36.6
Intercambio	100	20.4
Intento de Suicidio	03	0.6
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

En cuanto a las causas accidentales la autoaccidental fue la de mayor frecuencia con 131 casos para un 73.2 por ciento.

Cuadro VII. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según la causas accidentales,

Causas Accidentales	Frecuencia	Porcentaje
Autoaccidental	131	73.2
Causada por otro	48	26.8
Total	179	100.0

Fuente: Idem.

La provincia más afectada fue la de Santo Domingo Este con 166 casos para un 33.9 por ciento.

Cuadro VIII. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según la procedencia.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
D.N.	111	22.7
Sto. Dgo. Este	166	33.9
Sto. Dgo. Norte	58	11.8
Sto. Dgo. Oeste	46	9.3
Interior	96	19.6
No reporta lugar	13	2.7
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

En cuanto a la ubicación de la lesión el área más afectada fue en miembro inferior.

Cuadro IX. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según la ubicación de la lesión,

Lugar de la Lesión	Frecuencia	Porcentaje
Cráneo	15	3.1
Cara	10	2.0
Cuello	04	0.8
Tórax	33	6.7
Abdomen	32	6.6
Región Pélvica	10	2.0
Región Glútea	09	1.9
Testicular	02	0.4
Miembro Superior	97	19.9
Miembro Inferior	225	45.7
Heridas Múltiples	39	7.0

No Reporta Lugar	07	1.4
Vasculares	01	0.2
Columna Vertebral	06	1.2
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

En relación a las secuelas 357 casos no presentaron secuelas funcionales para un 72.9 por ciento.

Cuadro X. Consecuencias Médico-Laborales en Pacientes Heridos por Armas de Fuegos, Tratado en el Hospital General de la Policía Nacional, Enero 2004 – Diciembre 2007, Según las consecuencias.

Consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Sin Secuelas Funcionales	357	72.9
Incapacidad Parcial	104	21.2
Incapacidad Total	24	4.9
Fallecidos	5	1.0
Total	490	100.0

Fuente: Idem.

DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como finalidad, identificar las consecuencias médico-laborales en pacientes heridos por arma de fuego en el Hospital General de la Policía Nacional, para tales fines fueron revisados los expedientes que descansan en los archivos del Hospital, comprendidos en el mes de enero del 2004 hasta el 31 de diciembre del 2007.

Entre los expedientes revisados había un total de 490 casos por heridas por arma de fuego en el Hospital General de la Policía Nacional 2004-2007.

De la población estudiada, en cuanto al sexo el 96.1 por ciento corresponde al sexo masculino y el restante 3.9 por ciento, corresponde al sexo femenino, ver gráfico No. 1. El sexo masculino fue el más afectado en nuestra investigación realizada en el Hospital General de la Policía Nacional.

El grupo de las edades más afectada por herida de arma de fuego fue el comprendidos entre 21-40 años ocupando un 81.0 por ciento, el grupo de edades de 41-60 un 11.7 por ciento, para el grupo de edades 0-20 años un 6.1 por ciento y de 61 años o más un 1.2 por ciento, ver gráfico No. 2.

Razón a lo que se debe que las edades de 21-40 años es la más activa dentro de la Policía Nacional.

Con respecto a la condición del paciente un 90 por ciento eran Policía, seguido por la población civil que ocupó un 7.4 por ciento, los militares con un 2.2 por ciento y los pensionados y asimilados ocuparon un 0.2 por ciento respectivamente cada uno, ver gráfico No. 3.

Debido a que realizamos nuestra investigación en un Hospital General de la Policía y como debía esperarse la población más afectada fue policía.

En cuanto al Rango, los más afectados fueron los Rasos con un 35.2 por ciento, seguido por los Cabos que resultaron con un 16.8 por ciento, los sargentos con un 15.0 por ciento, no reportaban rango un 17.5 por ciento, 2do. Teniente y Sargento Mayor con un 6.2 por ciento y un 6.0 por ciento, ver gráfico No. 4.

Estos se deben a que son los Rasos los que patrullan con mayor frecuencia en la calle.

A los que se refiere al arma utilizada en el hecho el 42.0 por ciento, corresponde a pistola, el 30.2 por ciento correspondió revólveres, un 8.8 por ciento fueron escopeta y un 1.0 por ciento el tipo de arma utilizada fueron del tipo casera, ver tabla No. 5.

Estos son debido a que hoy en día la pistola es el arma favorita de los dominicanos. La cual constituye una de las armas más vendida.

En lo que se refiere a la situación que se produjo el hecho el 36.5 por ciento fueron por causa accidentales, el 29.8 por ciento corresponde a intento de atraco, un 20.4 por ciento se produjeron por intercambio de disparo, un 12.6 por ciento fueron por riña personales y un 0.6 por ciento fue por intento de suicidio, ver gráfico No. 6.

Esto corresponde que al policía no le dan un buen entrenamiento sobre el uso y manejo del arma de fuego.

En cuanto a la causas accidentales estuvieron 179 pacientes; de estos hubieron por causas autoaccidentales, un 72.2 por ciento y producida por otro correspondió a un 27.8 por ciento, ver gráfico No. 7.

En cuanto a la procedencia el 33.9 por ciento fueron de la provincia de Santo Domingo Este, 22.7 por ciento fueron del Distrito Nacional, un 19.6 por ciento corresponde a la persona que llegó del Interior, un 11.8 por ciento corresponde a Santo Domingo Norte y un 9.4 por ciento fueron de Santo Domingo Oeste, ver tabla No. 8.

En lo referente al lugar de la lesión o área anatómica afectada el 45.7 por ciento corresponde a los miembros inferiores, el 19.8 por ciento a los miembros superiores, un 8.0 por ciento, a la heridas múltiples y el 6.7 por ciento corresponde a la herida de tórax, un 6.6 por ciento a la región del abdomen y un 3.1 por ciento fueron en el cráneo, entre otras, ver gráfico No. 9.

Esto se debe a que la mayoría de las causas fueron accidentales y autoaccidentales, producida por el mismo agente. Y que en esta el cañón del arma estaba en la cintura con la posición de cañón hacia los miembros inferiores.

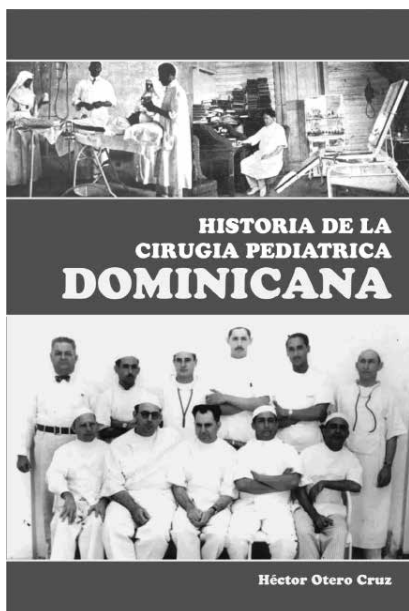
Lo que se refiere a la consecuencia del pacientes heridos por arma de fuego, el 72.9 por ciento resultaron sin secuelas funcionales en el incidente. Un 21.2 por ciento estuvieron una incapacidad parcial, un 4.9 por ciento resultaron con incapacidad total y un 1.0 por ciento fallecieron por motivo de la lesión, ver tabla No. 10.

Estos resultados arrojaron que la mayoría de estas lesiones fueron sin secuelas funcionales y hoy en día el agente o policía está ejerciendo su labor activa en la Policía Nacional.

REFERENCIAS

1. Judith E. Tintinalli, Gabor de Kelen, J. Stephan Stapczynski. "Medicina de Urgencia". Quinta Edición, McGraw Hill, interamericana, México, D.F., 2004, capítulo 20, pág. 1941-1974.
2. Kenneth J. Koual. "Fracturas y Luxaciones". Segunda edición, Ed. López Marban, Libro. Capítulo I, pág. 18-20.
3. Kenneth L. Mattox. "Trauma". Cuarta edición, Ed. McGraw Hill Interamericana, México, D.F., 2001, capítulo I, pág. 10
4. Javier Grandini González. "Medicina Forense", Primera Edición, Ed. McGraw Hill Interamericana, México, D.F., 2004, Capítulo III, pág. 56-60.
5. Alejandro Pichardo. "Medicina Forense", primera edición, impresora A. Muñoz & Co., República Dominicana, 1999, capítulo VI, pág. 94-99.
6. David C. Sabiston, Jr. "Tratado de Patología Quirúrgica". Décima Quinta Edición, McGraw Hill, Interamericana, México, D.F., 1999, capítulo 54, pág. 2081-2085.
7. Bárbara F. Weller. "Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud". Primera Edición, McGraw Hill Interamericana, México, D.F., 1997.
8. Marx, Hockberger, Wallas. "Medicina de Urgencias". Edición Mosby, España, 2002, capítulo 16, pág. 830-832.
9. Romero Torres. "Tratado de Cirugía". Primera Edición, Editora Interamericana, México, D.F., 1985, capítulo 22, Pág. 2578.
10. Dorlan. "Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina". 27va. Edición, Editora McGraw Hill Interamericana, España, 1998.
11. Huerta Michell. "Medicina Legal". 6ta. Edición, Ed. J.V., Bolivia, Pág. 385-395.
12. David J. Magee. "Ortopedia". Segunda Edición, Editora McGraw Hill Interamericana, México, D.F., 1994, capítulo 5, pág. 211-216.
13. Eugenio Torroella Mata. "Cirugía". 3ra. Edición, Editora Puello y Educación, Habana, Cuba, 1987, capítulo 18, pág. 264-266.
14. Melloni, Biagio. "Diccionario Médico Ilustrado". Barcelona, Editorial Reverté, 1983.
15. Schwartz, Seymour. "Principles of Surgery 6th, edition. New York, Mc Graw Hill, 1997.
16. Nyhus, Baker. "El dominio de la Cirugía". 4ta. Edición, Caracas, Editorial Medica Panamericana 1991.
17. Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado, Séptima Edición, Editora Larousse, impreso en Colombia, 2000.

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.

INCIDENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV) EN PACIENTES DE 15 A 60 AÑOS ASISTIDAS EN LA CLÍNICA DE PATOLOGÍA DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL DR. LUÍS E. AYBAR.

Mercedes A. Félix Valera,*Judith K. Jiménez,* Delmis German de los Santos,*Wilfredo Polanco Fructuoso,*Wilson Mejía,*María Batista.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de recolección retrospectiva, realizado en el hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, República Dominicana, en el año 2004, en los pacientes de la consulta externa de ginecología que solicitan asistencia en la clínica de patología de cuello uterino con el propósito de determinar la incidencia del Virus del Papiloma Humano (HPV) en pacientes de 15 a 60 años.

Se estudiaron 296 casos (Pacientes) en el periodo comprendido entre 2002 y 2003 en edades entre 15 a 60 años, los resultados revelaron que la incidencia del virus del papiloma humano (HPV) es más frecuente según los datos obtenidos en edades entre 31 y 40 años.

Según los factores asociados fueron; neoplasia cervical intraepitelial I (NICI) 53% el número de conyugue un solo conyugue 51% según paridad, (multípara), 89,50%, según el primer coito 30,10%.

Palabras claves: Virus del Papiloma Humano (HPV), Incidencia, Gineco-oncológica.

ABSTRACT

It was performed a descriptive study with transversal cut which had a retrospective data gathering at Dr. Luis E. Aybar Hospital, Santo Domingo, Dominican Republic in 2004, to patients that attended at the external gynecological consult in the pathology clinic of uterine, with the purpose of determining the incidence of Human Papilloma Virus (HPV) in patients from 15 to 60 years.

There were studied 296 cases (patients) in the period between 2002 and 2003 in ages between 15 to 60 years old; the results showed that the incidence of HPV is more frequent in ages between 31 to 40 years old.

According to associated factors were: cervical intraepithelial neoplasia I (NICI), 53%, the quantity of spouses 51% according parity, (several births), 89.50%, according to the first sexual relation, 30.10%.

Keywords: Human Papilloma Virus (HPV), Incidence, Gyneco-oncology.

*Gineco-obstetra
**Médico genetal

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto genital por Virus del Papiloma Humano (HPV), es una de las enfermedades de transición sexual de más alta prevalencia e incidencia en la población, la cual se encuentra asociada a malignidad de tracto genital.

Aunque algunos tipos de papiloma causan verrugas comunes en las manos y en los pies, los virus del papiloma humano (HPV) genitales son de transmisión sexual en la mayoría de los casos y pueden causar verrugas en área genital y anal del hombre y la mujer, o la forma más común que es la infección subclínica o sintomática la cual dificulta su tratamiento oportuno a pesar de que existe una amplia gamma de métodos diagnósticos que hacen factible la intervención en este tipo de patología.

La falta de concientización del individuo a través de programas preventivos de educación para la salud, el uso de preservativos, múltiples compañeros y el inicio de la actividad sexual en la adolescencia son factores que influyen en el aumento de la morbilidad.

Basándonos en estudios realizados en el Departamento de Infecciones de transmisión sexual del instituto dominicano de dermatología del Dr. Humberto Bogart (IDDHB) una de las mas altas incidencia en la población femenina es la infección por el virus del papiloma humano (HPV), además investigaciones realizadas por el instituto catalán de ontología con el objetivo de prevenir el virus, nos ayuda a darnos cuenta que este virus tiene una alta incidencia no solo a nivel nacional, sino también internacional.

Motivo por el cual es de interés la realización de este estudio con el fin de profundizar en el conocimiento del comportamiento de la infección por virus del papiloma humano (HPV) en el país evaluando las condiciones clínicas de pacientes asistidas en la clínica de patología de cuello uterino del hospital Dr. Luis E. Aybar año 2002-2003.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación tipo descriptivo de corte transversal y de recolección retrospectiva en el hospital Dr. Luis E. Aybar en el año 2004, Santo Domingo, República Dominicana en las pacientes de la consulta externa de ginecología que solicitan asistencia clínica de patología de

cuello uterino correspondiente al periodo 2002-2003.

El universo de la presente investigación está integrado por todas las pacientes que acuden a la consulta externa de ginecología de la clínica de patología de cuello uterino, del hospital Dr. Luis E. Aybar correspondiente al periodo 2002-2003. Para obtener esta muestra se partió de todas las pacientes de la clínica de patología de cuello del hospital Dr. Luis E. Aybar en el citado periodo.

Los criterios de inclusión se incluyen todas las pacientes que reunieron las condiciones que señalamos a continuación.

- a) Paciente entre 15-60 años
- b) Pacientes con prueba de laboratorios sospechosa de (HPV).
- c) Pacientes con una vida sexual activa.
- d) Pacientes con lesiones o verrugas sugestivas de HPV

Para los criterios de exclusión señalaremos:

- a) Pacientes menores de 15 años y mayores de 60 años
- b) pacientes cuya prueba de laboratorio no sea sospechosa del HPV.

Para la recolección de datos se elaboró un protocolo cuyos ítemes fueron elaborados a partir de las variables a investigar validándose las mismas mediante la opinión de expertos. Se le aplicó un formulario de recolección de datos de los archivos de la clínica de patología de cuello uterino y colposcopia del hospital Dr. Luis E. Aybar aplicadas a las pacientes de 15 a 60 años en el periodo 2002-2003.

RESULTADOS

Cuadro 1. Incidencia del HPV en pacientes de 15 a 60 años asistidas en la clínica de Patología de Cuello Uterino, Hospital Luis E. Aybar, 2002 – 2003, según la Edad.

Edad (años)	Casos	Porcentaje
15 - 20	26	8.78
21 - 30	85	28.72
31 - 40	89	30.07
41 - 50	37	12.50
51 ó más	59	19.93
Total	296	100.00

Fuente: Directa

Cuadro 2. Incidencia del HPV en pacientes de 15 a 60 años asistidas en la clínica de Patología de Cuello Uterino, Hospital Luis E. Aybar, 2002 – 2003, según Factores Asociados.

Variable	No. De Casos	Porcentaje
NIC - 1	158	53.38
NIC - 2	99	33.45
NIC - 3	39	13.18
Total	296	100.00

Fuente: Directa

Cuadro 3. Incidencia del HPV en pacientes de 15 a 60 años asistidas en la clínica de Patología de Cuello Uterino, Hospital Luis E. Aybar, 2002 – 2003, según número de Cónyuges de la Paciente.

Variable	Casos	Porcentaje
1	51	17.23
2	44	14.86
3	47	15.88
4	43	14.53
5	40	13.51
6	40	13.51
7	-	-
8	-	-
9	-	-
10	31	10.47
Total	296	100.00

Fuente: Directa

Fueron estudiadas 296 pacientes en nuestra investigación realizada en el hospital Dr. Luis E. Aybar, la cual determinamos lo siguiente: en el cuadro I la población en estudio corresponde a un total de 296 pacientes la edad mínima correspondió a 15 años y la máxima a 60 años con una media de 25 años, evidenciándose el grupo más afectado entre 31 y 40 años. Con un total de 89 casos (30,06%) a este grupo le sucedieron los comprendidos entre 21 y 30 años con un total de 85 casos (28,71%) en el grupo de edades comprendido entre 51-60 años se registraron 59 casos (19,93%) siendo el tercer grupo de incidencia. La población que oscila entre los 41-40 años un total de 37 pacientes, (12,50%), el grupo de edad menos afectado estuvo entre 15-20 años, 26 casos (8.80%).

El cuadro 2 presenta la incidencia del virus del papiloma humano según los factores asociados observando el mayor porcentaje de casos asociados a NIC-I, con 158 casos (53.4%),

seguido de la clasificación NIC-II, con 9 casos (33.4%), y finalmente 39 casos representado por el NIC. III para un (13.2%).

Cuadro 3, presenta la incidencia de virus del papiloma humano según el número de conyugues de la paciente, observándose un solo conyugue en 51 caso (17.22%), seguido de un número de 3 conyugues con 47 casos (15.87%), el tercer grupo está representado por 2 conyugues 44 casos (14.86%), sucedido por 4 conyugues 43 casos (14.52%), 5 conyugues 40 casos (13.53%), y 10 conyugues con 31 casos (10.47%).

DISCUSIÓN

Los resultados emitidos en la presente investigación mostraron que la edad más afectada fue entre los 31 y 40 años con un total de (30.06%) seguido por los factores asociados observando el mayor porcentaje de casos asociados a NIC-I con (53.4%) por el número de conyugues: un solo conyugue (17.22%). En relación al primer coito encontrándose que el mayor porcentaje ocurrió en pacientes que iniciaron las relaciones sexuales entre los 16-19 años para un (30.10%), según la paridad encontrándose múltiparas para un (89.50%), en cuanto el estado civil la incidencia de HPV fue mayor en la población soltera para un (34.80%), seguida por los casados para un (34.50%) y ocupando un último la unión libre con un (30.70%), hacemos notar que del grupo divorciado no se evidencia en nuestro estudio por ausencia de casos reportados.

El lugar de procedencia más afectado fue en la zona urbana para un (43.59%), e grupo de zona rural registró un total de (30.06%), seguido de un grupo de pacientes con domicilio no específico con un (26.35%).

Según la escolaridad, el grupo más afectado fue el nivel secundario, (29.42%), seguido del nivel primario (25.65%), el nivel técnico (15.87%), el grupo universitario (14.86%), y analfabetos (14.18%).

En cuanto al uso de anticonceptivos orales (19.25%) DIU con (14.52%), método de Salpingotomía (13.51%), el uso de preservativo (12.16%), Norplan 10.81%) y el uso de anticonceptivos inyectados no se evidencia en nuestro estudio por ausencia de casos.

Según antecedentes patológicos, enfermedades sistémicas, (39.9%), enfermedades de transmisión sexual (22.40%), enfermedades pulmonares (16.70%), casos negados (21%), según manifestaciones clínicas observándose aparición de verrugas (19.20%), dolor, irritación y flujo vaginal (13.9%) sangrado, sangrado vaginal (13.2%), prurito (11%), asintomático (8.8%), manifestaciones inespecífica, (6.1%), según la localización de la lesión ubicación genital, (94.6%), extragenital, (5.4%).

Según los medios diagnósticos el primer lugar, pruebas citológicas (36.5%), colposcopia (28.7%), método de observación (15.2%), pruebas serológicas (10.5%), histoquímica (9.1%), según el tipo de diagnóstico: subclínico (84.8%), seguido del clínico, (15.2%).

Según el tratamiento usado podofilina, (52.4%), la criocirugía, (24.7%), escisión quirúrgica (22.9%), y finalmente

cauterización donde no se evidencia ningún número de casos. De acuerdo a la duración del tratamiento de 3 a 1 año (30.7%), de 2 a 4 años (41.6%), y de 5 a 7 años (27.7%), según la respuesta terapéutica presentan recidivas (50.3%), no la presentaron (49.7%), seguida del tratamiento con pareja (52.4%), que si habían sido tratadas, mientras que negados (47.6%), relaciones extramatrimoniales (42.2%), casos negados (57.7%).

En cuanto al número de chequeos observándose el mayor número de casos en aquellas pacientes que concurren con 6 a 9 chequeos (35.1%), de 1 a 5 chequeos (34.1%), y de 10 a 13 chequeos (16.6%), y de 14 a 18 chequeos (11.1%).

CONCLUSIÓN

La incidencia del virus del papiloma humano es más frecuente en pacientes en edades comprendidas entre las edades 31 a 40 años. Son de mayor riesgo aquellas pacientes que iniciaron una vida sexual temprana entre 16 y 19 años de edad, comparadas, con las que iniciaron después de los 18 años de edad.

La mayor parte de las lesiones identificadas corresponden a NIC-I y fue el estadio más asociado al virus del papiloma humano. El 50.3% de los casos se reportó reinfección, relacionado tal vez con que el 12.1 por ciento usaba preservativo como método de prevención. La mayor parte de las pacientes estudiadas refirieron tener un sólo compañero sexual debido a factores socioculturales.

RECOMENDACIONES

1. El desarrollo de nuevos programas de educación en salud sexual y reproductiva.
2. Orientar a la población acerca de la toma de muestra del Papanicolaou y su importancia.
3. Incluir en la curricular universitaria conceptos claros de salud sexual y reproductiva.
4. Empoderar a los recursos humanos en salud, especialmente los de primer nivel de atención para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
5. Dotar a todas las Unidades Nacionales de Atención Primaria (UNAP) de los insumos necesarios para la toma de muestra de papanicolaou y capacitar el personal para esos fines.

REFERENCIAS

1. Ackerman, A. Bernard y Cols; altas clínicas de las 101 enfermedades más comunes de la piel, Marban libros SL, España. 2002. p.638-644.
2. Arenas, Roberto; Dermatología Diagnostica Y Tratamiento. 2da edición. McGrawHill interamericana México 1996 P.560-570.
3. Balaguero J.Lladi; ontología ginecológica; Granfink. S.A. Barcelona 1983, P.148-161.
4. Beer, H mark y Cols; Manual Merck, 10ma ed.

- Harcourt. Madrid, 1999.P 1345.
5. Berek S, Jonathan y Cols, ginecología de Nova k. 12va ed. McGraw Hill., México 1997.p 384-424.
 6. Handsfield, H. Hunter; enfermedades de transición sexual 2da ed. Marban libros; Madrid.2002. P.95-109.
 7. Herwitt, Pelse y Cols; enfermedades de la vulva, McGrawHill. Gráficos Roger, Madrid, España, 1998.
 8. Reichman, C. Richard; Medicina Interna Harrison. 14ava ed. infecciones por virus del papiloma humano, McGrawHill, México.1998. . 1258-1260.
 9. www.geosalud.com



PERFIL METABÓLICO EN PACIENTES OBESOS TRATADOS CON DIETA Y EJERCICIO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MILITAR F.A. DR. RAMÓN DE LARA.

Grismaldy Lorenzo Cedeño,* Yagil Brioso Viola, Marilennys Torres García, Robert J. Cruz, Natalia Peralta Dechamps.

RESUMEN

Para determinar el Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del el Hospital Militar Ramón de Lara enero – diciembre 2009. Realizamos un estudio, retrospectivo, analítico y descriptivo. Donde fueron evaluados 1086 pacientes de los cuales un 11.1 % tenía diagnostico de obesidad o sobrepeso. De las cuales un 62.8 por ciento eran del sexo femenino .La mayor población de obesidad se encontró en los grupos de edades de 50 -59 años. Un 38.8 por ciento de los pacientes eran solteros. Las amas de casa fueron encontrados en 38.8%. La Obesidad Tipo II fue encontrada en un 32.2% La obesidad tipo Ginoide fue la principalmente encontrada. Un 92.8% de los pacientes eran consumidores de café. La enfermedades comorbidas de los pacientes estudiados encontramos 34.7% tenía Hipertensión Arterial. De los 121 pacientes obesos solamente el 23 % presentaba un porcentaje de grasa corporal elevado.

Palabras claves. Obesidad. Dieta. Ejercicio

ABSTRACT

In order to determine the metabolic Profile in obese patients dealt with diet and exercise in the external consultation about the Military Hospital Ramon de Lara we realised a study, retrospective, analytical and descriptive. Where an 11, 1% were evaluated 1086 patients of who diagnostic tapeworm of obesity or overweight. Of which a 62, 8 percent was of feminine sex. The greater population of obesity was in the groups of ages of 50 -59 years. A 38, 8 percent of the patients were unmarried. The housewives were found in 38.8%. The Obesity Type II was found in 32, 2% the obesity Ginoide type was mainly found. 92, 8% of the patients were consuming of coffee. The comorbid diseases of 34, 7% the studied patients we found tapeworm Arterial Hypertension. Of the 121 obese patients only 23% presented/displayed a lifted percentage of corporal fat.

Key words. Obesity. Diet. Exercise

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad endocrino-metabólica multifactorial que obedece a la compleja interacción de la predisposición genética, elementos ambientales, sociales e individuales, cuya principal característica es una excesiva acumulación energía a manera de grasa en el tejido adiposo¹⁻²; pero más allá de constituirse como una alteración energética (balance positivo) es una patología crónica, asociada a un alto riesgo de morbi-mortalidad por la diversidad de complicaciones que produce. Por definición, los adultos con sobrepeso son los que tienen un índice de masa corporal (IMC) 25-29,9 Kg. /m² y los adultos con obesidad los que tienen un IMC ≥ 30 Kg. /m².

Al analizar la obesidad, nos percatamos que no es ella por sí sola lo que motiva gran preocupación, sino el hecho de que constituye un factor de riesgo de gran significación e importancia en el desarrollo de afecciones que presentan tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, como son la hipertensión arterial, la aterosclerosis, la enfermedad cerebrovascular, el hígado graso, la diabetes mellitus, enfermedades de las vías biliares, aparición de hernias abdominales, marcada asociación con la insulinoresistencia, así como afectaciones sobre el sistema esteomioarticular (SOMA) y alteraciones de la esfera psicológica.⁵⁻⁷

La obesidad obedece a múltiples factores patogénicos, algunos señalan la herencia por la frecuente asociación de obesidad en hijos de padres obesos, sin embargo, muchos expertos coinciden en que son los hábitos socio-culturales los que determinan la aparición de esta entidad. Se destacan los malos hábitos alimentarios, específicamente la sobrenutrición y la práctica de un estilo de vida sedentario como causas fundamentales de la obesidad.⁸ Esto nos motivo para la realización de una investigación acerca del Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del el Hospital Militar Ramón de Lara.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el propósito de conocer el Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del el Hospital Militar Ramón de Lara realizamos un estudio, retrospectivo, analítico y descriptivo que abarco a

* Médico general

todos los evaluados y tratados vía consulta externa del Hospital Militar Ramón de Lara, ubicado en la base naval de la Fuerza Aérea, de San Isidro, Santo Domingo, Oeste.

Para la recolección de los datos se elaboro un cuestionario tomando como base las variables e indicadores en este estudio. Los procedimientos utilizados en cada paciente fueron el llenado de la Historia Clínica al ingreso según los datos aportados por el paciente o familiares, donde se realizaran de mediciones antropométricas, bioquímicas e inmunológicas. Con estos Criterios de inclusión

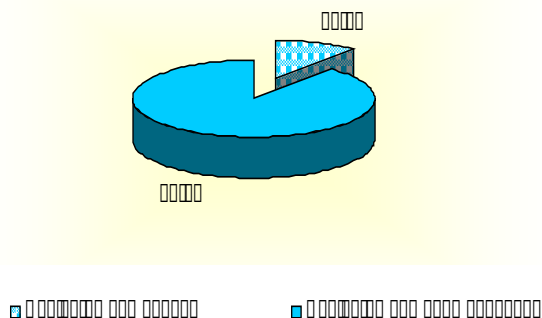
- Tener entre 30 y 65 a.
- Ser obesos exógenos según el IMC.
- No presencia de enfermedades cardiovasculares.
- No presencia de enfermedades endocrinometabólicas.
- Ausencia de factores de riesgo coronario, excepto los señalados posteriormente.

Los datos obtenidos se tabularon de forma manual, y se someterán a revisión y procesamiento mediante el programa Excel y técnica estadísticas, se presentarán a través de cuadros, gráficos, en frecuencia y porcentajes para su mejor comprensión.

RESULTADOS

De los 1086 pacientes que fueron evaluados en la consulta externa del Hospital Militar Dr. Ramón de Lara 121(11.1%) tenía diagnostico de obesidad o sobrepeso.

Grafico 1. Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara. Enero 2009 – Diciembre 2009.



Fuente. Archivo del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara.

La edad de los pacientes en nuestro estudio encontramos que 19 pacientes fueron encontrados menores de 19 años en un (15.7%) , de 20 -29 años 11(4.4%) en las edades de 30 -39 años con 13 pacientes en un (10.7%), de 40 - 49 años

se reportaron 21(23.9%), entre las edades de 50 -59 años se encontraron 29 casos de obesidad para un (23.9%) de los casos, y 28 pacientes en edades mayor de 60 años para un (23.1%). Según el sexo de los 121 pacientes estudiados encontramos una predisposición mayor en el sexo femenino en 76 casos (62.8%), y 45 pacientes del sexo masculino (62.8%) de los casos.

Cuadro 1 . Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara. Enero 2009 – Diciembre 2009. Relación sexo.

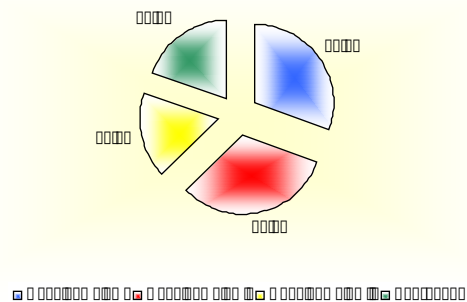
Sexo	Casos	%
Masculino	45	37.2
Femenino	76	62.8
Total	121	100

Fuente. Archivo del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara.

El estado civil de los pacientes estudiados encontramos que 47 pacientes eran solteros (38.8%), los pacientes que se encontraban casados en el momento de ser evaluado fueron 39 para un (32.2%) , 33 pacientes convivían en unión libre en (27.2%) y viudo solo 2 pacientes en un caso (1.6%).Según la ocupación encontramos que 34 pacientes se encontraban desempleados al momento de ser estudiados en un (28.1%), 13 pacientes eran estudiantes (10.7%) , 47(38.8%) eran amas de casas, 22(18.2%) pacientes era obrero, y 5 de estos pacientes eran profesionales de diferentes áreas en un (4.1%)de los casos.

Según los grado de obesidad encontramos que 37(30.6%) tenían Obesidad Tipo I, con Obesidad Tipo II 39(32.2%), Obesidad Tipo III fueron encontrados 21(17.3%), y con Sobrepeso 24(19.8%) de los casos.

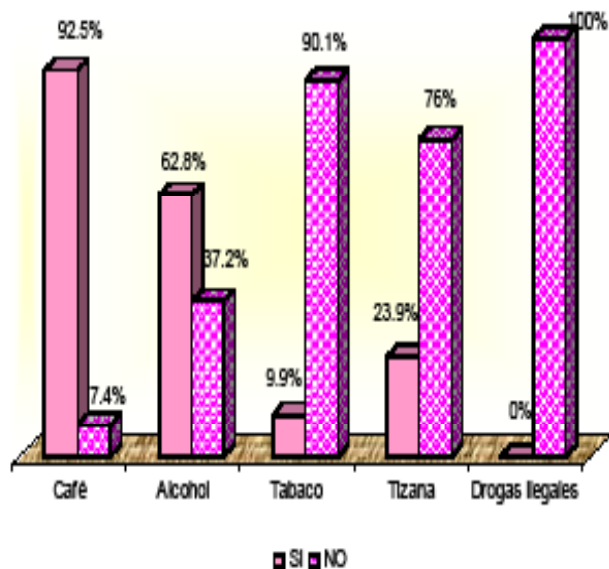
Grafico 2. Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara Enero 2009 – Diciembre 2009. Relación del Grado de obesidad



De los 121 pacientes obesos estudiados vía consulta encontramos que 37(30.6%) era del Tipo Visceral, 39 pacientes era del Tipo Ginoide (32.2%) Los hábitos tóxicos de

las 121 pacientes con obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa encontramos que 112 de estos (92.8%) eran consumidores de café, 76 (62.8%) ingerían alcohol de manera regular, 12 pacientes refirieron el uso de tabacos (9.9%), 29(23.9%) pacientes ingerían te o tizanas regularmente y no tuvimos reportes de drogas ilegales.

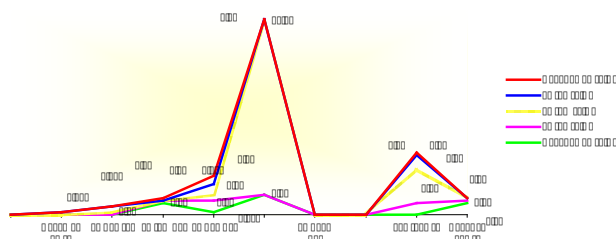
Cuadro 3. Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara. Enero 2009 – Diciembre 2009. Relación de los Hábitos Tóxicos



Fuente. Archivo del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara.

La enfermedades comorbidas de los pacientes estudiados encontramos que 42(34.7%) tenía Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus fue encontrado en 3 pacientes en un (2.4%), Síndrome Metabólico 12(9.9%), y las Dislipidemias fueron reportados en 7 pacientes en un (5.7%) de los casos, solo 3(2.4%) de estos pacientes fueron considerados como otras entidades como fueron, Hepatopatías y Litiasis renal, y trastornos reumáticos

Cuadro 4. Perfil metabólico en pacientes obesos tratados con dieta y ejercicio en la consulta externa del Hospital Militar F.A. Dr. Ramón de Lara. Enero 2009 – Diciembre 2009. Relación de entre peso (kg) e IMC.



DISCUSIÓN

El predominio del sexo femenino coincide con otros estudios revisados avalado por la mayor adiposidad durante el embarazo, la lactancia, el uso de tabletas anticonceptivas y la menor vinculación a trabajos fuera del hogar.¹⁰ Se considera que estos resultados encontrados con respecto a la distribución por edades de los pacientes estudiados, coincide con la tendencia al sedentarismo que se produce en esta época de la vida. En la literatura especializada revisada durante este trabajo se encontraron estudios que plantearan que es en la edad adulta que con mayor frecuencia se desarrolla la obesidad.

Otros estudios revisados concuerdan con este resultado y consideran al sedentarismo como el factor más frecuentemente asociado con la obesidad, por lo que es fácil reconocer la relación causa-efecto entre el sedentarismo y la obesidad, lo cual se corresponde con la bibliografía revisada.¹²⁻¹⁴

Es importante señalar además que la edad influyó en los resultados obtenidos en los pacientes ya que al revisar la bibliografía especializada se plantea que en la edad adulta se logra una mejor respuesta a este tipo de tratamiento. Estos resultados coinciden con otras series revisadas al respecto.¹⁵⁻¹⁷

La enfermedades comorbidas de los pacientes estudiados encontramos que 42(34.7%) tenía Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus fue encontrado en pacientes 2.4 por ciento, el Síndrome Metabólico 9.9 por ciento, y las Dislipidemias fueron reportados en 5.7 por ciento de los pacientes. La disminución del porcentaje de grasa corporal elevado presente concuerda con los resultados obtenidos por otros autores consultados, esto nos hace pensar que el tiempo de tratamiento de 1 a para lograr la normalización del porcentaje de grasa corporal, en algunos pacientes obesos, no es suficiente, que pudiera estar relacionado con el tipo y grado de obesidad, posibilidad de cumplimiento estricto de la dieta y el ejercicio físico, así como las características individuales del paciente.¹⁸⁻²⁰

CONCLUSIONES.

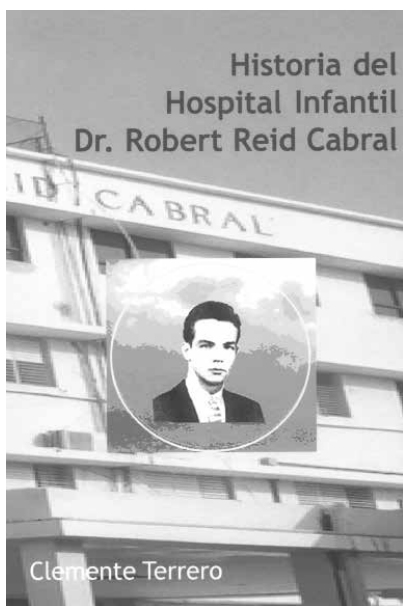
- De los 1086 pacientes que fueron evaluados en la consulta externa del Hospital Militar Dr. Ramón de Lara 11.1%
- El 62.8 por ciento eran del sexo femenino
- La mayor población de obesidad se encontró en los grupos de edades de 50 -59 años
- El estado civil de los pacientes estudiados encontramos que 38.8 por ciento pacientes eran solteros
- Las amas de casa fueron encontrados en 38.8%
- Según los grado de obesidad encontramos que la Obesidad Tipo II fue encontrada en un 32.2%
- La obesidad tipo Ginoide fue la principalmente encontrada
- Un 92.8% de los pacientes eran consumidores de café.
- La enfermedades comorbidas de los pacientes estudiados encontramos 34.7% tenía Hipertensión Arterial
- De los 121 pacientes obesos solamente el 23 %

presentaba un porcentaje de grasa corporal elevado

REFERENCIAS

1. Obesity New Directions in Assessment and Management. Edited by Theodore B. Van Itallie Artemis P. Simopoulos. Copyright 1995 by the Charles Press, Publishers, Inc.
2. Spitz A., Heymsfield S., Blank R. Drug Therapy for obesity: Clinical Considerations. Endocrine Practice 1995; 1: 274-279.
3. Bray G. Use and Abuse of Appetite suppressant Drugs in the treatment of obesity. Annals of Internal Medicine 1993; 119: 707-714.
4. Massachusetts Medical Society Committee on Nutrition. Obesity treatment using drug therapy. White Paper April 17, 1996.
5. Considine R., Sinha M., Heimann L., Krianggrimas A., Stephens T., Nyce M., Ohannesian J., Marco C., Mckee L., Bauer T and Caro J. Serum Immunoreactive - Leptin Concentrations in normal - weight and obese humans. N. Engl J. Med 1996; 334: 242-5.
6. Campfield L. A., Smith F.J., Guisez Y, Devos R. Burn P. Recombinant mouse Ob protein: evidence for a peripheral signal linking adiposity and central neural networks. Science 1995: 269; 546-9.
7. Maiz G., Kehr J., Grekin C., Reyes E., Charlin V., Fernández P., Manrique M., Velasco N. Drogas Anorexígenas en el tratamiento de la Obesidad Rev. Med Chile 1995; 123: 637-640
8. Bierman EL, Hirsh J. Obesidad. En: Williams RH. Tratado de Endocrinología. 5 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987:990-1003.
9. Rodríguez AA. Orientaciones generales para aplicar en el paciente obeso. Rev Cubana Med Gen Integr. 1988; 4(4):44-54.
10. De Acosta OM, Padrón R, Simas J, Alfonso JP, Álvarez MA, Álvarez ME. Manual de diagnóstico y tratamiento en endocrinología y metabolismo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985:255-419.
11. Bray A. Complication of obesity. Ann Intern Med 1985;(103):1052.
12. Haklhoof RK, Harzt AH, Ripley DC. Relationship of body fat distribution to blood pressure, carbohydrate tolerance and plasma lipids in healthy obese women. J Lab Clin 1983; 10(3):621-7.
13. Bray A, Lany J de. Opinion of obesity experts on the causes and treatment of obesity, a new survey. Obes Res 1995;(3 Suppl 4):419S-23S.
14. Cheah JS. Current management of obesity. Singapore Med J 1996; 37(3):299-303.
15. Fernández MJE. Normas de procedimiento, diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana: Pueblo y Educación; 1986:158-63.
16. Dambay A. Metodología para el control del personal obeso en las FAR.1996.

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.

ESTUDIO DE CIRUGÍAS DE CÁNCER DE COLORECTAL EN EL
HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Neil Julio Cepeda,* Maryory Y. Mayol,** Noemí Guerrero Cueto, **
Grey A. Mejía Espinal. **

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal, realizado en el Hospital Francisco Moscoso Puello durante el periodo comprendido entre enero del 2000 a enero del 2003. Este tuvo como objetivo la presentación de las diferentes alternativas quirúrgicas adoptadas para el manejo del cáncer colorectal y se incluyó en el estudio a todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía de cáncer colorectal. Durante este periodo se realizó la revisión de 97 expedientes clínicos, de los cuales 22 correspondieron a cirugías de recto; utilizándose técnicas como la de Hartmann, la resección anterior baja, la resección abdominoperineal, abdominoperineal laparoscópica, resección coloanal, colostomía derivación y resección endorectal. El tipo histológico de cáncer más presentado fue el adenocarcinoma, seguido del epidermoides; y fueron clasificados mediante el esquema de Dukes con mayor prevalencia del tipo A y C.

Palabras claves: Cáncer de colon, cáncer de recto, clasificación de Dukes,

ABSTRACT

This is a descriptive and retrospective study of cross-section, made in Hospital Francisco Moscoso Puello during the period between January 2000 to January 2003. This objective was the presentation different surgical alternatives adopted for the management of the colorectal cancer and was included in the study all the patients that were undergoing surgery for colorectal cancer. During this time the revision was made 97 clinical dossiers, of which 22 were surgeries of straight; using techniques like Hartmann, anterior resection low, abdominoperineal, laparoscopic, resection coloanal, abdominoperineal resection colostomy derivation and resection endorectal. The histological type of cancer more submitted was adenocarcinoma, followed by the epidermal; and were classified using the Dukes scheme with higher prevalence of type A and C.

Key word: Colon cancer, cancer of straight, Dukes classification

* Cirujano general

** Médico general

INTRODUCCIÓN

La muerte por cáncer colorectal es la segunda causa de muerte en mujeres Estadounidenses luego del cáncer de pulmón y la tercera causa de muerte en hombres luego de próstata y pulmón. El incremento del riesgo de cáncer de colon versus recto en hombres es aproximadamente 2:1 y en mujeres 3:1, siendo esto más común en sociedades con altos niveles económicos, los cuales poseen múltiples factores de riesgo como dieta, tabaquismo, pólipos, etc.

Como el recto se encuentra entre los confines de la pelvis, suele ser imposible extirpar con amplitud la neoplasia y estructuras vecinas, como lo es factible en el colon. La proximidad del recto con el mecanismo del esfínter anal origina problemas terapéuticos a fin de lograr un abordaje distal curativo más allá del cáncer, debiendo considerar el cirujano el riesgo de lesionarlo. Por tanto sino es posible mantener la función perfecta debe extirparse. El Ca colorectal requiere también consideración especial porque la inervación del aparato urogenital se encuentra muy próximo, ocasionando su tratamiento radical una alta frecuencia de impotencia e incontinencia urinaria.

Se desconoce la causa exacta de Ca colorectal pero en la actualidad se reconoce que es una enfermedad genética. Existen factores de riesgo tales como poliposis adenomatosa familiar, defectos somáticos adquiridos, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, dieta y exposición a carcinógenos.

Para el tratamiento del Ca colorectal lo más básico e importante es una buena valoración en cuanto al estadiaje e invasión del tumor, ya que una diseminación distante en estos pacientes se considera incurable. Se debe valorar también el margen de resección del tumor, estableciéndose como los más importantes los márgenes laterales.

Existen además 5 reglas de oro para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto

1-cura 2-control local (eliminar posible recurrencia)
3-restauración de la continuidad 4-preservación de la función del esfínter anorectal 5- preservación de la función sexual y urinaria.

Dentro de las técnicas de escisión local tenemos la transanal, transacral, transesfínterica y transacral endomicroscópica. La transacral presenta el inconveniente de que causa mucho dolor

y muchas infecciones de la herida aunque ofrece una buena exposición.

La microcirugía transacral endoscópica permite tratar las lesiones del 1/3 1/2 y superior que no se pueden abordar con las técnicas convencionales. Esto incluye tumores de hasta 20 cm. Su inconveniente radica en que se necesita un alto aprendizaje y gran cantidad de recursos económicos.

La cirugía radical en el tratamiento del Ca de recto incluye la resección anterior baja que si se realiza con una buena selección del paciente y adecuada realización de la técnica ofrece la más alta probabilidad de curación. El término de resección anterior baja se aplica cuando se realiza la movilización completa del recto y sección de los ligamentos laterales, realizándose la anastomosis por debajo de la reflexión peritoneal anterior.

La anastomosis coloanal a nivel de la línea pectinada incluye la resección abdominoperianal que plantea la resección completa del recto, ano, parte del sigmoideo, colon y mesocolon los cuales tienen vasos y ganglios, Mesorecto, peritoneo pélvico adyacente al recto, grasa isquiorrectal y musculo elevador. Esta técnica es válida hoy en día siendo el tratamiento estándar para el Ca del 1/3 distal del recto.

La quimioterapia adyuvante resulta atractiva desde el punto de vista teórico después de haber extirpado toda la enfermedad, ya que esta es más eficaz cuando la carga del carcinoma es más pequeña y la fracción de células malignas en fase de crecimiento es más alta.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se revisaron 97 historiales clínicos de pacientes sometidos a cirugía colorectal, de los cuales 22 correspondieron a cirugía de recto, siendo el sexo femenino el más afectado con 12 casos.

La manifestación clínica predominante fue el sangrado gastrointestinal bajo con 17 casos, seguido de alteraciones en el patrón evacuatorio con 11 casos, masa palpable en 10 y varios pacientes tuvieron más de un síntoma.

El método diagnóstico fue el clínico y biopsia, aunado a la colonoscopia en 12 casos, seguido de TC en 8 casos. Los estudios radiográficos y sonográficos se realizaron con la finalidad de rastrear metástasis. El tumor se localizó mayormente en el tercio medio del recto seguido del tercio inferior.

El 27.3 % de los pacientes tenían metástasis al momento del diagnóstico, de las cuales el 83.3 % eran a distancia y el 16.6 % regional.

A todos los casos excepto uno de emergencia se les realizó lavado colónico, empleo de antibióticos y evaluación cardiovascular. En 13 casos se empleo heparina de bajo peso molecular. En 18 casos se realizó proteínas totales y para control posoperatorio el CEA se indicó en 15 pacientes.

Como procedimientos la resección anterior baja fue la más frecuente con 6 casos, seguida de resección abdominoperineal de Miles, colostomía y resección local endoanal en 4 casos. La resección abdominoperineal laparoscópica se realizó en 2

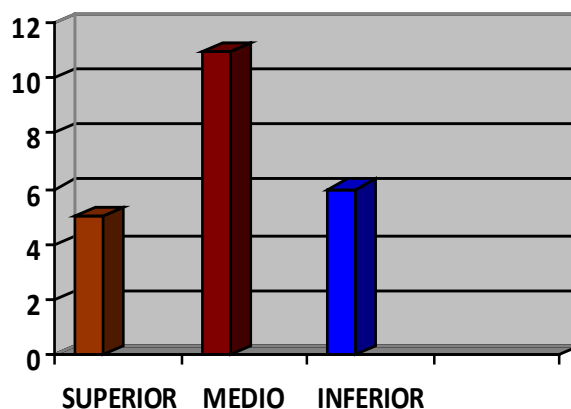
casos y el Pull-through y el Hartmann en un caso cada uno.

El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma con 95.4 % de los cuales el 52.4 % fue bien diferenciado y hubo un caso de carcinoma epidermoides.

El estadiaje de los pacientes se hizo según la clasificación de Dukes, siendo los tipos más frecuentes A y C con 8 casos

El promedio de estadía cama fue de 13.2 días, con un rango de 5 días. Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron sangrados por la herida anal y eventración de dos casos. Las demás consistieron en infecciones urinarias, fistula retroperineal, sangrado gastrointestinal alto, disfunción sexual y atelectasia. La morbilidad total fue de 45.4 % y en la revisión de nuestro estudio no hubo mortalidad.

Alternativas Quirúrgicas en Ca de Ca de Recto Según Localización.



Alternativas Quirúrgicas en Recto Según la Manifestaciones Clínicas

Mx Cx	Cantidad	%
Alt. Patron Evac.	11	50
SGIB	17	77.3
PP	6	27.3
Masa Palpable	10	45.4
Anemia	0	0
Otros	3	13.6

Alternativas Quirúrgicas en Ca de recto según el procedimiento Quirúrgico.

Procedimiento	Frec. casos	%
Hartman	1	4.5
Reseccin ant. baja	6	27.3

Reseccion Abdominoperineal	4	18.2
Abdominoperineal laparoscópica	2	9.1
Resección coloanal	1	4.5
Colostomía derivación	4	18.2
Resección Endorectal	4	18.2
Total	22	100

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal, durante enero del 2000 a enero 2003. La información se recolecta a través de un protocolo de investigación aplicado a cada paciente sometido a tratamiento por Ca de recto, durante el periodo de estudio. El universo estuvo compuesto por todos los pacientes ingresados con Ca de recto.

La información se tabulo a través de cuadros y gráficos y se usaron para sus análisis mediados absolutos y relativos como distribución de frecuencia, porcentaje, razón, tasa, media y proporción.

CONCLUSIÓN

1. El sexo más afectado fue el femenino.
2. La resección anterior baja fue la técnica quirúrgica más utilizada para el tratamiento del Ca de recto, demostrando ser muy efectiva si se realiza de buena forma y con adecuados criterios de selección.
3. La resección abdominoperineal de Miles demostró su gran eficacia en el Ca del tercio inferior del recto donde se compromete el mecanismo esfinteriano. Por otra parte la resección abdominoperineal laparoscópica es una técnica novedosa pero que necesita de una curva de aprendizaje y gran conocimiento quirúrgico de las técnicas de resección de colon, recto y ano, tanto

convencionales como laparoscópica, demostrando tener un gran futuro debido a sus resultados.

4. Finalmente la sutura mecánica circular con doble técnica de grapado, las resecciones laparoscópica del colon y el avance en el estudio pre quirúrgico para estatificar y seleccionar los pacientes han marcado la diferencia en el manejo quirúrgico actual de los pacientes con Ca. De recto.

REFERENCIAS






1. Cohen, Alfred M. (et al.). Cancer of the colon, rectum and anus. 1ª . Ed. USA. Ed. Mc-Graw Hill International. 1995.
2. Cohen AM, Minsky BD, Aggressive Surgical Management Of locally advanced primary and recurrent rectal cancer. Dis colon rectum 1990; 33:432.
3. Cueto G. Jorge (et al.) cirugía laparoscópica. 2ª.ed. México. Mc-Graw Hill Internacional. 1997
4. Cutait DE, Cutait R. Loshimoto M. Et. Al.Abdominoperineal endoanal Pull-through resection. Dis Colon Rectum 1985; 28:294.
5. Sabiston, David, (et al.). Tratado de patología quirúrgica. 15ª.ed. México .Ed. Mg-Graw Hill Internacional. 1997. Vol.I
6. Schwartz, Seymour. Principios de Cirugía. 7ª. Ed. México. Ed. Mc- Graw Hill Internacional. 2000. Vol. II.
7. Ziudema, George. Cirugía del aparato digestivo (Shackeford). 3ª.ed. Madrid, España. Ed. Panamericana .1991.Vol. IV.
8. Deddish MR. Local excision. Surg Clin Moorth Am. 1974;54:877
9. Jacobson YG. Posterior rectal resection using EEA Stapler Dis. Colon rectum 1985, 28: 681.



El tabaco es perjudicial para la salud.

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.

SIGNIFICADO E IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DEL GRADIENTE ALBUMINA,
SUERO, ASCITIS (GASA)

Jaime Andrés Rodríguez H,*Maryory Yandeyra Mayol C,** Grey A. Mejía Espinal,** Berenice Cedeño Flores,**Alejandro M. García.**

RESUMEN

Se trata de un estudio prospectivo de corte transversal que se desarrolló a través de la realización del cálculo de la albumina del suero, menos la del líquido ascítico de los pacientes ingresados de todas las edades del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, a quienes se les realizó paracentesis diagnóstica durante el período comprendido entre septiembre 2003 hasta mayo 2004. El objetivo fue determinar el significado e importancia diagnóstica del GASA en 70 pacientes ingresados en dicho centro. La determinación del GASA permite dividir en dos amplias categorías el origen de la ascitis; > 1.1 g/dl sugiere hipertensión portal, mientras que < 1.1 g/dl implica Carcinomatosis, síndrome nefrótico, enfermedad pancreática, biliar o del tejido conectivo entre otras, con una exactitud de un 97%.

Palabras claves: Líquido ascítico, GASA, Albumina.

ABSTRACT

This is a prospective cross-sectional study was developed through the completion of the calculation of the serum albumin, less ascetic fluid of patients admitted to all ages of the Gastroenterology Center of the City Health Dr. Luis E. Aybar, who underwent diagnostic paracentesis during the period September 2003 to May 2004. The objective was to determine the meaning and importance of GASA diagnosed in 70 patients in this center. The determination of GASA can divide into two broad categories, the origin of ascites, > 1.1 g / dl suggests portal hypertension, whereas < 1.1 g / dl mean carcinomatosis, nephrotic syndrome, pancreatic disease, biliary or connective tissue among others, an accuracy of 97%.

Key Word: ascetic fluid, GASA, albumin.

INTRODUCCIÓN

La ascitis es la acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal que puede ocurrir como una manifestación clínica de ciertas enfermedades hepáticas, como una complicación de la hipertensión portal o bien obedecer a otras causas.¹

* Gastroenterólogo

** Médico general

La mayoría de los pacientes con ascitis tienen cirrosis, siendo las dos principales causas de esta el alcohol y la hepatitis C, sin embargo existen otras causas relacionadas con hipertensión portal que ocupan el 20 % restante de todas las enfermedades que cursan con acumulo patológico de líquido dentro de la cavidad peritoneal.¹

Para la formación de ascitis en los pacientes con enfermedad hepática es condición indispensable la presencia de hipertensión portal. La teoría más reciente en cuanto a la formación de ascitis es la hipótesis de la vasodilatación arterial periférica. La primera anomalía que se desarrolla es la hipertensión portal. La presión portal aumenta por encima de un umbral crítico y se incrementan los niveles de óxido nítrico, lo que lleva a vasodilatación; mientras ésta empeora aumentan los niveles plasmáticos de hormonas vasoconstrictoras que retienen sodio y la función renal se deteriora, entonces se desarrolla la ascitis.²

La formación de ascitis relacionada con un proceso maligno depende de la localización del tumor. La carcinomatosis peritoneal parece causar ascitis por exudación de líquido proteináceo desde las células tumorales que revisten el peritoneo. El líquido extracelular ingresa en la cavidad peritoneal para restablecer el equilibrio oncótico. En la ascitis pancreática o biliar el líquido se forma por la filtración del jugo pancreático o la bilis hacia la cavidad peritoneal o por una quemadura química del peritoneo.^{1,2}

La albúmina contribuye a mantener la presión oncótica del plasma y es la principal proteína de unión y transporte para numerosas sustancias. El cálculo del GASA implica la medición de la concentración de albumina en el suero y en las muestras del líquido ascítico y la simple resta del valor del líquido ascítico del valor sérico. En múltiples estudios se ha comprobado que el GASA permite categorizar la ascitis mejor que la concentración de proteínas totales, la cual se utilizaba antes de la década de 1980 para clasificar la ascitis en exudados o trasudados. Este método de clasificación en exudados y trasudados ubica a muchos pacientes cirróticos y a todos los pacientes cardiacos con ascitis en la categoría de exudados. Muchos pacientes con ascitis maligna y prácticamente todos los pacientes con una ascitis espontánea infectada se ubican en la categoría de trasudados. Este método no es muy útil. En

contraste, el gradiente de albumina clasifica el líquido por la presencia o la ausencia de hipertensión portal, lo que es mucho mas fisiológico e intuitivo.³

El GASA se basa en el equilibrio oncótico –Hidrostático. La hipertensión portal da como resultado un gradiente de presión hidrostática anormalmente elevado entre el lecho portal y el líquido ascítico. El gradiente de albumina no explica la patogenia de la formación de la ascitis ni tampoco de donde proviene la albumina (del hígado o del intestino). Simplemente proporciona un indicador indirecto exacto de la presión portal. Esta prueba es exacta en aproximadamente un 97 % a pesar de la infección del líquido ascítico, la diuresis, una paracentesis terapéutica, la infusión de albumina y la etiología de la enfermedad hepática.^{1,4}

Las muestras deben obtenerse el mismo día, de preferencia dentro de la misma hora, debido a que las concentraciones de albumina en el suero y en el líquido ascítico cambian con el tiempo; sin embargo estos valores cambian de forma paralela de modo que la diferencia es estable. Este gradiente debe determinarse de preferencia en la primera paracentesis de un paciente.⁵

Se recomienda en los pacientes con un GASA inferior a 1.1 g/dl realizar estudios citológicos del líquido, el cual será positivo para cáncer en un 50 a 80 % de los casos.^{6,7}

En vista de la alta frecuencia de pacientes con ascitis es de vital importancia categorizar el origen de la misma a través del cálculo del GASA, a fin de precisar los diagnósticos y brindar un mejor seguimiento a estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de corte transversal, a través del cálculo del GASA a todos los pacientes ingresados en la ciudad sanitaria Dr. Luis E Aybar a quienes se les realizó paracentesis diagnóstica durante el periodo comprendido entre septiembre 2003 a mayo 2004. El universo está constituido por todos los egresos del centro durante el periodo señalado. La muestra estuvo integrada por 70 egresos a los que se les realizó el cálculo del GASA. Para la recolección de la información, se diseñó un formulario estandarizado que contiene 11 preguntas, de las cuales 7 son abiertas y 4 son cerradas; contiene además los datos socio demográficos de los pacientes, tales como: edad, sexo y hábitos tóxicos; preguntas relacionadas con los diagnósticos de ingreso y egreso, cuantificación de la albumina del líquido ascítico y del suero y cálculo del GASA. Los datos fueron sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizó programas de computadoras; Epi-Info, versión 1.1.2.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 56 años para las mujeres y de 52 para los hombres. Apenas 9.9 % tenía menos de 30 años, y 85.7 % mayor de 40 años.

A todos los pacientes de nuestro estudio se les realizó paracentesis diagnóstica, obteniéndose un líquido ascítico transparente en 35 muestras de las cuales el GASA fue < 1.1 g/dl en 6 pacientes y \geq 1.1 g/dl en 29 pacientes; un aspecto

turbio en 30 muestras, con GASA < 1.1 g/dl, e igual proporción en GASA \geq 1.1 g/dl; el aspecto lechoso fue hallado en 5 pacientes de los cuales 3 correspondieron a un GASA < 1.1 g/dl y 2 a un GASA \geq 1.1 g/dl. Respecto al color obtuvimos que de 10 muestras de color rojo, 7 correspondieron a un gradiente bajo secundario a procesos neoplásicos; el color amarillo se mostró en 48 muestras de las cuales 36 pertenecieron a un gradiente alto, lo que se relaciona con el predominio de un aspecto transparente.

Los diagnósticos encontrados en nuestra investigación en orden de frecuencia fueron los siguientes: cirrosis hepática, tumor de ovario, carcinomatosis peritoneal, tuberculosis peritoneal, SIDA, hígado metastático, mesotelioma de pleura, trombosis de la vena porta, y cavernomatosis de la porta.

En 68 de los 70 pacientes encontramos los niveles de albumina en líquido ascítico < 3.5 g/dl, quedando solo 2 pacientes con albumina mayor.

Los análisis de albumina sérica en este estudio reportaron que 69 pacientes tenían niveles de menos de 3.5 g/dl y solo uno tenía niveles > d 3.5 g/dl.

En nuestra investigación correlacionamos el GASA con los diferentes diagnósticos encontrados. El diagnóstico predominante fue la cirrosis hepática con un comportamiento del GASA de la siguiente forma: 44 pacientes con un GASA \geq 1.1 g/dl y 10 con un GASA < 1.1 g/dl. El segundo diagnóstico de mayor frecuencia fue el tumor de ovario que apareció en 6 pacientes, de las cuales 4 tenían GASA bajo y 2 tenían GASA de 1.1g/dl. La tuberculosis peritoneal fue vista en 2 casos y como era de esperarse el GASA fue bajo; lo mismo ocurrió en 2 pacientes con carcinomatosis peritoneal. El hígado metastático se diagnóstico en 2 pacientes con gradiente alto. Un paciente con SIDA curso con ascitis con gradiente bajo, al igual que un paciente con mesotelioma de pleura. La trombosis de la vena porta y la cavernomatosis de la porta apareció en dos pacientes respectivamente pero con un GASA bajo.

Contrario a lo registrado en los textos consultados el GASA > de 1.1 g/dl corresponde a una hipertensión portal con una exactitud aproximada de 97 %, mientras que en nuestro estudio la exactitud fue de un 80 %.

Cuadro 1 Relación del GASA según color y aspecto del líquido ascítico. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Periodo septiembre 2003- mayo 2004.

Color	Frecuencia	< 1.1 g/dl	\geq 1.1 g/dl
Rosado	8	3	5
Amarillo	48	12	36
Ambar	4	2	2
Rojo	10	7	3
Aspecto			
Transparente	35	6	29
Turbio	30	15	15
Lechoso	5	3	2
Total	70	24	46

Cuadro 2 Relación según bioquímica de albumina sérica y del liquido ascítico. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Periodo septiembre 2003- mayo 2004.

Albumina	< 3.5 g/dl	≥ 3.5 g/dl
Sérica	69	1
Liquido Ascítico	68	2

Cuadro 3 Estudio del GASA con relación a los diferentes diagnósticos. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Periodo septiembre 2003- mayo 2004.

Diagnóstico	< 1.1 mg/dl	≥ 1.1 mg/dl
Carcinomatosis Peritoneal	2	0
Cavernomatosis de la Porta	1	0
Cirrosis Hepática	10	44
Hígado Metastático	0	2
Mesotelioma de Pleura	1	0
SIDA	1	0
Trombosis de la Porta	2	0
Tuberculosis Peritoneal	4	2
Tumor Ovárico		

DISCUSIÓN

La proporción de ascitis en mayores de 40 años corrobora lo reportado por literaturas correspondientes con relación a la presencia de liquido ascítico por cirrosis hepática que fue el diagnostico que predomino entre las patologías productoras del mismo.

El liquido ascítico no neutrocítico, es transparente y en general levemente amarillo. El liquido con muy pocas proteínas puede no tener pigmentos y asemejarse al agua. Con frecuencia las muestras del liquido están teñidas con sangre o son manifiestamente hemorrágicas por la presencia aumentada de glóbulos rojos, otras veces son sanguinolentas debido a una punción traumática. Las muestras de los pacientes con carcinoma hepatocelular por lo regular son sanguinolentas pero alrededor del 10 % de las muestras de los pacientes con una carcinomatosis peritoneal son rojas.

En cuanto a los diagnósticos de ingresos nuestro estudio correspondió a lo documentado en las literaturas revisadas donde, la mayoría de los pacientes con ascitis tienen cirrosis 80%. En el 20 % restante hay una causa no hepática de retención de liquido. Los canceres de colon, mama, pulmón y páncreas se relacionan con ascitis, así como también el síndrome de Meigs, la mastositis sistémica, entre otros.

La albumina ejerce más fuerza oncótica por gramo que otras proteínas.

La medición de la albumina en el liquido ascítico ha sido habitual en algunos laboratorios durante casi 15 años. Pero se debe tener una gran exactitud en el ensayo para la albumina con concentraciones bajas de albumina. Por ejemplo menos

de 1 g/dl, es importante porque muchos pacientes con ascitis tienen un nivel de albumina sérico en el espectro de 2.0 g/dl y un nivel de albumina en el liquido ascítico de 0-1 g/dl.

El hígado es el órgano de síntesis de la albumina y otras proteínas, siendo esta primera la más importante y producida a una tasa de 12.0 g/día, lo que representa un 25 % de la síntesis total de proteínas; esta contribuye a mantener la presión oncótica del plasma. En los enfermos con ascitis el grado de hipoalbuminemia empeora con el paso de grandes cantidades de albumina corporal al liquido ascítico.

En múltiples estudios se ha comprobado que el GASA permite categorizar la ascitis mejor que la concentración de proteínas totales y mejor que otros parámetros. Este se basa en el equilibrio oncótica- hidrostático. La hipertensión portal da como resultado un gradiente de presión hidrostática anormalmente elevado entre el lecho portal y el liquido ascítico. La diferencia entre la concentración de albumina en el suero y el liquido ascítico se correlaciona en forma directa con la presión portal. El gradiente de albumina no explica la patogenia de la formación de la ascitis ni tampoco de donde proviene la albumina. Esta prueba es exacta en aproximadamente un 97% a pesar de la infección del liquido ascítico, la diuresis, una paracentesis terapéutica, la infusión de albumina y la etiología de la enfermedad hepática.

REFERENCIAS

1. Bruce M F, Schaschmid F, Sleisenger M H. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, 6^{ta} Edición, Buenos Aires (Argentina): Editorial Médica Panamericana, 2000: 1401-1425.
2. Mark H, Beers MD, Robert B. Manual Merk, 9^a Edición. Barcelona (España): Editorial Harcourt, 2001: 361-362.
3. Anthony FM, Eugene B, Kurt L. Tratado de Medicina Interna Harrison, 14^a Edición, Barcelona (España): Editorial McGraw-Hill, 1998: 240-292.
4. Rodríguez HC, Romero J. Análisis de Superación en Pacientes Cirróticos. Revista Gastroenterologica Mexicana 1996; 6(3): 226-232.
5. Molena LF, Silva A, Santos TE, Genzine T, Miranda M, Alexander K, et al. Gradientes de Albumina Suero -Ascitis. GDE Gastroenterología Endoscopia Digestiva. 1993; 12 (1): 8-12.
6. Guarner C, Bruce A, Runuon MD. Secretos de Gastroenterología, México (DF): Editorial Mexicana, 1997: 232-240.
7. Tadataka Y. Manual de Gastroenterología, México (DF): Editorial Mexicana, 2000: 158-169.
8. Curciarello J, Adrover R. *Cátedra Medicina Interna, Unidad de Hepatología de*. Revista española de Enfermedades Digestivas 1997; 47 (3): 15-20.
9. Herson-Vélez N, Jaime B, Jorge R. *Fundamentos de Medicina Interna*, 3^{ra} Edición, Barcelona (España): Editorial Interamericana, 1990: 480-500.



¿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



FENTANILO TRANSDÉRMICO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR
ONCOLÓGICO EN LA CLÍNICA DEL DOLOR DEL HRUJMCB.

Verónica Sánchez,*Julio Jassiel de la Rosa Sánchez,*Yubelki Mora Reynoso,*José Gregorio Mora Reynoso,*Glennys Peralta Rosario,*
Doris Sánchez

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, con el propósito de valorar el efecto analgésico de Fentanilo TTS en pacientes con dolor oncológico en la clínica del Dolor del HRUJMCB-Santiago. De un total de 40 pacientes con dolor oncológico, 25 fueron varones (62,5%) y 15 mujeres (37,5%) con edades comprendidas entre 27 y 85 años, durante un periodo de 12 meses. Todos ellos habían sido tratados con Aines, opioides débiles y opioides fuertes. La intensidad del dolor se valoró con la escala EVA, las patologías estudiadas fueron: neoplasias digestivas (15 casos), urológicas (11), respiratorias (4), ORL (4), mama (2) y óseas (4). Los resultados obtenidos dieron a demostrar que de los 40 pacientes estudiados el 65% (26 casos) consiguió un resultado analgésico bueno, el 30% (12 casos) regular y el 5% (2 casos) malo. Los efectos secundarios aparecieron en el 47,5% (19 casos), éstos fueron: estreñimiento 25%, náuseas y vómitos 15% y mareo 7,5%.

Palabras claves: Fentanilo transdérmico. Analgesia. Dolor oncológico.

ABSTRACT

An observational study was conducted, in order to assess the analgesic effect of Fentanyl TTS in cancer pain patients in the Pain Clinic HRUJMCB-Santiago. Of a total of 40 patients with cancer pain, 25 were males (62.5%) and 15 women (37.5%) aged between 27 and 85 years during a period of 12 months. All had been treated with NSAIDs, weak opioids and strong opioids. Pain intensity was assessed with the VAS, the pathologies studied were digestive cancer (15 cases), urology (11), respiratory (4), ORL (4), breast (2) and bone (4). The results show that gave the 40 patients studied, 65% (26 cases) got a good analgesic result, 30% (12 cases) regular and 5% (2 cases) poor. Side effects appeared in 47.5% (19 cases), these were: constipation 25%, nausea and vomiting 15%, dizziness 7.5%.

Key words: transdermal fentanyl. Analgesia. Cancer pain.

INTRODUCCIÓN

El fentanilo es un potente analgésico opioide con gran

afinidad y selectividad por los receptores μ y con una potencia entre 50-100 veces superior a la morfina. En el tratamiento con opioides, el principal inconveniente es la forma de aplicar la terapia en pacientes que son incapaces de tragar como consecuencia de un cáncer de cabeza o cuello, o que no pueden tolerar la terapia oral debido a las náuseas y vómitos o disfagia relacionadas con el cáncer o, a causa de los efectos secundarios del propio opioide oral.

El desarrollo de un sistema transdérmico de fentanilo (Fentanilo TTS) ha ofrecido la oportunidad de añadir este fármaco al arsenal de opiáceos fuertes disponibles para el tratamiento del dolor de origen neoplásica.

La vía de administración transdérmica presenta ventajas tanto sobre la vía oral como sobre la intraparenteral, además, influye sobre los factores paciente y persona encargada de su cuidado, al aumentar la aceptación y el cumplimiento del tratamiento, mejorando por tanto el resultado analgésico. Existen disponibles en nuestro país tres concentraciones transdérmica de fentanilo 25, 50 y 100 $\mu\text{g.h}$.

Fentanilo TTS es un parche rectangular transparente que consta de un revestimiento protector y cuatro capas compuestas de una película de poliéster que sirve de refuerzo, un reservorio que contiene fentanilo formulado como gel, y una capa adhesiva. Una fracción del fármaco se desplaza desde el reservorio hasta la capa adhesiva y la membrana reguladora durante el almacenamiento inicial, lo que hace que esté disponible en la piel inmediatamente después de su aplicación. El sistema controla la liberación de fentanilo para mantener un suministro continuo y constante del fármaco a través de la piel, donde se absorbe y pasa a la circulación sanguínea con una biodisponibilidad de 92%.

Al retirar el parche las concentraciones séricas de fentanilo descienden gradualmente reduciéndose un 50% en las primeras 17 horas. Como fentanilo sigue reabsorbiéndose a través de la piel, después de haber retirado el parche, su desaparición de la sangre es más lenta y hay que valorar que los posibles efectos secundarios duren hasta 12-24 horas después, a diferencia de fentanilo IV, que tiene una vida media de 7 horas.

Cuando hay un aumento de temperatura corporal por parte del paciente, o la zona del parche está sometida a una fuente de calor próxima, pueden aumentar las concentraciones de

* Médico general

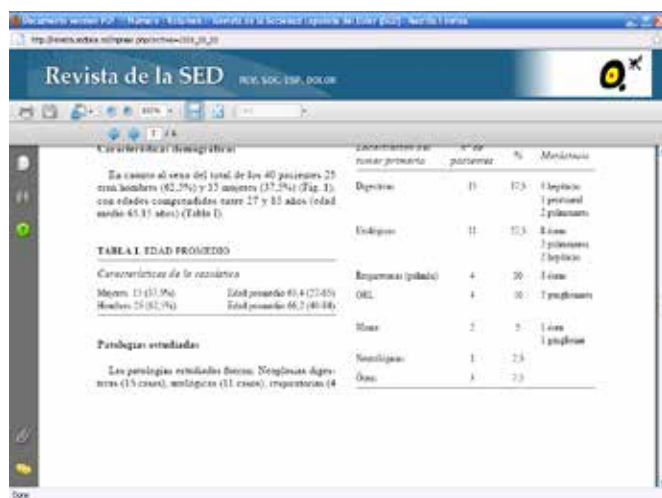
fentanilo en suero porque aumenta la liberación de fármaco y aumenta la permeabilidad de la piel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, en el que se revisaron 40 expedientes de pacientes oncológicos atendidos en la clínica del dolor del HRUJMCB, en el periodo 2008–2009. Las variables investigadas fueron edad, sexo, tipos de neoplasias, intensidad del dolor, efectos secundarios.

RESULTADOS

En cuanto al sexo, del total de los 40 pacientes 25 eran hombres (62,5%) y 15 mujeres (37,5%), con edades comprendidas entre 27 y 85 años. (Tabla I)



Las patologías estudiadas fueron: Neoplasias digestivas (15 casos), urológicas (11 casos), respiratorias (4 casos), ORL (4 casos), mama (2 casos), neurológicas (1 caso) y óseas (3 casos) (Fig. 2). De los 40 pacientes, 27 presentaban metástasis (67,5%) en diferentes localizaciones, el EVA más intenso se manifestó en los que presentaban tumores óseos, bien de origen primitivo en 3 casos (7,5%), y metastásicos en 12 casos (30%).

Todos ellos habían sido tratados anteriormente con otros opioides: con tramadol de 200-400 mg 22 casos (55%) y con morfina de liberación controlada 10-30 mg cada 12 horas, 18 casos (45%). Además 15 pacientes (37,5%) también estaban tomando metamizol magnésico. El dolor que presentaban los pacientes era nociceptivo en 26 casos (65%), neuropático en 2 casos (7,5%) y mixto en 12 casos (27,5%).

Se valoró la intensidad del dolor mediante la escala analógica visual (EVA) antes de iniciar el tratamiento con fentanilo TTS, a los 7 días y posteriormente revisiones mensuales. El EVA inicial fue de 7 y 9 para ir descendiendo progresivamente hasta llegar a un EVA promedio de 2 a 7 puntos.

La dosis de fentanilo se fue aumentando progresivamente en la medida que el dolor era más intenso llegando a una dosis máxima de 100 µg.h. En 3 pacientes (7,5%) ue preciso

cambiar el parche cada 48 horas, porque no cubría el periodo analgésico de 72 horas. El analgésico de rescate fue siempre con morfina de liberación rápida.

Los efectos secundarios aparecieron en 19 pacientes (47,5%). El más frecuente fue el estreñimiento en 10 casos (25%), náuseas y vómitos en 6 casos (15%) y mareo en 3 casos (7,5%) (Tabla III).



Además del tratamiento con fentanilo TTS, se les administró medicación coadyuvante como antidepresivos tricíclicos a 15 pacientes (37,5%), ansiolíticos a 32 pacientes (80%), corticoides a 17 pacientes (42,5%), AINEs a 20 pacientes (50%) y anticonvulsivantes a 3 pacientes (7,5%).

DISCUSIÓN

La terapia con fentanilo TTS se ha revelado como una alternativa eficaz al uso de opioides orales para el control del dolor en pacientes oncológicos que presentan dolor crónico de moderado a severo.

La dosis debe ser siempre individualizada. El fentanilo se metaboliza principalmente en el hígado mediante un proceso de N–desalquilación oxidativa transformándose en norfentanilo que no tiene actividad analgésica.

Aproximadamente el 75% del fármaco se elimina por orina, pero hay que tener en cuenta que en los pacientes con hepatopatía puede verse retrasada su eliminación. También en pacientes ancianos o debilitados podría variar la farmacocinética a causa de alteraciones en el aclaramiento, o debilidad muscular.

En nuestro estudio, la dosificación de fentanilo se realizó en la medida que el dolor aumentaba por el progreso de la enfermedad, y en base a la medicación de rescate que el paciente iba precisando.

En todas las revisiones se cuantificaba la aparición de efectos secundarios. Los 15 pacientes con EVA más alta (37,5%) fueron los que presentaron dolor por afectación ósea tanto primitivo como metastásico.

Si comparamos nuestro trabajo con el de otros autores (14,15) en lo relativo a efectos secundarios; las náuseas y vómitos han tenido resultados parecidos, no así el estreñimiento que ha sido más frecuente en nuestro estudio, probablemente

debido a otros factores concomitantes de la propia enfermedad oncológica: encamamiento prolongado, neoplasias de origen digestivo (37,5%) y sumación de efectos anticolinérgicos de otros fármacos coadyuvantes.

En algunos pacientes fue necesario recurrir a una dosificación cada 48 horas, por no cubrirse el periodo analgésico de 72 horas debidas a las variaciones interindividuales de dichos pacientes, existen otros casos descritos en la literatura como el de Donner y cols. (16).

Hemos observado mejoría del descanso nocturno con el parche de fentanilo, aunque sólo es una impresión clínica personal ya que no se ha realizado ninguna medición específica podría ser debido a que el parche permite dormir ininterrumpidamente.

En resumen diremos que la administración de fentanilo Presenta una serie de ventajas:

—Fácil esquema de dosificación cada 3 días que favorece la aceptación y el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

—Desaparece la obligación “reloj en mano” que existe con la medicación por vía oral.

—Favorece el descanso nocturno.

—Disminución en la incidencia de algunos efectos secundarios relacionados con los opioides.

—Proporciona una analgesia continua durante 48- 72 horas evitando los niveles pico y mínimo de la dosificación oral.

—Es eficaz para el control prolongado del dolor crónico oncológico.

—Es una forma de tratamiento simple y no invasiva.

—Permite que los pacientes tengan una vida más cómoda y normal y disminuye la posibilidad de cometer equivocaciones.

—Reduce la ansiedad relacionada con la aparición del dolor.

—Mantiene los niveles séricos de fentanilo dentro del margen terapéutico.

—Disminuye el tiempo y los esfuerzos por parte del paciente y sus familiares.

REFERENCIAS

1. Datos de archivo. Janssen Pharmaceutical Limited. Hays, 2004.
2. Southam MA, Terapia Transdérmica con Fentanilo: Diseño del sistema, farmacocinética y eficacia. *Anti-Cancer Drugs*, 2005.
3. *Anti-Cancer Drugs*, 2005; 6: 29-34.
4. Roy SD, Flynn GL. Transdermal delivery of narcotic analgesics: pH anatomical and subject influences of cutaneous permeability of fentanyl and sufentanyl. *Pharm Res* 2000; 7: 842-7.
5. Varvel Jr. Shafer SL, Hwang SS, Coen PA, Stanski DR. Absorption characteristics of transdermally administered fentanyl. *Anesthesiology* 2009; 70: 928-34.
6. Michaels AS, Chandrasekaran SK, Shaw JE. Drug permeation through human skin. Theory and in vivo experimental measurement. *Am Ins of Chem Engineers* 2005; 21: 985-96.
7. Portenoy RK, Southan MA, Gupta SK, et al. Transdermal Fentanyl for Cancer Pain. *J AM Soc Anesthesiol* 2003; 78: 36-43.
8. Plezia PM, Kramer TH, Linford J, Hemeroff SR. Transdermal fentanyl: pharmacokinetics and preliminary clinical evaluation. *Pharmacotherapy* 2004; 9 (1): 2-9.
9. Southam MA. Transdermal fentanyl therapy: system design, pharmacokinetics and efficacy. *Anti Cancer Drugs* 2005; 3 (supp 16:) 29-34.
10. Esteve M. Fentanyl par voie transcutané. *Cah Anesthesiol* 2004; 42: 195-217.



El tabaco es perjudicial para la salud.



FRECUENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN LA POBLACIÓN URBANA DEL MUNICIPIO DE MAO, PROVINCIA VALVERDE.

Darwin H. Acevedo,* Willys H. Tejada R,* Abrahan Toribio Mercado,*
Rubén Darío Pimentel.32**

RESUMEN

Con el propósito de conocer la frecuencia de asma bronquial en el municipio de Mao, se realizó un estudio descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivos, que abarcó a los pobladores de la zona urbana de Mao, Valverde, República Dominicana. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta epidemiológica que se realizó durante el período mayo-julio 2009.

La frecuencia de asma bronquial en la zona urbana del municipio de Mao fue de 5.9 por ciento. Al tomar en cuenta la edad de los asmáticos en nuestro estudio notamos que afecta a todas las edades con una media de 21.9 años. En el comportamiento según edad y sexo los más afectados fueron los masculinos menores de 15 años, con 30.1 por ciento de los casos, frente a 19.3 por ciento para las femeninas de igual edad. A partir de los 15 años las hembras fueron las más afectadas con 35.5 por ciento.

La contaminación ambiental, juega un papel importante en la enfermedad ya que 25.8 por ciento de los entrevistados reconocieron sus efectos.

En los factores asociados a las crisis de asma encontramos que en 6.5 por ciento se asociaron los pelos de gato y en 2.2 por ciento los pelos de perro. El frío se presentó en 46.2 por ciento, el calor en 25.8 por ciento y la humedad en 28.0 por ciento. El cambio de temperatura afectó a 45.1 por ciento, el polvo a 33.3 por ciento. En cuanto a las sustancias, la pintura afectó a 37.6 por ciento. El humo de tabaco demostró su efecto nocivo a la salud registrándose en 37.6 por ciento.

Las infecciones respiratorias en nuestro estudio se presentaron en 73.1 por ciento de los asmáticos. De los cuales el sexo femenino presentó 48.5 por ciento de los casos, mientras que los masculinos 51.5 por ciento. La frecuencia que más se presentó fue 3-5 veces en un año.

La crisis de ahogo se presentó en 61.2 por ciento. Notamos que apenas un 44.0 por ciento de los enfermos usaba algún tratamiento para su enfermedad. A consecuencia del asma bronquial fueron hospitalizados en el último año, 33.3 por ciento de los enfermos.

Sufrir de asma tiene sus consecuencias, dentro de las cuales se encuentran el ausentismo escolar y laboral, en el

* Médico general

** Pediatra neumólogo, MHP.

estudio realizado un total de 16.1 por ciento de los masculinos reportaron ausentismo escolar, de estos, 10.7 por ciento, eran menores de 14 años, y 5.3 por ciento mayores de 15. En cuanto a las femeninas, 11.8 por ciento, faltaron a la escuela, de ellas, 8.6 por ciento eran menores de 14 años y 3.2 por ciento mayores de 15.

El trabajo de 22.5 por ciento se vio afectado por ausentismo laboral, de estos, 8.6 por ciento eran masculinos mayores de 15 años y 13.9 por ciento siendo el mayor número de faltas, eran femeninas mayores de 15 años. El ausentismo escolar y laboral refleja un problema para la comunidad de Mao, debido a que en los niños afecta la relación presencia aprendizaje y en los adultos reduce su capacidad productiva afectando así su economía.

Palabras Clave: Asma bronquial, Población urbana. Frecuencia.

ABSTRACT

With proposition to know the frequency of bronchial asthma township Mao, a descriptive and transversal prospective data collection, covering the population of the urban area of Mao, Valverde, Dominican Republic. Data were obtained through an epidemiological survey was conducted during the period may to july 2009.

The frequency of bronchial asthma in urban areas of the town of Mao was 5.9 percent. By taking into account the age of asthmatics in our study we noticed that affects all ages with a mean of 21.9 years. In the age-sex behavior most affected were men under 15 years, with 30.1 percent of cases, compared to 19.3 percent for women the same age. From age 15 for females were the most affected with 35.5 percent.

Environmental pollution plays a role in the disease and that 25.8 percent of respondents recognized their effects. The factors associated with asthma found that 6.5 percent were associated with cat hairs and 2.2 percent of dog hair. The cold was presented at 46.2 percent, 25.8 percent heat and humidity at 28.0 percent. The temperature change affected 45.1 percent, 33.3 percent dust. As for substance, painting hit 37.6 percent. Snuff smoke demonstrated its effect on health naive registering at 37.6 percent.

Respiratory infections in our study were presented at 73.1 percent of asthmatics. Of which females made 48.5 percent of cases, while 51.5 percent male. The most frequently appeared was 3-5 times in one year. The crisis of drowning occurred in 61.2 percent. We note that barely 44.0 percent of the patients used any treatment for his illness. As a result of bronchial asthma were hospitalized in the past year, 33.3 percent of the patients.

Suffering from asthma has its consequences, among which are school and work absenteeism in the study a total of 16.1 percent of men reported truancy, of these, 10.7 percent were younger than 14 years, and 5.3 percent over 15. As for women, 11.8 percent, missed school, of which, 8.6 percent were under age 14 and 3.2 percent over 15.

The work of 22.5 percent was affected by absenteeism, of these, 8.6 percent were male aged 15 years and 13.9 percent being the highest number of faults were female aged 15. School absenteeism and work reflects a problem for the community of Mao, because in the presence of children affects the relationship and the adult learner reduce their productive layers affect their economy.

Key words: bronchial asthma, population urban, frequency.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que puede presentarse en todas las edades. En los últimos años se ha reportado un incremento en la frecuencia, morbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente afecta a 300 millones de personas en todo el mundo.¹

Aunque es una de las clásicas enfermedades reconocida por Hipócrates hace más de 2.000 años, todavía se infradiagnóstica y constantemente aumenta en nuestro medio, afectando aproximadamente el 20 por ciento de la población dominicana.²

La patología es más frecuente en niños, dos veces mayor en los varones que en las hembras, y en la vida adulta es similar en ambos sexos, disminuyendo en los adolescentes e incrementándose de nuevo en los adultos jóvenes son frecuentes tanto el sobre como el infradiagnóstico de esta enfermedad, cuando esto sucede ocasiona múltiples visitas médicas y visitas a centros de salud, frecuentes ingresos y prolongadas hospitalizaciones.³

La clasificación de la enfermedad en la actualidad no está bien definida existiendo múltiples formas para clasificarla atendiendo a su etiología, severidad, edad a la cual inicia la enfermedad, entre otras clasificaciones informales, de manera que no son clasificaciones rígidas ya que varios de los criterios utilizados en estas clasificaciones pueden coexistir.⁴ De acuerdo a la fisiopatología de la enfermedad se pueden observar las características clínicas del asma: broncoconstricción, hiperreactividad bronquial, aumento de la permeabilidad de las células epiteliales, moco y edema, en la que participan muchas células y elementos celulares que

tienen un papel importante en las manifestaciones clínicas, en particular mastocitos, eosinófilos, linfocitos T, macrófago, neutrófilos y células epiteliales.

Todo esto sucede luego de que un individuo susceptible se pone en contacto con un alérgeno o desencadenante de la crisis, tales como: ácaros del polvo doméstico, pelos de gato o perro, cucarachas, roedores, pólenes de hierbas y árboles. Factores asociados, como infecciones de las vías respiratorias, alimentos, frío, ejercicio, contaminación ambiental, reflujo gastroesofágico, ciclo menstrual o embarazo, ocupación profesional, sinusitis, humo de cigarrillo entre muchos otros, que precipitan o empeoran el cuadro asmático.

Estas situaciones se traducen en los niños y personas en edad productiva en un permanente deterioro de la salud, frecuente ausentismo laboral y escolar, incremento del riesgo de muerte y un costo médico directo muy elevado para la población.^{5, 6} Razones éstas suficientes para movernos a una investigación en la cual se pueda conocer la frecuencia, características epidemiológicas, factores que desencadenan las crisis de hiperreactividad bronquial y las repercusiones de la misma con el fin de mejorar la calidad de vida y eficiencia de los individuos que la padecen en la población de la zona urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, República Dominicana,

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Con el propósito de conocer la frecuencia de asma bronquial en el municipio de Mao, se realizó un estudio descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivos, que abarcó a los pobladores de la zona urbana de Mao, Valverde, República Dominicana. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta epidemiológica que se realizó durante el período mayo-julio 2009.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico los siguientes barrios pertenecientes al Municipio de Mao: Los Cajules, San Antonio, De Pericles, Sibila, Los Cayucos, Cerro Marino, Las Cuarentas, Las Trescientas, Militar, Carlos Daniel, El Rincón, Los Bonilla, Don Bosco, Moto Cross, La compuerta y Tierra Seca. Sumando entre todos 16 barrios, los cuales fueron seleccionados al azar, de un total de 32 barrios que conforman la zona urbana de dicho municipio. Se escogieron las calles principales de cada barrio que fueran verticales y las casas con números pares, cada uno de los encuestadores escogió las calles con las características mencionadas en cada barrio para la realización de las entrevistas.

Estos barrios tienen la siguiente ubicación geográfica: al norte (Militar, Las Trescientas, Las Cuarentas, Don Bosco, Los Bonilla); al este (El Rincón, Cerro Marino, Los Cayucos, Tierra Seca, Sibila); al oeste (Carlos Daniel, Los cajules, Moto Cross, De Pericles, San Antonio); al sur (La Compuerta).

La Zona urbana de Mao limita al norte, con el Canal Mao-Gurabo y La Carretera Mao-Esperanza; al este, Canal Luis

Bogaert y Rio Mao; al oeste, Barrios moto Cross, San Antonio, Villa Deportiva Mao 97 y carretera Mao-Santiago Rodríguez; al sur, La Compuerta, Los querubines, Pueblo de Dios y Rio Mao.⁴⁷

La ciudad de Mao se ubica en los 19° 33' 16" latitud norte y 71° 04' 31" longitud oeste. Constituye el centro urbano del municipio de Mao, ubicado en la zona del Cibao Occidental, cuyos límites son: al norte los municipios de Esperanza y Laguna Salada (Provincia Valverde); al sur el municipio san José de Las Matas (Provincia de Santiago); al este el municipio de Santiago (provincia de Santiago); y al oeste los municipios de Monción (provincia de Santiago Rodríguez) y Guayubin (provincia de Montecristi).⁴⁸

Población y muestra

La zona urbana del municipio cuenta con una población de 47,828 persona, distribuidos en 32 barrios, de los cuales para fines de investigación se seleccionaron 16 barrios al azar.^{48,47}

$$n = T^2 pq N / d^2 N + T^2 pq$$

donde: n= muestra

$$T = \text{Nivel de confianza (95\%)} = 1.96$$

$$p = \text{Probabilidad estimada de tener la patología} = 0.2$$

$$q = \text{Probabilidad estimada de no tener la patología} = 0.8$$

$$N = \text{población o Universo} = 47828$$

$$d = \text{nivel de error (5\%)} = 0.02$$

Se prosiguió al cálculo para determinar la cantidad de personas que aplicaban para la investigación, del cual obtuvimos una cantidad de: 1,572 personas. Las cuales fueron distribuidas de acuerdo a la cantidad de habitantes en cada barrio. A fin de estudiar la frecuencia y factores causales del asma bronquial en la zona urbana del municipio de Mao.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario el cual contenía los datos personales e informaciones relacionadas con la enfermedad tales como: Sibilancia, infección respiratoria, procesos alérgicos, antecedentes personales y familiares, crisis de ahogo, etc.

El formulario fue elaborado en formato 8 1/2 x 11. Las preguntas contenidas en el formulario fueron cerradas y abiertas, se contestaron a través de una encuesta realizada a los padres o tutores de los niños y a los adultos.

Procedimiento

Luego de evaluada la efectividad del formulario de recolección de datos y el adecuado 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. El estudio se realizó encuestando a las personas de los diferentes barrios durante un periodo de dos semanas en el campo de trabajo.

Los formularios fueron llenados por los investigadores a través de una entrevista directa a los encuestados en los

respectivos barrios de residencia.

Criterios de inclusión

1. Estar presente en su hogar el día de la encuesta.
2. Estar padeciendo de asma bronquial.
3. Contar con la aprobación de la persona o de su familiar inmediato presente en la vivienda en el momento de la entrevista (en caso de niños y menores).
4. Ambos sexos.
5. Todas las edades.

Criterios de exclusión

1. No estar presente en su hogar el día de la encuesta
2. No estar padeciendo de asma bronquial
3. No contar con la aprobación de la persona o de su familiar inmediato presente en la vivienda en el momento de la entrevista (en caso de niños y menores).

Plan de tabulación

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó el método de paloteo.

Análisis de los datos.

Para el análisis de los datos se elaboraron cuadros y gráficos, facilitando de esta forma la interpretación de los resultados.

RESULTADOS

De 1572 personas encuestadas, 93 casos (5.9%), padecen asma bronquial; 42 casos (45.2%), correspondió al sexo masculino y 51 (54.8%) al sexo femenino (cuadro 1).

Entre los asmáticos encontramos que 54 casos (58.0%) era de color negro y 39 casos (42.0%) de color blanco. Todos los asmáticos procedían de la región norte del país. De los 93 asmáticos la media de las edades fue 21.9 años, la edad mínima de 5 meses y la máxima de 82 años. Entre las mujeres la edad promedio fue de 27.8 con un rango entre 1-80 años.

De los enfermos, 46 casos (49.5%) tenían una edad menor de 15 años, y los 47 casos (50.5%) restante igual o mayor a 15 años. En menores de 15 años la mayor cantidad de caso encontrados correspondieron al sexo masculino con 28 (30.1%), mientras que de 15 años en adelante correspondió al sexo femenino con 33 (35.5%). La edad más frecuentemente afectada entre los menores de 15 años fue 4 años, mientras que en los mayores de 15 años fue 20 años. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución de asmáticos por sexo según grupo de edad, Población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Edad (años)	Total [%]	Sexo	
		Masculino [%]	Femenino [%]
Total [%]	93 [100]	42 [45.2]	51 [54.8]
<15	46 [49.5]	28 [30.1]	18 [19.3]
≥ 15	47 [50.5]	14 [15.1]	33 [35.5]

Fuente: encuesta

Los grupos de edades más afectados por la enfermedad fueron de 1-4 años, con 20 casos (21.5%), seguido por los de 5-9 años con 14 (15.0%), 10-14 y 30-39 con 10 casos (10.7%) respectivamente y por último 15-19 y 20-29 con 9 (9.7%), respectivamente.

En las edades extremas, menores de 1 año afectó solo a 2 casos (2.2 %) del sexo masculino y 5 casos (5.4%) en mayores de 70 años. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Relación de casos estudiados afectados de asma bronquial por sexo, según grupo de edad, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Edad (años)	Sexo		
	Total (%)	Masculino (%)	Femenino (%)
Total (%)	93 [100]	42 [45.2]	51 [54.8]
< 1	2 [2.2]	2 [2.2]	0 [0.0]
1-4	20 [21.5]	10 [10.8]	10 [10.8]
5-9	14 [15.0]	9 [9.7]	5 [5.4]
10-14	10 [10.7]	7 [7.5]	3 [3.2]
15-19	9 [9.7]	5 [5.3]	4 [4.3]
20-29	9 [9.7]	4 [4.3]	5 [5.4]
30-39	10 [10.7]	2 [2.2]	8 [8.6]
40-49	7 [7.5]	1 [1.0]	6 [6.5]
50-59	6 [6.5]	0 [0.0]	6 [6.5]
60-69	1 [1.0]	0 [0.0]	1 [1.0]
> 70	5 [5.4]	2 [2.2]	3 [3.2]

Fuente: Encuesta

De los asmáticos encuestados, 91 pacientes (97.8%) acudían a centros de salud en busca de atención médica, mientras que 2 (2.2%) no acudían. De éstos 39 (42.9%), acudieron menos de tres veces en un año, 21 asistieron de 3-5 veces y 10 asistieron más de 5 veces en un año. De los que asistieron al médico, 43 (47.3%) eran menores de 15 años y 48 (52.7%) mayores de 15 años. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Distribución de los asmáticos estudiados por grupos de edad según frecuencia de asistencia al médico, población urbana del municipio de Mao, Provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Asistencia al médico*	Edad		
	Total (%)	<15 (%)	≥15 (%)
Total	91 [100]	43 [47.3]	48 [52.7]
< 3	39 [42.9]	22 [24.2]	17 [18.7]
3-5	21 [23.1]	6 [6.6]	15 [16.5]
> 5	10 [11.0]	8 [8.8]	2 [2.2]
NV**	21 [23.1]	7 [7.7]	14 [15.3]

Fuente: encuesta * En un año ** No valorable

Fuente: encuesta * En un año ** No valorable

Las infecciones respiratorias se presentaron en 68 (73.1%) de los asmáticos. De los cuales el sexo femenino presentó 33 (48.5%) casos, mientras que los masculinos 35 (51.5%). La frecuencia en que mayormente se presentó fue 3-5 veces en un año en 33 (48.5%) personas, 15 (22.1%) en el sexo masculino y 18 (26.5%) en el femenino. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Relación entre presentación de crisis de hiperreactividad bronquial según episodios de infecciones respiratorias por sexo, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Episodios de infecciones	Sexo		
	Total (%)	Masculino (%)	Femenino (%)
Total (%)	68 [100]	35 [51.5]	33 [48.5]
< 3	16 [23.5]	9 [13.2]	7 [10.3]
3-5	33 [48.5]	15 [22.1]	18 [26.5]
> 5	19 [28.0]	11 [16.2]	8 [11.7]

Fuente: encuesta

En cuanto a los antecedentes personales patológicos encontramos que 52 casos (55.9%) tenían asma bronquial como antecedente, 21 (22.6%) dermatitis atópica, 27 (25.8%) presentaron bronquitis y 7 neumonía. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Distribución de los asmáticos por sexo, según antecedentes personales patológicos, población urbana del municipio de Mao, Provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Antecedentes personales [%]	Sexo		
	Total (%)	Masculino (%)	Femenino (%)
Asma	52 [55.9]	23 [24.8]	29 [31.1]
Dermatitis Atópica	21 [22.6]	9 [9.7]	12 [12.9]
Bronquitis	27 [29.0]	11 [11.8]	16 [17.2]
Neumonía	7 [7.5]	1 [1.0]	6 [6.5]

Fuente: encuesta

Con relación a los antecedentes familiares, 13 de los asmáticos tienen familiares que padecen alergias, 62 de asma y 36 tenían familiares fumadores. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Distribución por sexo, según antecedentes patológicos familiares, población urbana del municipio de Mao, Provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Antecedentes familiares	Sexo		
	Total (%)	Masculino (%)	Femenino (%)
Alergia	13 [13.9]	5 [5.3]	8 [8.6]
Asma	62 [66.6]	27 [29.0]	35 [37.6]
Tabaquismo	36 [38.7]	19 [20.4]	17 [18.2]
Madre	11 [11.8]	5 [5.3]	6 [6.4]
Padre	18 [19.3]	11 [11.8]	7 [7.5]
Otros	7 [7.5]	3 [3.2]	4 [4.3]
Dermatitis	1 [1.1]	0 [0.0]	1 [1.1]

Fuente: encuesta

En los factores asociados a las crisis de asma encontramos que en 6 personas se asociaron los pelos de gato y en 2 personas los pelos de perro. El frío se presentó en 43 personas, el calor en 24 y la humedad en 26.

Factores asociados	Masculinos		Femenino		Total
	≤ 14	≥ 15	≤ 14	≥ 15	
Animales:					
Gato	1	0	1	4	6
Perro	1	0	1	0	2
Temperatura:					
Frio	8	8	11	16	43
Calor	9	1	3	11	24
Humedad	7	4	5	10	26
Cambios de temperatura:	8	10	9	15	42
Contaminación ambiental:	2	6	5	11	24
Polvo:	10	4	5	12	31
Medicamentos:					
Aspirina	0	2	0	2	4
Sustancias:					
Pintura	8	4	7	16	35
Detergente	11	4	5	1	21
Insecticida	2	11	1	16	30
Perfume	5	3	2	9	19
Humo:					
Tabaco	11			16	35
Industria		1	7	1	1
Cocina				1	1
Ejercicio	4	1	2	7	14

El cambio de temperatura afectó a 42, la contaminación ambiental a 24, el polvo a 31 siendo más afectados masculinos menores de 14 años y femeninas mayores de 15 años. En cuanto a las sustancias, la más significativa fue la pintura presentándose en 35 personas. El humo de tabaco demostró su efecto negativo a la salud registrándose 35 personas afectadas. (Cuadro 7)

Cuadro 7. Distribución de asmáticos por sexo y grupo de edad, según factores asociados a las crisis, población urbana del municipio de Mao, Provincia Valverde, mayo-julio 2009.

En el examen físico encontramos un total de 5 (5.4%) personas con Sibilancia, 2 del sexo femenino y 3 masculinos, 19 (20.5%) con tos y 4 (4.4%) con disnea. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Frecuencia de hallazgos clínicos encontrados en los asmáticos al examen físico por sexo, según signo de presentación, municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Hallazgos clínicos	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
Sibilancia	3	3.2	2	2.2	5	5.4
Tos	9	9.7	10	10.8	19	20.5
Disnea	2	2.2	2	2.2	4	4.4

Fuente: cuadro 8

Con relación a los estigmas asociados al asma bronquial, encontramos que la ojera fue el más común entre los asmáticos, presentándose en 21 personas, 14 casos (15.1%) en femeninas y 7 (7.5%) en masculinos, siguiéndole a éste la rinitis con 20 casos, 13 (14%) femeninas y 7 masculinos; la lengua geográfica en 13 casos y dedos en palillo de tambor en 6. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Presentación de estigmas encontrados al examen físico, en los asmáticos que hicieron crisis de hiperreactividad bronquial según sexo, población urbana del municipio de Mao, Provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Estigmas	Sexo		
	Total [%]	Masculino [%]	Femenino [%]
Ojeras	21 [22.6]	7 [7.5]	14 [15.1]
Rinitis	20 [21.5]	7 [7.5]	13 [14.0]
Dermatitis atópica	11 [11.8]	4 [4.3]	7 [7.5]
Lengua geográfica	13 [14.0]	2 [2.2]	11 [11.8]
Dedos en palillo de tambor	6 [6.4]	1 [1.1]	5 [5.3]

Fuente: Encuesta

En cuanto a la distribución por grupo de edades de los estigmas asociados al asma bronquial, se encontró que la ojera afectó más a los mayores de 15 años con un total de 13 casos en tanto que a los menores de 15 años afectó a 8. La rinitis se presentó en 11 casos mayores de 15 años y en 5 menores. La

dermatitis atópica fue el único estigma que afecto más a los menores encontrándose en 8 de ellos. La lengua geográfica afecto mas a los mayores, con 9 casos, igualmente los dedos en palillos de tambor encontrándose en 5 mayores. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Frecuencia de asmático por grupo de edad según estigmas encontrado al examen físico, población urbana del municipio de Mao, Provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Estigmas	Total [%]	Edad	
		<15 [%]	≥15 [%]
Ojeras	21 [23.5]	8 [8.6]	13 [14.0]
Kimitis	16 [17.2]	5 [5.3]	11 [11.8]
Dermatitis atópica	12 [12.9]	8 [8.6]	3 [3.2]
Lengua geográfica	13 [13.9]	4 [4.3]	9 [9.6]
Dedos en palillo de tambor	6 [6.4]	1 [1.1]	5 [5.3]

Fuente: Encuesta

Referente a la frecuencia de crisis de ahogo en asmáticos las edades más destacadas fueron: de 1-4 años afectando a 11 personas siendo mayor en los masculinos con una cantidad de 6 casos. De 5-9 años las crisis se presentaron en 9, 6 casos en masculinos y 3 femeninos. En edades de 30-39 años con 7 casos de masculinos y ninguno femenino, de igual forma de 40-49 años con 4 casos en masculinos y ninguno en femenino. (Cuadro 11)

Los factores más frecuentemente asociados al desencadenamiento del asma en las diferentes edades, serán citados en el siguiente orden de frecuencia: el frío 37 casos, (19 menores y 18 mayores de 15 años); el tabaco con 33, (14 menores y 19 mayores); la pintura 29, (13 menores y 16 mayores); cambios de temperatura 28, (14 menores y 14 mayores); el frío y el polvo, afectaron a 26 casos; la humedad 23; las infecciones respiratorias 18; el perfume 14 casos; los insecticidas 13 casos y la contaminación ambiental 11. (Cuadro 13)

Cuadro 13. Frecuencia de asmáticos por grupo de edad, según factores frecuentemente asociados al desencadenamiento de asma, población urbana del Municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Factores Asociados	≤14 años	≥15 años	Total
Infecciones respiratorias	11	7	18
Gato	2	6	8
Perro	1	1	2
Frijo	19	18	37
Calor	14	12	26
Humedad	12	11	23
Cambio de temperatura	14	14	28
Contaminación ambiental	4	7	11

Cuadro 11. Frecuencia de asmáticos por sexo, según grupo de edad de presentación de crisis de ahogo, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Edad (años)	Total [%]	Sexo	
		Masculino [%]	Femenino [%]
Total [%]	57 [51.3]	21 [22.6]	36 [38.7]
<1	1 [1.1]	1 [1.1]	0 [0.0]
1-4	11 [11.8]	6 [6.4]	5 [5.3]
5-9	9 [9.7]	6 [6.4]	3 [3.2]
10-14	5 [5.3]	2 [2.1]	3 [3.2]
15-19	5 [5.3]	2 [2.1]	3 [3.2]
20-29	6 [6.4]	2 [2.1]	4 [4.3]
30-39	7 [7.5]	0 [0.0]	7 [7.5]
40-49	4 [4.3]	0 [0.0]	4 [4.3]
50-59	4 [4.3]	0 [0.0]	4 [4.3]
60-69	1 [1.1]	0 [0.0]	1 [1.1]
> 70	4 [4.3]	2 [2.1]	2 [2.1]

Fuente: Encuesta

La crisis de ahogo en asmáticos se presentó en 57 personas, 23 casos de estas hicieron menos de 3 crisis en un año, 22 hicieron crisis de 3-5 veces en un año, mientras que los 12 casos restantes hicieron más de 5 crisis al año. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Frecuencia de crisis de ahogo en los asmáticos estudiados población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Frecuencia (veces/año)	Total	%
<3	23	24.7
3-5	22	23.7
> 5	12	13.0
Total	57	61.4

Fuente: Encuesta

Polvo	13	13	26
Medicamento	0	3	3
Pintura	13	16	29
Detergente	20	14	34
Insecticida	1	12	13
Perfume	4	10	14
Humo de tabaco	14	19	33
Humo de industria	0	2	2
Humo de cocina	0	0	0
Ejercicio	2	5	7

Fuente: encuesta

Un total de 41 casos tenían tratamientos para el asma, de estos, 19 casos eran menores de 14 años, 7 tenían menos de 6 meses con el tratamiento y 12 más de 6 meses, 22 casos fueron mayores de 15 años, 4 tenían menos de 6 meses y 18 más de 6 meses con tratamiento. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Frecuencia de pacientes asmáticos con tratamiento, por grupo de edad, Según tiempo de uso, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Tiempo (meses)	≤14 años	%	≥15 años	%	Total	%
<6	7	7.5	4	4.3	11	11.8
≥6	12	12.9	18	19.3	30	32.2
Total	19	20.4	22	23.6	41	44.1

Fuente: encuesta

A consecuencia del asma bronquial fueron hospitalizados 31 casos (33.3%). De estos 16 (17.2%) eran mayores de 15 años y 15 (13.1%) menores de 14. Menos de 3 veces fueron hospitalizados 17 casos (18.2%), de 3-5 veces 9 (9.6%) y más de 5 veces 5 (5.3%). (Cuadro 15).

Cuadro 15. Frecuencia de asmáticos por grupo de edad, según veces de Hospitalizaciones, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Hospitalizaciones (veces/año)	Total [%]	Edad	
		≤14 [%]	≥15
Total [%]	31 [33.3]	15 [13.1]	16 [17.2]
<3	17 [18.2]	9 [9.6]	8 [8.6]
3-5	9 [9.6]	3 [3.2]	6 [6.4]
>5	5 [5.3]	3 [3.2]	2 [2.1]

Fuente: Encuesta.

Un total de 15 masculinos reportaron ausentismo escolar, de estos, 10 casos (10.7%), siendo el mayor número de ausencias, eran menores de 14 años, y 5 (5.3%) mayores de 15. En cuanto a las femeninas, 11 faltaron a la escuela, de ellas, 8 casos (8.6%) eran menores de 14 años y 3 (3.2%) mayores de 15.

El trabajo de 21 personas se vio afectado por ausentismo laboral, de estas, 8 casos (8.6%) eran masculinos mayores de 15 años y 13 (13.9%), siendo el mayor número de faltas, femeninas mayores de 15 años. (Cuadro 16)

La suma total de días de ausentismo fueron 495, distribuidos de la siguiente manera: 139 días para los masculinos menores de 15 años y 166 para las femeninas menores de 15 años a la escuela respectivamente.

61 días para los masculinos mayores de 15 años y 129 para las femeninas mayores de 15 años al trabajo respectivamente. (Cuadro 16)

Debiendo resaltar que varias personas reportaron la pérdida del trabajo o el año escolar por ausentismo prolongado.

Cuadro 16.1. Relación de ausentismo escolar o de trabajo, en asmáticos, según sexo y días de ausencias, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Sexo	Ausentismo	Total días
Masculino	Escolar	139
	laboral	61
Femenino	Escolar	166
	laboral	129

Fuente: Encuesta

Cuadro 16.2. Relación de casos de ausentismo según grupo de edad, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Edad		
≤14 años	≥15 años	Total casos
10	5	15
0	8	8
8	3	11
0	13	13

Fuente: Encuesta

Cuadro 17. Frecuencia de asmáticos por cantidad encuestadas y sexo, según barrio de residencia, población urbana del municipio de Mao, provincia Valverde, mayo-julio 2009.

Barrios Encuestados	Asmáticos [%]	Masculinos [%]	Femeninos [%]	
San Antonio	162	11 [6.7]	6 [3.7]	5 [3.0]
De Perichés	180	11 [6.1]	4 [2.2]	7 [3.9]
Las cruzetas	80	3 [3.7]	2 [2.5]	1 [1.2]
Las trescientas	84	5 [5.9]	4 [4.7]	1 [1.2]
Militar	74	1 [1.4]	0 [0.0]	1 [1.4]
Carlos Daniel	166	8 [4.8]	3 [1.8]	5 [3.0]
Don Bosco	110	6 [5.4]	4 [3.6]	2 [1.8]
Miño Cross	84	3 [3.5]	1 [1.2]	2 [2.3]
Los Bonilla	20	3[15.0]	2[10.0]	1 [5.0]
Los Cayucos	60	3 [5.0]	1 [1.7]	2 [3.3]
Los Capules	100	8 [8.0]	3 [3.0]	5 [5.0]
Cerro Mariano	54	4 [7.4]	1 [1.9]	3 [5.5]
El Rincón	118	7 [5.9]	2 [1.7]	5 [4.2]
Sibila	211	2 [1.0]	1 [0.5]	1 [0.5]
Tierra seca	39	11[28.5]	5[12.8]	6[15.3]
La Compuerta	30	7[23.3]	3[10.0]	4[13.3]
Total	1572	93 [5.9]	42 [2.7]	51 [3.2]

Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

La frecuencia de asma está aumentando en muchas partes del mundo, en la misma proporción en que los países se industrializan, contribuyendo así al incremento de la contaminación del medio ambiente.²⁵

En el estudio realizado encontramos una frecuencia de 5.9 por ciento, relacionándose así a otros porcentajes de estudios realizados en otras zonas del país, tales como en Nagua donde se reportó un 5.0 por ciento y la Provincia Peravia donde un estudio arrojó un 12.4 por ciento.²

Algunos autores demarcan la frecuencia de asma a nivel mundial de 3-5 por ciento de la población mundial.^{21, 49}

El color de piel y el asma se relacionan de tal forma que afecta más a los afroamericanos y latinos, según lo señalan Bigby y Wasserman.⁵⁰ De la misma forma, en nuestro estudio se encontró que 54 casos (58.0%) era de color negro, siendo la mayoría, coincidiendo con los autores y 39 casos (42.0%) de color blanco, siendo la minoría.

Al tomar en cuenta la edad de los asmáticos en nuestro estudio notamos que afecta a todas las edades con una media

de 21.9 años. En el comportamiento según edad y sexo los más afectados fueron los masculinos menores de 15 años, con 28 casos (30.1%) casos, frente a 18 casos (19.3%) para las femeninas de igual edad, coincidiendo esto con Prober quien afirmó que en la infancia los niños se afectan más que las niñas.⁵¹ A partir de los 15 años las hembras fueron las más afectadas. En un estudio hecho en Europa se reportó 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 se invirtió, siendo las femeninas más afectadas que los masculinos.⁵²

De los barrios investigados el más afectado fue Tierra Seca con 28.5 por ciento de los asmáticos, seguido por La Compuerta con 23.3 por ciento y Los Bonilla con 15 por ciento. Barrios ubicados en la periferia del centro de la ciudad de Mao, estos se caracterizan por estar sus calles en mal estado, no asfaltadas y muy transitadas por vehículos de motor, lo que se traduce en contaminación ambiental.

La contaminación ambiental se enumera también como uno de los principales factores desencadenantes de asma, en nuestro estudio se observó que juega un papel importante en la enfermedad ya que 25.8 por ciento de los entrevistados reconocieron sus efectos.

En un estudio realizado en dos ciudades de Alemania, Múnich y Leipzig, la primera es una ciudad caracterizada por el alto tráfico vehicular y la segunda por el gran número de contaminación ambiental, resultó que en Múnich el asma y la alergia fueron más prevalente, mientras que la bronquitis lo fue en Leipzig.²

La asistencia al médico durante una crisis son frecuente, de los estudiados, 91 casos (97.8%) acuden a centros de salud en busca de atención médica.²⁶

Las infecciones respiratorias tienen una relación compleja con el asma. En etapas temprana de la vida han sido asociadas tanto al incremento como a la disminución del riesgo de desarrollar asma.⁵³ En nuestro estudio se presentaron en 68 casos (73.1%) de los asmáticos. De los cuales el sexo femenino presentó 33 casos (48.5%), mientras que los masculinos 35 casos (51.5%). La frecuencia que más se presentó fue 3-5 veces en un año.

Los antecedentes familiares patológicos tienen una estrecha relación con la aparición de la enfermedad, encontrando que 13 casos de los asmáticos tenían familiares que padecen alergias, 62 de asma y 36 tenían familiares fumadores. A nivel clínico, se ha podido observar que más de la mitad de los niños asmáticos tienen antecedente familiares de la enfermedad y que los hijos de padres asmáticos tienen 2.7 veces más probabilidad de desarrollarla en comparación con los hijos de padres sanos.⁵⁴

Entre los factores asociados a las crisis de asma encontramos que en 6 casos se asociaron los pelos de gato y 2, a pelos de perro. El frío incidió en 43 casos, el calor en 24 y la humedad en 26. El cambio de temperatura afectó a 42, la contaminación ambiental a 24, el polvo a 31, siendo más afectados los masculinos menores de 14 años y femeninas mayores de 15 años. En cuanto a las sustancias, la pintura

afectó a 35 personas. El humo de tabaco demostró sus efectos nocivos a la salud registrándose 35 casos afectados. 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.⁵⁵

En el examen físico realizado encontramos 5 casos (5.4%) con Sibilancia, 2 del sexo femenino y 3 masculinos, 19 casos (20.5%) con tos y 4 (4.4%) con disnea.

A la inspección notamos los estigmas asociados al asma bronquial, encontramos que la ojera fue el más común entre los asmáticos, presentándose en 21 casos, 14 (15.1%) femeninas y 7 (7.5%) masculinos, siguiéndole a éste la rinitis con 20 casos, 13 (14%) femeninas y 7 masculinos; la lengua geográfica en 13 casos y dedos en palillo de tambor en 6.

Referente a la frecuencia de crisis de ahogo en los estudiados, las edades más destacadas fueron: de 1-4 años presentándose en 11 casos, siendo mayor en los masculinos con una cantidad de 6 casos. De 5-9 años las crisis se presentaron en 9 casos, 6 masculinos y 3 femeninos. En edades de 30-39 años con 7 casos de masculinos y ninguno femenino, de igual forma de 40-49 años con 4 casos en masculinos y ninguno en femenino.

La crisis de ahogo en asmáticos se presentó en 57 casos, 23 de estos hicieron menos de 3 crisis en un año, 22 hicieron crisis de 3-5 veces en un año, mientras que los 12 restantes hicieron más de 5 crisis al año.

Un total de 41 casos tenían tratamiento para el asma, de estos, 19 eran menores de 14 años, 7 tenían menos de 6 meses con el tratamiento y 12, más de 6 meses, 22 eran mayores de 15 años, 4 tenían menos de 6 meses y 18 casos más de 6 con tratamiento. Notamos aquí que apenas un 44.0 por ciento de los enfermo usaba algún tratamiento para su enfermedad.

A consecuencia del asma bronquial fueron hospitalizadas 31 casos (33.3%), de estos 16 (17.2%) eran mayores de 15 años y 15 (13.1%) menores de 14. Menos de 3 veces fueron hospitalizadas 17 casos (18.2%), de 3-5 veces 9 (9.6%) y más de 5 veces, 5 (5.3%) casos.

Sufrir de asma tiene sus consecuencias, dentro de las cuales se encuentran el ausentismo escolar y laboral, en el estudio realizado se encontró que un total de 15 masculinos reportaron ausentismo escolar, de estos, 10 (10.7%), eran menores de 14 años, y 5 (5.3%) mayores de 15. En cuanto a las femeninas, 11 faltaron a la escuela, de ellas, 8 (8.6%) eran menores de 14 años y 3 (3.2%) mayores de 15.

El trabajo de 21 personas se vio afectado por ausentismo, de estas, 8 (8.6%) eran masculinos mayores de 15 años y 13 (13.9%) femeninas mayores de 15 años, presentándose en estas el mayor número de faltas.

La suma total de días de ausentismo tanto escolar como laboral fueron 495, divididos de la siguiente manera: 139 días para los masculinos menores de 15 años y 166 para las femeninas menores de 15 años a la escuela, respectivamente, 61 días para los masculinos mayores de 15 años y 129 para las femeninas mayores de 15 años al trabajo respectivamente. Debiendo resaltar que varias personas reportaron la pérdida

del trabajo o el año escolar por ausentismo prolongado.

REFERENCIAS

1. Barnes PJ. Asma en: Fauci AS, Kasper DL, Longon DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison Principios de Medicina Interna*: 17ª, Santa Fe (Colombia): McGraw-Hill Companies, Inc; 2009:2p 1596.
2. Adames MS, Bido-Bido E, Estévez EA, Gálvez VA, Pérez SO, Pimentel RD. Causas y consecuencias de hiperreactividad bronquial del síndrome asmático en el barrio San José de Villa (Nagua). *Revista Médica Dominicana* 2006; 67(2):155-160.
3. Pimentel RD, Aria ML, Roque Z, Minervino RA. Asma bronquial en Santo Domingo: aspecto epidemiológico y perspectivas. *Rev. UCEMED* 1986; 4 (1-2): 29-33.
4. McFadden, E. Asma. Fauci A. et al *Harrison Principios de Medicina Interna*, 14ª ed, México DF (México): McGraw-Hill interamericana, 1998: 1617-1623.
5. González AV, Castillo GL *Fisiopatología del asma bronquial* 2005 July (citada 2009 jun 25); se consigue en: http://74.125.113.132/translate_c?hlplFyYsigKtQi.
6. Pimentel RD, Gomez Feliz M. El niño con sibilancias. *Acta Med Dom* 1991; 13 (6): 247-255.) (Pimentel RD, Gómez Feliz M. *Guía diagnóstica y de tratamiento para el niño con asma bronquial*. *Rev Med Dom* 1988; 49 (3): 61-64.
7. Pimentel RD, Vázquez E, Torres S, et al. *Asma Bronquial infantil en la provincia de La Vega, Rep.Dom*. *Rev de la Asociación Méd de Santiago* 1984; 4(1)
8. Frecuencia del hábito tabáquico entre estudiante adolescentes de la educación secundaria institucional de la zona urbana del municipio de La Romana. *Rev UNIBE de Cienc y Cult* 1995; 7(1-3): 31-38.
9. Encarnación-Casanova M, Hernández Duran D, Lara Moreta M, Amilca Grecia 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)
10. Pimentel, et al. Frecuencia y factores causales de asma bronquial en la población urbana de San Pedro de Macorís. *Revista Medica Dominicana* 2003; 64 (2).
11. Frecuencia y características epidemiológicas del asma bronquial en una muestra de la población urbana del municipio de Barahona. [tesis de grado]. Universidad autónoma de santo Domingo (UASD). 2005.
12. Prevalencia de síntomas de asma infantil en países latinoamericanos. *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*; 1998.
13. González-Aguilar V y Castillo L. Asma Historia a través de los tiempos 2005 Julio (citada 29 junio 2009); se consigue en: <http://www.medicalnewstoday.com/info/asthma/asthma-history.php>.
14. C. Gómez y A. Cordón *¿Educamos, controlamos o... pactamos?* En: http://www.grupoaulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=211.
15. Cáceres-Ureña FI, Morillo-Pérez *Situación de la niñez en*

- la República Dominicana: Tendencias 1986-2006, Santo Domingo (República Dominicana): editora búho; 2008: 80-81.
16. Salazar G. asma bronquial estado del arte. Colomb Med.2001; 32(2): 60-66. Se consigue en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO2/asma.html>.
 17. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/08/25/medicina/1156526194.html><http://www.diccioned.es/php/diccio.php?m=623>, diccionario médico- biológico histórico y etimológico.
 18. Historia del asma, se consigue en: http://74.125.157.132/translate_c?hl=es&sl=en&u=http://www.medicalnewstoday.com/info/asthma/asthma-history.php&prev=/search%3Fq%3Dasma%2Bhipocrate%2Bhomero%26hl%3Des&rurl=translate.google.com.do&usg=ALkJrhhsBB2l_JpilLhj83Z0eJldpc38T.
 19. Rancier-Valdez A. Neumología, 3ª ed., Santo Domingo (Rep. Dom.): 2006:28-36.
 20. Housset B, Atassi K, Bignon J, Chouaid C, Fuhrman C, Harf A, et al. *Manual de neumología*, Barcelona (España): Masson Editeur; 2001:377.
 21. McFadden E.R. Asma en: Kasper DL, Fauci AS, Longon DL, Braunwald E, Hauser ST, Jameson JL. *Principio de medicina interna*. 16a, Santa Fe (Colombia):2006. 2p 1666-1675.
 22. Fernández S. P, Alonso V. LT, Montero J.C. Determinación de factores de riesgo. CAD ATEN PRIMARIA 4: 1997; 75-78.
 23. Postma D.S, Kersjens HAM, Ten Hacken N.H.T. Asma: epidemiología y factores de riesgo en: Albert R.K, Spiro S.G, Jett J.R: *Tratado de neumología*. Madrid (España): Ediciones Harcourt, S.A.; 2001.40.1-40.7.
 24. Zubiria CE, Zubiria SE, Zubiria SA. Conceptos básicos de asma bronquial. Bogotá; Quebecor Impreandes, 1999.
 25. Patridge M.R. Asma: características clínicas, diagnóstico y tratamiento en: Albert R.K, Spiro S.G, Jett J.R: *Tratado de neumología*. Madrid (España): Ediciones Harcourt, S.A.; 2001.40.1-40.7.
 26. González M, Malcoe LH, Myers OB, Espinoza J. Factores de riesgo de asma y tos en niños hispanos en el suroeste de los Estados Unidos de América, 2003-2004. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2007; vol.21, n.5 se consigue en: URL:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1020-49892007000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es artículo por email
 27. http://www.saludrespiratoria.cl/fotos/bronquio_big.jpg
 28. Contrera-Zúñiga E, Sanabria F, Zuluaga-martines SX, Casas-quiroga IC. Asma bronquial y embarazo 2007 sep (citado 25 jun 2009); 58(3). Se consigue en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342007000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 29. Barnes PJ. *Inhaled glucocorticoids for asthma*. N Engl J Med 1995; 332: 868-875.
 30. Pronóstico del asma bronquial se consigue en: <http://www.google.com.do/search?hl=es&q=pronostico+del+asma+bronquial&btnG=Buscar&meta=>
 31. Rodríguez AA, Bruguera MC, Comportamiento del asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1).se consigue en:URL:<http://www.sld.cu/sitios/dne/temas.php?idv=3264>
 32. Calvo M. clasificación del asma bronquial. Se consigue en <http://www.neumologia-pediatrica.cl>
 33. Housset B, Atassi K, Bignon J, Chouaid C, Fuhrman C, Harf A, et al. *Manual de neumología*, Barcelona (España): Masson Editeur; 2001:377.
 34. Husain AN, Kumar V. El pulmón en: Kumar V, Abbas AK, Fausto N: *Robbins y cotran patología estructural y funcional*. 7ª, Madrid (España): Elsevier España S.A.; 2005.715-774.
 35. Solarte I, Maldonado D, Bustillo JG, Ucros S, Caballero H, González M. Enfermedad pulmonar obstructiva en: Roa-Buitrago JH, Bermúdez- Gómez M, Acero-Colmenares R. *Neumología*., Santa Fe de Bogota (Colombia. D.C.): McGraw-Hill Interamericana, S.A.; 2000:211-217.
 36. Tihtinalli JE, Ruiz E y Krome RI. Medicina de urgencias, American College of Emergency Physicians, 4ª. ed., México DF (México): McGraw-Hillinteramericana, 1997: Vol I: 526-535
 37. Berkow R, Beers MH, Fletcher AJ. Manual Merck de información medica general, 1ª ed. Barcelona (España): MCMXCVII: 179-184.
 38. Tendencias en la prevalencia de los síntomas de asma en el mundo. 2007 nov (citada 2009 jun 24) *Rev Panam Salud Publica* v.22 n.5 Washington se consigue en: URL:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001000013&lng=es&nrm=iso.
 39. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiología humana*, 10ª, México D.F.: Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2001:593.
 - Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM, Nelson. *Tratado de pediatría*, 15ª.ed., México DF (México): McGraw-Hill interamericana, 1997:787-802
 40. Romero-baladron J. *Neumología y cirugía torácica*, I. Gofer-Oviedo; 2002: 175-176.
 41. Roberto A. Diaz Rios. Asma Bronquial y su terapéutica. Se consigue en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/322/6/Asma--Bronquial-y-su-terapeutica>.
 42. Visión/ *Nuevo concepto de asma*. En: www.iladiba.com/enfermedades/htm
 43. Vianna EO, Kraft M, Martin RJ. Enfermedades Respiratorias en: Parsons PE, Heffner JE. *Secretos de la neumología*., México D.F. (México): McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.1998.105-109.

44. Henri EY, Bernard P, Brisset CH. *Tratado de psiquiatria*; 8ª ed, Barcelona (España): Masson, S.A.; 2002: 908-909.
45. Santana-Sorrilla YM, Melo A, Blas Manzueta J, Espinal SM, Cebollero B. Frecuencia de crisis asmática en una población de niños de la provincia perabia. *Revista médica secretariado de médicos pasantes* 2006; 17(1):96-98
46. Población total por región, provincia, municipio, seccion, barío o paraje, según zona y sexo. VIII *Censo de población y vivienda 2002*. Oficina nacional de estadística. República Dominicana.
47. Corral C. J., Malagón A., Toribio E. *lineamientos de política de desarrollo urbano para la ciudad de Mao*. Santiago de los Caballeros,(República Dominicana): Editora premium, 2006: 134-178
48. Solarte I, Maldonado D. Enfermedad pulmonar obstructiva, en: Buitrago-Roa J, Gomez Bermudez M, Colmenares Acero F. *neumología:Colombia*, Mcgraw-hill interamerica, S.A. 2000; 211
49. Vélez H, Rojas W, Barrero J y Restrepo J. Fundamento de medicina. *Neumología*, 5ª. Ed.,Medellín (Colombia:Corporación para investigaciones biológicas (CIB), 1998: 311-343
50. Berhman R, Vaugan VC. *Tratado de pediatria*. Infecciones respiratorias agudas. 15ª ed. España. Interamericana. 1994.p 897.
51. 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
52. National Heart Lung, and Blood, Global Initiative for asthma. Bethesda, Maryland, USA. Revised 2002.
53. Comité para el estudio del asma de la SEAIC. En: www.seaic.es/paciente/asma/texto.htm.
54. Sánchez Tarragó N. Aspectos epidemiológicos del asma: Reseña. UATS Nacional <http://www.infomed.sld.cu/instituciones/uats/RTV/rtv0396.htm>.



El tabaco es perjudicial para la salud.



FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES ADULTAS JÓVENES DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO, PROCURADURÍA FISCAL DEL DISTRITO NACIONAL.

³³Alfonsina de la Cruz Cruz, Dolores Altagracia Bautista Peña, Inocencia del Carmen Guzmán Navarro, Franchesca Álvarez Polanco, Virgen María Luna Guerrero

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el uso de colección retrospectiva de datos. Con la cual se obtuvo una muestra de 80 expedientes de mujeres adultas jóvenes que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal del distrito nacional, los datos recolectados se obtuvieron de la utilización de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas orientadas a identificar los factores asociados a la violencia intrafamiliar.

Entre los resultados obtenidos más relevantes están:

Que las mujeres adultas jóvenes más maltratadas poseen un nivel de escolaridad universitario con un porcentaje de 48.75 por ciento, seguidas de las que son bachilleras con un 35 por ciento, y dentro de las mujeres menos maltratadas por sus parejas o ex pareja tenemos las que tienen un nivel escolar primario para un 16.25 por ciento.

La edad más frecuente en la que la mujer es maltratada es entre los 29 a 34 años para un 30 por ciento, el segundo rango de edades corresponden a las que tienen entre 18 a 23 años con un porcentaje de un 23.75 por ciento. Y las menos afectadas lo son las mujeres en edades entre los 35 a 40 años esto arroja un 21.25 por ciento.

Las causas fundamentales por las cuales las mujeres en edad adulta joven asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal del distrito nacional fueron fundamentalmente por violencia física encontrado un número de casos de 284, aunque el motivo mayor de consulta fue esta causa, podemos observar que en la mayoría de los casos se acompañó de la violencia psicológica, encontrando 260 casos, y en menor porcentaje encontramos la violencia sexual con 69 casos.

Palabras claves: Mujer, violencia intrafamiliar, factores asociados.

ABSTRACT

An observational descriptive study with a transversal cut was performed with the use of retrospective collection of information. Where we obtained a sample of 80 files of young adult women that went to the department of gender at the

district attorney's office in the Distrito Nacional, the collected information was obtained through a questionnaire with open and closed questions oriented to identify the factors associated to intrafamiliar violence.

Among the results obtained, the most outstanding ones were:

That the most mistreated young women possess a university degree of schooling with a percentage of 48.75 percent, followed by those who are bachelors with a 35 percent and within the less mistreated women by their couples or ex-couples we have those with an elementary schooling degree for a 16.25 percent.

The most frequent age in which women are mistreated is within the 29 to 34 years of age interval, the second range of ages correspond to those who are between 18 to 23 years of age for a 23.75 percent. And the less affected ones are the women with ages between 35 to 40 for a 21.25 percent.

The fundamental causes of why those young aged women went to the department of gender at the district attorney's office in the Distrito Nacional, were because of physical violence, although this was the main motive of consultation, we could observe that this motive was accompanied by psychological violence and in a minor percentage we found sexual violence.

Key words: Woman, factors associated, intrafamiliar violence.

INTRODUCCIÓN

De tiempos inmemorables se vienen presentando hechos violentos en contra de la mujer dentro y fuera de la familia; Este fenómeno se ha ido incrementando en los últimos años y muchas veces pasa de manera desapercibida además, es importante destacar que la violencia intrafamiliar no sólo genera graves consecuencias entre las afectadas, sino también pérdidas de capacidades psicosociales y por ende, pérdida de sus facultades para enfrentar mejor el mundo; hay que tener en cuenta que la violencia se reproduce de generación tras generación, además las personas pueden pasar de víctimas o agresores marcando nuestra descendencia y con ello, nuestra sociedad.

Diferentes informes de investigaciones nacionales e internacionales han arrojado datos que revelan el incremento

* Médico general

de la violencia.; Un estudio realizado por las naciones unidas reveló que los hijos de las mujeres que sufren maltrato por parte de sus compañeros tienen seis veces más posibilidades que otros niños de morir antes de los cinco años. Los hijos de las mujeres maltratadas suelen estar más desnutridos y tienen menos posibilidades de recibir vacunas o sales de rehidratación oral para la diarrea.

Un estudio realizado en el destacamento "Amigos de la mujer" en villa Juana, por la licenciada Patricia Solano I, y Mildred Matos; indicó que las mujeres que se presentan en el destacamento de villa Juana son relativamente jóvenes, un 82.5 por ciento de 37 años o menos. El promedio de edad es de 29 años y la edad más frecuente es de 30 años, mientras que un 11 por ciento son menores de 18 años.

La problemática en estos días, podría llevarnos al cansancio, pero también nos permite trascender una visión parcial y segmentada, por tanto se impone hacer un análisis más profundo e integral con ideas claras que permitan elaborar propuestas de mayor efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La violencia es un concepto de múltiples dimensiones y connotaciones.

La violencia puede ser definida como toda acción o conducta utilizada para causar daño, sufrimiento, control y dominio sobre otros en contra de la voluntad de estos.

Desde una perspectiva general, la violencia puede ser concebida como toda agresión física, psíquica, sexual o daño a las propiedades por lo cual una persona experimenta dolor, enfermedad, trastornos emocionales, heridas y en casos extremos, la muerte.

Violencia intrafamiliar

La organización panamericana de la salud define violencia intrafamiliar.

Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación del poder sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otros miembros de la familia.

La violencia intrafamiliar de acuerdo a la ley 24-97 en su artículo 309-2; constituye violencia doméstica o intrafamiliar todo patrón de conducta mediante el empleo de fuerzas físicas, o violencia psicológica, verbal intimidación o persecución contra uno o varios miembros de la familia o contra cualquier persona que mantenga una relación de convivencia, contra el cónyuge, ex-cónyuge, convivente o pareja consensual o contra la persona con quien haya procreado un hijo una hija para causarle daño físico o psicológico a su persona o a sus bienes, realizado por el padre, la madre, el tutor, guardián, cónyuge, ex-cónyuge, convivente, ex-convivente o pareja consensual o persona bajo cuya autoridad, protección o cuidado se encuentra la familia.

La violencia intrafamiliar puede manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes,

control, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibiciones, abandono afectivo, humillaciones o al no respetar las opiniones, son estas las formas en que se expresa la violencia intrafamiliar, comúnmente en las relaciones de abuso suelen encontrarse combinadas, generándose daño como consecuencia de una o varios tipos de maltrato.

Clasificación de la violencia

1. Violencia Física
2. Violencia Psicológica
3. Violencia Sexual
4. Violencia Patrimonial o Económica

La violencia psicológica presenta características que permiten clasificarla en tres categorías:

1. Maltrato
2. Acoso
3. Manipulación

Para poder calificar una situación como acoso, tiene que existir un asedio continuo, una estrategia de violencia (como cuando el agresor se propone convencer a la víctima que es ella la culpable de la situación), y el consentimiento del resto del grupo, familia (aunque también de amigos o vecinos) que colaboran o son testigos silenciosos del maltrato, ya sea por tener a represalias, por satisfacción personal o simplemente por egoísmo al no ser ellos los afectados.

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos y se extienden, además, al conjunto de la sociedad. Por otra parte, existen muchas formas de auto perpetuación de la violencia, por lo que depende de la desigualdad y, a su vez, perpetúa dicha desigualdad. Por ejemplo, la violencia doméstica se asocia a la pobreza, pero también perpetúa la pobreza a través de la reducción de las oportunidades que puede tener la mujer de trabajar fuera de casa, de su movilidad y acceso a la información y de la escolarización de sus hijos.

La violencia contra la mujer, especialmente la violencia doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud. Entre ellas se encuentran: lesiones (que oscilan desde cortes y hematomas a lesiones graves que causan incapacidad permanente, como pérdida de la audición), enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, trastornos por ansiedad, trastornos por estrés postraumático, cefaleas, síndrome del colon irritable y diversas manifestaciones psicósomáticas.

También en la mujer maltratada puede presentarse una reacción tardía descrita como Síndrome de Estrés Postraumáticos, consiste en una serie de trastornos emocionales que no necesariamente aparecen asociados con la situación es que los originó pero que constituyen una secuela de situaciones traumáticas vividas, tales como haber estado sometida a situaciones de maltrato físico o psicológico. Algunos de sus síntomas son trastorno del sueño (pesadillas e insomnios), trastornos amnésicos, depresión, ansiedad, sentimientos de

culpa, trastornos por somatización, fobias y miedos diversos, difusiones sexuales y el uso de la violencia hacia otros como son los propios hijos.

Para el agresor las principales consecuencias serán la incapacidad para vivir una intimidad gratificante con su pareja, el riesgo de perder a su familia principalmente esposa e hijos, el rechazo familiar y social, aislamiento y pérdida de reconocimiento social, riesgo de detención y condena, sentimientos de fracaso, frustración o resentimiento y dificultad para pedir ayuda psicológica y psiquiátrica.

Los efectos de la violencia pueden ubicarse en seis niveles de acuerdo a la combinación de dos variables: el nivel de amenaza percibido por la persona agredida y el grado de habitualidad de la conducta violenta estos son:

1. Disonancia cognitiva
2. Ataque o fuga
3. Inundación o parálisis
4. Socialización cotidiana
5. Lavado de cerebro
6. Embotamiento o sumisión

Ciclo de la violencia

Podemos encontrar distintos comportamientos de naturaleza cíclica dentro de las distintas categorías de la violencia intrafamiliar: los padres pueden llegar a maltratar a sus hijos cuando sus exageradas expectativas no logran ser cubiertas por esto, luego frustrados, los castigan y pueden llegar a agredirlos, para posteriormente con la esperanza de haberlos aleccionado; renovar las expectativas y reiniciar el ciclo. Sin embargo la violencia en la pareja y principalmente hacia la mujer es en sí un ciclo de tres fases que difieren en duración según los casos: acumulación de tensiones, crisis o episodios agudos de violencia, arrepentimiento y reconciliación.

Primera fase: acumulación de tensiones

Segunda Fase: crisis o episodio agudo de violencia.

Tercera Fase: arrepentimiento y reconciliación:

Tienen consecuencias directas no solo para el propio bienestar de las personas afectadas, sino también para las familias futuras y sus comunidades.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Con colección retrospectiva de datos.

Población de estudio: El universo estuvo constituido por las 80 mujeres adultas jóvenes, que acudieron a la unidad de atención y prevención de la violencia departamento de Género Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional. Cuyos expedientes contienen datos de violencia intrafamiliar tales como abusos físicos, psicológicos y sexuales; en el periodo comprendido entre Enero – Diciembre 2006.

Criterios de Inclusión: Para estos fines fueron tomados en cuenta los expedientes de las mujeres adultas jóvenes que asisten a la unidad de atención y prevención de la violencia departamento de Género Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional. Por violencia intrafamiliar en los meses Enero –

Diciembre 2006.

Criterios de Exclusión: Mujeres que no se encuentren en edad adulta joven.

Registro de la Información: Los datos fueron colectados a través de un formulario que contiene preguntas abiertas y cerradas con todas las variables a investigar, estos fueron obtenidos de los expedientes de las mujeres adultas jóvenes que asisten a la unidad de atención y prevención de la violencia departamento de Género Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional.

RESULTADOS

Las edades correspondientes entre 34 -41 años es donde se presenta un mayor porcentaje de violencia por parte del hombre hacia la mujer 35.0 por ciento; la edad que arrojo un menor porcentaje fueron las edades correspondientes entre 50 – 50 años con un 5.0 por ciento.

Si hacemos una comparación entre la edad de la agredida y la edad del agresor nos daremos cuenta que los dos rangos de edades más altos corresponden a las edades de 34 a 41 años para el agresor y la agredida de 29 – 34 años o sea que ambos son relativamente jóvenes y con un rango de edades similares. Esto podría explicarse con lo dicho anteriormente de que los hombres relativamente jóvenes tendrían actitudes más favorables para la violencia física como medio de resolución de conflictos.

En sentido general, el porcentaje más elevado de violencia intrafamiliar lo obtuvieron las mujeres solteras, encontrando 31 casos para un 38.7 por ciento, seguido de las casadas, quienes obtuvieron un 31.3 por ciento. Y las menos afectadas son las que poseen un estado civil de unión libre encontrando 24 casos para un 30 por ciento.

Un 38.8 por ciento de las querellas puestas en el departamento de género de la Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional fueron mujeres solteras, o sea, de querellas puestas a sus ex-parejas.

Esto refuerza la teoría general de otros autores de que las mujeres sufren un mayor peligro de violencia en el momento que se separa de sus esposos. El segundo grupo más frecuente son las mujeres casadas con un 31.3 por ciento.

Según el tipo de violencia encontramos tres aspectos fundamentales el primero se refiere a la violencia física esta fue la que se presentó en mayor medida encontrando 284 casos; ahora bien dentro del tipo de violencia física más frecuente. El primer lugar lo obtuvieron las bofetadas con un 23.2 por ciento. En segundo lugar los hematomas con un 19.0 por ciento, las patadas con un 15.1 por ciento y otros como ahorcamiento con manos o con soga 13.7 por ciento.

La violencia sexual fue la que se presentó en un menor porcentaje acumulando un total de 69. En cuanto a lo que es el tipo de violencia sexual las relaciones forzadas ocuparon el primer lugar con un 59.4 por ciento, seguido de desgarrar de ropa con un 30.4 por ciento, en la clasificación de otros se encontraron 7 casos para un 10.1 por ciento.

El tipo de violencia más frecuente reportado por las

mujeres adultas jóvenes que acuden al departamento de género de la procuraduría del Distrito Nacional. Es la violencia física, seguido de la violencia psicológica y por último la violencia sexual, estos resultados coinciden con otros estudios de otros autores.

De los 80 expedientes estudiados se obtuvo que el 50.0 por ciento de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar corresponden a un nivel universitario; seguido de un 33.7 por ciento para el nivel secundario, el tercer lugar lo ocupan las mujeres con un nivel de escolaridad primario con un 15.0 por ciento.

Los resultados encontrados en nuestro estudio difieren de lo que establecen algunos autores en sentido de que un factor de riesgo en las víctimas de violencia intrafamiliar o de género lo constituye el bajo nivel académico. Ya que en nuestro estudio el porcentaje más elevado de mujeres agredidas por su pareja lo obtuvieron las del nivel universitario encontrando 40 casos para un 50.0 por ciento, o sea que las mujeres más agredidas son las de un nivel mayor de escolaridad que de su pareja.

Entre los hombre que agraden a su pareja están los que alcanzaron el nivel escolar secundario constituyen el 41.5 por ciento, mientras que el promedio corresponde a un nivel universitario encontrando 23 casos para un 35.1 por ciento, luego le sigue un 14.3 por ciento para los agresores que tienen un nivel primario y los hombres que no tienen ningún nivel escolar son los que menos agraden a su pareja con un 9.1 por ciento.

Estos resultados difieren de lo dicho por Bachean, Johnston en 1978, este decía que un bajo nivel intelectual o un bajo nivel de escolaridad se asocia generalmente con las conductas agresivas; ya que en nuestro estudio los resultados arrojados nos dicen que el hombre que menos arremete en contra de la mujer, es el que no tiene ningún nivel académico con un 9.1 por ciento.

Esta diferencia quizás podría estar marcada por la muestra encontrada en nuestro estudio de tan solo 80 casos o también al rango de edades elegido.

En cuanto a la ocupación, las mujeres menos agredidas corresponden a las que son estudiantes con un 21.3 por ciento seguido por las amas de casa con un 31.3 por ciento; El porcentaje más alto de violencia lo obtuvieron las mujeres con otro tipo de ocupación como abogadas, comerciantes, estilistas, etc. Esto arrojó unos resultados de un 47.5 por ciento.

Las mujeres que trabajan, como ya hemos visto, tienen un porcentaje de un 47.5 por ciento, esto determina que las mujeres que se valen por sí mismas tienden a ser más maltratadas, en segundo lugar tenemos a las amas de casa con un 31.3 por ciento. Esto se debe quizás a que estas mujeres dependen de su pareja, en tercer lugar tenemos a las estudiantes con un 21.3 por ciento.

Esto corrobora lo que hemos venido diciendo anteriormente de que quizás la agresión se deba a que estas mujeres han alcanzado un nivel educacional mayor que el de la pareja, entonces estas agresiones podrían ser por diferencias en el horario en que coinciden en la casa, tipo de relaciones

interpersonales ya que la mujer tiene relacionados diferentes al de su pareja y eso le podría provocar celos, costumbres y hábitos, la mujer puede ser provocativa y esto darle celos al hombre y por esto agredirla o simplemente que el hombre venga de una familia patriarcal donde él se sienta amenazado pues su pareja posee un nivel mayor que él. O puede ser también celos laborales y esto desencadenaría también el ataque.

Tabla 1. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según la edad de la agredida.

Edad de la agredida.	Casos	%
18-23	19	23.75
24-28	20	25.00
29-34	23	28.75
35-40	18	22.50
Total	80	100.0

Tabla 2. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según la edad del agresor.

Edad del agresor.	No. de casos	%
18-25	11	13.75
26-33	27	33.75
34-41	28	35.00
42-49	10	12.50
50-57	4	5.00
Total	80	100,0

Tabla 3. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según el estado civil de la agredida.

Estado civil de la agredida.	No. de casos	%
Soltera	31	38,75
Casada	25	31,25
Unión libre	24	30,00
Total	80	100,0

Tabla 4. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según tipo de violencia física.

Violencia Física	No. de Casos	%
Bofetadas	66	23.2
Pellizcos	32	11.2
Hematomas	54	19.0
Heridas	30	10.5
Cicatrices	11	3.8
Desfiguraciones	5	1.7
Patadas	43	15.1
Abortos	4	1.4
Otros	39	13.7
Total	284	100,0

Tabla 5. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según tipo de violencia psicológica

Violencia psicológica	No. de Casos	%
Amenazas	66	25.3
Insultos	73	28.0
Chantajes	56	21.5
Intimidaciones	59	22.6
Otros	6	2.5
Total	260	100,0

Tabla 6. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según tipo de violencia sexual.

Violencia sexual	No. de casos	%
Relaciones forzadas	41	59.4
Desgarro de ropa	21	30.4
Otro	7	10.1
Total	69	100,0

Tabla 7. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según nivel de escolaridad agredida.

Nivel de escolaridad agredida	No. de casos	%
Primario	12	15.00
Bachiller	27	33.75
Técnico	1	1.25
Universitario	40	50.00
Total	80	100,0

Tabla No.8 Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según nivel de escolaridad del agresor.

Nivel de escolaridad del agresor.	No. de casos	%
Ninguno	7	9.09
Primario	11	14.29
Secundario	32	41.56
Universitario	23	35.06
Sin Información	3	3.75
Total	80	100,0

Tabla 9. Distribución de las mujeres agredidas que asisten al departamento de género de la procuraduría fiscal, según la ocupación de la agredida.

Ocupación agredida	No .de casos	Porcentajes
Estudiante	17	21,25
Ama de casa	25	31,25
Otros	38	47,50
Total	80	100,0

DISCUSIÓN

Después de realizar esta investigación donde se busca identificar los factores como por ejemplo, el nivel académico , la diferencia de edades, el estado civil , el tipo de violencia más frecuente, en mujeres de edad adulta joven, que asisten al departamento de género en la procuraduría fiscal del Distrito nacional, se concluye:

La edad más frecuente en que la mujer es maltratada corresponde a edades entre 29 – 34 años.

La edad más frecuente en que el hombre arremete en contra de su pareja es en las edades de 34 a 41 años.

En relación al estado civil las mujeres solteras son las más agredidas por sus parejas o ex parejas.

El tipo de violencia más frecuente es la física, entre el rango de edad de 29 – 34 años.

Las mujeres con un nivel académico universitario son la más agredida, en un 50 por ciento.

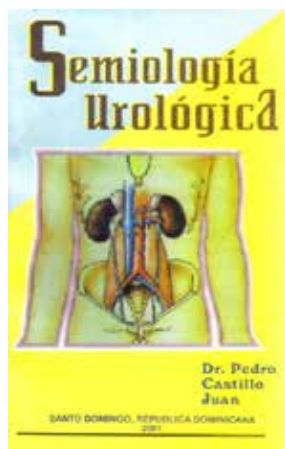
El hombre con un nivel académico secundario es el que más Agrede a su pareja, en un 41.52 por ciento.

La primera agresión física recibida por la mujer fue después de los primeros cuatros años.

REFERENCIAS

1. Abbott et, al .1995; Bailey et al. 1997 ; Kaslow et al. 1998 ; Bermaris, brimar 1999. Violencia de género. Washington, DC. P. 55.
2. Birgin, Hydée, Violencia Domestica: La falacia de una ley, de la revista fempress, Argentina2001. no.160/161. p.15.
3. Cáceres, francisco.3ed.Violencia conyugal en la República Dominicana. República Dominicana 2004, ediciones talleres gráficos de Mediabyte.p 100-116.
4. Caplan, G. Principios de psiquiatría preventiva, Piados, Barcelona, 1985 p. 125.
5. Corsi, Jorge., 1ed. Violencia masculina en la pareja. Buenos Aire. 1995. p. 49-81.
6. Corsi, jorge. Maltrato y abuso en el ámbito domestico. Argentina, 2004.p 25-48.
7. Cowen, E.L. Primary prevention, New Cork, 1982. p.184.
8. Díaz, Guillermo.2ed .Cuadernos Filosóficos. República Dominicana 1984 editora universitaria.
9. Feliz, Jesús. Principales características de la violencia intrafamiliar en las personas que acuden a la fiscalia del Distrito Nacional.2002-2003.p. 20-45.
10. García, Claudia., Violencia contra la mujer. Washington, DC .2000. p. 21.
11. Martínez, Mari luz., 5 ed. Violencia intrafamiliar (coopnama). República Dominicana: ediciones cardman, 2003.p 7-10.
12. Quintero, Gisela. Violencia contra la mujer a través de múltiples miradas. República dominicana.2003, p.35.
13. Solano, Patricia., 15 ed. Frente a la cumbre. República Dominicana: edición gente, 2001.p11.
14. Solano, Patricia. No hay excusas para la violencia. República Dominicana.1996 p. 2- 11.
15. Tú mujer. Inc. 3ed. Ley 24-97 sobre la violencia intrafamiliar. República Dominicana.2002.p.17.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Semiología Urológica

Autor: Dr. Pedro Castillo Juan

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

SIBILANCIAS Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1 A 15 AÑOS EN LAS COMUNIDADES DE MATANZAS, LOS TUMBAOS Y QUIJA QUIETA DE BANÍ.

Elaie Pozo Geraldo, *Cristabel Robles Hidalgo,* Emilton López,** Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Se llevó a cabo una investigación prospectiva, descriptiva, de corte transversal, en las comunidades de Matanzas, Los Tumbaos y Quija Quieta de Baní, provincia Peravia, en el periodo de marzo-abril 2007. Fue tomado el 20,0 por ciento de la población total para aplicarles un cuestionario, como muestra representativa, es decir, 1 100 personas.

De un total de 1 100 niños entrevistados en las comunidades de Los Tumbaos, Quija Quieta y Matanzas, 213 (19,4%) tenían sibilancias. De los niños con sibilancias, 118 (55,4%) correspondieron a Matanzas, 49 (23,0%) a Los Tumbaos y 46 (21,6%) a Quija Quieta. De todos los niños encuestados el mayor número de crisis de sibilancias fue encontrado entre el género masculino con un total de 126 niños (59%).

De la población estudiada el rango de edad más afectado por sibilancias es de 5-9 años de edad, de los cuales 84 niños tenían esta edad, 81 tenían de 1-4 años, 42 tenían de 10-14 años y el menos afectado fue el ≥ 15 años, para 6 personas.

Un total de 176 personas presentaron crisis de sibilancias más de una vez, la causa más frecuente de aparición de sibilancias en más de una vez es el asma. El primer episodio de crisis de sibilancias se presentó mayormente entre las edades de 1-4 años, con 179 (84%).

La edad de inicio más frecuente de sibilancias es de 1-4 años de edad, de los cuales 179 niños (as), presentaron su primer episodio de sibilancias a esta edad. La edad más frecuente en que se presentó por última vez una crisis de sibilancias en los encuestados fue entre los 1-4 años con 108 (51%).

De los que habían presentado crisis de sibilancias, 160 no tenían familiares fumadores.

La mayoría de los encuestados tienen antecedentes de asma, 119 personas afirmaron haber tenido algún familiar con asma.

En la mayoría de las casas de los entrevistados se utiliza el gas propano para cocinar, 189 de las casas. En 31 de las viviendas de los encuestados la forma de eliminación de la basura era por medio de la quema de esta.

Por último, se concluye que los niños(as) con sibilancias son motivo de gran preocupación, no solo para sus padres, sino también para el médico de quien se esperan consejos sobre cómo abordar los síntomas. Además vale la pena mencionar que aunque no se haya podido demostrar la influencia que tiene el tabaquismo para desencadenar crisis de sibilancias, es preciso no dejarlo pasar por alto a la hora de examinar un paciente con sibilancias, ya que representa un factor de riesgo importante,

Palabras claves: Sibilancias, factores asociados, niños, comunidades de Baní.

INTRODUCCIÓN

Los ruidos respiratorios siempre han sido de gran importancia como signos de que se está padeciendo algún proceso pulmonar importante; en este caso las sibilancias no escapan de ello.

Las sibilancias se definen como la presencia de estertores pulmonares de tonalidad aguda y que indican un estrechamiento bronquial. 1

Las sibilancias son un signo de que una persona puede estar presentando problemas respiratorios.

Existen diferentes enfermedades pulmonares y no pulmonares en pediatría que se caracterizan por la presencia de sibilancias y el dicho "todo lo que silba no siempre es asma" es correcto. Esto hace que cada día se tenga más pendiente el correcto diagnóstico de este signo para evitar caer en un error, ya que podríamos condenar a un paciente a un padecimiento de por vida que quizás nunca tuvo, incurriéndose en gastos económicos y angustias innecesarias, o simplemente pasar por inadvertido algún padecimiento que pudiera ser fatal para el niños (as).

El asma es la causa más frecuente de sibilancias dentro del grupo pediátrico, sobre todo en pacientes preescolares y escolares, sin embargo, hay gran cantidad de patologías respiratorias a parte del asma que presentan sibilancias y se debe pensar en ellas.(2)

Es comúnmente ver en los centros de salud comunitarios

*Médico General

**Pediatra Neonatólogo

***Pediatra Numólogo

(Unidades de Atención Primaria) de Matanzas, Los Tumbaos, y Quija Quieta, niños (as) de diferentes edades que llegan con procesos respiratorios agudos y crónicos. Solamente en la comunidad de Matanzas se habían registrado entre los meses de enero hasta el 10 de mayo 26 casos de asma, ahora bien, como infecciones respiratorias agudas (IRA) se habían reportado desde enero hasta el 5 de mayo 547 casos. Y es que los problemas de salud causados por contaminantes que se presentan en la vida cotidiana, tanto en los hogares como fuera de ellos, son los que con mayor probabilidad encuentra el personal de atención primaria a la salud.

Estos datos nos hacen pensar en la posibilidad de que muchos de estos niños (as), en algún momento pudieron presentarse a las UNAPs por tener una crisis de sibilancias, que pudieran haber sido notablemente audible o no; debido al gran número de pacientes diagnosticados como IRA. En las UNAPs, propiamente dicho no son diagnosticados muchos de estos procesos respiratorios como crisis de sibilancias, por lo que creemos pertinente y apropiado hacer la investigación que nos determine que tan comunes son las crisis de sibilancias en dichas comunidades ya que muchos de estos niños (as) pueden estar dentro de la clasificación de IRA y no como asma.

Existen múltiples factores que conducen a la aparición del asma, así como a las crisis de sibilancias, lo cual ha sido motivo de muchas investigaciones en distintos países. Por esto es decisivo conocer cuáles son los factores que realmente intervienen en esta región para que se desarrolle esta entidad, puesto que los factores de riesgo y los alérgenos intra y extradomiciliarios no son exactamente los mismos en todo el mundo, dependen de las costumbres, el clima, los hábitos higiénicos y dietéticos. Lo cual nos hace pensar en las comunidades de Matanzas, Los Tumbaos y Quija Quieta para investigar que tantos factores pueden existir que influyan en que los niños(as) de estas comunidades desarrollen crisis de sibilancias; o si existe alguna condición especial a nivel de las comunidades que contribuya a la aparición de crisis de sibilancias.

Las sibilancias engloban un gran número de patologías y de situaciones que nos hacen pensar en las diferentes presentaciones que pueden darse:

1. Niños (as) que silban solamente durante infecciones.
2. Niños (as) que sus sibilancias es su primer manifestación de asma.
3. Niños (as) cuyas sibilancias son una manifestación de otra patología.
4. Niños (as) cuya sibilancia es una gran urgencia.

Nuestro propósito principal es determinar cuáles son los factores que influyen en la aparición de sibilancias, porque dadas estas situaciones muchos de estos niños (as) pudieron en algún momento sufrir una crisis de sibilancias que hubiese comprometido de forma importante su aparato respiratorio. Además hay que tener en cuenta que estas

diferentes presentaciones de las sibilancias generalmente están influenciadas por el ambiente lo que representa un reto para el profesional de salud, ya que la mayoría de los pacientes que presentan síntomas relacionados con el ambiente pueden haber estado expuestos a sustancias transportadas por el aire en interiores, antes que en ambientes libres.

En esta investigación disponemos del interés suficiente y con los recursos necesarios para así poder obtener una investigación objetiva y capaz de demostrar nuestros objetivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, realizada en las comunidades de Matanzas, Los Tumbaos y Quija Quieta en el periodo de marzo-abril 2007.

Universo

Se tomó un 20 por ciento de nuestra población total para aplicarles un cuestionario, como muestra representativa, resultando 1,100 personas.

Muestra

Está constituida por 213 casos los cuales afirmaron haber tenido en algún momento una crisis de sibilancias.

Criterios de inclusión

1. Ser residente en Matanzas, Los tumbaos y Quija Quieta
2. Niños de 1-15 años
3. Masculino y Femenino
4. Aparición de sibilancias 1 vez o más

Instrumento de recolección de los datos

Se realizó un protocolo que incluyó diferentes variables de las cuales hemos citado en nuestros objetivos. Edad, sexo, procedencia, antecedentes familiares, uso de cigarrillos como factor de riesgo, entre otras.

El protocolo estaba diseñado con preguntas cerradas, de opción múltiple y dicotómicas, también abiertas para explorar los factores de riesgos más conocidos en la literatura para el desarrollo de la sibilancias.

Los encuestados fueron elegidos al azar, de uno y otro sexo, entre 1 y 15 años de edad, residentes en las comunidades de Matanzas, Quija Quieta, y Los Tumbaos.

Método estadístico

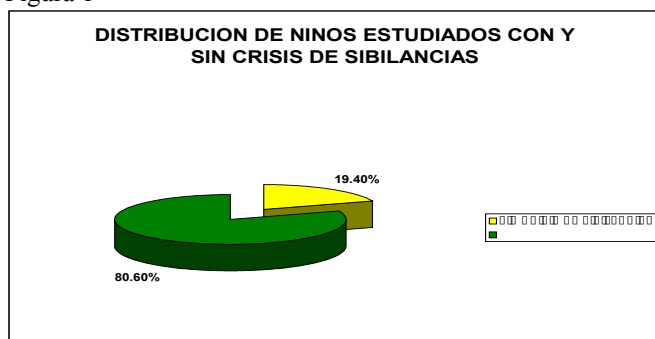
Se realizaron diversas distribuciones de frecuencia Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2003 para Windows.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 1 100 niños entrevistados en las comunidades de Los Tumbaos, Quijá Quieta y Matanzas, 213 (19,4%) tenían sibilancias (Figura 1).

Figura 1. Distribución de niños estudiados según tuvieran o no sibilancias en las comunidades Los Tumbaos, Quijá Quieta y Matanzas, 2007.

Figura 1



De los niños con sibilancias, 118 (55,4%) correspondieron a Matanzas (Cuadro I).

Cuadro I. Distribución de niños con crisis de sibilancias, según cada comunidad, Provincia Peravia, 2007.

Medio para cocinar	Frecuencia
Gas propano	189
Carbón	35
Lena	36
Electricidad	0

En esta grafica podemos observar que la comunidad más afectada por crisis de sibilancias fue matanzas, donde 110 personas la habían presentado.

La comunidad más afectada por crisis de sibilancias fue Matanzas con 55,4 por ciento, esto puede deberse a que la mayoría de los pobladores de esta comunidad no tienen buenas condiciones de vida, por ejemplo en el barrio Washington donde encontramos una gran cantidad de personas que habían padecido de crisis de sibilancias. El 23 por ciento está representado por la comunidad de Los Tumbaos, y el 22 por ciento por Quija Quieta.

De todos los niños encuestados el mayor numero de crisis de sibilancias fue encontrado entre el género masculino con un total de 126 niños (59%). (CuadroII)

Cuadro II. Comportamiento del género masculino en cada comunidad, Provincia Peravia, 2007

Eliminación de la tosca	Frecuencia
Quemada	
Enterrada	
Ajustamiento	
Cielo abierto	

El mayor numero de niñas encontradas con crisis de sibilancias en las tres comunidades, estuvo en la comunidad de Matanzas con un total de 46 (53%) niñas. (Cuadro III)

Cuadro III. Comportamiento del género femenino en cada comunidad. Provincia Peravia, 2007.

Afectadas:	Frecuencia
Si	
No	
Total	

En esta grafica observamos que el sexo más afectado por crisis de sibilancias es el sexo masculino con un 59 por ciento, mientras que el sexo femenino tuvo un 41 por ciento. Según las literaturas consultadas la aparición de sibilancias son más frecuentes en los niños que en las niñas, aunque a temprana edad la sibilancia es igualmente común en uno y otro sexo. Esto se debe en gran parte a que las sibilancias desaparecen más rápido en las niñas que en los niños.

El grupo etario en el que hubo mayor número de crisis de sibilancias fue el de 5-9 años 84 (39%). (Cuadro IV)

Cuadro IV. Distribución de los niños con sibilancias según grupos de edades, Provincia Peravia. 2007.

Afectados:	Frecuencia
Si	30
No	183
Total	213

De la población estudiada el rango de edad más afectado por sibilancias es de 5-9 años de edad, de los cuales 84 personas tenían esta edad, 81 tenían de 1-4 años, 42 tenían de 10-14 años y el menos afectado fue el ≥ 15 años, para 6 personas. Este resultado no se relaciona con las literaturas consultadas porque según ellas las sibilancias son más frecuentes en los lactantes y en los niños(as) pequeños por las propiedades anatómicas y fisiológicas típicas de su edad, también por las características intrínsecas del pulmón en función del género. Además porque según las literaturas un 33 por ciento de los niños desarrollan al menos un episodio de sibilancias antes de cumplir los 3 años.

De todos los encuestados 176 personas afirmaron haber presentado más de una vez crisis de sibilancias. (Cuadro V)

Cuadro V. Frecuencia de episodios de crisis de sibilancias, Provincia Peravia, 2007.

Eliminación de la tosca	Frecuencia
Quemada	31
Enterrada	0
Ajustamiento	177
Cielo abierto	5

En esta grafica podemos observar que en este estudio 176 personas presentaron crisis de sibilancias más de una vez. Según los datos encontrados podemos decir que la causa más frecuente de aparición de sibilancias más de una vez es

el asma, ya que de los 213 personas 119, aseguraron tener algún familiar con antecedentes de asma, aunque la causa más frecuente de sibilancias no es el asma, si es una patología de gran prevalencia en la población, que causa ausentismo escolar y sufrimiento del paciente y de la familia, además que el hábito de fumar y las malas condiciones ambientales incrementan el riesgo de desarrollar asma y/o sibilancias.

El primer episodio de crisis de sibilancias se presentó mayormente entre las edades de 1-4 años, con 179 (84%). (Cuadro VI)

Cuadro VI. Edad de aparición del primer episodio de crisis de sibilancias, Provincia Peravia, 2007.

Medio para cocinar	Frecuencia
Gas propano	189
Carbón	35
Lena	36
Electricidad	0

En este estudio la edad de inicio más frecuente de sibilancias es de 1-4 años de edad, de los cuales 179 niños (as), presentaron su primer episodio de sibilancias a esta edad. En base a estos resultados según las literaturas consultadas las sibilancias transitorias se inician a los 3 años o antes y después se resuelven, mientras que las sibilancias persistente inician a los 3 años o antes y después persisten y las sibilancias tardías inician entre los 3-6 años de edad.

La edad más frecuente en que se presentó por última vez una crisis de sibilancias en los encuestados fue entre los 1-4 años con 108 (51%). (Cuadro VII).

Cuadro VII. Edad en que se presentó el último episodio, Provincia Peravia, 2007.

Eliminación de la basura	Frecuencia
Quemada	31
Enterrada	0
Ayuntamiento	177
Cielo abierto	5

La edad más frecuente del último episodio también es de 1-4 años de los cuales 108 niños(as) tenían esta edad en su último episodio. Según las literaturas como ya mencionamos anteriormente las sibilancias transitorias aparecen a los 3 años o antes y después se resuelven. Esto se relaciona con nuestro estudio porque de las 213 personas 37 presentaron sibilancias una sola vez en su vida.

De todas las personas que habían presentado crisis de sibilancias 160 de ellas no tenían familiares fumadores. Por lo que nuestra hipótesis no puede ser demostrada mediante este estudio porque no se comprobó que el hábito de fumar tiene gran influencia para desarrollar crisis de sibilancias. (Cuadro VIII)

Cuadro VIII. Relación de familiares fumadores con los niños (as) con crisis de sibilancias, Provincia Peravia, 2007.

Asfaldados	Frecuencia
Si	30
No	183
Total	213

El tabaquismo, como entidad constituye un problema de alta relación asma-familiares-fumadores. El hábito de fumar de una madre embarazada más el hábito de fumar de otro miembro de la familia después del nacimiento aumenta el riesgo de desarrollar asma y crisis de sibilancias. En este estudio de los 213 personas 53 de ellos(as) tienen familiares fumadores. Aunque es un porcentaje bajo esto es importante tomarlo en cuenta porque a los pacientes que tienen factores predisponentes a tener sibilancias no le favorece. Además porque el tabaquismo es uno de los factores de riesgos principales para desencadenar crisis de sibilancias a pesar de que no pudo ser demostrado en este estudio. También la asociación de estigmas como dermatitis atópica, rinitis muestra una influencia importante con la aparición de hiperreactividad bronquial en los adultos. 29

La mayoría de los encuestados tienen antecedentes de asma, 119 personas afirmaron haber tenido algún familiar con asma. (Cuadro IX).

Cuadro IX. Antecedentes familiares relacionados con asma, Provincia Peravia, 2007.

Asfaldados	Frecuencia
Si	30
No	183
Total	213

Este cuadro nos revela la importancia que tiene el ser asmático y tener familiares fumadores, ya que 119 personas afirmaron tener un familiar asmático. Esto nos hace pensar que no solamente la contaminación del medio ambiente con sustancias como detergentes, perfumes, pinturas, e insecticidas, los dermatofagoides, los cambios de temperatura, el humo del cigarrillo, la alergia etc. Contribuyen a desencadenar crisis de asma, sino que el factor hereditario es importante a la hora de valorar a un paciente con crisis de sibilancias.

Los animales encontrados comúnmente en las viviendas tenemos los perros, teniéndolos en 61 de las casas de los encuestados. (Cuadro X).

Cuadro X. Presencia de animales en las viviendas de niños (as) con crisis de sibilancias, Provincia Peravia, 2007.

Medio para cocinar	Frecuencia
Gas propano	189
Carbón	35
Lena	36
Electricidad	0

Si bien resulta difícil lograr que los animales domésticos permanezcan fuera del hogar y especialmente fuera de la habitación del niño(a). En esta investigación tomamos en cuenta los perros, de los cuales 61 personas tenían en su casa, 30 personas tenían gallinas y pollos, 12 tenían cabritos (ovejos y/o chivos) y 25 tenían gatos. Por lo ya mencionado se debe insistir en que los pacientes con antecedentes de asma y factores asociados que podrían desencadenar una crisis de sibilancias traten de alejarse lo más posible de los animales. Además se debe intentar combatir la humedad y erradicar la presencia de cucaracha en la medida de lo posible. 30

En la mayoría de las casas de los entrevistados se utiliza el gas propano para cocinar, 189 de las casas. (Cuadro XI).

Cuadro XI. Medio utilizado para cocinar en las viviendas de los encuestados, Provincia Peravia, 2007.

Medio para cocinar	Frecuencia
Gas propano	189
Carbón	35
Leña	36
Electricidad	0

Esta variable es importante, ya que la mayor parte de los pobladores de las comunidades estudiadas no tienen buenas condiciones de vida. En la grafica podemos observar que 189 personas cocinas con gas propano, mientras que 36 cocinan con leña y 35 con carbón. Esto significa que el humo que provocan estos combustibles representa un factor de riesgo para la aparición de crisis de sibilancias.

En 31 de las viviendas de los encuestados la forma de eliminación de la basura era por medio de la quema de esta. (Cuadro XII)

Cuadro XII. Formas de eliminación de la basura en las viviendas, Provincia Peravia, 2007.

Eliminación de la basura	Frecuencia
Quemada	31
Enterrada	0
Ayuntamiento	177
Cielo abierto	5

La contaminación ambiental ha sido enumerada como uno de los principales factores desencadenantes crisis de sibilancias. En este estudio podemos darnos cuenta que el Ayuntamiento Municipal de Matanzas está realizando un buen trabajo, ya que de las 213 personas 177 personas aseguraron que el ayuntamiento recoge la basura, 31 personas las queman y 5 las tiran al cielo abierto en los patios o en las cañadas. Por lo que ya hemos expuesto tomamos en cuenta esta variable por el papel que juega la contaminación ambiental para desencadenar crisis de sibilancias.

En las encuestas realizadas en las diferentes comunidades solamente 30 de las calles donde residen los entrevistados estaban asfaltadas. (Cuadro XIII)

Cuadro XIII. Condiciones de las calles de las viviendas de los encuestados, Provincia Peravia, 2007.

Asfaltadas	Frecuencia
Si	30
No	183
Total	213

En esta investigación tuvimos la oportunidad de ver que en las comunidades estudiadas existe la necesidad de que se condicionen las calles, ya que hay 183 calles que no están asfaltadas, por lo que es una situación preocupante porque también el polvo de las calles puede contribuir a la aparición de sibilancias.

CONCLUSIÓN

Esta investigación dio como resultado que la susceptibilidad a la aparición de crisis de sibilancias varía de un lugar a otro. La sibilancia es una afección sindrómica que es causa de ausencia escolar y de ingreso hospitalario, por lo que es obligatorio buscar el factor desencadenante para llegar a un diagnóstico definitivo.³¹

Es importante saber que a temprana edad la sibilancia es igualmente común en los niños (as) de uno y otro sexo. En edad más avanzada se observa que es más frecuente según nuestro estudio en el sexo masculino. Esto puede deberse, en gran parte a que las sibilancias desaparecen más rápido en las niñas que en los niños.

Los niños(as) que presentan peores síntomas tienen mayores probabilidades de seguir afectados, sin lugar a dudas podríamos afirmar, que las infecciones respiratorias agudas en la niñez pueden conducir a una destrucción de las vías respiratorias periféricas con o sin sibilancias o hiperreactividad bronquial, por lo que pueden llevar al paciente a padecer más tarde de una enfermedad crónica del pulmón.

Conocer y comprender cada día más los factores de riesgos que desencadenan una crisis de sibilancias nos permitiría reducir la frecuencia de presentación de los episodios. Además es sumamente importante destacar que los niños(as) que tienen sibilancias en alguna etapa de su desarrollo entre los 2-5 años de edad pueden relacionarse con tabaquismo materno durante el embarazo, exposición al humo del tabaco en la etapa posterior al nacimiento, exposición a factores ambientales y ciertas infecciones virales.

Por todas las razones ya expuestas llegamos a la conclusión de que los niños(as) con sibilancias son motivo de gran preocupación, no solo para sus padres, sino también para el médico de quien se esperan consejos sobre cómo abordar los síntomas. Además vale la pena mencionar que aunque no se haya podido demostrar la influencia que tiene el tabaquismo para desencadenar crisis de sibilancias, es preciso no dejarlo pasar por alto a la hora de examinar un paciente con sibilancias, ya que representa un factor de riesgo importante,

RECOMENDACIONES

Al final de esta investigación se hace importante enumerar algunas recomendaciones, a fin de que puedan ser usadas por la población y por las autoridades de SESPAS u otras instituciones.

1. Concienciar a la población de la importancia que tiene la lactancia materna en la prevención de las sibilancias en el niño (a).
2. Educar a los familiares y al paciente sobre los signos de alerta y que conducta tomar en un paciente con crisis de sibilancias.
3. Realización de campañas contra el tabaquismo, advirtiéndolo su asociación para desencadenar crisis de sibilancias.
4. Buscar la manera para que el cabildo municipal intervenga en la construcción de las calles en las comunidades de Matanzas, Los Tumbaos y Quija Quieta.
5. 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 sibilancias.
6. Identificación y control de los factores de riesgos (tabaquismo, componente alérgico, antecedentes de asma, etc.).
7. Mejorar el control de la relación del paciente con los animales (gatos, perros, etc.)
8. Capacitar al personal de salud en la identificación, métodos diagnósticos y manejo del asma.
9. Organizar un club o asociación de asmáticos que sirva para educar y/o orientar a los pacientes sobre su enfermedad, para solicitar medicamentos, controlar los desencadenantes de la crisis, etc.
10. Proveer un programa regular de seguimiento en el tratamiento del asma.
11. Identificar y evitar los factores desencadenantes del asma mediante la aplicación de medidas de control ambiental.
12. Recomendamos a las representantes del hogar a mantener su casa libre de polvo, ya que este se puede controlar si en las casas tenemos higiene adecuada para el bienestar de todos.

REFERENCIAS

1. Alvarado, Redondeo B. Diccionario de términos médicos. España, Europrinter 1138
2. Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. EEUU. 2001.
3. <http://es.wikipedia.org/wiki/peravia>
4. <http://español.weather.com/weather/local>

5. Báez - Melo JE. Los hijos de Matanzas. Santo Domingo (Rep Dom): Editora Manatí, 2006: 416
6. Melo-Arias HB. Matanzas, Su Pasado y Presente. Santo Domingo Rep. Dom): Editora de Colores, 1988: 160
7. In del centro educatios tumbaos tesis
8. Zapata, Tejeda; Santa Cleotilde. Perspectiva de desarrollo de la región del centro educativo Escuela Quija Quieta, desde su fundación (1959) Hasta la actualidad (2001). Rep. Dom. 6 de diciembre del 2001. 4-10.
9. Czlonka Diane M., Blackwell Thomas A., Butler Virginia: Ruidos Respiratorios Normales y Anormales. Ediciones Doyma.1990; Barcelona, España. 79-88 p.
10. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003070.htm> (actualizado: 8/7/2006).
11. <http://www.aeped.es/infamilia/temas/hiperreactividad.htm> (sibilancias. Dr. j. guerrero-Fdez. hospital infantil la paz. Madrid fecha del artículo: abril 2000.
12. Sánchez D, Ignacio. Aplicaciones clínicas del estudio objetivo de los ruidos respiratorios en pediatría. Revista chilena de pediatría, jun. 2003, vol.74, no.3, p.259-268.
13. Dr. Jesús E. Treviño Alvarado. Sibilancias “No todo lo que silba es asma” www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-11-2005/documentos/74.
14. Braunwald, Eugene; Fauci, Anthony y colaboradores. Principios de Medicina Interna Harrison. 15ª ed, Mc Graw-Hill. México.1695
15. Díaz Vázquez-Fernández Francés. Asma del lactante. Protocolo Diagnóstico y de Seguimiento. Boletín pediátrico. 1998; 38 (165):166-174.
16. Reyes Ruiz, Norma Isabel; Del río Navarro, Blanca Estela y Col. Sibilancias en el lactante. Revista Alergia México, vol.46, núm. 6, Noviembre-Diciembre 1999, pag171-175.
17. Richard E Berhrman, MD, Robertm kliegman, MD, Hal B.Jenson, MD. “Nelson tratado de pediatría”. 17ed. Elsevier. Madrid, España 2004. 1417
18. Ávila, Lydiana y Soto-Quiros, Manuel. Sibilancias en Pediatría. Revista Medica del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Saenz Herrera. San José, Costa Rica, 2004, vol.39, no.1, p.66-72.
19. cuadro de sibilancias edad
20. <http://www.conapeme.org.mx/emc/sibilancias2.pdf> (confederación nacional de pediatría de México) Diagnóstico Diferencial del Niño con Sibilancias: Preescolares y Escolares Autores: Richard M. Ruddy, MD, Michael a. Gittelman, MD.
21. Toni Darville, Terry Yamauchi. Pediatrics in Review. vol. 19 num 2 1998.55-61
22. González Saldaña, Napoleón. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. México D.F. 133
23. BMJ. América central y el Caribe. Primer Numero 2003.

24. Lopez Campos Celsa; Muñoz Hernandez Melisa Alejandra. Factores de Riesgo para el asma. Revista Alergia México 2001; vol 48 nuns 4: 103-106
25. Carrada Bravo, Teodoro. Asma: Prevalencia, Patogenia, y Perspectivas de los Nuevos Tratamientos. Revista alergia México. vol.49, num3 mayo-junio2002. pag 87-93.
26. Martinez, Ocampo; Vera, Gómez, J; Flores, Graciela; Orea, Solaño, Modesto. Fenótipos de asma durante los primeros 6 años de vida. Revista Alergia México vol.46, nuns 5, Septiembre-Octubre 1999: 124-128.
27. Cuadro del diagnóstico diferencial
28. Cuadro de hallazgos.
29. Adames R, María S.; Bidó Bidó, Escarlyn, Estevez E, Ana E y Col. Causas y Consecuencias de Hiperreactividad Bronquial del Síndrome Asmático en el Barrio San José de Villa (Nagua). Revista Medica Dominicana. vol. 67. num 2. Mayo-Agosto, 2006.155-161. pag.
30. Foro Regional sobre el Control del Asma en el contexto de AIEPI. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Porlamar, Estado de Nueva Esparta, Venezuela, 24-26 de junio de 1999.
31. Encarnación Casañova, Melanea; Hernández, Daysi; Lara, Maritza y Col. Prevalencia de Sibilancias en la Población de Niños menores de 15 años de edad de la zona urbana del Municipio de Boca Chica. Revista Medica Dominicana. vol. 61. num 1. Enero-Abril, 2000.21-25.



El tabaco es perjudicial para la salud.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



***Guía básica para el tratamiento
del paciente quemado. 1999***

Autor: Dr. Carlos E. De los Santos

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

MANEJO CONSERVADOR DE LA PREECLAMPSIA SEVERA ENTRE LAS 27-34 SEMANAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

Ángel Feliz Feliz,*Anny S. Arias S,* Dra. Yasmín Alcántara,** Dr. Henry Lorenzo, ** Juliana Rodríguez, ** Martín Castillo,* Gerineldo Maceo,*** Rivera Almodóvar.*

RESUMEN

Se realizó un estudio de corte transversal en pacientes preeclámpsicas severas entre las 27-34 semanas de servicio de obstetricia del H.M.N.S.A. en el periodo Enero-Abril 2005. Fueron estudiadas 18 pacientes seleccionadas en este periodo. Los datos analizados nos permiten establecer la alta frecuencia de madres con preeclampsia severa entre 15-34 años, 16 casos (88.9%), confirmando que esta patología es una enfermedad de la edad reproductiva, con una alta incidencia en los extremos de la vida.

El cuadro clínico al momento del diagnóstico, estaba compuesto por hipertensión arterial el 100% de los casos, acompañado de edema 6 casos (33.3%), cefalea 4 casos (22.2%), y de epigastralgia 3 casos (16.7%).

En cuanto al tiempo de duración del manejo con Alfa-Metildopa, 10 casos fueron manejados entre 2-7 días y 8 casos de 8-16 días.

Las pacientes se desembarazaron vía cesárea en el 100% de los casos; 6 pacientes por hipertensión incontrolable (33.3%), seguida muy de cerca por las que llegaron al fin del tiempo establecido para el manejo, 5 casos (27.8%). Es conveniente destacar que en nuestro estudio no tuvimos mortalidad materna.

Palabras claves: preeclámpsicas severas

ABSTRACT

We performed a cross-sectional study in patients with severe preeclampsia between 27-34 weeks of obstetrics ward of HMNSA in the period January to April 2005. Selected 18 patients were studied during this period. The analyzed data allow us to establish the high frequency of mothers with severe preeclampsia between 15-34 years, 16 cases (88.9%), confirming that this disease is a disease of reproductive age with a high incidence at the extremes of life.

The clinical picture at time of diagnosis, hypertension was composed of 100% of the cases, accompanied by edema 6 cases (33.3%), headache 4 cases (22.2%), epigastric pain and 3 cases (16.7%).

Regarding the duration of the operation with Alpha-Methyldopa, 10 cases were treated between 2-7 days and 8

cases of 8-16 days.

Patients were extricated via cesarean section at 100% of cases, 6 patients uncontrolled hypertension (33.3%), followed closely by those who came to the end of time established for handling, 5 cases (27.8%). It should be stressed that in our study had no maternal mortality.

Key word: severe preeclampsia,

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es la hipertensión inducida por en embarazo luego de las 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria con o sin edema. El grado de severidad de esta patología está dado por los niveles tensionales, los datos de laboratorio y la sintomatología define como preeclampsia severa, a un aumento de la presión sistólica mayor o igual a 160mmhg, proteinuria mayor a 300mg en 24 horas acompañándose en ocasiones de edema generalizado o de miembros inferiores, oliguria, dolor de epigastrio en barra, cefalea, visión borrosa y trombocitopenia.

Cuando un paciente presenta una preeclampsia severa y el embarazo es de término el tratamiento consistirá en prevenir la crisis convulsiva, control de la hipertensión y extracción del feto. Si se trata de un embarazo prematuro, hay que sopesar los riesgos maternos asociados a la continuación del embarazo y los riesgos fetales asociados a un embarazo prematuro. La iniciativa de una u otra conducta establece controversia entre las diferentes literaturas existentes hasta el momento.

Sabai y cols, realizaron en 1985 un estudio en el que se le dio manejo conservador a 60 pacientes con preeclampsia severa en embarazos menores de 27 semanas concluyéndose, que el 87% de los fetos terminaron en mortalidad. En el 2003 se realizó en Colombia un estudio de manejo conservador de 34 pacientes, menores de 36 semanas; arrojando este que en 88% de los recién nacidos evolucionaron satisfactoriamente.

En vista de que no existe un acuerdo en cuanto al manejo conservador en esta patología y no hay estudios concluyentes sobre la terminación o continuación del embarazo en gestación entre 27 y 34 semanas con preeclampsia severa; y conociendo lo beneficioso que sería para el feto la ganancia de peso y mayor edad gestacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Descriptivo de corte transversal en pacientes preeclámplicas severas, entre las 27-37 semanas del servicio de obstetricia del H.M.N.S.A. en el periodo Enero-Abril 2005.

El universo estuvo constituido por 18 mujeres embarazadas, a quienes se diagnosticaron con preeclampsia severa, en el periodo ya mencionado. Nuestra muestra estuvo constituida por la totalidad de las pacientes con esta patología diagnosticada durante el periodo ya mencionado.

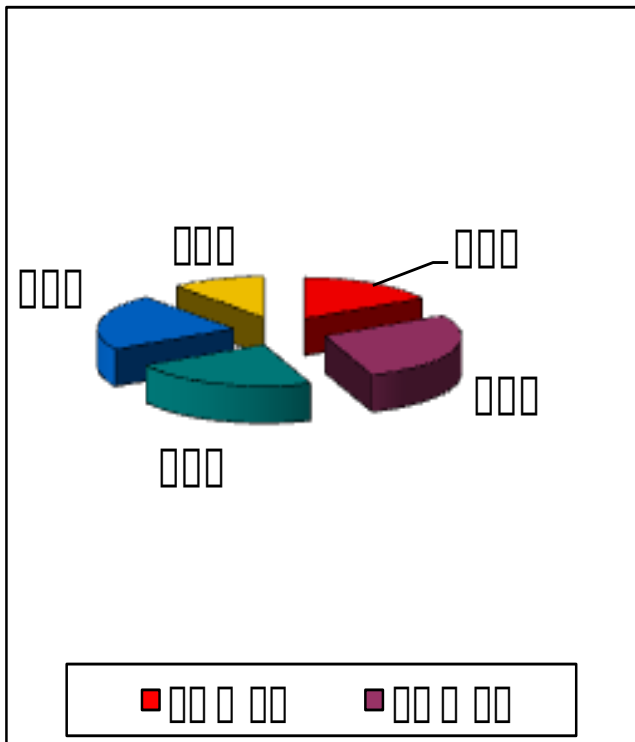
La información se obtuvo de los registros de historia clínica obstetricia y peri natal a través d un cuestionario estándar relacionadas con las pacientes incluidas en el estudio.

Los datos fueron procesados manualmente y a computadora, presentados en gráficos y cuadros de a cuerdo a los objetivos propuestos y al tipo de variable.

RESULTADOS

Una vez tabulada la información contenida en nuestros formularios que se completaran en base a la información contenida en los expedientes de las pacientes diagnosticadas con preeclampsia severa en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, durante el periodo Enero-Abril 2005, pudimos ver que entre las edades de 15 y más de 35 años de edad, las pacientes más afectadas fueron las de 15-19 años con un 28 por ciento, seguidas por las de 25-29 y 30-34 con el mismo porcentaje de 22 por ciento respectivamente.

Distribución de las pacientes según la edad.



Fuente: Directa

Distribución de la pacientes según el tiempo que duro el manejo con el Alfa-Metildopa.

Días	Casos	%
< 2	—	—
2-3	5	27.8
4-5	3	16.7
6-7	2	11.1
8-9	4	22.2
10-11	1	5.5
12-13	1	5.5
14-15	1	5.5
16-17	1	5.5
>17	—	—
Total	18	100

Fuente: Directa

Según el tiempo que duro el manejo conservador con Alfa-Metildopa observamos que el mayor porcentaje estuvo entre 2-3 días con 5 casos (27.8%), seguido por el intervalo comprendido entre 8-9 días, 4 casos (22.2%), se registró entre 4-5 días 3 casos (16.7%), entre 6-7 días 2 casos (11.1%), y finalmente los grupos entre 10-11, 12-13, 14-15, y 16-17 días con 1 caso cada uno (5.5) respectivamente.

Distribución de las pacientes según antecedentes obstétricos.

Antecedentes	Escala	Casos	%
Gestación	1	6	33.3
	2	4	22.2
	3	2	11.1
	4	3	16.7
	5 o más	3	16.7
	Total		18
Paridad	1	5	27.8
	2	2	11.1
	3	1	5.5
	4	1	5.5
	5 o más	—	—
Total		9	50
Aborto	1	5	27.8
	2	3	16.7
	3	—	—
	4	—	—
	5 o más	—	—
	Total		8

Fuente: Directa.

Observamos que con relación a los antecedentes obstétricos, que el porcentaje más alto correspondió a las pacientes primigestas, de las cuales obtuvimos 6 casos (33.3%), seguidas de las gestas 2 con 4 casos (22.2%), la gesta 4 con 3 casos (16.7%), gestas 5 o más, 3 casos (16.7%), y por último la gesta 3 con 2 casos (11.1%).

Según la paridad, el 2 con 2 casos (11.1%), la para 3 y la para 4 con 1 caso (5.5%) cada una.

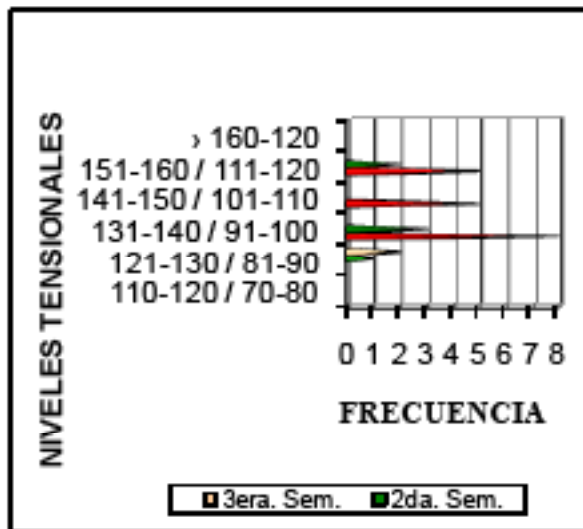
Con relación al aborto el mayor porcentaje estuvo representado por el grupo que tuvo 1 aborto con 5 de abortos con 3 casos (16.7%).

Distribución de las pacientes según el comportamiento de los niveles tensionales post-manejo.

Niveles Tensionales en mmhg	1ra Semana		2da Semana		3ra Semana	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
110-120/70-80	—	—	—	—	—	—
121-130/81-90	—	—	1	5.5	2	11.1
131-140/91-100	8	44.4	3	16.7	—	—
141-150/101-110	5	27.8	—	—	—	—
151-160/111-120	5	27.8	2	11.1	—	—
>160-120	—	—	—	—	—	—
TOTAL	18	100	6	33.3	2	11.1

Según el comportamiento de los niveles tensionales durante la 1ra semana, de un total de 18 casos, 8 casos manejaron niveles tensionales comprendidos entre 131-140/91-100mmhg (44.4%); 5 casos manejaron niveles tensionales entre 141-150/101-110mmhg (27.8%) y 5 casos entre 151-160/111-120mmhg (27.8%). El comportamiento de las 6 pacientes que fueron manejadas durante la segunda semana fue el siguiente: 3 pacientes manejaron niveles tensionales comprendidos entre 131-140/91-100mmhg (16.7%), 2 pacientes estuvieron entre 151-160/111-120mmhg (11.1%) y 1 paciente entre 121-130/81-90mmhg (5.5%).

El comportamiento de las 2 pacientes que fueron manejadas durante la tercera semana mantuvieron los niveles tensionales 121-130/81-90 (11.1%).



DISCUSIÓN

Después de la revisión de los datos arrojados por nuestro estudio pudimos evaluar la eficacia del tratamiento conservador en pacientes diagnosticadas con preeclampsia severa entre 27-34 semanas de edad estacional, con el propósito de ganar tiempo en toma de decisión de interrumpir el embarazo por vía de cesárea, esperando que esta decisión favorezca la ganancia de peso y madurez pulmonar en el feto; que esto se traduzca en mejores condiciones de salud para el recién nacido, disminuyendo los riesgos de morbilidad, reducción de la estancia hospitalaria y de los costos de atención. El grupo o unidad de análisis, estuvo representado por 18 pacientes, seleccionadas en el periodo de enero-abril 2005.

Los datos analizados nos permiten establecer la alta frecuencia de madres con preeclampsia severa entre 15-35 años de edad, 16 casos (88.9%), confirmando que esta patología es una enfermedad de la edad reproductiva con una alta incidencia en sus extremos, 7 casos (38.9%). Al analizarlos datos obstétricos se observó que, 6 casos (33%) de las pacientes eran primigesta, en consonancia con lo planteado en todas las literaturas para este grupo de pacientes.

Con relación al cuadro clínico, al momento del diagnóstico, estaba compuesto por hipertensión en 100% de los casos, acompañado de edema, 6 casos (33.3%), cefaleas 4 casos (22.2%), y de epigastralgia 3 casos (16.7%). El 100% de las pacientes se ingreso con diagnóstico de preeclampsia severa, con embarazo de 30-32 semanas, 10 pacientes (55.6%), de 33-34 semanas 5 pacientes (27.7%), y solo 3 pacientes (16.7%) tenían embarazo entre 27-29 semanas.

En cuanto al tiempo de duración con Alfa-Metildopa, 10 casos fueron manejados entre 2-7 días (55.6%), 8 casos entre 8-16 días (44.4%). El comportamiento de los niveles tensionales, luego de instalado el tratamiento, se mantuvo durante al menos la primera semana en cifras por debajo de las correspondientes a preeclampsia severa en 13 pacientes (72.1%). El tiempo del manejo y comportamiento de los niveles

tensionales, luego de instalado el tratamiento, comprueba que el Alfa-Metildopa es un antihipertensivo de primera línea en el manejo conservador de la preeclampsia severa. Las pacientes se desembarazaron vía cesárea en el 100% de los casos, 6 pacientes por hipertensión incontrolable (33.3%). Es conveniente

destacar que en nuestro estudio no tuvimos mortalidad materna y la movilidad por complicaciones se redujo a 2 casos de eclampsia y 3 de D.P.P.N.I. lo que representa un 27.8 por ciento.

REFERENCIAS

1. Pérez Sánchez, A., Denso S.E., obstetricia 3ra Edición, Santiago, Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.1999.P 594-619.
2. Cunningham. Macdonald, Gant Cols. Obstetricia, Williams, 21ª Edicion, Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana.2002.p.489-525.
3. Cerda san Martin, S., Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile. <http://www.google.com>.
4. Bautista, A., Guía para el manejo de Urgencias, Universidad Nacional de Colombia. [http://www.fepafem.org.ve/guias de urgencias/](http://www.fepafem.org.ve/guias%20de%20urgencias/).
- 5.
6. Normas nacionales para el manejo de las principales Urgencias Obstetricas, Rep. Dom. 1999. P.42-48.
7. Burrow-ferris. Complicaciones Medicas del Embarazo. Informe de un grupo de estudio de la OMS, Ginebra.1987.
8. preeclampsia.http://content.health.com/content/asset/adam_toxemia.2000.
9. Brien. W.F. Predicting preeclampsia. Obstetrics and Gynecology. 1990E:445-452.
10. Normas d manejo patológico Gineco-obstetricias. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Sto.Dgo., Rep DOM. 2004 P.80-83.
11. Alcantara A. R. Casino C. S. Morbimortalidad perinatal en la Preeclampsia. Diagnóstico (Perú). 1990, 25(2/4), 41-5



INCIDENCIA DE LESIONES POR PINCHAZOS CON AGUJAS EN MÉDICOS RESIDENTES EN TRES HOSPITALES DE SANTO DOMINGO Y TASA DE NOTIFICACIÓN

Jorge Machuca,* Júnior Dipré,* Scarling Rodríguez,* César Dominguez,*
Julio Burgos.*

RESUMEN

Estudio prospectivo y analítico con el objetivo de determinar la incidencia de lesiones por pinchazos con agujas que sufren los médicos residentes y la tasa de notificación de dichas lesiones en varios hospitales de Santo Domingo, se realizó mediante una entrevista personal a residentes de distintas áreas en 3 centros médicos, contó con una población de 97 residentes de las distintas especialidades médicas. Los puntos de la encuesta indagaban si se había dado parte de la lesión más reciente a un servicio de salud para empleados o si la lesión había tenido relación con un paciente de “alto riesgo”, también preguntamos acerca de la causa percibida de la lesión y de las circunstancias que la rodearon. Los resultados más relevantes fueron los siguientes: De 97 médicos residentes que respondieron, 84 (el 87%) habían sufrido una lesión por pinchazo de aguja durante el periodo de formación; el número medio de lesiones por pinchazo de aguja durante la residencia aumentó con el año de especialización; en el 35% la lesión se había relacionado con un paciente de alto riesgo. En lo que se refiere a las lesiones recientes, 39 de 50 (el 78%) no habían sido notificadas al departamento de servicios en el centro de salud; tampoco se dio parte 7 de 11 de aquellas relacionadas con pacientes de alto riesgo como Hepatitis B y VIH (el 63%). Todos los encuestados se lavaban la zona del pinchazo, excepto 1, que empleaba muy poco tiempo para hacerlo. De las 91 personas que sabían de la existencia de planes de prevención en los hospitales 63 (69%) obtuvieron la información a través de compañeros, 17 (19%) mediante literatura o congresos, 10 (12%) (Residentes de primer año) y sólo 1 (1%) a través del Servicio de Médico Residente del Hospital. Al preguntar del porque No realizó notificación el 55% no cree en el riesgo de contagio dicen es muy mínimo como para notificar dichas lesiones, el resto contestó que la razón era falta de tiempo para llenar el formulario. Las lesiones por pinchazo de aguja son comunes en los residentes en periodo de formación y es frecuente que no se notifiquen. Se necesitan mejores estrategias de prevención y notificación para aumentar la seguridad profesional del residente.

Palabras claves: pinchazos, incidencia, residents. Lesiones.

ABSTRACT

Prospective and analytical study with the aim of determining the incidence of injuries by injuries with needles that undergo the resident doctors and the rate of notification of these injuries in several hospitals of Santo Domingo, was realised by means of a personal interview to residents of different areas in 3 medical centers, counted on a population of 97 residents of the different medical specialties, the points of the survey investigated if part of the most recent injury to a service of health for employees had occurred or if the injury had had relation with a patient of “stop risk”, also we asked about the perceived cause of the injury and the circumstances surrounded that it: The most excellent results were the following: Of 97 resident doctors who responded, 84 (87%) had suffered an injury by injuries of needle during the period of formation; the average number of injuries by injuries of needle during the residence increased with the year of specialization. Of the residents of last year, 92% had suffered an injury by injuries of needle; in 35% the injury had been related to a patient of high risk. Concerning the recent injuries, 39 of 50 (78%) had not been notified the department of services in center of health; part 7 of 11 of those related to patients of high risk like Hepatitis B and HIV did not occur either (63%). All the survey washed the zone of injuries, except 1, that it used very just a short time to do it, Of the 91 people who knew of the existence of plans of prevention in hospitals 63 (69%) obtained the data through companions, 17 (19%) by means of Literature or congresses, 10 (12%) (Resident of first year) and only 1 (1%) through Service of Resident Doctor of the Hospital. When asking of because it did not realise the notification 55% do not believe in the contagion risk say is very minimum as to notify these injuries, the rest answered that the reason was lacking of time to fill the form. The injuries by injuries of needle are common in the residents in period of formation and is frequent that do not notify themselves. Better strategies are needed prevention and notification to increase the security professional of the resident.

Key word: Prick, incidence, resident, injuries.

*Médico General

INTRODUCCIÓN

En nuestro país así como en otras partes del mundo los médicos residentes en periodo de formación tienen un alto riesgo de sufrir lesiones por pinchazo de aguja, el hecho de dar parte de dichas lesiones es un paso crítico para iniciar precozmente la profilaxis o el tratamiento, pero en la mayoría de los casos nuestros residentes no informan a los departamentos de servicios del centro de salud, lo que los pone en riesgo de adquirir numerosos patógenos por vía de la sangre, que causan infecciones serias e incluso fatales tales como virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C o virus de la inmunodeficiencia humana (el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)). Cuando el residente tiene conocimiento de la analítica clínica del paciente con una de estas enfermedades, el impacto emocional de una lesión por pinchazo puede ser severo y prolongado, incluso cuando no se transmite una infección grave. Las circunstancias que contribuyen a una lesión por pinchazos están más comúnmente asociadas a actividades como reencapuchar agujas, uso innecesario de agujas y objetos cortopunzantes, Transferir fluidos corporales entre diferentes recipientes, velocidad en la ejecución de las labores, distracción o descuido por parte del residente o de otro colaborador, Fracaso en la correcta disposición de agujas entre otros. El problema se agrava con el hecho de que las investigaciones demuestran que muchos hospitales en nuestro país no están creando una “cultura de seguridad laboral” entre sus empleados. Un estudio publicado por la Academic Medicine, reveló que 582 de 699 encuestados (el 83 por ciento) habían sufrido un pinchazo en la residencia y que 415 (el 59 por ciento) lo habían padecido en la facultad, cuando el promedio fue de dos lesiones por alumno. La mayoría de las lesiones con agujas en los estudiantes habían sido por error propio y en el quirófano o cuando el médico residente estaba apurado. Distintas instituciones internacionales para la seguridad y salud ocupacional como la Organización Mundial de la Salud han establecido planes preventivos para ofrecer ayuda en la reducción de lesiones por pinchazos en los trabajadores sanitarios, un estudio publicado por esta Organización en el año 2003 revela que más del noventa por ciento de los médicos residentes de los países en desarrollo tienen más exposición y registros de lesiones e infecciones serias vinculadas a aplicaciones de inyecciones inseguras, debido a la falta de sistemas de vigilancia e información de lesiones.

Los objetivos de este estudio es conocer la incidencia de lesiones por pinchazos con agujas en médicos residentes en tres hospitales de santo domingo y tasa de notificación de dichas lesiones para poder tomar las medidas de lugar y mejorar nuestro sistema de vigilancia adecuando las precauciones Universales a nuestra condición y otras medidas de control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y analítico, con el objetivo de determinar el grado de Incidencia de lesiones por pinchazos con agujas en médicos residentes del Hospital

Docente Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, el Hospital Docente Padre Billini y el Hospital Regional Doctor Marcelino Vélez Santana de santo domingo durante el periodo Octubre- Diciembre 2009. La población estuvo representada por 97 médicos residentes de las distintas especialidades médicas como Medicina interna, Cirugía, Ginecología de los diferentes Hospitales en estudio, la muestra estuvo constituida por 84 médicos residentes equivalente al 87 por ciento de la población, utilizando la técnica de muestreo aleatorio simple. Se utilizó un cuestionario de 10 preguntas, elaborado en función de objetivos y variables que permiten su medición e interpretación.

RESULTADOS

La tasa de respuesta global fue del 98%. De 97 médicos residentes que respondieron, 84 (el 87%) habían sufrido una lesión por pinchazo de aguja durante el periodo de formación en su mayoría durante su tercer año de residencia (ver tabla I); el 35% la lesión se había relacionado con un paciente de alto riesgo. En lo que se refiere a las lesiones recientes, 39 de 50 (el 78%) No habían sido notificadas al departamento de servicios en el centro de salud (ver tabla I-A); tampoco se dio parte en 7 de 11 de aquéllas relacionadas con pacientes de alto riesgo como Hepatitis B y VIH (el 63%), Ver tabla II. Todos los encuestados se lavaban la zona del pinchazo excepto 1, que empleaba muy poco tiempo para hacerlo, De las 91 personas que sabían de la existencia de planes de prevención en los hospitales, 63(69%) obtuvieron la información a través de compañeros, 17 (19%) mediante literatura o congresos, 10 (12%) (Residentes de primer año) y sólo 1 (1%) a través del Servicio de Médicos Residentes del Hospital (ver tabla II-A).

Al preguntar del porque No realizo notificación el 55% no cree en el riesgo de contagio dicen es muy mínimo como para notificar dichas lesiones, el resto contesto que la razón era falta de tiempo para llenar el formulario.

Tabla I. Incidencia de Lesiones en Residentes Médicos

I. Residentes Médicos que han sufrido lesiones por pinchazo		
pinchazos	84	87%
No han sufrido pinchazos	13	13%
Total	97	100%

I-A. Notificación de Lesiones		
notifican	11	22%
no notifican	39	78%
Total	50	100%

Fuente: Directa

Tabla II. Conocimiento de Lesiones y planes de prevención

II. Lesión relacionada con paciente de alto riesgo que recuerda actual		
Si	4	37%
No	7	63%
Total	11	100%

II-A. Forma en que conoció los planes de prevención en los hospitales

A través de un compañero	63	69.20%
A través de literatura o congresos	17	18.90%
Se lo informaron durante sus levas clases	10	10.98%
A través del servicio Médico del centro hospitalario	1	1.09%
Total	91	100.00%

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

La incidencia de lesiones por pinchazos con agujas en los hospitales evaluados es relativamente media lo cual es muy similar en comparación a otros países en vías de desarrollo como lo plantea la Organización Mundial de la Salud; el 87% de los médicos residentes encuestados habían sufrido al menos una lesión por pinchazo de aguja durante el periodo de formación, en comparación con estudios realizados por la New England Journal of Medicine reporta una tasa muy similar de un 83% de incidencia de estos casos en otros países de Latinoamérica. Más sin embargo la tasa de notificación de lesiones en los residentes en los hospitales en evaluación se mantiene en un 78% lo que significa una cifra menor en comparación a otros estudios como el publicado por el Dr. Rafael Villalba para el 2003 en México donde se tenían cifras de un 83%, aunque actualmente se ha trabajado de una mejor manera por lo que esta cifra está en un 79%. La respuesta al porque no se realizó la notificación en nuestro estudio la mayor parte considera que no está asumiendo un riesgo de contagio significativo pero esta mentalidad es muy distinta a la expresada en la evaluación de la New England Journal of Medicine la cual en su estudio reporta como mayor la razón de falta de tiempo.

CONCLUSIONES

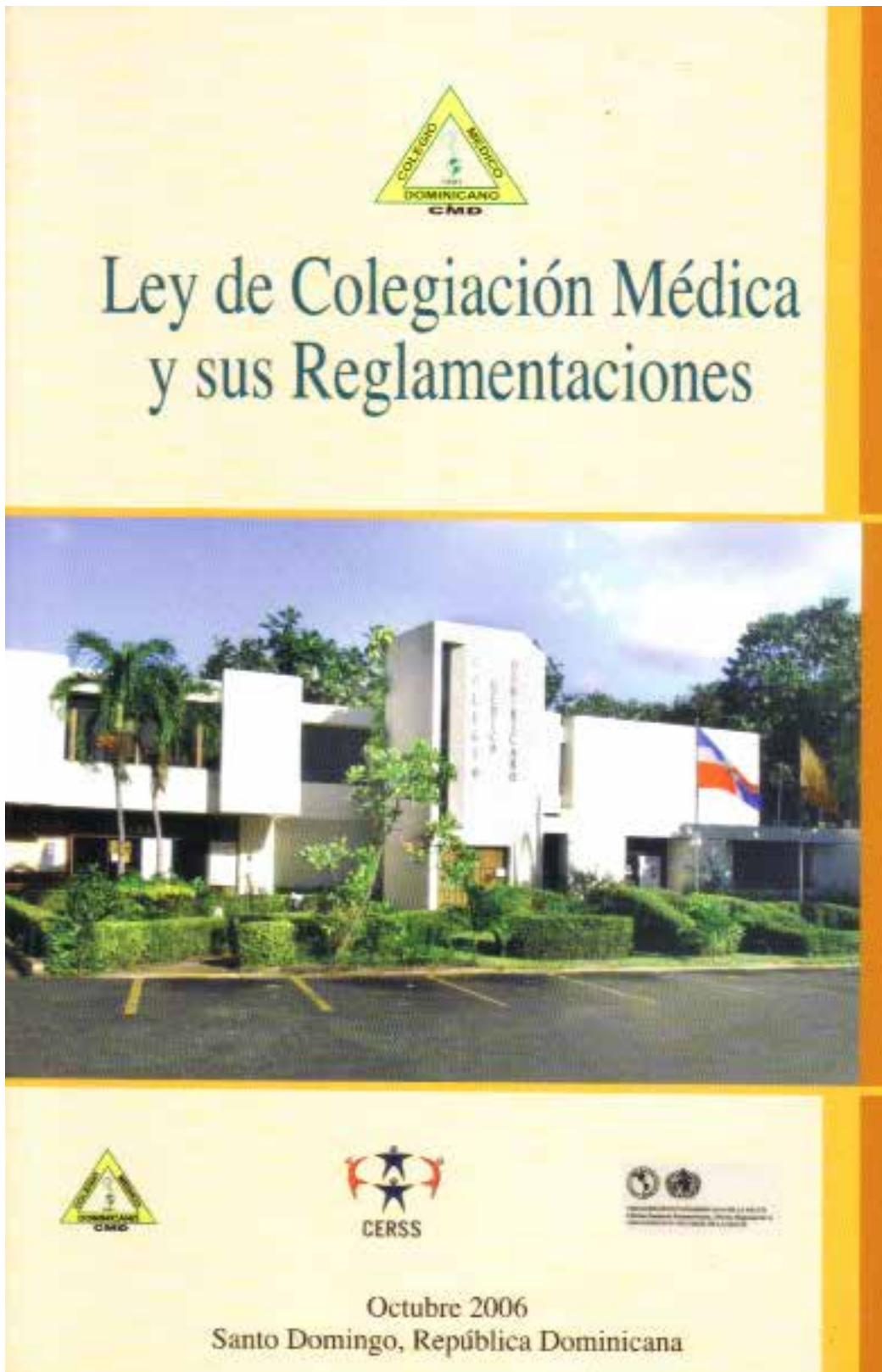
Las lesiones por pinchazo de aguja son comunes en los médicos residentes en periodo de formación y es frecuente que no se notifiquen. Se necesitan mejores estrategias de prevención y notificación para aumentar la seguridad profesional del personal de residencia médica. El médico residente de más años de especialidad sufre más lesiones por pinchazo que aquellos que cursan menor año de residencia por lo que la experiencia laboral no se relaciona con la experiencia del residente o la especialidad a que pertenece sino del cuidado que ponga cada persona. El hecho de no notificarlo por no reconocer riesgo de contagio crea cierta despreocupación por parte del individuo haciendo que tenga menos cuidados. La acción tomada después del pinchazo no es la correcta ya que no emplean el tiempo ni las medidas necesarias de lavado.

Las lesiones por pinchazos son una causa importante y

constante de exposición a enfermedades graves y mortales en los médicos residentes. Se requiere de mayores esfuerzos de colaboración por parte de los interesados a fin de prevenir las lesiones por pinchazos y las consecuencias graves que pueden ocurrir. Dichos esfuerzos se pueden llevar a cabo de manera más eficiente por medio de un programa amplio que tome en cuenta los factores institucionales y de conducta de los médicos residentes que sufran lesiones por pinchazos.

REFERENCIAS

1. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Exposure to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. (2001). <http://www.cdc.gov/mmwr/mmwrhtml/rr5011a1.htm>.
2. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_92639.html
3. Greenwood, M. J. (2000). Exposure to HIV: medical management and legal implications. J. Emerg. Med. 19 (3): 231-239.
4. Moloughney, B.W. (2001). Transmission and post-exposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? CMAJ 21, 165 (4): 445-51.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for infection control in health care personnel. Infect Control Hosp Epidemiol. 1998; 19:445.
6. Centers for Disease Control and Prevention, Division of Healthcare Quality Promotion. Surveillance of Healthcare Personnel with HIV/AIDS, as of December 2001. 2003. <<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/BLOOD/hivpersonnel.htm>>. Accessed 9/26/03.
7. World Health Organization. The World Health Report. Geneva, Switzerland: WHO, 2002.
8. Lipscomb, J., Rosenstock, L. Healthcare workers: protecting those who protect our health. Infect Control Hosp Epidemiol. 1997; 18:397-9.
9. World Health Organization. The World Health Report, Box 4.4. 2002. Geneva, Switzerland: <<http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html>>.
10. Sago, C.M., Pearson, J.D., Perry, J., Jagger, J. Risks to health care workers in developing countries. N Engl J Med. 2001; 345:538-9. 8. International Health Care Worker Safety Center. Estimated number of U.S. occupational percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to blood or at-risk biological substances. Adv Exposure Prev. 1999; 4:3.
11. Pugliese, G., Salahuddin, M. Sharps Injury Prevention Program: A Step-by-step Guide. Chicago, IL: American Hospital Association, 1999.
12. Mantel, C. From assessment to planning: injection safety assessments coordinated by the WHO Department of Vaccines and Biologicals in the Eastern Mediterranean region. Safe Injection Global Network, Annual Meeting Report, p. 16.



COMPORTAMIENTO DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA LA GORRA DE PARTIDO, DAJABÓN.

Johanny E. Crispín,* Felicita Heredia Félix,* Argelis Mercedes,* Judith Livi,*
María M. Batista.*

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con colección retrospectiva de información, obtenida de los libros de registro de reporte semanal y mensual de la Unidad de Atención Primaria de La Gorra de Partido, Dajabón.

Durante el 2009, se vió un total de 2 508 casos mórbidos. De éstos, 1894 correspondieron a consulta y 614 a emergencias. El promedio de consulta fue de 158,8 casos y de emergencia, 51,2. En general el promedio de morbilidad (en consulta y emergencia) fue de 105,0.

Palabras claves: Unidad de atención primaria, morbilidad.

INTRODUCCIÓN

En 1978, a petición de los Estados Miembros, la OMS preparó unas normas provicionales para la evaluación de programas de salud, que pudieran aplicar los países en sus programas y actividades así como la mismo OMS en sus programas en colaboración. Estas normas generales, que fueron aprobadas por la 32ª Asamblea Mundial de la Salud, han sido adaptadas en el texto que en todos los países con miras a integrar la evaluación en el conjunto del proceso e gestión para el desarrollo nacional de la salud. Con el fin de evaluar el comportamiento de las principales causas de consulta se investigó las 10 primeras causas de morbilidad en la Unidad de Atención Primaria rural La Gorra con el propósito de determinar las principales causas de demanda durante el 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el propósito de determinar las principales causas de demanda en la Unidad de Atención primaria La Gorra de Partido Dajabón, durante el año 2009, se realizó una investigación observacional, descriptiva de corte transversal con colección retrospectiva de información con base clínica, obtenida de los libros de registro de reporte semanal y mensual.

El estudio tuvo como escenario geográfico la Unidad de Atención primaria de La Gorra. Esta UNAP su vez, se encuentra geográficamente localizada en el municipio de Partido de la provincia Dajabón, República Dominicana.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que

durante el 2009 acudieron en demanda de atención a la Unidad de Atención Primaria tanto en consulta como en emergencia.

La muestra estuvo representada por todos los pacientes que acudieron a la emergencia y/o consulta de la UNAP, en el 2009, y que fueron anotados en el libro de registro de reporte semanal y mensual.

Se tomó como criterio de inclusión:

1. Haber requerido atención médica en la UNAP.
2. Estar anotado en el libro de registro.
3. Ambos sexos.
4. Todas las edades.

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó método de computadora: Epi-info. Los resultados fueron analizados en frecuencia simple.

RESULTADO

Fueron vistos un total de 2 508 casos de morbilidad en la Unidad de Atención Primaria La gorra de Partido, Dajabón, en el 2009. De éstos, 1894 correspondieron a consulta y 614 a emergencias. El promedio de consulta fue de 153,7 casos y de emergencia, 51,2 casos. En general, el promedio de morbilidad visto (en consulta y en emergencia) fue de 102,2 casos. En el Cuadro 1, se presenta la distribución de los casos de morbilidad según vía de atención.

Mes (2009)	Total	Consulta (%)	Emergencia (%)
Enero	137	125	12
Febrero	169	137	32
Marzo	182	172	10
Abril	289	232	57
Mayo	106	47	59
Junio	366	279	87
Julio	290	230	80
Agosto	145	61	84
Septiembre	265	199	66
Octubre	200	141	59
Noviembre	204	156	48
Diciembre	155	115	40
Total	2 508 (100,0)	1 894 (75,5)	614 (24,5)

DISCUSIÓN

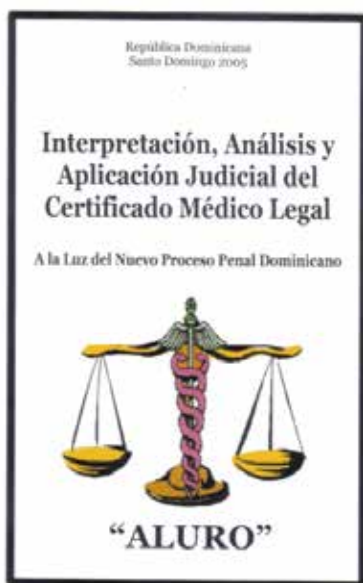
La presente investigación ha permitido conocer el comportamiento de la consulta en la Unidad de Atención Primaria de La gorra de Partido, Dajabón. Según nuestros resultados los meses de junio (366) y julio (290) fueron los más visitados para fines de consulta, mientras que a junio (87) y agosto (84), les correspondió la mayor cantidad de reporte por emergencia. En el mes de enero y marzo apenas visitaron la emergencia 12 y 10 pacientes respectivamente y

en mayo y agosto sólo 47 y 61 pacientes visitaron la consulta, respectivamente, estas bajas cifras coinciden con los periodos de agotamiento de los medicamentos suministrados por la SESPAS en las UNAPs.

REFERENCIAS

1. Formulario de Estadísticas (Reporte Semanal).
2. Formulario de estadísticas (Reporte Mensual) 10 principales causas.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Interpretación, Análisis y Aplicación Judicial del Certificado Médico Legal.

Autor: Dr. Alberto Luis Rodríguez

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

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CLINICA RURAL ARROYO TORO.

Ana María Paniagua Salas,* Cleydy Annery Santana Valenzuela,* Sonia Margarita contreras,* Maribel Jiménez,* Ana Silvia Germán Severino,* Marielis Cruz*

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo y de corte transversal con fines de determinar la incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria en las mujeres que acudieron a realizarse Papanicolau en la Clínica Rural de Arroyo Toro, ubicada en el municipio de Bonaó, Provincia Monseñor Nouel, Rep. Dom.: durante el periodo abril-diciembre 2009. De las 38 mujeres sometidas a las pruebas de Papanicolaou, la edad que con mayor frecuencia presentó la enfermedad pélvica inflamatoria fue de 26-35 años con un rango de 44.74%, seguida de las de 15-25 con 7 casos para un 18.42%. En cuanto a la sintomatología que presentó la mayoría fue dolor de espaldas con 34 casos para un 89.47%, seguida por leucorrea con una frecuencia de 33 casos para un 86.84%. De acuerdo al uso de métodos de protección, 25 mujeres no usaron ningún método para un 66.00%, seguida por las que usaron preservativos con un total de 10 casos para un 26.31%. Por último el número de parejas más frecuente fue de 1-2 para un 60.53%, seguidas por las que tuvieron de 3-4 parejas con un total de 8 casos para un 21.05%.

ABSTRACT

This is a prospective study and cross section for the purpose of determining the incidence pelvic inflammatory disease in women attending the clinic performed Pap Toro Creek Rural, located in the town of Bonaó, Monsignor Nouel Province, Dominican Republic: during the period April to December 2009. Of the 38 women undergoing Pap tests, the age that most frequently presented pelvic inflammatory disease was 26-35 years with a range of 44.74%, followed by 15-25 with 7 cases for a 18.42%. As for the symptoms was present in most back pain with 34 cases for a 89.47%, followed by vaginal discharge with a frequency of 33 cases for a 86.84%. According to the use of protective methods, 25 women used no method for a 66.00%, followed by those who used condoms with a total of 10 cases for a 26.31%. Finally, the most frequent number of partners was 1-2 for 60.53%, followed by 3-4 couples who had a total of 8 cases for a 21.05%.

INTRODUCCION

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección de las trompas uterinas, útero, ovarios que se produce por vía ascendente, desde el tracto genital inferior hasta los órganos pélvicos. Generalmente se debe a microorganismos que colonizan el endocervix y que ascienden hasta el endometrio y las trompas de Falopio. Producidas por gérmenes que se transmiten con las relaciones sexuales como la *Nisseria Gonorrhoeae* y *Clamidia Trachomatis*. Los microorganismos endógenos que se encuentran en la vagina, en particular los causales de vaginosis bacterianas, suelen aislarse en la parte alta de las vías genitales en las mujeres con EPI. Otros factores que favorecen la EPI son el DIU, enfermedad inflamatoria pélvica previa, manipulación diagnóstica, edad joven de 15-39 años, infecciones poli microbianas en relación con vaginitis (rotura de barrera cervical) o interacciones oportunistas de la flora comensal perianal/vaginal sobre una ITS primaria.

A nivel mundial ha sido descrita por los centros para el control y prevención de enfermedades de Atlanta (CDC) como un espectro de desordenes inflamatorios del tracto genital superior, que incluye una combinación de endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y pelvi peritonitis.

En los países desarrollados el problema de la EPI se ha enfocado hacia el papel que juegan las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sus secuelas, por lo que los esfuerzos se dirigen al control óptimo de dichas enfermedades. En países del tercer mundo se encuentran involucrados otros factores, tales como la infección postparto y el aborto provocado, con tasas de mortalidad; se puede decir, que el incremento de EIP se debe a varios factores: como la actitud permisiva de la sociedad actual en cuyos jóvenes inician sexualmente cada vez en edades tempranas, el fácil acceso a los anticonceptivos, hormonales y mecánicos y el aumento a nivel mundial; dentro de los síntomas tenemos dolor abdominal bajo (incluyendo dolor anexial, dispareunia) como el síntoma más frecuente, seguido por leucorrea, disurias, vómitos, fiebre, sangrado anormal (intermenstrual, poscoital).

El diagnóstico clínico es con frecuencia dificultoso por la inespecificidad y poca sensibilidad de la historia clínica y los estudios del laboratorio, sin embargo el retraso del diagnóstico y tratamiento pueden producir secuelas importantes.

*Médico General

En nuestro medio no contamos con cifras confiables sobre la incidencia de EPI ni a nivel nacional ni regional. En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que cada año más de un millón de mujeres son tratadas por salpingitis aguda. La incidencia es máxima en adolescentes y mujeres menores de 25 años. Esta afección y sus complicaciones son causas de más de 2.5 millones de consultas y más de 150,000 procedimientos quirúrgicos cada año. De 18-20 de cada mil mujeres entre 15 y 24 años de edad adquieren salpingitis cada año, siendo esta la causa del 5-20% de hospitalizaciones en los servicios de ginecología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de corte transversal de datos prospectivos que se desarrolló a través los resultados de Papanicolaou realizado a mujeres que asistían a la consulta de ginecología de la clínica rural de Arroyo Toro durante el periodo abril-diciembre 2009. En la provincia Monseñor Nouel; Bonao.

Demarcación geográfica:

El estudio tuvo como escenario geográfico la clínica rural de Arroyo Toro, de dicha comunidad perteneciente a la provincia Monseñor Nouel; Bonao.

Población muestra

La población general fue de 168 mujeres que asistieron a la consulta de ginecología realizada en la clínica rural de Arroyo toro en el periodo abril- diciembre, 2009. La muestra fue constituida por 38 mujeres, a las cuales se les realizó prueba de Papanicolaou, con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria. La recolección de los datos se baso en la revisión de los resultados de dichos Papanicolaou realizados en la clínica rural de Arroyo Toro, durante el periodo abril-diciembre 2009.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que fueron manejadas en la unidad de atención primaria de arroyo toro entre abril-diciembre 2009.
2. Haberle hecho prueba de Papanicolaou
3. Pacientes de 15 años en adelante.
4. Tener acceso a los resultados

Criterios de exclusión:

- 1- Pacientes que no fueron manejadas en la unidad de atención primaria de arroyo toro
En el periodo comprendido abril-diciembre, 2009
- 2- Pacientes menores de 15 años

Instrumento para la recolección de datos

El instrumento para la recolección de los datos utilizado fue el resultado de los Papanicolaou realizados a estas mujeres.

Procedimiento

La obtención de los datos se realizó de manera directa de los resultados de Papanicolaou de los cuales se sustrajo la edad, número de parejas, estado civil, síntomas, etc. Dichos datos fueron manejados por el médico pasante de la unidad de atención primaria en el periodo abril- diciembre 2009.

Tabulación

Se llevó a cabo por medios computarizados y la producción de cuadros haciendo uso de Microsoft Word y Excel.

Criterios éticos

La información obtenida acerca de las pacientes fue manejada bajo completa discreción por nuestra parte en lo que nos concierne respecto a la discusión y resultados.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en las pruebas de Papanicolaou realizadas a 38 mujeres que acudieron a la unidad de atención primaria de arroyo toro, la edad de las mujeres oscilaba entre los 15 y 55 años, con una media de 40 años. (Cuadro 1).

Respecto a los signos y síntomas que estas pacientes presentaron al momento de la prueba de Papanicolaou, la sintomatología mas frecuente fue de dolor de espalda en 34 casos, para (89.47%). (Cuadro 2).

De acuerdo al número de parejas al momento de la prueba del Papanicolaou lo más frecuente fue que esta pacientes tuvieron de 1-2 parejas con una frecuencia de 23, (60.53%). (Cuadro 3.) De acuerdo al uso o no de preservativos de estas pacientes con sus parejas: 25 de ellas no usaron el preservativo, para un (66.00%). (Cuadro 4).

Tabla 1. Distribución por edades de las pacientes estudiadas en la clínica rural de Arroyo Toro en la provincia Monseñor Nouel, Bonao.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
15-25	7	18.42
26-35	17	44.74
36-45	6	15.79
46-55	4	10.53
>55	4	10.53%
Total	38	100.00%

Tabla 2. Distribución porcentual de acuerdo a los signos y síntomas presentados por las pacientes de la UNAP de Arroyo Toro.

Signos y Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Leucorrea	33	86.84
Prurito-Ardor	15	39.47
Dolor Pélvico Bajo	29	76.32
Dolor de Espalda	34	89.47
Náuseas	10	26.32

Tabla 3. Distribución porcentual de acuerdo al método de protección que utilizaron las pacientes bajo estudio.

Método de protección	Frecuencia	Porcentaje
Uso Preservativos	10	26.31
No uso preservativos	25	66.00
Abstinencia	03	08.00
Total	38	100.00

Tabla 4. Distribución porcentual de acuerdo al No. De parejas de las pacientes de la UNAP de Arroyo Toro.

No. De Parejas	Frecuencia	Porcentaje
1-2	23	60.53
3-4	08	21.05
>5	04	10.43
Ninguna	03	08.00
Total	38	100.00

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria fue de 26 a 35 años, con un total de 17 casos, con un porcentaje de 44.73%, en un segundo lugar en el rango 15 a 25 años, con un total de 7 casos, para un porcentaje 18.2%. Lo que concuerda con datos encontrados en literatura mundial y nacional en donde revela que la enfermedad pélvica inflamatoria cada día afecta a mujeres más jóvenes.

En relación a los signos y síntomas el dolor de espalda fue el más frecuente con 34 casos y un porcentaje de 89.47%, seguido por leucorrea presentándose en 33 mujeres con un porcentaje de un 86.84%. De igual manera lo expresan otras literaturas en donde refieren que los principales síntomas son dolor pélvico, leucorrea, fiebre, alteraciones en el ciclo entre otros.

En relación con el uso de preservativos 25 mujeres de las que se realizaron pruebas de Papanicolaou en esta comunidad confirmaron que no utilizaron preservativos durante el acto sexual lo que tuvo un por ciento 66.00% de las mujeres de

dicha comunidad.

Estas mismas mujeres confirmaron tener vida sexual activa con una a dos parejas con una frecuencia de 23 casos y un porcentaje de 60.53%. En un segundo lugar de frecuencia 8 mujeres confirmaron haber tenido más de una pareja con un porcentaje de 21.05%. Con relación con otros estudios la promiscuidad es considerada uno de los principales factores de riesgo para padecer dicha enfermedad.

RECOMENDACIONES

Manejo clínico de las parejas sexuales; deben ser estudiadas y tratadas.

Iniciar tratamiento de inmediato.

Evitar el coito sin preservativos.

Orientación a los jóvenes acerca de prevención de ETS.

REFERENCIAS

1. www.aibarra.org/guias/6-7.htm.
2. <http://es.wikipedia.org>.
3. Ginecología básica, Wilson mejía, 1ra. Ed., 2000, editora imprentur, S. A...Santo Domingo. R. D.
4. Obstetricia y ginecología, Jaime botero u, y colaboradores. Octava edición 2008, Quebec word- Bogotá, mayo, 2008. Colombia.
5. www.monografias.com > salud > Enfermedades-
6. www.nlm.nih.gov/medlineplus/00088htm
7. www.youngwomenshealth.org/sppid.htm
8. www.fisterra.com/guias2/epi.asp
9. es.wikipedia.org/.../Enfermedad-pelvica-inflamatoria
10. www.fisterra.com/guias2/PDF/epi.pdf
11. Obstetricia y ginecología, Comino Delgado, Guillermo López García (coordinadores) 2.a edición 2004 editorial Ariel, s.a. Barcelona España.
12. Ginecología de Novak, 13ra. Ed. Editora McGraw-Hill Interamericana, 2004, pag 376-378.
13. Tratado de Obstetricia y Ginecología, J. A. Usandizaga, P. de la Fuente, 2da. Ed., vol.2, editora McGraw-Hill interamericana 2004.



INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL Y TRATADOS EN EL HOSPITAL PADRE BILLINI.

Glenys Altagracia Ciprián Pinales*, Nancy Ventura Rosario*, Yosenia Gregorio Polanco*, Juana Yalidys De Jesús Palma*, Landyz Díaz Macea*

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo donde se determinó la frecuencia de Infecciones Urinarias en Pacientes Sometidos a Trasplante Renal en el Hospital Padre Billini, 1994-2007.

El universo de referencia estuvo constituido por una población de 66 pacientes, de los cuales se tomaron 66 expedientes para un 100.0 por ciento.

Se aplicó un formulario de recolección de información en el que se registraron los datos de los expedientes. Los datos muestran que el 12.1 por ciento del total de pacientes que presentaron infección de vías urinarias post-trasplante renal, el sexo femenino fue el más afectado con un predominio de 23.6 por ciento en comparación del masculino con un 5.0 por ciento y la edad más afectada fue entre los 40-50 años con un 8.3 por ciento del total. El microorganismo responsable de infección de vías urinarias fue en mayor proporción el *Escherichia coli* con un 50.0 por ciento, seguido del *Streptococcus aureus* con 37.5 por ciento y en menor proporción la *Klebsiella* con un 12.5 por ciento. El tratamiento más utilizado fue la Nitrofurantoína/Vancomicina/Ceftriaxone con un 25.0 por ciento, seguido del Fosfocil y la Ciproxina con 12.5 por ciento y un 25.0 por ciento no fue especificado en el expediente.

Los resultados de nuestro estudio indican que las infecciones urinarias son pocas frecuentes en el Hospital Padre Billini, lo que refleja una menor incidencia de esta patología, debido a un buen manejo profiláctico al cual es sometido el paciente antes, durante y posterior al acto quirúrgico.

Palabras claves: Infección de vías urinarias, trasplante renal.

ABSTRACT

It is about a descriptive study of transverse, retrospective court where the frequency of urinary infections was determined in subjected patients to renal transplant in the Hospital Padre Billini during the years 1994 to 2007.

The reference universe was constituted by the population of 163 patients of which took 66 files for a 100.0 percent.

A form of gathering of was applied in the one that they registered the data of files. The results show that 12.1 percent of the total of patients presented infection of urinary roads post

*Médico General

renal transplant, the feminine sex was the more affected with a prevalence of 23.6 percent in comparison of the masculine one with a 5.0 percent, and the most affected age was among the 40-50 years with 8.3 percent of the total.

The microorganism responsible for urinary infections was in a greater proportion the *Escherichia coli* with 50.0 percent, followed of the *Streptococcus aureus* with 37.5 percent and in a smaller proportion the *Klebsiella* with a 12.5 percent. The most used treatment was Nitrofurantoína/Vancomicina/Ceftriaxone with a 25.0 percent followed by the Fosfocil and the Ciproxina with a 12.5 percent and in a 25.0 percent it was not specified in the file.

The results of our study indicate that the urinary infections are few frequent in the Hospital Padre Billini, which reflects a smaller incidence of this pathology, due to a good prophylactic management to which is subjected the patient before, during and subsequent to the surgical act.

Key words: Urinary infection roads, renal transplant.

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario es el resultado de la invasión microbiana de cualquiera de los tejidos que se extienden desde el orificio uretral a la corteza renal y constituye una de la forma más común de infección que afecta al receptor de trasplante renal.

La experiencia de trasplante renal en nuestro país se inicia en el año 1972 con un donante cadáver, del cual no se obtuvieron resultados satisfactorios.

Es en noviembre de 1987 cuando se le da inicio al programa de trasplante renal en el hospital Dr. Salvador B. Gautier del I.D.S.S., con el esfuerzo de los doctores Ashley Baquero, Hilda Lafontaine, José Juan Castillo, Erick Báez, Nicolás Rizik, Ana María Figueroa, Bartola Reyes, Hernán Cruz, entre otros. Desde entonces cada año se realizan 20 cirugías de este tipo, realizándose hasta la fecha 400 trasplantes aproximadamente.

Como dato estadístico en los Estados Unidos en el año 2003 se realizaron 15,137 procedimientos de trasplante renal. Hoy en día se estima una supervivencia anual del paciente superior al 95.0 por ciento y del injerto superior al 80.0 por ciento, un porcentaje superior al 60.0 por ciento de los receptores sufre

una o más infecciones durante el primer año post-trasplante.

El paciente que va a recibir un trasplante renal parte de una situación de inmunodeficiencia provocada por la uremia y el tratamiento dialítico. A esto se añaden otros factores como la rotura de la barrera cutáneo-mucosa que produce el acto quirúrgico, los fármacos inmunosupresores y la infección por determinados virus que amplificaran el estado de inmunosupresión. Todo ello en conjunto, configura una situación de gran susceptibilidad a la infección.

La infección más común entre las bacterianas es la del tracto urinario. En ausencia de profilaxis antibiótica, se han publicado incidencias de hasta un 80.0 por ciento, con un 60.0 por ciento de bacteriemias por Gram negativos. Las bacterias más frecuentes son similares a la del resto de la población: enterobacterias (*Escherichia coli*), enterococos y *Pseudomonas aeruginosa*.

La presencia de infección urinaria en el paciente trasplantado renal constituye una complicación que determina una menor integración a los medios de producción y al medio ambiente como ente participativo del mismo, pues disminuye su calidad de vida lo que también significa una carga económica para sus familiares y el Estado.

Contando con los recursos humanos que laboran en el Hospital Padre Billini, realizaremos una recopilación de datos del historial clínico de los pacientes para una correcta atención que logren mejorar los resultados en el programa de trasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, de recolección de datos retrospectivo que identificó la existencia de Infecciones Urinarias en Pacientes Sometidos a Trasplante Renal en el Hospital Padre Billini.

La investigación fue realizada en el Departamento de Nefrología del Hospital Padre Billini, en Santo Domingo.

El universo de referencia estuvo constituido por una población de 163 pacientes en total, de los cuales se tomaron 66 expedientes para un 100.0 por ciento. La muestra fue obtenida de forma aleatoria simple. La información fue obtenida mediante la aplicación de un formulario en el que se registraron los datos extraídos de los archivos de dicho centro. Fueron incluidos dentro del marco de estudio todos los pacientes que fueron sometidos a trasplante renal.

Se excluyeron todos aquellos expedientes que no cumplieron con los criterios de inclusión y todos aquellos expedientes que por deterioro no se pudo obtener la información requerida.

Los resultados fueron presentados en forma escrita y tablas con una interpretación teórica de cada uno de estos y las conclusiones y las recomendaciones.

Los datos recolectados en el estudio, muestran que un (12.1%) de los pacientes de nuestro estudio presentaron infecciones de vías urinarias post-trasplante renal y a diferencia de un (87.9%) de los pacientes que no la presentaron.

El sexo más afectado en las infecciones de vías urinarias post-trasplante renal fue el femenino con un (7.7%) entre las

edades 40-50 años, seguido del sexo masculino con

(2.5%) entre las edades de 40-50 y 60 ó más y en menor proporción fueron afectados ambos sexos con edades por debajo de 40 años.

El microorganismo responsable de infecciones urinarias fue en mayor proporción el *Escherichia coli* con un (50.0%) seguido del *Streptococcus* con (37.5%) y en menor proporción con un (12.5%) la *Klebsiella*.

El tratamiento más utilizado en los pacientes con infecciones de vías urinarias

post-trasplante renal en mayor proporción fueron los no especificados con un (25.0%) y Nitrofurantoina/Vancomicina/Ceftriaxone. Seguido del Fosfocil y la Ciproxina con (12.5%).

TABLA 1
TOTAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS POST-TRASPLANTE RENAL

TIPO DE PACIENTE	No. de casos	(%)
IVU-POS-TR (+)	08	12.1
VU-POS-TR (-)	58	87.9
TOTAL	66	100.0

Fuente Directa: Tabla 1.

VU-POS-TR (+) = Con infección de vías urinarias post-trasplante renal.

IVU-POS-TR (-) = Sin infección de vías urinarias post-trasplante renal.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS POST TRASPLANTE RENAL Y LOS QUE NO PRESENTARON LA INFECCION.

SEXO	EDAD	MASCULINO		FEMENINO		
		TIPO DE PACIENTE	No de casos	(%)	No de casos	(%)
	10-20	IVU-POS-TR (+)	0	0	0	0
		IVU-POS-TR (-)	2	5	1	3.84
	20-30	IVU-POS-TR (+)	0	0	1	3.84
		IVU-POS-TR (-)	5	12.5	3	11.53
	30-40	IVU-POS-TR (+)	0	0	1	3.84
		IVU-POS-TR (-)	8	20	9	34.61
	40-50	IVU-POS-TR (+)	1	2.5	2	7.7
		IVU-POS-TR (-)	15	37.5	4	15.4
	50-60	IVU-POS-TR (+)	0	0	1	3.84
		IVU-POS-TR (-)	6	15	3	11.53
	60 ó MÁS	IVU-POS-TR (+)	1	2.5	1	3.84
		IVU-POS-TR (-)	2	5	0	0
TOTALES			40	100	26	100

Fuente Directa: Tabla 2.

IVU-POST-TR(+): PACIENTES CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS POST TRASPLANTE RENAL

TABLA 3
MICROORGANISMOS RESPONSABLES DE INFECCIÓN URINARIA POST-TRASPLANTE RENAL

GÉRMENES AISLADOS	No DE CASOS	(%)
<i>Escherichia Coli</i>	4	50.0
<i>Proteus Mirabilis</i>	0	0.0
<i>Enterobácter</i>	0	0.0
<i>Staphylococcus</i>	0	0.0
<i>Klebsiella</i>	1	12.5
<i>Streptococcus</i>	3	37.5
Otros	0	0.0
TOTAL	8	100.0

Fuente Directa: Tabla 3.

TABLA 4
TRATAMIENTO MÁS UTILIZADO EN LOS PACIENTE CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS QUE FUERON SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL

TRATAMIENTO UTILIZADO	No.	(%)
Fosfocil	01	12.5
Ciproxina	01	12.5
Amoxicilina (+) Acido clavulámico	01	12.5
Trimetropin Sulfa	01	12.5
Nitrofurantoina/Vancomicina/Ceftriaxone	02	25.0
No especificado	02	25.0
TOTAL	08	100.0

Fuente Directa: Cuestionario de recolección de datos.

DISCUSIÓN

La sepsis del tractus urinario constituye la infección bacteriana más frecuente en los receptores de un trasplante renal, afecta a más del (90.0%) de los pacientes en las series clásicas y con una incidencia variable entre el 5.0 y 26.0 por ciento en estudios actuales.

En nuestro trabajo de investigación la infección de vías urinarias de post-trasplante renal se presentó en el (12.1%) del total de pacientes, lo que difiere con el estudio realizado en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Habana, Cuba, 2002 que reportó una (78.3%) y el estudio del Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba, Argentina, 2005 que reportó un (24.3%).

Los resultados de nuestro estudio indican que las infecciones urinarias son pocos frecuentes en el Hospital Padre Billini, lo que refleja una menor incidencia de esta patología, debido a un buen manejo profiláctico al cual es sometido el paciente antes, durante y posterior al acto quirúrgico.

Al abordar la colonización por patógenos de las vías urinarias se determinan aquellas que se producen por gérmenes

bacterianos y fúngicos en las que las enterobacterias son responsables en más del 80.0 por ciento de todos los episodios. Estas afirmaciones coinciden con nuestros hallazgos y con los que se encuentran habitualmente en sujetos normales.

CONCLUSIONES

Luego de analizar los datos recopilados para el desarrollo de la presente investigación sobre: Infección de Vías Urinarias en Pacientes Sometidos a Post-Trasplante Renal, en el Hospital Padre Billini, Santo Domingo, llegamos a las siguientes conclusiones:

- El 12.1 por ciento del total de pacientes presentó infección de vías urinarias post-trasplante renal.
- El sexo femenino fue el más afectado con un predominio de 23.6 por ciento en comparación del masculino con un 5.0 por ciento.
- La edad más afectada fue entre los 40-50 años con un 8.3 por ciento del total de pacientes en estudio.
- El microorganismo más frecuentemente aislado fue la *Escherichia coli* con un 50.0 seguido del estreptococo con un 37.5 por ciento y la *Klebsiella* con un 12.5 por ciento.

REFERENCIAS

1. Acosta A., Bernal y Cols. Prevalencia del Trasplante Renal en Colombia. Colombia Bogotá, Julio 1999 Pág. 152.
2. Barry J.: Trasplante Renal, en Campbell Urología 6ª edición. Editado por Editorial Médica Panamericana. Madrid, 1994: 2467-2486.
3. Barry M. Rector r. Tratamiento de Nefrología. Ed. 7, Editora El Sevier España, 2005, Pág. 2838 – 2841.
4. Cáceres C., Velásquez A. Historia Del Trasplante Renal. Colombia, 6ta ed. 2000. Pág. 135.
5. Castellón D. Y Cols. Evolución de los Trasplantes Renales. Universidad de Chile, Marzo 2001 Pág. 42.
6. Castillo H. Ortiz J. Indicaciones para Trasplante Renal. España, 2004 Pág. 168.
7. Coronel Pérez P., Coronel Brizo P. Mendoza Lorena. Contraindicaciones del Trasplante Renal. La Habana, 3 ed. 2002 Pág. 122.
8. Cuevas V, Castillo L.: Introducción al trasplante de órganos y tejidos. Editado por Editores Libro del Año. Madrid, 1994.
9. Cutie J, Laffita A, Toledo M. Evaluación Preoperatoria del Receptor del Trasplante Renal. La Habana, 2 ed. 2001.
10. Crispet c., Guz J. Trasplante Renal. Diccionario médico Mosby. 4ta ed. Editora SESPAS, 2001.
11. Díaz A. Breve Revisión de la Técnica del Trasplante Renal. Rev. Cubana Med. Gen 2000; Pág. 302 – 308.
12. Díaz P. Trasplante de Riñón y Páncreas. Nicaragua 4ta ed. 2002, Pág. 145 -147.
13. Doherty G. Lowney K. Manual Washington Cirugía. Editora Marban Libros, Madrid España 2005 Pág. 483

- 490.
14. Dulando A., Enrique J. Complicaciones del Trasplante Renal. Editora McGraw Hill Inter. Americana, México 2002.
15. García S., Langasco I. Infecciones en Trasplante Renal. Proyecto Programa. Caracas Venezuela, MSAS, Enero 2000.

LIBROS · LIBROS · LIBROS

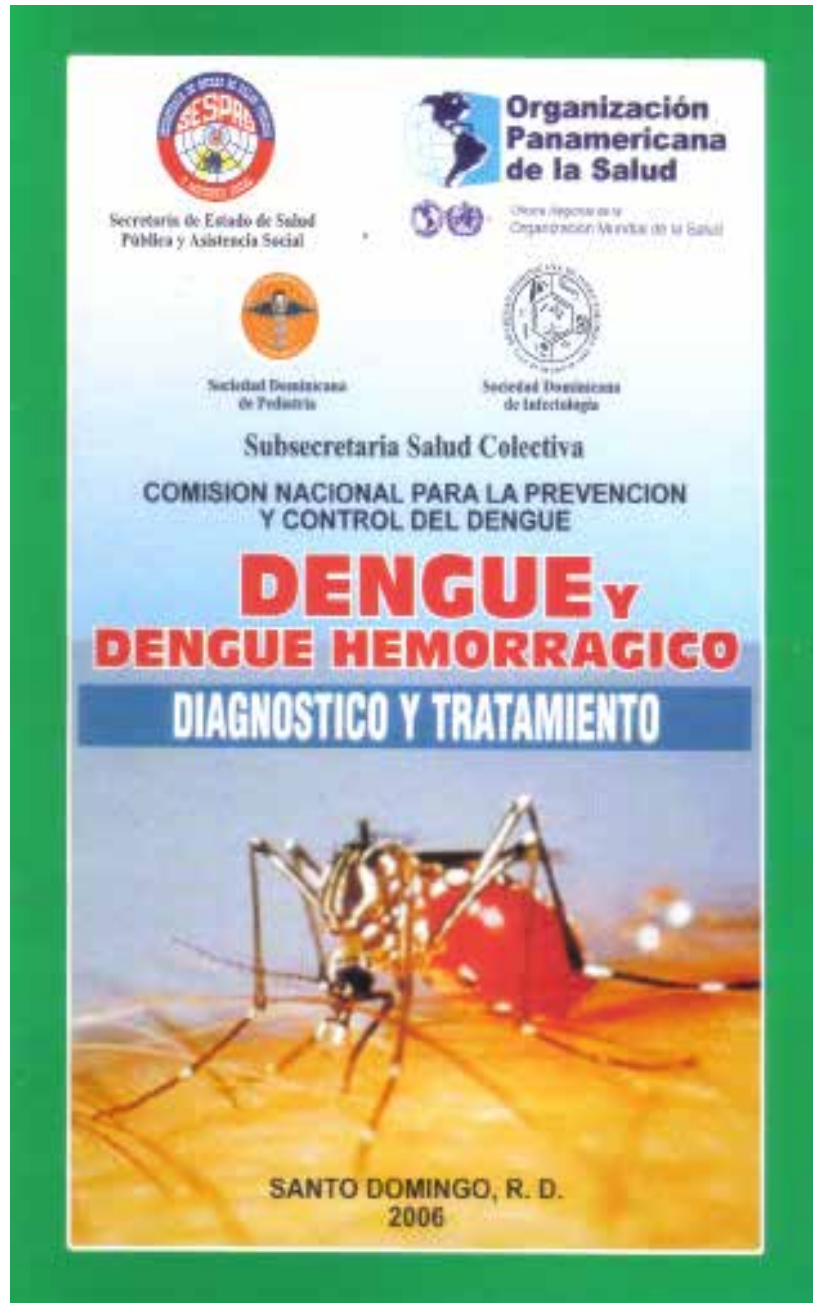


***Guía básica para el tratamiento
del paciente quemado. 1999***

Autor: Dr. Carlos E. De los Santos

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

REVISIONES



EXAMEN DE ORINA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Cristian A. Escarfuller olivo,* Doraluz A. Aquino Pérez,* Ana N. Vergés Castro,* Clidia D. Moquete Abréu,* Aura Rodríguez Alcántara**

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica con la finalidad de recordar los aspectos básicos a tomar en cuenta para una correcta interpretación del examen de orina normal, así como sus alteraciones y su correlación clínica con algunas patologías. Es la prueba de laboratorio más antigua, usada por Hipócrates desde cinco siglos A. C., cuya importancia ha permanecido con el paso del tiempo; considerándose una biopsia líquida de las vías excretoras.

La interpretación de los resultados del análisis de orina dependerá, en principio, del interrogatorio para conocer la forma en que ha sido tomada, pues si se almacena por varias horas se deteriora considerablemente debido a su propia descomposición. Así, se altera el color, olor, transparencia, pH, etc. Igualmente, se producen cambios bioquímicos como una disminución de glucosa por glucólisis bacteriana, de acetona por desdoblamiento del acetoacetato de bilirrubina por acción de la luz. El examen de orina es una excelente herramienta para el diagnóstico, manejo y seguimiento de muchas enfermedades.

Palabras clave: uroanálisis, examen de orina, interpretación.

ABSTRACT

We made a bibliographical review in order to remember the basics knowledge needed to a correct interpretation of the examination of normal urine, like urine alterations and its clinical correlation with some pathology. It is the laboratory test most ancient, used by Hippocrates from five centuries B.C., which importance has remained with the passage of time; being considered to be a liquid biopsy of the urinary routes.

The interpretation of the results of the analysis of urine will depend, at first, on the interrogation to know the way has been taken, so if it is stored for several hours it deteriorates considerably due to its own decomposition. This way, there is altered the color, smell, transparency, pH, etc. Equally, biochemical changes are produced like a decrease of glucose for bacterial metabolism, of acetone for unfolding of the acetoacetato of bilirrubina for action of the light. The examination of urine is an excellent tool for the diagnosis,

managing and follow-up of many diseases.

Key word: uroanálisis, examination of urine, interpretation.

INTRODUCCIÓN

Los términos «uroanálisis», «urianálisis», «análisis de la orina» «citoquímico de orina», «parcial de orina» describen un perfil o grupo de pruebas tamiz con capacidad para detectar enfermedad renal, del tracto urinario o sistémica. Desde el punto de vista de los procedimientos médicos, la orina se ha descrito como una biopsia líquida, obtenida de forma indolora, y para muchos, la mejor herramienta de diagnóstico no invasiva de las que dispone el médico.¹

El análisis de orina, junto con el hemograma, son las pruebas que con mayor frecuencia se indican en medicina por lo que es imprescindible para el médico su correcta interpretación y correlación clínica.

Historia

El estudio de la orina es la prueba de laboratorio más antigua. Veamos algunos de los aspectos más relevantes en la historia de esta prueba: Siglo V antes de Cristo, Hipócrates escribió un libro sobre uroscopia y los clínicos de ese tiempo concentraron sus esfuerzos diagnósticos en dichos conceptos. Por ejemplo, diagnosticaban la diabetes, si al orinar el paciente sobre el suelo, al poco tiempo abundaban las hormigas. El uroanálisis es invaluable en el diagnóstico de condiciones urológicas como cálculos, infecciones del tracto urinario e incluso algunas neoplasias. También puede alertar al médico sobre la presencia de enfermedades sistémicas que afectan el riñón como la diabetes, la hipertensión y otras que repercuten a nivel sistémico en general como el lupus y alteraciones metabólicas (Síndrome nefrítico, síndrome nefrítico, fenilcetonuria) etc. Por lo que resulta imprescindible que el médico conozca en detalle cómo interpretar correctamente un examen de orina.²

En esta revisión pretendemos hacer una sinopsis sobre la interpretación de los hallazgos en un examen de orina normal, así como las alteraciones de este y su correlación clínica con algunas patologías. Los jeroglíficos egipcios y en papiros quirúrgicos de *Edwin Smith*, se observa al médico examinando su sabor y elaborando un diagnóstico al observar

** Residente de pediatría

* Médico general

el color, la turbidez, el olor y el volumen. Siglo I, *Caraka*, un médico hindú, describió diez tipos de orina, incluida la que contiene azúcar. Siglo II, *Claudio Galenus de Pérgamo* (Galeno), recogió todo el conocimiento de la época bajo su doctrina de la patología humoral, en donde «no son los órganos sólidos el foco de las enfermedades sino los cuatro fluidos o humores corporales: sangre, cólera, flema y melancolía y la enfermedad se produce por el desequilibrio de estos fluidos y la naturaleza y localización de la misma puede establecerse de la composición y apariencia de los humores. Por lo tanto, una enfermedad también se manifiesta en la orina». Las enseñanzas de Galeno dominaron el pensamiento médico hasta el siglo XVI y sobrevivieron hasta el siglo XIX.¹

La orina es un producto orgánico que se forma mediante la filtración del plasma sanguíneo en los riñones, su posterior transformación y eliminación a través del sistema urinario. La función principal de los riñones es la producción de la orina; pero además realizan otras como la regulación del medio líquido interno y la formación de hormonas. La estructura funcional del riñón es la nefrona. Cada nefrona es capaz de producir orina por sí misma, por lo que el estudio de esta unidad permite conocer de manera más sencillo el funcionamiento renal, la nefrona está formada por un glomérulo a través del que se filtra la sangre y un largo túbulo donde el líquido filtrado se convierte en orina cuando va camino de la pelvis del riñón. Su función principal es la formación de la orina cuya utilidad es eliminar del plasma aquellas sustancias indeseables que se producen como consecuencia de los distintos procesos metabólicos del organismo y mantener una volemia constante.

Las sustancias que deben depurarse incluyen los productos terminales del organismo, como la urea, la creatinina, el ácido úrico, los uratos, y además aquellas otras que se acumulan en el cuerpo en cantidades excesivas como los iones de sodio, potasio, cloro, e hidrógeno.³

El examen de la orina se compone de dos partes macroscópica y microscópica.

La interpretación de los resultados del análisis de orina dependerá, en principio, del interrogatorio para conocer la forma en que ha sido tomada la muestra. Los pasos previos a

la recolección de la orina son los mismos que se indican para tomar la muestra para un urocultivo.

Recolección de la muestra

La orina, si se recoge y almacena a temperatura ambiente durante varias horas y más si ésta es elevada, se deteriora considerablemente debido a su propia descomposición. Así, se altera el color, olor, transparencia, pH, etc. Igualmente, se producen cambios bioquímicos como una disminución de glucosa por glucólisis bacteriana, de acetona por desdoblamiento del acetoacetato de bilirrubina por acción de la luz, etc. También los elementos formes de la orina sufren deterioro como contaminación o crecimiento de bacterias e, igualmente, desintegración de células y cilindros. Por consiguiente, la recogida de especímenes para los análisis rutinarios de orina deben hacerse de la primera micción de la mañana (más concentrada), «previo a aseo de genitales» en un recipiente limpio y seco y analizarse en las dos primeras horas.³

Antes de emitir una interpretación clínica del examen de orina deben de tomarse en cuenta las consideraciones antes citadas. La valoración del análisis de orina comprenden pruebas físicas como el color, el olor, la turbidez, volumen, la densidad, y osmolalidad.

Color

La orina normal de color amarillo claro, debido a la presencia de algunos pigmentos (urocromo, urobilinógeno, y coproporfirina) pudiendo ser más o menos intenso según la concentración de la misma orina. La coloración puede variar en medida sensible como consecuencia de la introducción en el organismo de algunos fármacos o en presencia de algunas afecciones: la nitrofurantoina comunica a la orina un color rojizo, mientras algunos laxantes la coloran de amarillo-marrón. La orina color vino tinto oscuro puede observarse en individuos afectados de enfermedades hepáticas, mientras que en el melanosarcoma, la orina tiene un color marrón. (Ver cuadro).

Apariencia	Causas
Sin color o color amarillo claro	Diluida. Diabetes insípida. Abundante ingesta de líquidos diluidos
Turbia	Fosfatos amorfos, uratos, células, bacterias, contaminación fecal.
Lechosa	Lípidos (nefrosis), piuria.
Amarillo naranja	Concentrada, pigmentos biliares, nitrofuranos, dipirona.
Color rojo	Hematuria, hemoglobinuria, mioglobinuria, porfirina, rifampicina, teofilina, ingesta de remolacha. Colorante (ingesta de golosinas).
Color marrón oscuro	Metronidazol, imipenem, fenoles.
Color amarillo verdoso	Bilirrubina.
Color azul verdoso	Pseudomonas. Azul de metileno, rivoflavina. Clorofila (dentífricos).
Rosada	Acido úrico (recién nacido).

Cilindros

Los cilindros son estructuras longitudinales formadas en los túbulos renales debido a la precipitación o gelificación de la mucoproteína de *Tamm-Horsfall* o a la inclusión de diferentes elementos a una matriz proteica, dicha mucoproteína no se encuentra en el plasma y es secretada por las células epiteliales del túbulo renal.¹⁴ Los cilindros pueden ser utilizados para localizar el sitio específico del tracto urinario donde ocurre la enfermedad, aunque no necesariamente son patológicos, los cilindros celulares pueden ser eritrocíticos, como la enfermedad glomerular o la hemorragia parenquimatosa renal; leucocitarios, como en la pielonefritis y la nefritis intersticial; epiteliales, como en la necrosis tubular aguda en las enfermedades víricas por citomegalovirus; celulares mixtos cuando coexisten en el cilindro diversos tipos de células.³

Cristales

Son otros elementos que se encuentran con frecuencia en el estudio del sedimento urinario el tipo y la cantidad de los mismos puede variar en función del pH. Así, en las orinas ácidas, se encuentran cristales de ácido úrico, oxalato cálcico y también masas amorfas de uratos cálcicos, magnésicos, sódicos. En las orinas alcalinas por el contrario se observa la presencia de fosfatos triples (fosfato amónicomagnésico), carbonato cálcico, biurato amónico y masas amorfas e fosfato cálcico o magnésico. En el sedimento urinario pueden aparecer otros elementos como bacterias, levaduras, protozoos, espermatozoides.

CONCLUSIÓN

El examen de orina es una excelente herramienta en el diagnóstico y manejo de muchas enfermedades por lo que es menester que el médico conozca en detalle sus alteraciones y su relación con posibles patologías, pero su utilidad clínica está condicionada a la calidad de la prueba como el tiempo que demore antes de ser procesada, la buena recolección de la muestra de orina y de personal calificado para su posterior interpretación. El médico en el uroanálisis, bien hecho, encuentra un excelente aliado.

REFERENCIAS

1. Campuzano M, Arbeláez M. *Uroanálisis un gran aliado médico*, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia) disponible en <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/abril-2007/005.pdf>
2. Jeeff A, Simerville, M.D., William C. Maxted, M.D, John J. Pahira, M.D *Clinical Urinalysis: A Comprehensive Review. Georgetown University School of Medicine, Washington, D.C. Vol. 71/No. 6(March 15, 2005)* disponible en <http://www.aafp.org/afp/2005/0315/p1153.html>
3. Sevillano R. *Bioquímica Clínica*, Madrid (España):

editora McGraw-Hill Interamericana de España, 2002:483-489

4. Laso M. Interpretación del análisis de orina, *Arch. argent.pediatr* 2002; 100(2) disponible en <http://www.scribd.com/doc/8488378/Analisis-de-Orina-Interpretacion>)
5. Simerville J, Maxted W, Pahira J. Urinalysis: A Comprehensive Review. *Am Fam Physician* 2005;71:1153-62 disponible en <http://www.google.com.do/search?hl=es&q=JA+Simerville%2C+W.C.+Maxted%2C+JJ+Pahira.+Urinalysis%3A+A+Comprehensive+Review.+Am+Fam+Physician+2005%3B71%3A1153-62+%28ref.1%29&btnG=Buscar&meta=&aq=f&oq=>
6. Cavagnaro F. *Análisis de orina*, disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/AnalOrina.html>
7. Woolhandler S, Pels RJ, Bor DH, Himmelstein DU, Lawrence RS. Dipstick urinalysis screening of asymptomatic adults for urinary tract disorders. I. Hematuria and proteinuria. *Jama*. 1989;262:1214-1219
8. Kutter D. Dry chemistry urinalysis of pathological proteinuria. *Clin Chem Lab Med*. 1998;36:929-933. disponible en http://www.google.com.do/search?hl=es&source=hp&q=Kutter+D.+Dry+chemistry+urinalysis+of+pathological+proteinuria.+Clin+Chem+Lab+Med.+1998%3B36%3A929-933.&meta=&rlz=1W1ADSA_en&aq=f&oq
9. Análisis de orina, disponible en http://www.ferato.com/wiki/index.php/An%C3%A1lisis_de_orina
10. Graff L. A handbook of routine urinalysis. San Francisco, USA: J.B. Lippincott Co; 1982. disponible en <http://books.google.com.do/books>
11. Lifespan's A-Z. *Health Information*, disponible en <http://www.lifespan.org/adam/spanishhealthillustratedencyclopedia/5/003363.html>
12. Kato Y, Kato T, Kasai H, Okuyama T, Uyemura K. Preparation and characterization of highly acidic proteins from chick brain. *J Biochem* (Tokyo). 1977;82:43-51 disponible en <http://jb.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/82/1/43>
13. Triger DR, Smith JW. Survival of urinary leucocytes. *J Clin Pathol*. 1966; 19:443-447 Disponible en <http://jcp.bmj.com/content/19/5/443.abstract>
14. Aguilar V, Solís J, Villa de Navarro M. *Atlas de sedimento urinario*. Medellín, (Colombia): Editorial Universidad de Antioquia; 2003

Olor

La orina tiene un olor característico debido a la presencia de ácidos volátiles cuando la orina lleva cierto tiempo embasada, desarrolla un olor amoniacal debido a la descomposición de la urea. En algunas enfermedades como en la enfermedad de la orina con olor a jarabe *de arce* la presencia de determinados aminoácidos le da ese olor característico. Otras enfermedades como las infecciones de orina, dan a la orina un olor particular, en ocasiones nauseabundo.³

Turbidez

La orina regularmente es clara y transparente, aunque la orina turbia no necesariamente es patológica, puede verse turbia debido a precipitación de cristales (uratos y fosfatos amorfos, oxalato de calcio o ácido úrico), la presencia de células (bacterias, eritrocitos, leucocitos, células epiteliales, etc.), o la existencia de proteinuria masiva o lipiduria. La presencia de espuma residual orienta hacia proteinuria importante.⁶

Volumen

El volumen de orina diario suele encontrarse entre 1200 y 1500 mL aunque puede oscilar entre 600 y 2000 mL en adultos; en el caso de los niños de 1 a 2 mL por kilogramos por hora, el volumen excretado depende de la ingesta de líquidos, la temperatura, el clima y la sudoración algunas enfermedades relacionadas con la poliuria son diabetes mellitus, diabetes insípida que se debe a una deficiencia de la hormona anti diurética (ADH). Una disminución del volumen de orina eliminado por debajo de 400 mL en 24 horas se denomina oliguria y puede deberse a varias causas la más frecuente es la deshidratación, isquemia renal, e insuficiencia renal crónica.³

La densidad y osmolalidad

La densidad indica la cantidad relativa de solutos que contiene un volumen definido de orina. El 70 por ciento a 80 por ciento de estos solutos corresponde a la urea. El rango del valor normal en pediatría es muy amplio: 1.003g/l a 1.030 g/l. Los valores inferiores corresponden a los recién nacidos y lactantes, que generalmente oscilan entre 1.005 g/l a 1.010 g/l y para los niños mayores de 1.010 g/l a 1.025 g/l. Los valores 1.023 indican una capacidad de concentración urinaria normal. La densidad es más alta en la primera orina de la mañana. La densidad baja se observa en la diabetes insípida, glomerulonefritis y pielonefritis, la densidad alta se observa en diabetes mellitus insuficiencia renal enfermedades hepáticas.^{3 4}

La osmolalidad es la medida de el número de partículas disueltas en una solución, la osmolalidad normal de la orina de un paciente con una dieta normal se encuentra entre 500 y 850 mOs/ kg de agua.³

pH de la orina

La orina con pH más alcalino (pH>7,5) puede ser mejor para la disminución de la formación de piedras en la

vía urinaria, inclusive puede favorecer el efecto de ciertos antibióticos. Si la orina es demasiado ácida (pH<5), también disminuye la formación de ciertas piedras del tracto urinario, disminuye la presencia de infecciones. Si está en los extremos puede deberse a muchas enfermedades. La orina ácida tiene tendencia a producir cristales de xantina, cistina, ácido úrico y oxalato de calcio. La orina alcalina se acompaña de tendencia a formar cálculos de carbonato de cálcico, fosfato cálcico, y fosfato de magnesio.⁹ El pH de la orina también es de utilidad en el diagnóstico y manejo de las infecciones y cálculos del tracto urinario. La orina alcalina en un paciente con infección del tracto urinario sugiere la presencia de un organismo.

Que degrada la urea, la cual puede estar asociada con cristales de fosfato de amonio y magnesio que pueden formar cálculos coraliformes. Los valores de pH reiteradamente alcalinos evidencian una infección del tracto urogenital.¹⁰

Proteínas

En personas sanas, la pared capilar glomerular es permeable sólo a sustancias con un peso molecular menor de 20.000 Dalton. Una vez filtradas, las proteínas de bajo peso molecular son hidrolizadas, reabsorbidas y metabolizadas por las células tubulares proximales. Entre las proteínas urinarias normales se incluyen la albúmina, las globulinas séricas y las proteínas secretadas por los túbulos renales. El uroanálisis por tirilla presenta una sensibilidad y especificidad mayor del 99% para detectar la albuminuria⁷. La proteinuria, uno de los aspectos más característicos de la enfermedad renal, es definida como la excreción urinaria de proteínas mayor de 150 mg por día. La micro albuminuria se define como la excreción de 30 a 150 mg de proteína por día y es un signo de enfermedad renal temprana, particularmente en los pacientes diabéticos.⁸

La proteinuria depende de la naturaleza de la enfermedad y de su gravedad, en ocasiones una proteinuria intermitente puede ser fisiológica y estar unida a esfuerzos físicos. La proteína marcada se caracteriza por la excreción superior a 4 g/día. Es típico de la enfermedad glomerular como la glomerulonefritis, la enfermedad amiloide, el lupus eritematoso sistémico. La proteinuria postural aparece en el 3-5 % de los adultos jóvenes aparentemente sanos.³

Glucosa en orina

La glucosa puede detectarse en la orina con diferentes concentraciones de glucosa en sangre. Siempre aparece cuando se supera el umbral renal de la glucosa que es aproximadamente de 180-200 mg/dL, como la diabetes mellitus que aparece glucosuria aunque la función renal esté conservada siempre que la glucosa supere las cifras anteriormente expuestas y se acompañe de una poliuria compensadora. Aparece glucosuria en trastornos patológicos como la diabetes mellitus, trastornos hipofisarios como suprarrenales (la acromegalia y síndrome de *cushing*), trastornos pancreáticos, hipertiroidismo, feocromocitoma. En el embarazo (se observa en un 5-10% de los casos) hay un aumento en el índice de filtración glomerular y no toda la glucosa filtrada puede reabsorberse, de modo

que con concentraciones bajas de glucemia, puede aparecer glucosuria, la cual desaparece con el parto.³

Cetonas

La detección de las cetonas en la orina (ácido acetoacético y acetona) es especialmente importante en la diabetes mellitus para comprobar la descompensación metabólica. Los estados pre comatosos y comatosos en la diabetes, a excepción del coma hiperosmolar, casi siempre van acompañados de cetoacidosis.

La carencia relativa o total de insulina reduce el consumo de glucosa de las células grasas y musculares, provocando aumento de la lipólisis. Las cetonas resultantes, en combinación con otros cambios fisiopatológicos de la descompensación metabólica (como la deshidratación y el desplazamiento de electrolitos), pueden contribuir al coma diabético. El coma diabético es un estado de riesgo para la vida y la cetonuria es un signo precoz del desequilibrio metabólico. La presencia de cetonas en la orina no es exclusivo de la diabetes mellitus. También se puede encontrar en los siguientes casos estados de carencia de alimentos (ayuno prolongado), en dietas de adelgazamiento bajas en hidratos de carbono o por una alimentación rica en proteínas, pacientes que llevan dietas de ayuno total.

Sin embargo el equilibrio ácido/base sigue totalmente compensado si se garantiza una buena función renal con suficiente ingestión de líquidos. En estos casos, la comprobación de las cetonas también sirve para controlar el cumplimiento de la dieta, niños pequeños con vómitos acetonémicos, Pacientes con fiebre, en presencia de enfermedades infecciosas, pacientes con vómitos incoercibles del embarazo (hiperémesis gravídica), pacientes con algunas alteraciones metabólicas congénitas (*síndrome de Fanconi*), interferencia con medicamentos¹

Hemoglobina

La hemoglobina es el pigmento que contienen los eritrocitos cuando los glóbulos rojos se hemolizan (descomponen) en los vasos sanguíneos, las partes quedan libres en el torrente sanguíneo., si el nivel de hemoglobina en la sangre se eleva demasiado, entonces dicha hemoglobina comienza a aparecer en la orina, lo cual se denomina hemoglobinuria. ¹¹ puede aparecer en patologías intravasculares como anemias hemolíticas, tanto transfusionales como en las debidas a hemoglobinopatías, etc. Los traumatismos esfuerzos físicos, enfermedades renales.

Bilirrubina

La bilirrubina proviene del desdoblamiento de la hemoglobina; la bilirrubina no conjugada está unida a la albúmina y no puede atravesar la barrera glomerular. Cuando se conjuga en el hígado con ácido glucurónico se hace hidrosoluble (bilirrubina directa), pudiendo atravesar el glomérulo y pasar a la orina. En algunas enfermedades hepáticas fundamentalmente las causadas por agentes

infecciosos (virus, bacterias, etc.) o tóxicos el hígado es incapaz de segregar toda la bilirrubina conjugada a la bilis y existe un cierto reflujo a la sangre que finalmente se traduce en aparición en la orina. Algunas enfermedades congénitas como el síndrome de *Dubin Johnson* y el de *Rotor*.

Urobilinógeno

El urobilinógeno es un catabolito intestinal de la bilirrubina, parcialmente absorbido en el intestino y posteriormente eliminado en la orina. El urobilinógeno en orina en muestra esporádica no acostumbra a superar los 3-4 mg/L. Valores elevados se eliminan por orina en las hepatitis, cirrosis y en la ictericias hemolíticas. En las colestasis totales no se detecta urobilinógeno en la orina. Valores de referencia en todas las edades 0,10 - 2,50 mg/L 0,17-4,22 nmol/L.

Examen microscópico

Eritrocitos

La presencia de glóbulos rojos (GR) en la orina se denomina hematuria, esta se puede clasificar en hematuria microscópica que corresponde a la presencia de un número 5 de GR por campo. En la hematuria macroscópica, la presencia de cilindros hemáticos en la mayoría de los casos confirma su origen glomerular. La mayoría de las glomerulopatías presentan hematuria glomerular. Las causas más comunes de hematuria urológica (extraglomerular) son hipertensión pulmonar ,hipercalcemia, trombopenias, trastornos de la coagulación, salpingitis traumatismos renales, infección urinaria (IU), litiasis y tumores.⁴⁻³Normalmente se encuentran en muy poca cantidad (valores de referencia: 0 a 3 por campo.¹

Leucocitos

La orina normalmente tiene algunos leucocitos (valores de referencia: 0 a 4 por campo de alto poder). La mayoría de los leucocitos observados en la orina son polimorfonucleares neutrófilos que en la práctica no se diferencian .traducen un infección bacteriana del tracto urinario .la presencia de un número elevado de leucocito polimorfo nucleares en la orina se denomina piuria y está presente en casi todas las enfermedades infecciosas, tanto renales, como pielonefritis y glomerulonefritis como de vías urinarias como cistitis , prostatitis y balanitis.^{12,3}

En casos de leucocituria, es importante saber que los leucocitos pueden disminuir hasta un 50% al cabo de 2 a 3 horas después de haber tomado la muestra, si ésta se mantiene a temperatura ambiente, situación que con frecuencia se presenta en los laboratorios clínicos con grandes cargas de trabajo.¹³Las leucociturias son importantes en enfermedades inflamatorias de las vías urinarias, como en la uretritis, la cistitis y la pielonefritis, particularmente en las formas agudas³. También pueden verse en pacientes con procesos febriles, tumores de las vías urinarias y trastornos inflamatorios crónicos o agudos. En caso de que se observe leucocitosis sin bacteriuria debe pensarse en tuberculosis o en uretritis por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma*.



¿Qué es la **influenza** o **gripe A H1N1?**

**Es una enfermedad
respiratoria aguda
altamente contagiosa,
causada por un virus.**

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:



Lavado de manos

Use pañuelo y el antebrazo al estornudar o toser



CASOS CLÍNICOS

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



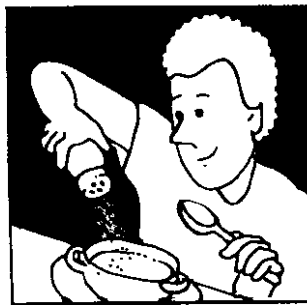
No Alcohol



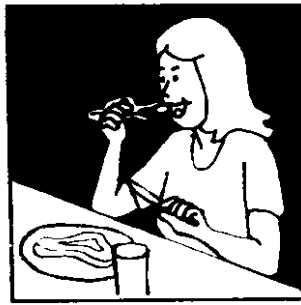
No Stress



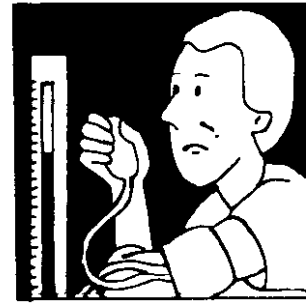
Evite Obesidad



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

ECTASIA Y TROMBOSIS DE LA RAMA DESCENDENTE ANTERIOR DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Sergio Sarita Valdez,* Seyla De los Santos,40** Elizabeth Polanco, **
Emma Vásquez,*** María Alonso.*

RESUMEN

La ectasia coronaria se define como la dilatación de un segmento de la arteria coronaria mayor de 1,5 veces el diámetro normal del vaso. Es una patología de rara presentación (incidencia 1,5% a 5%). Su etiología es mayormente la arteriosclerosis y su principal importancia clínica es la posibilidad de producir infartos por trombosis o espasmo y su ruptura. Se reporta un caso de ectasia de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda y se revisa la literatura.

Palabras claves: ectasia coronaria, aterosclerosis coronaria, trombosis, arterias coronarias.

ABSTRACT

Coronary artery ectasia is defined as the dilation of a segment of the coronary artery that reaches 1.5 times its normal size. It is an infrequent pathology with an incidence varying between 1.5% and 5%. Its main cause is atherosclerosis and from a clinical point of view its importance resides in the possibility of producing infarcts through thrombosis or spasm, and in its rupture. We report the case of a patient with ectasia of the anterior descending branch of the left coronary artery with a review of the literature.

Key words: coronary ectasia, coronary atherosclerosis, coronary artery, thrombosis.

INTRODUCCIÓN

La ectasia coronaria se define como la dilatación anormal de un segmento arteria coronaria con un diámetro de por lo menos 1.5 veces mayor que el diámetro normal de la arteria, siendo la derecha la más comúnmente afectada con una prevalencia de 60%.

La ectasia coronaria es un hallazgo angiográfico poco común cuya prevalencia tiene un rango de 1.2-4.9% (1,2). Es más frecuente en hombres que en mujeres con una proporción de 3:1. Los factores asociados a la etiología de esta enfermedad son: aterosclerosis, (más del 50% de los casos) anomalías

congénitas, enfermedades inflamatorias y del tejido conectivo. Existen hipótesis que también la asocian a la exposición prolongada de herbicidas.

La ectasia no es una condición benigna y aunque no está claro el pronóstico existe el concepto de que estos vasos dilatados predisponen a la formación de trombos, espasmos arteriales, disección espontánea, angina de pecho e infarto al miocardio (6). El tratamiento va dirigido a disminuir estos factores utilizando medicamentos como Warfarina, aspirina y diltiazem.

Presentamos el caso de una femenina de 34 años de edad con 38.6 semanas de gestación y antecedentes patológicos de hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio. La paciente manifestó angina de pecho muriendo súbitamente al tercer día. La autopsia evidenció una ectasia de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda.

REPORTE DE CASO

Se reporta un caso de femenina de 34 años de edad, G5P2C2A0, con embarazo de 38.6 semanas por fecha de última menstruación, con antecedentes de hipertensión arterial de larga data no tratada e infarto agudo al miocardio. Fue llevada de emergencia a un centro de salud con dolor torácico de 3 días de evolución.

En la sala de emergencia fue evaluada encontrándose TA: 140/100mmhg, FC: 72 l/m. Se quejó de mareo e inmediatamente desarrolló convulsiones tónico clónicas seguidas de paro cardiorespiratorio irreversible. La causa de muerte fue interpretada como eclampsia.

Al examen de autopsia el cadáver mostró cianosis periférica. La cavidad peri cardíaca contenía 15mls. de un líquido amarillento. Los pulmones eran edematosos con un peso de 750 grs. Derecho y 700 grs. el izquierdo. La rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda estaba dilatada midiendo 0.7 cm de diámetro (fig1). A los cortes se evidenciaba un trombo de 7.5 cm de longitud (fig2). Los cortes coronales del corazón mostraron áreas de infartos recientes a nivel del 1/3 anterior septum interventricular, cara inferior y posterior ventrículo izquierdo.

* Patólogo Forense.

** Residente de 3er año de Medicina forense.

*** Residente de 1er año de Medicina forense.

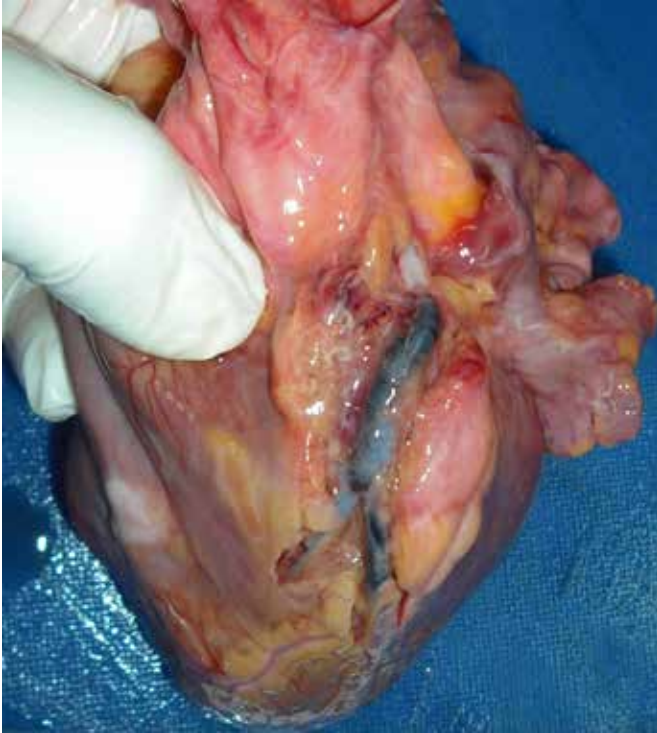


Figura 1. Se observa arteria coronaria descendente anterior marcadamente dilatada, ocupada por trombos.



Figura 2. Cortes coronales de rama descendente anterior, flecha que señala trombos en la luz del Vaso.

Microscópicamente: La rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda presentó un engrosamiento de la capa íntima y acumulación de lípidos entremezclados con cristales de colesterol, células espumosas, fibrina, y trombo con fases variables de organización.

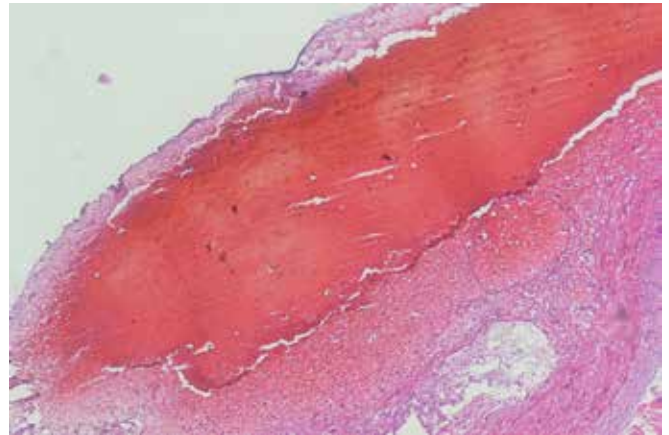


Figura 3. Microfotografía del vaso mostrando trombo en su luz.

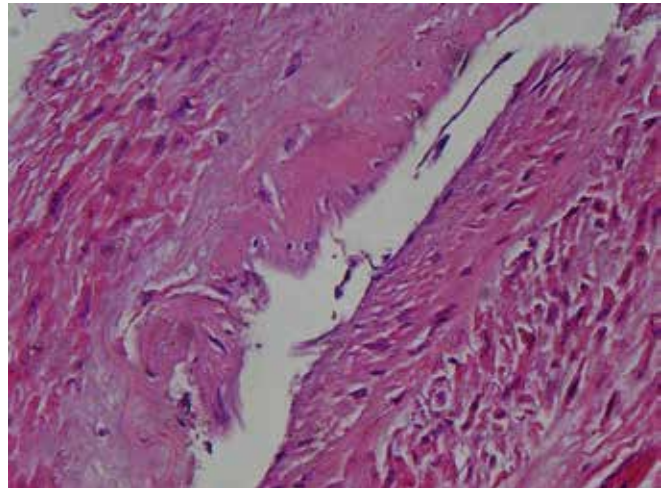


Fig. 4 Corte longitudinal del vaso mostrando un engrosamiento de la capa íntima y pérdida de continuidad de la membrana elástica interna por la aterosclerosis.

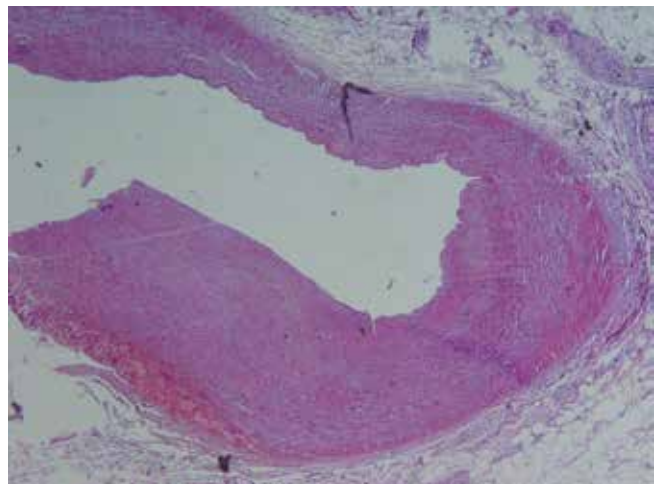


Fig. 5 Engrosamiento de las paredes del vaso por la placa de ateroma.

DISCUSIÓN

Se define ectasia coronaria (EC) como el aumento del diámetro de la arteria coronaria en más de 1.5 veces respecto al segmento sano adyacente. Esta condición fue descrita por primera vez por Bourgon en 1812 (5). El término ectasia fue introducido por Bjork en 1966. En 1976 Markis propuso un sistema de clasificación en donde se utilizó como parámetro, la extensión del compromiso de los vasos coronarios, el tipo I está representado por una ectasia difusa en 2 o más vasos, el tipo II ectasia difusa en 1 vaso y localizada, el tipo III ectasia difusa de un solo vaso, y tipo IV solo un compromiso localizado (1,4,5,6,7,12)..

Es más frecuente en hombres que en mujeres con una proporción de 3:1. Esta diferencia de género se atribuye a la baja incidencia de enfermedades de las arterias coronarias en mujeres. Se reporta una prevalencia de 1 a 5% en las coronariografías, pudiendo tener una distribución focal o difusa. La incidencia de ectasia coronaria en autopsias y estudios angiográficos varía entre un 0.3 y 4.7% (8). Si bien todas las arterias coronarias pueden ser ectásicas, en un 75% de los pacientes, solo un segmento está afectado.

Respecto a la etiopatogenia, se considera que más de la mitad de las ectasias coronarias se deben a aterosclerosis, pudiendo asociarse o no a lesiones obstructivas coronarias, otras patologías que la pueden provocar son las enfermedades del tejido conjuntivo, infecciones bacterianas, síndrome de Kawasaki, patologías secundarias a angioplastia coronaria, especialmente post-braquiterapia. En un estudio realizado por Befeler y col. se encontró que el 50% de los pacientes presento hipertensión arterial, por lo que se considera que esta entidad juega un papel importante en la patogénesis (11). Aunque esto aun no está comprobado se cree que esta condición puede acelerar la destrucción aterosclerótica de la media (Markis y col.) (12).

En ocasiones puede no existir una clara patología subyacente. Se ha reportado una asociación entre la ectasia coronaria y los aneurismas en otros territorios vasculares, lo que sugiere un mecanismo patogénico similar. (13)

Algunos autores sugieren que un posible desencadenante de la vasodilatación sería una sobre estimulación del endotelio por óxido nítrico, con aumento de la acetilcolina local. Además Finkelstein y col. sustentan la hipótesis de que existiría un incremento de las metaloproteinasas locales, provocando proteólisis de la matriz extracelular y alteración de la pared vascular (2).

La principal consecuencia de la dilatación coronaria es la alteración del flujo de llenado, con tendencia al estasis y posibilidad de trombosis. Está descrito la presencia de angina estable con pruebas funcionales positivas para isquemia miocárdica y angina inestable en pacientes con EC difusa sin enfermedad aterosclerótica coexistente. Algunos mecanismos por los cuales se provocaría la disminución del aporte de oxígeno al miocardio, serían el vaso espasmo y la trombosis con microembolización distal.

El estudio microscópico de las ectasias muestra un extenso

daño estructural de las diferentes capas del vaso, en particular de la media e íntima; la severidad de estos cambios se encuentra relacionada al diámetro de la ectasia coronaria (2). Se encuentran hallazgos similares a la aterosclerosis coronaria (depósitos lipídicos, células espumosas y capa fibrosa.). Existe hialinización y degeneración de la media que resultaría de una inflamación vascular crónica.

El diagnóstico no invasivo puede establecerse por eco cardiografía, tomografía computarizada y resonancia magnética; la referencia estándar para el diagnóstico es la angiografía coronaria que proporciona información sobre el tamaño, forma, localización y número de la ectasia.

El manejo se basa en el abordaje médico, quirúrgico e intervencionista. Todos los pacientes deben recibir una monitorización agresiva de los factores de riesgo coronario. Las terapias antiplaquetarias y de anticoagulación son razonables para evitar los fenómenos tromboembólicos. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) pueden ser útiles en la supresión de la progresión de la ectasia arterial coronaria. Algunas estatinas pueden ser beneficiosas al inhibir la actividad de MPM-3 y suprimir la expresión de otras MPM.

El pronóstico de esta lesión permanece aún desconocido siendo peor para aquellos con lesiones ateroscleróticas, la mortalidad varía de 6-15% y ha sido atribuida a la ruptura de aneurisma o infarto al miocardio. La indicación de revascularización (quirúrgica o percutánea) para los pacientes con lesiones ateroscleróticas asociadas son las mismas que para los pacientes sin ectasia.

En conclusión la ectasia coronaria es un hallazgo angiográfico poco común; es causa de síndrome coronario agudo y aunque su etiología es campo abierto a la investigación, se reconocen múltiples factores causales. Es un diagnóstico poco sospechado en pacientes con angina de pecho.

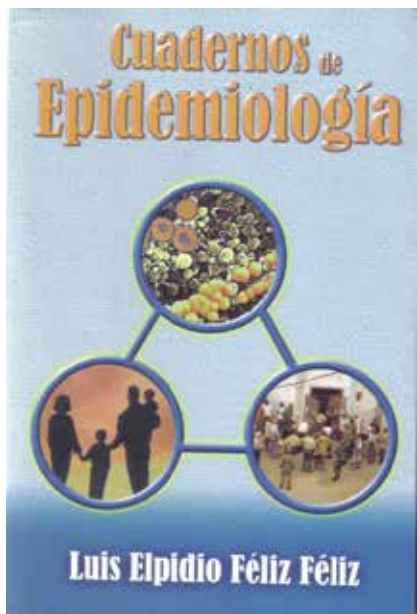
En nuestro caso la ectasia coronaria fue un hallazgo incidental de autopsia; siendo este el primer caso de este tipo en nuestra institución. Similar a lo descrito en la literatura, la etiología es aterosclerótica, presentándose en la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda en contraste con los casos reportados en otros estudios, donde se observó en la arteria coronaria derecha. Se recomienda hacer una correcta disección del corazón y sus grandes vasos para evitar posibles confusiones en la interpretación diagnóstica. Estudios futuros permitirán aclarar la patogenia y pronóstico de esta rara entidad.

REFERENCIAS

1. Ramappa P, Kottam A, Kuivanemi H, Thatai D: Coronary Artery Ectasia- Is it time for a reappraisal? Clin. Cardiol. 2007; 30, 214-217
2. Finkelstein A, Michowitz Y, Abashidze A, Miller H, Keren G, Geroge J: Temporal association between circulating proteolytic, inflammatory and neurohormonal markers in patients with coronary ectasia. Elsevier, 2005; vol. 179, 353-359.
3. Takahashi K, Ohyanagi M, Kiyomitsu I, Tateishi J:

- Clinical course of patients with coronary ectasia. Cardiology, 1999; 91:145-149.
4. Ramappa p, et at: Clin Cardiol 2007; 30: 214-217.
 5. Csp L, Kt H, Coronary artery ectasia: A ten-year experience in a Tertiary Hospital in Singapore, ann. Acd of Med, 2004; 33:419-22.
 6. Sorrel VL, Davis MJ, Bove AA, Current knowledge and significance of coronary artery ectasia: a chronological review of the literature, recommendations for treatment, possible etiologies and future considerations. Clin Cardiol 1998; 21:157-60.
 7. Demopoulos V, Christopher O, Constantine F. Pissimissis E, Economides N, et al, The natural history of aneurysmal coronary artery disease. Heart, 1997; 78: 136-141.
 8. Perlman P, Ridgeway M, Thrombosis and anticoagulation therapy in coronary ectasia: Clin. Cardio. 1989 12, 541-542.
 9. Hartnell G, Parnell B, Pridie R: Coronary artery ectasia its prevalence and clinical significance in 4993 patients. Department of radiology. 1985; 54: 392-5.
 10. Kumar S, Tommaso C, Diazumba S, Gardin J: Myocardial Infarction and coronary ectasia in idiopathic mitral valve prolapse syndrome. Arch Intern Med 1980; 140: 1384-1386.
 11. Befeler B, Aranda J, Embi B, Francis L, Mullin B, et al: Coronary Artery Aneurysms, study of their etiology, clinical course and effect on left ventricular function and prognosis: 1976 The American Journal of Medicine. 597-607.
 12. Markis JE, Joffe CD, Cohn DJ, Herman MV, Gorlin R, clinical significance of coronary arterial ectasia. Am J cardiol 1976; 37: 217-22?
 13. Daoud AS, Pankin D, Tulgan H, et al; Aneurysms of coronary artery, Am J Cardiol 1963; 11:228-237.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Cuaderno de epidemiología

Autor: Dr. Luis Elpidio Féliz

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

ESPLENOMEGALIA GIGANTE POR PSEUDO QUISTE ESPLÉNICO.
PRESENTACIÓN DE CASO

Ramón A. Camejo Reyes,* Rodolfo Soto Ravelo,* Cristina A. Paulino Ortiz,** Elvin Valdez, ** Deyacaira Márquez.***

RESUMEN

Los quistes del bazo como causa de esplenomegalia son extremadamente raros pero no excepcionales. Dentro de ellos los secundarios o pseudoquistes son los más frecuentes y más informados en la literatura. Sus formas de presentación son muy variables y oscilan entre dolor abdominal intenso y presentación asintomática. El tratamiento también es muy controversial y varía desde técnicas mínimamente invasivas hasta la esplenectomía total. En nuestro centro ingresó una paciente con el diagnóstico de pseudoquiste de páncreas, que una vez estudiado resultó ser un pseudoquiste esplénico. El objetivo de este trabajo es exponer todos los elementos concernientes a esta paciente, a fin de dar a conocer los estudios, hallazgos quirúrgicos y resultados anatomopatológicos.

Palabras claves: Esplenomegalia, bazo, quiste y pseudoquiste.

ABSTRACT

Cysts of the spleen as a cause of splenomegaly is extremely rare but not exceptional. Among them the side or pseudocysts are the most frequent and reported in the literature. Their forms of presentation are highly variable, ranging from severe abdominal pain and asymptomatic presentation. Treatment is also very controversial and varies from minimally invasive techniques to total splenectomy. In our center, a patient admitted with the diagnosis of pancreatic pseudocyst, who once studied proved to be a splenic pseudocyst. The aim of this paper is to present all the information concerning this patient, to publicize the study, surgical findings and pathologic results.

Keywords: splenomegaly, spleen, cyst and pseudocyst.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos primarios de origen no parasitario

*Médico General

**Residentes de Pediatría

***Residente de Cirugía Pediátrica

son una rareza clínica, a pesar de ser, junto con los quistes de origen traumático, las lesiones esplénicas de tipo quístico más frecuentes. Incidencia reportada en la literatura menos de 1000 casos reportados en toda la literatura mundial. Dentro de este grupo de quistes esplénicos no parasitarios destacan los de origen epitelial, en los cuales la pared interna está formada por un epitelio estratificado con una diferenciación mixta, escamosa y columnar. Las manifestaciones clínicas de este tipo de lesiones son atípicas y muy variables, y en general poco frecuentes. Su forma de presentación clínica varía desde ser un hallazgo incidental en el curso de otras investigaciones hasta una esplenomegalia gigante e incluso pueden iniciarse de forma aguda por rotura, hemorragia o infección. El diagnóstico se basa en técnicas de imagen como la ecografía o la tomografía axial computarizada.

La mayoría de las controversias sobre el tema se refieren a la actitud terapéutica ante este tipo de lesiones. Sobre la base de que son tumores benignos, algunos autores proclaman la utilización de medidas mínimamente invasivas, como el drenaje percutáneo y la inyección intraquística repetida de sustancias como las tetraciclinas. Los resultados de este tratamiento son desalentadores, pues la reacumulación temprana de líquido en la cavidad quística es prácticamente la norma. Los autores atribuyen este relleno precoz no solo a la secreción de las células epiteliales, sino también a la influencia de los sinusoides esplénicos. La descapsulación parcial es para otros autores un tratamiento quirúrgico adecuado, pues preserva la función esplénica y presenta un bajo índice de recurrencia.

La esplenectomía parcial es el tratamiento ideal, sobre todo en pacientes pediátricos, por la repercusión que la esplenectomía total tiene a estas edades. Por último, la esplenectomía total parece que continúa siendo la mejor opción terapéutica para los quistes esplénicos de origen epitelial, principalmente en lesiones de tamaño moderado, con afectación del hilio esplénico y en pacientes adultos en los cuales la esplenectomía total, con un seguimiento médico adecuado, no aumenta de manera objetiva la tasa de complicaciones infecciosas.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 13 años de edad, con antecedentes de amigdalitis desde los 2 años, para lo cual ha llevado tratamiento con penicilina benzatinica. Hace 4 meses presenta distensión abdominal por la cual acude a centro de gastroenterología y comienzan a estudiarla y diagnosticar pseudoquiste pancreático, tratada con drenaje hace aproximadamente 2 meses la cual no mejoro y es enviada a la consulta de cirugía pediátrica y se decide su ingreso con el diagnóstico de pseudoquiste pancreático.

La exploración clínica general no mostraba ningún hallazgo patológico. El examen del abdomen demuestra una gran tumoración que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo. No es dolorosa a la palpación; tiene bordes no precisados; es movable y de consistencia firme. Mide aproximadamente 16 x 16 cm.

Foto 1: Masa Abdominal



Complementarios positivos:

- Ultrasonido abdominal: Hígado, riñones y bazo de características normales. En la proyección del estómago se observa una imagen compleja que mide 70 mm x 50 mm, es predominantemente ecogénica y puede estar en relación con la cola del páncreas. ID: Quiste de la cola del páncreas.
- Tomografía computadorizada de abdomen: Presencia de una gran imagen redondeada de hipodensa, de densidad líquida, mide 7uh, con medidas aproximadas de 18.6x14.2 cm y cráneo caudal mide 19cm, el cual esta desplazándolas estructuras vasculares hacia el lado contra lateral, así como cabeza y cuerpo del páncreas, asas intestinales; anterior y superiormente la cavidad gástrica y el bazo, posterior e inferior el riñón izquierdo, la misma está condicionando elevación del hemidiafragma izquierdo. Riñón derecho de forma, tamaño y situación normales. ID: Pseudoquiste pancreático.

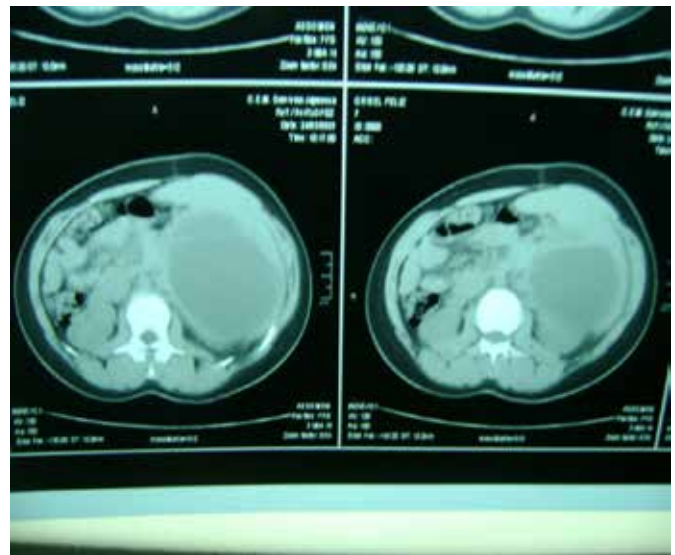


Foto 2: TAC Abdominal Pseudoquiste Pancreático

Se decide llevar a la sala de cirugía con el diagnóstico preoperatorio de pseudoquiste pancreático. Se realiza una laparotomía exploradora encontrando un gran tumor mixto (quístico y sólido) a expensas del polo inferior del bazo, se aspiran 2500cc de líquido de color verdoso dentro de la cavidad del quiste por lo que se realiza esplenectomía total.

Se recibe el resultado de anatomía patológica, que informa un pseudoquiste esplénico epitelizado con marcada congestión y hemorragia sin evidencias de malignidad. El órgano pesó 340g y mide 19x12.8x4.6cms. La paciente evoluciona satisfactoriamente y se egresa a los 5 días. El diagnóstico definitivo fue de pseudoquiste esplénico.

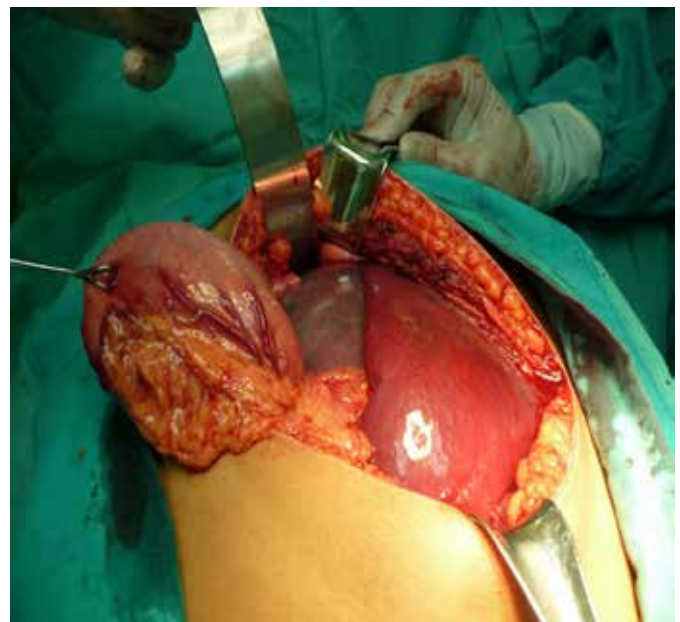


Foto 3. Tumor mixto polo inferior del bazo



Foto 4. Pseudo Quiste Esplénico luego de aspiración



Foto 5. Muestra patológica

DISCUSIÓN

Los quistes esplénicos se dividen en primarios o secundarios según la clasificación de Martín:

a) Verdaderos o primarios:

- Parasitarios.
- No parasitarios. Pueden ser congénitos o adquiridos (estos últimos de origen traumático o neoplásico).

b) Pseudoquistes o secundarios.

Los primarios o verdaderos son aquellos que tienen un revestimiento epitelial en su pared. Pueden ser asintomáticos o producir ligeras molestias abdominales. Se diagnostican con más frecuencia en niños y adultos jóvenes. Rara vez se complican. Los congénitos pueden ser el resultado de inclusiones durante el período embrionario de células epiteliales o mesotelio dentro del parénquima esplénico. Los quistes adquiridos (traumáticos) son resultado de pequeñas dehiscencias en la cápsula esplénica con inclusión y atrapamiento de mesotelio dentro del bazo. Este mesotelio puede sufrir posteriormente una metaplasia escamosa.

Los quistes secundarios o pseudoquistes carecen de revestimiento celular (epitelial o mesotelial) y están constituidos por una pared fibrosa colagenizada y un contenido hemático con detritus celulares. Son 5 veces más frecuentes que los verdaderos. Se cree que pueden ser consecuencia de traumatismos contusos previos sobre el abdomen, que producen una hemorragia intraparenquimatosas que se encapsula posteriormente, o un hematoma subcapsular que posteriormente sufre licuefacción rodeado por una pared fibrosa y degradación de los eritrocitos. Otros autores plantean que son consecuencia de degeneración quística de lesiones esplénicas preexistentes (hemangiomas, hamartomas) o bien son simplemente quistes epiteliales que han perdido su epitelio de revestimiento.

Tanto los quistes primarios como los pseudoquistes suelen tener un gran tamaño cuando se diagnostican (10 cm). El crecimiento que experimentan puede ser producto de hemorragia intraquística o el resultado de un gradiente osmótico hacia el interior del quiste (favorecido por la presencia de cristales de colesterol y detritus celulares).

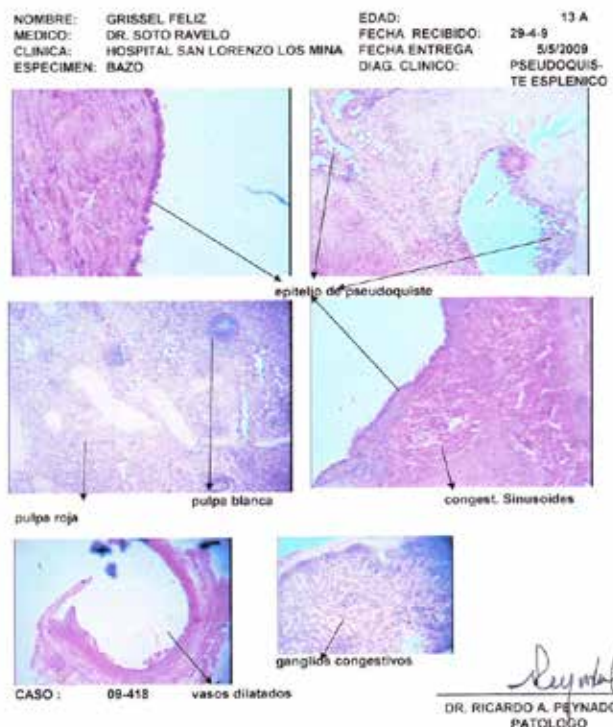


Foto 6: Reporte patología

REFERENCIAS

1. Holland AJA, Ford WDA, Bourne AJ. Conservative Surgery for benign non-parasitic splenic cysts. *Pediatric Surge Int.* 1997; 12 (5/6): 353-355.
2. Yoshikane H, Suzuki T, Yoshioka N. Giant splenic cyst with high serum concentration of Ca 19.9. Failure of treatment with percutaneous transcatheter drainage and injection of tetracycline. *Scand J Gastroenterology.*

- 1996, 31 (5): 524-526.
3. Touloukian RJ, Maharaja A, Ghossoub R, Reyes M. Partial encapsulation of splenic epithelial cysts: studies on etiology and outcome. *J Pediatric Surg.* 1997, 32 (2): 272-274.
 4. Dillemans B, Mottrie A, Decoster M, Gruwez JA. Epidermoid cyst of the spleen. *Act Chir Belg.* 1993, 93 (6): 265-267.
 5. Sánchez López JD, Cerquella Hernández C. Quiste epitelial esplénico y elevación sérica del Ca 19.9. *Arch Cir Gen Dig.* 1998. [En línea] Consultado: 12/05/2006. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/1998-05-12/1998-05-12.htm>

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.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

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

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirla en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-Sanabia F, Carrera M, Hernández-Gutiérrez, AA, Javier D, Hiraldo-Zabala F, López VR, Comportamiento de colesterol y triglicéridos en pacientes hospitalizados. Rev Med Dom 1992; 53(4): :120-3.

Tesis: Montero HR, Miniel-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se remitian ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, 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".