

Revista Médica Dominicana

Vol. 73

Mayo/agosto, 2012

No. 2

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 *International Standard Serial Number* con el número DR-ISSN 0254-4504 y en el *Index Medicus* Latinoamericano.

Circulación: 500 ejemplares

Diagramación e impresión:
EDITORA ALMONTE, S.A.
Tel. 809.531.2644
Miguel Angel Monclús No.464
Bella Vista, Distrito Nacional, R.D.

© 2012

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dra. Amarilis Herrera.

EDITOR

Dra. Bartolina Romero.

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.

Dra. Dulce Chain, MSP.

Dr. Fernando Contreras, Gastroenterólogo.

Dr. Milton Cordero, Gineco-Obstetra.

Dr. Marcos Espinal, PhD, WHO.

Dra. Elizabeth Gómez, PhD.

Dr. Jesús Feris Iglesias, Pediatra
infectólogo.

Dr. Edy Pérez Then, PhD.

Dr. Rubén Darío Pimentel, Pediatra
Neumólogo, MHP.

Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón,
Pediatra hematólogo.

EX-EDITORES

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



COLEGIO DE MÉDICOS DOMINICANOS

Ley 68-03

Junta Directiva Nacional 2011-2013

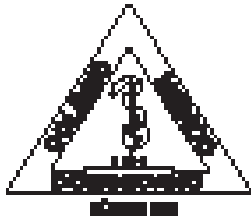
Dra. Amarilis Herrera	Presidente
Dr. Moisés Ayala	1er Vicepresidente
Dr. Alexander Luciano	2do Vicepresidente, Presidente Sociedades Especializadas
Dr. Ramón Acosta Robles	3er vicepresidente-Pte. de Soc. Especializadas
Dra. Ines Brayan	Sec. General
Dr. Rafael De los Santos	Sec. Finanzas
Dra. Kirsy Martínez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

Listado Presidentes Regionales: 2011-2013

Regionales	Presidente/a
Regional del Distrito Nacional	Dra. Yuberlky Aquino
Regional Norte	Dra. Pura Gangtier Rosado
Regional Sur	Dr. Manuel Antonio Hilario Acevedo
Regional Este	Dra. Thelma Núñez Rodríguez

Invitados Permanentes

Agrupación Médica IDSS	Dr. Rafael Sandoval
ARS-CMD	Dra. Alma Bobadilla



CONTENIDO

EDITORIAL

5. 31 De Mayo de 2012: Día Mundial contra el Tabaquismo.
Rubén Darío Pimentel

TRABAJOS ORIGINALES

9. Valoración nutricional en pacientes con neoplasias malignas estadio IV del Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter. *Nathalia Caridad Montero Cruz, Emely Yesenia Hernández Mateo, Eliana Reyes Marte, Patricia Norelis Carcaño De los Santos, Katerine Reyes Pérez, Miguel Cotes.*
15. Frecuencia de circuncisión por fimosis en paciente mayores de 30 años asistidos en el departamento de urología del Hospital Dr. Francisco E. Mocosó Puello. *Mirian Valdez García, Aura Sumaya Acosta Espinosa, Anny Margarita Santana Mejía, Bienvenida Lemos, Ángela Monserrat.*
19. Reanimación cardiorespiratoria en recién nacidos. Hospital de la Mujer Dominicana. *José A. Félix Jiménez, Marcela Maldonado Candelario, Leidy Laura Ramírez Del Rosario, Esmelyn Odalis Santiago Roa, Sory Javier.*
23. Frecuencia de los niveles de Triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos post tratamiento con metimazol, Hospital Dr. Antonio Musa, en el periodo Enero-Diciembre 2009, San Pedro de Macorís, República Dominicana. *Miguel Moises Matos, Luis Emmanuel Peña Soriano, Denia Carpio De la Rosa, Lidia Patricia Polanco González, Lorraine Fernández Vargas, Manuel Ulises Mazora.*
29. Conocimiento sobre lactancia materna de adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina. *Cinthia Felicia Beltré Matos, Yulis De Oleo D'Oleo, Yaumeris Yoneidy Batista Alcántara, Yudelka O, Ortega Rivas, Dagmary Leta Ozuna.*
33. Evolución de la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Severino Amparo, Aybar Nicasio, Castillo, Idelys, Almonte, Adalgisa, Castillo, Evangelina.*
37. Trastorno mental por violencia intrafamiliar en pareja con diferencia de edad mayor de 15 años. *Rafaelina Vallejo Tita Ironelys Porte Verihuepe, Ana María Vallejo, Gutty Alfonsina Fernández Azcona, Greyniyer Antonia Paulino Cordero.*
41. Complicaciones de las quemaduras térmicas de segundo y tercer grado en pacientes atendidos en la unidad de quemados Pearl F. Ort de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar. *Franklyn M. Sosa Contreras, José M. Rodríguez Quezada, Dioni Rodríguez Encarnación, Pricila Aimee Santana Trinidad, Cinthia Beltré Matos.*
45. Frecuencia de infecciones respiratorias agudas en la clínica de atención primaria las guaranas, San Francisco de Macorís, República Dominicana. *Dilkis Esmeralda Santana Carbuccia, Rosalía Sánchez Encarnación, Rosi Y. Cabrera, Joan Nicolás Martínez Herrera, Mercedes Esther Guzmán Pérez.*
47. Prevalencia de hepatitis B en embarazadas asistidas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Enma Dolores Lantigua Fernández, Liana Caturca Batista Villamán, Yessenia Acosta Alcántara, Maraisis Brito Jiménez, Deyanira Antonia Castillo Segura.*
51. Ventajas y complicaciones del bloqueo dorsal alto versus bloqueo de plexo branquial para cirugía de miembros superiores. Hospital Salvador B. Gautier. *Evelyn Altagracia Estrella, Candelaria Peña Ramírez, Nélsida María Rodríguez Pita, Margarita De Moya, Félix Antonio Jiménez.*
55. Nivel de conocimiento sobre cólera en habitantes del barrio el Manguito, Mata Hambre. *Mildred Rondón Paulino, Dominga Francisca Abad De Arvelo, José Amado Rodríguez González, Madelin C. Brito Alc., Wendy Gómez Pineda.*
59. Calidad de los servicios asistenciales en la unidad de hemodiálisis, Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Brenda Lee Sánchez Vásquez, Yohanklyn Mateo Cipión, Raquel Rosario Beltré, Esther Alcántara Terrero, Marco Rosado, Ruth Agüero de Robles.*
65. Factores o entidades clínicas de morbilidad más frecuentes en la Unidad de Atención Primaria las Floridas de Higüey. *Ángela María Santana Núñez, Rosandy Santana Morla, Juan Manuel del Rosario, Leticia Rodríguez Castro, Ana C. Padua, Angel Moronta.*
67. Frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético. Hospital Dr. Francisco E. Mocosó Puello. *Kely K. Turbi Mella, Carolina Scheker, Solenni W. Morel Villar, Lorraine B. Hernández, Johana Peña, Iván E. Rosario Benítez, Jorge Asjana David.*
71. Seguimiento de la planificación familiar pos parto en Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina. *Aydely M. De la Rosa Jimenez, Jensor A. Cordero De la Rosa, Brenda G. De León García, Judit Vargas Pérez, Anny B. Vargas Pérez, Eladio De la Rosa, Ruth Agüero de Robles.*
75. Valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, Distrito Municipal Capotillo. *Rafael Montero, Emelinda del R. Tejada R, George A. Matos F, Katia E. Méndez Z, Eraida M. Montilla C, Juan C. R. Lee V.*
79. Diagnóstico histopatológico y tratamiento en las pacientes con sospecha de hiperplasia endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana. *Virginia Jimenez Carpio, Ana Welkis Then Morillo, Yudit Esther Nunez Polanco, Wayni Ebenezer Ramirez Fermin, Noemi Guerrero.*
83. Frecuencia de parásitos en los pacientes que asisten a la Clínica Rural Fundación. *Denys malemy Báez Pusan, Indhira del Orbe García, Ilsa Esther Pineda Cuevas, Katlien Yoseppi Pérez Féliz, Santa Aidesys Féliz Peña.*
87. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas asistidas en la Maternidad del Hospital Juan Pablo Pina. *María Medina De Los Santo, Nancy Duvergé Corporán, Bethania Rodríguez Brea. Gilbert Cooperan García, Edward Antonio Alcántara Matos, Esthel Montero Toledo.*
91. Uso de terapias alternativas en usuarios con cáncer que asisten al Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter. *Sarah Melissa Rivera Thomas, Jesús David Disla Clark, Erika Esther Sánchez Jiménez, Ma. Ana Isolina De La Cruz.*

99. Grado de deshidratación clínica relacionada con gastroenteritis aguda en niños de 1 a 14 años de edad en la Unidad de Atención Primaria: Los Maestros, Montecristi. *Loryart Marte Grullón, José Alfonso Gómez González, Karla Michelle Sánchez Rojas, Joanna Rodríguez Velez, Freyris Carminia Thomas Lora*
101. Características clínica de la sífilis congénita en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. 2000-2004. *Clemente Terrero, Irian Acero Valenzuela, Nataly Altagracia Terrero Carvajal, Eva Isabel Terrero Carvajal, Cristian Taveras.*
105. Prevalencia de mamoplastia de aumento en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP). *Severo Antonio Mercedes Acosta, Tania Medina Collado, Ángela Montes De Oca, Massiel Fernández, Glorinil C. Mercedes German.*
111. Experiencia del equipo de cirugía plástica del hospital dr. Salvador B. Gautier durante el terremoto de Haití de 2010. *Severo Antonio Mercedes Acosta, Manuel Díaz Guzmán, Rafael Estévez Hernández, Glorinil C. Mercedes German.*
115. Enfermedades respiratorias prevalentes en la consulta de Neumología del Hospital Infantil Robert Reid Cabral. *Aimee Abréu Bretón, Misael de la Cruz Almánzar, Jhomely Báez Marmol, Margarita Rodríguez Alcántara, Isaury Fulgencio Jáquez.*
117. Frecuencia de Convulsiones en Niños menores de 15 Años en la zona urbana del Municipio de Baní. *Luis Andújar Haché, Jeockelin Medina Merán, Indhira Mendoza García, Rubén Darío Pimentel.*

CASOS CLINICOS

127. Síndrome Pos-Polio reporte de caso y revisión de la literatura. *Betzaida Karina Núñez Vélez, Carmen L. Vélez Del Rosario, Mercedes Morales Castro, Domingo Vásquez.*
131. Complicaciones cardiovasculares en pacientes con Diabetes Mellitus a Propósito de un Caso. *Elizabeth Mejía, Alba Hidalgo, Julio César Altamirano.*
135. Diálisis temporal inferior en el adulto joven: a propósito de un caso. *José T. De la Mota, Dorian Jiménez Ferreira, Aderina Maldonado Tapia, Rosina Negrin.*
137. Septicemia a histoplasma capsulatum: a propósito de un caso. *Chabela Peña, Porfirio García, Dra. Hilma Coradín, Dra. Josefina Fernández, Michelle Burgos, María del Pilar Rojas.*
143. Versatilidad del colgajo miocutáneo de pectoral mayor para reconstrucción de cabeza y cuello. *Severo Mercedes Acosta, Ramón Sabala, Héctor Herrand, Australia fragoso, Argeny Mercedes.*
149. Satisfacción de los usuarios que asisten a la consulta externa del centro de gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. *Randia Pérez, Mirna Font-Frías.*

INFORMACION PARA LOS AUTORES

31 DE MAYO DE 2012: DÍA MUNDIAL CONTRA EL TABAQUISMO.

Rubén Darío Pimentel*

El 31 de mayo de cada año la OMS celebra el Día Mundial sin Tabaco, cuyo objetivo consiste en señalar los riesgos que supone el consumo de tabaco para la salud y fomentar políticas eficaces de reducción de dicho consumo. El consumo de tabaco es la segunda causa mundial de muerte, tras la hipertensión, y es responsable de la muerte de uno de cada 10 adultos.

La Asamblea Mundial de la Salud instituyó el Día Mundial sin Tabaco en 1987 para llamar la atención mundial hacia la epidemia de tabaquismo y sus efectos letales. La celebración de este día es una oportunidad para destacar mensajes concretos relacionados con el control del tabaco y fomentar la observancia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El consumo de tabaco es la principal epidemia prevenible a la que se enfrenta la comunidad sanitaria.

Cada año se producen casi cinco millones de muertes por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas con motivo de la celebración del Día Mundial sin Tabaco. 4,9 concretamente en el 2002.

La OMS también facilita otros datos: al año fallecen en el mundo cuatro millones de personas por culpa del tabaco. Para la década del 2020 o 2030, el número de víctimas relacionadas con el tabaquismo que podrían evitarse alcanzará los 10 millones de muertes al año.

Además, el informe de la OMS recuerda que el 70 por ciento de estas muertes se produce en los países desarrollados, donde el consumo de tabaco está aumentando espectacularmente.

«El impacto extremadamente negativo del consumo de tabaco sobre la salud mundial es la principal razón para destinar un soporte económico adecuado a la lucha contra el consumo de esta sustancia a nivel internacional».

Una estrategia global

Para luchar contra este problema, hace falta un movimiento internacional, que la OMS trata de liderar a través del proyecto *The Tobacco Free Initiative*, creado por la directora general de este organismo, Gro Harlem Brundtland, en 1998.

El objetivo es coordinar y promover una estrategia global para responder a esta tendencia socio sanitaria. La misión a largo plazo de los distintos gobiernos, recuerda la OMS, se estableció de cara a reducir la prevalencia en el consumo de tabaco en todos los países y en función de los distintos grupos sociales, así como el catálogo de enfermedades derivadas del hábito.

Cada día se fuman en todo el mundo nada menos que 15

billones de cigarrillos (uno de cada tres se fuma en China) y las estimaciones de la OMS apuntan a que en los próximos años se producirá un significativo aumento de esta cifra debido al crecimiento de la población mundial. República Dominicana se sitúa en el grupo de países con un consumo intermedio de tabaco por persona.

Aunque la gente consume tabaco desde hace siglos, los cigarrillos solo comenzaron a fabricarse en serie y en grandes cantidades en el siglo XIX. Desde ese momento, el hábito de fumar cigarrillos se extendió por todo el mundo a escala masiva. Hoy, uno de cada tres adultos fuma, lo que equivale a 1 100 millones de personas. De ellas, alrededor del 80 por ciento viven en los países de ingreso medio y bajo. En parte debido al crecimiento de la población adulta y en parte por el incremento del consumo, se prevé que la cantidad de fumadores alcance los 1 600 millones en el año 2025.

Por otra parte, se informa que el año pasado (2011) el consumo de cigarrillos mató a casi 6 millones. El 80 por ciento de estas muertes ocurrieron en los países de bajo y mediano ingresos, además se informa que más de 43 mil millones de cigarrillos se han producido y consumido en los últimos 10 años, cifra que se ha incrementado en 16,5 por ciento en este período.

También evidencia que en el 2010, seis compañías cigarreras en Estados Unidos de Norteamérica obtuvieron 35,1 billones de dólares de ganancias, equivalente a lo ganado por la Coca Cola, Microsoft y Mc Donald's en el mismo año.

El tabaco –la OMS- es la primera causa de muerte en China, en donde se contabilizan 1,2 millones de decesos anualmente, y se estima que esta cifra aumente a 3,5 millones para el 2030.

Judith Mackay, Hana Ross y Michael Eriksen, señalan que desde la publicación de la primera edición de su Atlas hace una década a la fecha, el número de muertes globales causadas por el tabaco se triplicó de pasar de 2,1 millones a casi 6,1 millones de muertes.

Estas cifras fueron presentada a los medios de comunicación que acudieron a un congreso celebrado en Singapur, por Christopher Hansen, presidente de la Sociedad Americana del Cáncer y John Seffrin, de la Oficina Ejecutiva de esta misma agrupación, así como Peter Baldini, de la Fundación Mundial Lung.

El Atlas del Tabaco señala que la prevalencia en el consumo de tabaco es alta en hombres y en mujeres. Sin embargo, la tasa se ha incrementado en mujeres particularmente jóvenes en muchos países, la República Dominicana es uno de ellos.

Adicionalmente, que la mujer se convierte en una víctima secundaria por la exposición del humo de tabaco en países en donde la prevalencia del consumo es alta por parte de los

*Pediatria neumólogo, MHP. Jefe departamento de Investigación. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

hombres.

A nivel mundial, murieron 600 mil personas que estuvieron expuestos involuntariamente al humo de tabaco (OMS). Los dominicanos se sienten molestos por el humo ajeno dentro de un espacio cerrado es más bajo que en otros países, sólo el 30 por ciento (mientras que en Italia es el 60 por ciento y el 76 por ciento en Portugal). También los ex fumadores dominicanos parecen más resignados, sólo le molesta al 17 por ciento de ellos y el humo incluso molesta a los fumadores (el 3% de ellos así lo declara).

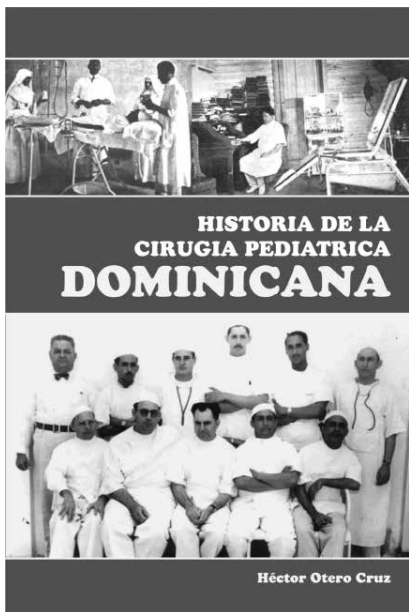
En la República Dominicana se ha experimentado una disminución significativa del consumo de cigarrillo en los últimos 10 años, de un promedio de 38,2 a 20,6 por cientos, sin embargo, se ha observado un incremento en la mujer, así como un inicio precoz en los niños, responsabilizándose esta precocidad a los conflictos familiares y a situaciones estresantes como violencia intrafamiliar por ejemplo.

La Ley antitabaco no se cumple en su totalidad. A pesar de que existe un aviso para no vender cigarrillos a menores en todos

los negocios, un 52 por ciento de los fumadores afirma haberla infringido al menos una vez en el mes. De igual manera, los escenarios que más frecuentemente incurren en infracciones son las oficinas públicas, los bares y las discotecas. Parece que el cumplimiento se torna habitual con el tiempo: por ejemplo, únicamente el 2,5 por ciento de los fumadores dominicanos reconocían haberse saltado la norma dentro de un hospital en 2000, y en la actualidad lo hace ya el 18 por ciento.

Uno de los argumentos más mencionados a la hora de persuadir a los fumadores de dejar el cigarrillo, además de las consecuencias en términos de salud, se relaciona con el gasto que implica mantener el hábito. Un estudio llevado a cabo en el Distrito Nacional, en la provincia Santo Domingo y en el municipio de Boca Chiva, reveló en el 2011, que los fumadores invierten 28,5 por ciento de su salario en mantener el hábito de fumar (cuando ganan salario mínimo), mientras que su inversión en consumo de cigarrillos es de 4,5 por ciento (cuando su salario es superior al mínimo).

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.

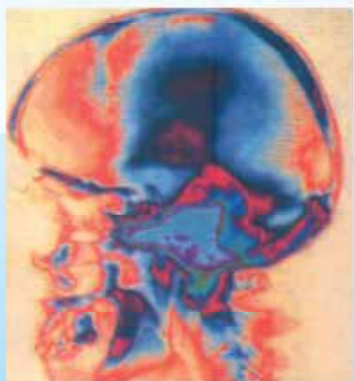
TRABAJOS ORIGINALES



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

Servicios

- *Laboratorio Clínico*
- *Rayos X*
- *Mamografía*
- *Tomografía*
- *Electrocardiograma*
- *Sonografía Abdominal*
- *Sonografía Pélvica*
- *Doppler Vascular Periférico (Carótidas y Miembros)*
- *Plestimografía por Impedancia*
- *Ecocardiografía*
- *Prueba de Esfuerzo*
- *Monitoreo Electrocardiográfico Ambulatorio (Holter)*
- *Monitoreo Ambulatorio Presión Arterial (MAPA)*
- *Prueba de Función Pulmonar (Espirometría)*
- *Broncoendoscopia*
- *Endoscopia Digestiva*
- *Electroencefalograma (estudio del Cerebro)*
- *Colposcopia*



Av. Independencia No. 406, Gazcue • Tel.: (809) 689-4136 / 682-7175
Fax: (809) 221-8817 • Apartado Postal 20129 • Santo Domingo, República Dominicana
E-mail: dmssiglox1@hotmail.com

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS ESTADIO IV DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO DOCTOR HERIBERTO PIETER.

*Nathalia Caridad Montero Cruz,** Emely Yesenia Hernández Mateo,* Eliana Reyes Marte,* Patricia Norelis Carcaño De los Santos,* Katerine Reyes Pérez,* Miguel Cotes.*****

RESUMEN

Se trató de un estudio descriptivo, de corte transversal y de fuente prospectiva de información, en el cual se valoró el estado nutricional en pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas estadio IV, ingresados en el Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter durante el período febrero-mayo 2011. Se valoró el estado nutricional de un total de 57 pacientes de ambos sexos (46 mujeres y 11 hombres) por medio del *Mini Nutritional Assesment (MNA)* y la cuantificación de albúmina sérica. Mediante el MNA el 42 por ciento de los pacientes mostró riesgo de malnutrición y el 17 por ciento presentó malnutrición. Por otro lado con la cuantificación de albúmina sérica el 24 por ciento de los pacientes mostraron desnutrición. Los grupos de edades que presentaron mayor frecuencia de riesgo de malnutrición fueron los pacientes mayores de 45 años y de malnutrición fueron los pacientes mayores de 60 años según el MNA. Según la cuantificación de albumina sérica los pacientes que presentaron mayor frecuencia de desnutrición fueron los pacientes mayores de 60 años. El sexo, que presentó mayor frecuencia de riesgo de malnutrición y malnutrición fue el masculino (45 por ciento y 27 por ciento respectivamente). Con albumina el sexo masculino presentó desnutrición en un 36.40 por ciento. Según la localización anatómica de la neoplasia maligna los pacientes que mostraron mayor frecuencia de riesgo de malnutrición fueron los pacientes con neoplasias del aparato genital masculino seguido por los pacientes con cáncer de mama según MNA, los pacientes que presentaron mayor frecuencia de malnutrición fueron los pacientes con neoplasias del aparato respiratorio. Mediante la cuantificación de albúmina sérica los pacientes que presentaron mayor frecuencia de desnutrición fueron los pacientes con neoplasias del aparato genital femenino. La terapia asociada a mayor frecuencia de malnutrición y desnutrición fue la radioterapia (66.30 según MNA y el 66.70 según la cuantificación de albumina sérica).

Palabras clave: valoración nutricional, neoplasias malignas, MNA, Albúmina sérica.

ABSTRACT

It was a descriptive, transversal cut study and with a prospective source of information; in which was assessed the nutritional state in patients with malignant neoplasm stage IV in the Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter during February-May 2011. The nutritional state of a sample of 57

patients was assessed in both genders (46 women and 11 men) using the mini Nutritional Assessment (MNA) and the serum albumin. With the MNA test 42 percent of the patients resulted showing risk of malnutrition and 17 percent malnutrition, meanwhile with the quantification of serum albumin the 24 percent of patients showed malnutrition. With the present study it was evident that the age group with the highest frequency of nutritional deficit was the patients with more than 60 years, with both the MNA and serum albumin. The sex with more frequency of malnutrition was the male (27 percent with MNA and 36.4 with albumin). By anatomical localization of the neoplasm the patients assessed with MNA with a higher frequency of malnutrition risk ere the breast cancer, genital masculine and feminine apparatus neoplasm patients. The ones with a higher frequency of malnutrition were the respiratory system neoplasm patients. By Serum albumin the higher frequency of malnutrition was among Feminine genital apparatus. The nutritional state was evaluated having in account the kind of treatment carried by these patients, and the therapy that was bounded to a higher rate of malnutrition was exclusive radiotherapy (66.3 percent of the patients presented malnutrition with MNA and 66.7 presented malnutrition by serum albumin).

Key words: nutritional assessment, malignant neoplasm, MNA, serum albumin.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los pacientes oncológicos representan uno de los más grandes retos para la práctica tanto de la medicina clínica así como también para la medicina quirúrgica. En gran parte, esto es debido a las limitaciones que interfieren con la evolución satisfactoria del tratamiento antineoplásico así como también al avance de la enfermedad en el organismo, esta situación se hace especialmente relevante en el paciente estadio IV.

Uno de los factores limitantes para cualquier actividad y funcionamiento fisiológico normal es el déficit del estado nutricional, esto hace que en pacientes oncológicos terminales se haga aún más importante detectar la existencia de algún déficit nutricional causado por las exigencias metabólicas del organismo durante el padecimiento de una neoplasia maligna y en base a los riesgos que conlleva un tratamiento antineoplásico.

En el paciente con cáncer estadio IV es esencial una valoración de su estado nutricional por parte del equipo de salud para que sea considerada la implementación de

* Médico general

** Médico anestesiólogo, intensivista, nutriólogo.

alguna terapia de soporte nutricional paliativo en caso de ser necesario. La presente investigación tiene como propósito valorar el estado nutricional de los pacientes con neoplasias malignas del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter.

En 2001 Da Luis y colaboradores estudiaron un total de 50 pacientes ingresados en el Hospital del Río Hortega (Valladolid, España), de julio a diciembre de 2000. Se les realizó el test MNA, una valoración antropométrica y bioquímica nutricional en el momento del ingreso, así como una encuesta nutricional de 24 horas. Se incluyeron pacientes con neoplasias malignas, accidentes cerebrovasculares, demencias y otras enfermedades neurológicas crónicas. La edad media de los pacientes fue de $55,13 \pm 21,10$ años. Un 56 por ciento de los pacientes presentaban malnutrición y un 38 por ciento presentó riesgo de malnutrición. Se dividió a los pacientes en aquellos con malnutrición (grupo 1) y puntuación del MNA superior de a 17 (grupo 2), el grupo 1 tuvo menores concentraciones de albúmina, y transferrina, sin diferencias en el resto de parámetros bioquímicos. El test MNA presentó una puntuación inferior en el grupo de pacientes con procesos tumorales frente a un grupo control.¹

Entre 2005 y 2006 en Madrid, España, se valoró el estado nutricional de los pacientes con neoplasia digestiva resecable, programados para cirugía en el servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario de Ourense. Se incluyeron 80 pacientes, 41 hombres y 39 mujeres de edades entre los 27 y los 92 años. El 53 por ciento de los pacientes valorados había perdido más de un 5 por ciento de su peso habitual en los 3 meses previos. La albúmina plasmática era inferior a 3,5 mg/dl en el 49 por ciento de los casos. La desnutrición se relacionó con la edad, siendo más frecuente al aumentar ésta y con el tipo de neoplasia digestiva (mayor prevalencia en pacientes con neoplasia gástrica).²

En 2003 en Australia, en un trabajo realizado por el Departamento de Farmacología de la universidad de Sídney, se investigaron las interrelaciones entre índices bioquímicos, medidas antropométricas y el test *Mini Nutritional Assessment*, en 71 pacientes con varias formas de cáncer avanzado recibiendo quimioterapia paliativa. El 13 por ciento de los pacientes presentó malnutrición y el 63 por ciento, riesgo de malnutrición según el MNA. La historia de pérdida de peso fue directamente correlacionada al MNA y a la concentración sérica de proteína C reactiva.³

En Buenos Aires, Argentina, se estudió la proporción de pacientes con desnutrición que concurren al servicio de Nutrición y Diabetes en el Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, de junio a noviembre de 2008. Fueron evaluados 132 pacientes. El 97,7 por ciento de la muestra presentó valores de albúmina mayores a 3,5 g/dl; todos los evaluados presentaron valores de proteínas totales mayor a 5 g/l; el 18,2 por ciento presentó valores de colesterol menores a 180 mg/dl; y un 63,6 por ciento presentó valores inferiores a 1600 linfocitos/mm³. La prevalencia de desnutrición resultó del 47,7 por ciento.*

En 2008, en una investigación realizada España se puso en marcha el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer en 226 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos mediante Valoración Global Subjetiva, Índice de Masa Corporal y albúmina sérica. Más de la mitad presentaron malnutrición (64 por ciento) y este valor se incrementó llegando hasta un 81 por ciento en pacientes con tratamiento paliativo. El 32 por

ciento de la población presentaron cifras de albúmina entre 3 y 3,5 g/dl, existiendo una correlación negativa entre ésta y las dificultades con la alimentación.⁴

En 2011, un estudio realizado en Grecia en 115 pacientes con cáncer pulmonar Metastásico en un rango de edad entre los 32 y 86 años se evaluó el estado nutricional mediante el uso de MNA, y la medición de hemoglobina, albumina, proteína C reactiva, grelina, adiponectina, leptina y el factor de crecimiento de la insulina. En este se encontró que de acuerdo al test MNA 51.3 por ciento de los pacientes se encontraban en riesgo de malnutrición y un 25.2 por ciento presentaban malnutrición. El MNA se correlacionó con los resultados de la hemoglobina, albumina, proteína C reactiva, adiponectina y leptina.⁵

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, de corte transversal y de fuente prospectiva de información.

La población y muestra estuvo compuesta por 57 Pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas estadio IV ingresados en el instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó una investigación basada en la valoración nutricional a pacientes con neoplasia malignas en estadio IV ingresados en el Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter, por medio de estudios objetivos como la medición de albúmina sérica, estudios con características subjetivas como *el Mini Nutritional Assessment*. Posteriormente se procedió a categorizar el estado nutricional de cada paciente y a clasificarlo de acuerdo a

Fuente: Formularios aplicados en pacientes con neoplasias malignas del Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter.

los métodos antes descritos, y además relacionarlo con diversas variables. Estos resultados se computaron y fueron organizados en tablas y gráficos; para posteriormente ser analizados y llegar a conclusiones que de alguna manera puedan contribuir tanto al acervo científico como a mejoras inmediatas en la calidad de vida de los pacientes con neoplasias malignas en estadio IV.

RESULTADOS

El 42.1 por ciento de los pacientes presentó riesgo de malnutrición y un 17 por ciento de los pacientes presentó malnutrición al ser valorados con el MNA.

Resultado de MNA	Número de pacientes	%
Estado nutricional normal	23	40.3
Riesgo de malnutrición	24	42.1
Malnutrición	10	17.5
Total	57	100

El 24.6 por ciento de la totalidad de los pacientes presentó desnutrición al ser valorados mediante la cuantificación de albúmina sérica.

Valor de albúmina sérica	No. de pacientes	%
3.5-5.5 g/dl: buen estado nutricional	43	75.4%
<3.5 g/dl: Desnutrición	14	24.6%
Total	57	100%

Fuente: Determinación de albúmina sérica en pacientes con neoplasias malignas del Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter.

La frecuencia de riesgo de malnutrición fue mayor en pacientes mayores de 45 años así mismo la frecuencia de malnutrición fue mayor en pacientes mayores de 60 años

según el MNA. Mediante la cuantificación de albumina sérica la desnutrición fue mayor en pacientes mayores de 60 años.

La frecuencia de malnutrición y el riesgo de malnutrición fueron mayores en pacientes masculinos según el MNA (27 por ciento y 45 por ciento respectivamente). La frecuencia de desnutrición fue mayor en pacientes masculinos (36.40 por ciento). Los pacientes con cáncer de vías respiratoria presentaron la mayor frecuencia de malnutrición al ser evaluados con MNA y los pacientes con neoplasias del aparato genital masculino presentaron la mayor frecuencia de riesgo nutricional (100 por ciento) según MNA.

Las frecuencia de desnutrición fue mayor en los pacientes con neoplasias del aparato genital femenino según la cuantificación de albumina sérica.

Sexo	Estado nutricional normal	%	Riesgo de malnutrición	%	Malnutrición	%	Total de pacientes
Femenino	20	43.50	19	41.30	7	15.40	46
Masculino	3	27.30	5	45.40	3	27.30	11
Total	23	-	24	-	10	-	57

La mayor frecuencia de malnutrición fue presentada por los pacientes que fueron tratados con radioterapia exclusivamente (66 por ciento), la mayor frecuencia de riesgo de malnutrición fue presentada por pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia según el MNA.

Fuente: Formularios aplicados en pacientes con neoplasias malignas del Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter.

Tipo de neoplasia	Estado nutricional normal	%	Riesgo de malnutrición	%	Malnutrición	%	Total de pacientes
Aparato genital femenino	7	43.70	6	37.50	3	18.70	16
Aparato genital masculino	0	0.00	2	100	0	0	2
Mama	7	33.40	11	52.40	3	14.20	21
Linfomas	3	100	0	0	0	0	3
Tubo digestivo y glándulas anexas	1	20	3	60	1	20	5
Aparato respiratorio	1	33.30	0	0	2	66.70	3
Aparato urinario	1	100	0	0	0	0	1
Sarcomas	3	50	2	33.30	1	16.70	6
Total	23	-	24	-	10	-	57

Fuente: Formularios aplicados en pacientes con neoplasias malignas del Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter.

La mayor frecuencia de desnutrición fue representada por los pacientes que estaban siendo sometidos a radioterapia según la cuantificación de albumina sérica.

tipo de tratamiento	Estado nutricional normal	%	Riesgo de malnutrición	%	Malnutrición	%	Total de pacientes
Quimioterapia	2	66.70	0	0%	1	33.30	3
Radioterapia	0	0	1	33.30	2	66.70	3
Cirugía	8	47	7	41.20	2	11.80	17
Quimioterapia y radioterapia	0	0	6	100	0	0	6
Quimioterapia y cirugía	5	50	4	40	1	10	10
Radioterapia y cirugía	3	100	0	0	0	0	3
Quimioterapia, radioterapia y crucial	2	28.60	2	28.60	3	42.80	7
Cuidados paliativos	3	37.50	4	50	1	12.50	8
Total	23	-	24	-	10	-	57

Fuente: Fuente: Formularios aplicados en pacientes con neoplasias malignas del Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter.

DISCUSIÓN

Al realizar la valoración nutricional con el *Mini Nutricional Assesment* un 42.1 por ciento de los pacientes presentó riesgo de malnutrición y el 17 por ciento presentó malnutrición, estos resultados guardan similitud con un estudio realizado en 2003 en Australia por el Departamento de Farmacología de la Universidad de Sidney en 71 pacientes con varias formas de cáncer avanzado recibiendo quimioterapia paliativa, donde el 13 por ciento de los pacientes presentó malnutrición y el 63 por ciento mostró riesgo de malnutrición según el MNA.

Mediante la cuantificación de albúmina sérica los pacientes valorados en la presente investigación mostraron que un 24.6 por ciento de la totalidad de los pacientes presentó desnutrición, contrastando en con la investigación realizada España en 226 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos donde el 32 por ciento de la población presentaron cifras de albúmina entre 3 y 3,5 g/dl, existiendo una correlación negativa entre ésta y las dificultades con la alimentación. Al mismo tiempo los resultados de la presente investigación difieren con los obtenidos por Lucrecia Dufau en Argentina, en el 2009, donde el 2.7 por ciento de los pacientes evaluados mediante la cuantificación de albúmina sérica mostraron valores de albúmina por debajo de 3.5g/dl

De los grupos de edad que fueron evaluados mediante el MNA se observó que los pacientes que presentaron mayor riesgo de malnutrición fueron los pacientes mayores de 45 años y los que presentaron mayor frecuencia de malnutrición correspondían a grupos de edades mayores de 60 años de edad. Mientras que los datos arrojados mediante la cuantificación de albúmina sérica, revelaron que los pacientes mayores de 60 años de edad representaron mayor frecuencia de desnutrición. Estos resultados revelan que la desnutrición es más frecuente en pacientes de edades avanzadas coincidiendo con un estudio realizado en España por L. Cid Conde y Cols. entre 2005 y 2006 en pacientes programados para intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario de Ourense el cual demostró que la desnutrición en pacientes con neoplasias del tubo digestivo era mayor en pacientes a medida de que su edad era más avanzada.

Al evaluar a los pacientes con MNA se observaron diferencias mínimas en cuanto a la frecuencia de riesgo

nutricional de acuerdo al sexo; sin embargo el sexo masculino mostró mayor frecuencia de malnutrición (27 por ciento). Este mismo grupo de pacientes fue valorado con albúmina sérica arrojando que los pacientes masculinos representaron un 36.40 por ciento de los pacientes con desnutrición, observándose un porcentaje mayor de desnutrición en los pacientes masculinos a pesar de que la gran mayoría de los pacientes que participaron en el estudio fueron del sexo femenino, no se encontraron estudios que comparen el grado de desnutrición de pacientes oncológicos en base al sexo.

La localización anatómica de la neoplasia tiene un papel crucial en el estado nutricional, ya que de acuerdo a esta, el paciente puede tener alteraciones mecánicas, limitaciones físicas, funcionales y emocionales que interfieren con la ingesta dietética. En el presente estudio se observó con la evaluación mediante el MNA que la mayor frecuencia de malnutrición (66 por ciento) fue representada por los pacientes con cáncer de vías respiratorias. Al ser aislados los resultados de este grupo pueden ser comparados con un estudio realizado en Grecia en 115 pacientes con cáncer pulmonar metastásico en los cuales se evaluó el estado nutricional mediante el MNA, y la medición diversos marcadores bioquímicos; en el cual se encontró que de acuerdo a el test MNA 51.3 por ciento de los pacientes se encontraban en riesgo de malnutrición y un 25.2 por ciento presentaban malnutrición. La mayor frecuencia de riesgo de malnutrición (60 por ciento) fue representada por los pacientes con cáncer del aparato genital masculino (100 por ciento) seguido por los pacientes con cáncer de mama.

Estos resultados difieren con los obtenidos mediante la cuantificación de albúmina sérica ya que el 45.80 por ciento de los pacientes con cáncer del aparato genital femenino presentaron desnutrición.

El tratamiento del cáncer puede ser lesivo para células sanas, esta lesión celular puede causar daños en diversos sistema un ejemplo de ello son las úlceras gastroduodenales producidas por la radioterapia. De los pacientes evaluados mediante MNA el 66 por ciento de los pacientes tratados con radioterapia presentaban malnutrición, seguido de los pacientes tratados con cirugía, quimioterapia y radioterapia al mismo tiempo representando un 42.80 por ciento. Los pacientes que representaron mayor riesgo de desnutrición fueron los que eran tratados con quimioterapia y radioterapia representando

un 100 por ciento. Estos pacientes al ser valorados mediante la cuantificación de albúmina sérica dieron los mismos resultados que con el MNA siendo mayor la desnutrición en pacientes que están siendo sometidos a radioterapia representando un 66 por ciento. Estos resultados coinciden por lo establecido por diversas literaturas donde relacionan el tipo de tratamiento con el estado nutricional y evidenciando la fuerte relación que existe entre la radioterapia y la malnutrición independientemente del método con el cual se diagnostique.

REFERENCIAS

1. De Luis, DA; Izaola, O; Cabezas, G; Terroba, C; Cuéllar, L; Aller, R; Martín Acosta, PI; Bellido, D. Mini nutritional assessment in advanced cancer patients receiving palliative chemotherapy. *NutrCancer*. 2003;46(2):148-57.
2. NutritionalAssessment Test. Aplicación y utilidad en una población de pacientes hospitalizados, *EndocrinolNutr*. 2001; 48:226-9. - vol.48 núm 08
3. Cid Conde L., Fernández López T., Neira Blanco P., Arias Delgado J., Varela Correa J. J., Gómez Lorenzo F. F..
4. Prevalencia de desnutrición en pacientes con neoplasia digestiva previa cirugía. 46-53.
5. 3Slaviero KA, Read JA, Clarke SJ, Rivory LP. Baseline nutritional assessment in advanced cancer patients receiving
6. Dufau L., Prevalencia de desnutrición en pacientes oncológicos. 37-44
7. Marín Caro M. M., Gómez Candela C., Castillo Rabaneda R., Lourenço Nogueira T., García Huerta M., Loria
8. Kohen V. et al . Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos,
9. según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. 458-468.
10. Gioulbasanis I, Georgoulas P, Vlachostergios PJ, Baracos V, Ghosh S, Giannousi Z, Papandreou CN, Mavroudis D,
11. Georgoulas V. Mini Nutritional Assessment (MNA) and biochemical markers of cachexia in metastatic lung cancer
12. patients: Interrelations and associations with prognosis. *Lung Cancer*. 2011

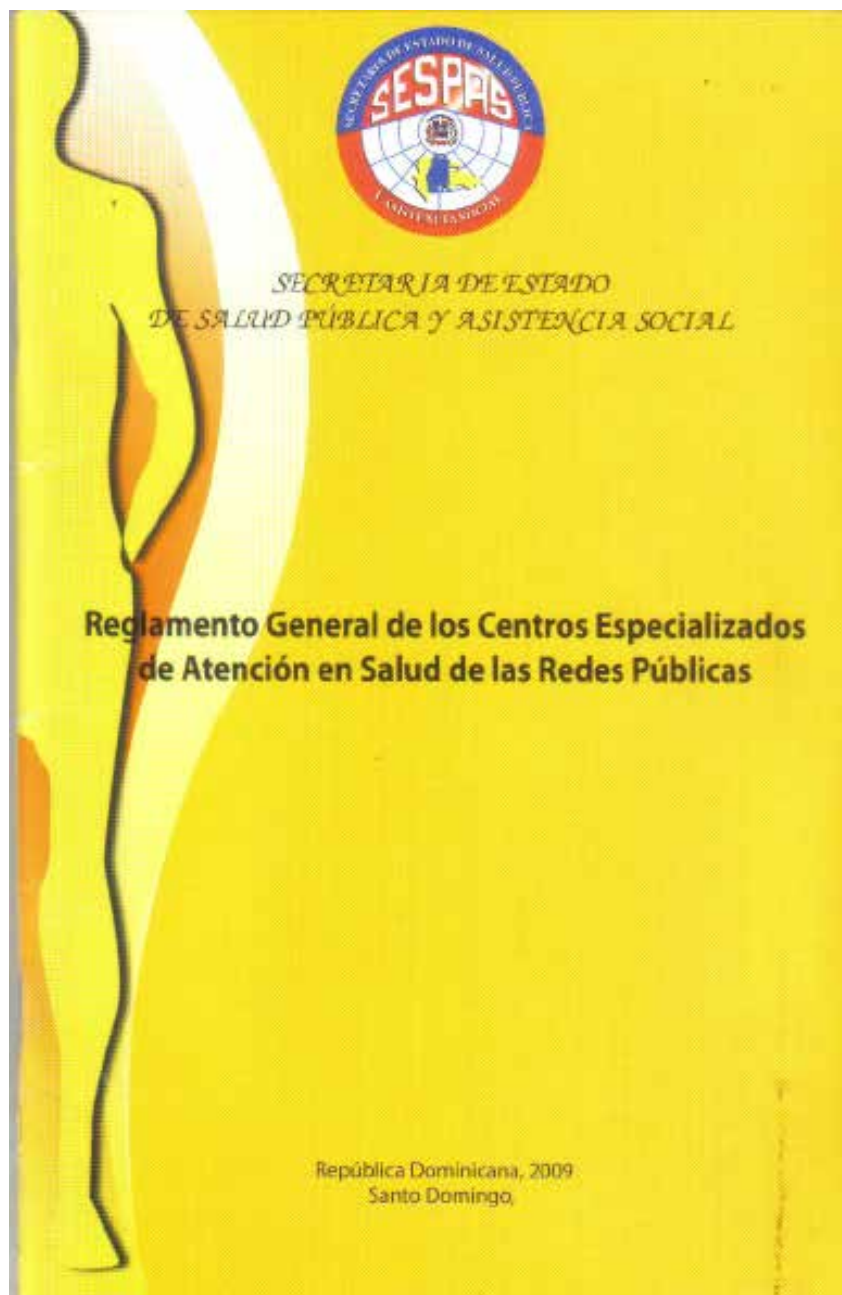
LIBROS · LIBROS · LIBROS



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.



FRECUENCIA DE CIRCUNSIÓN POR FIMOSIS EN PACIENTE MAYORES DE 30 AÑOS ASISTIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DR. FRANCISCO E MOCOSO PUELLO.

Mirian Valdez García,* Aura Sumaya Acosta Espinosa,* Anny Margarita Santana Mejía,* Bienvenida Lemos,* Ángela Monserrat.*

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo de corte trasversal con el objetivo de determinar la frecuencia de circuncisión por fimosis en paciente mayores de 30 años asistido en el departamento de urología del hospital Dr. Francisco e mocoso Puello enero 2008-enero 2009

Se trabajó con una población de 54 pacientes la cual obtuvimos con la revisión de las epicrisis que se encuentra en el departamento de urología del hospital Dr. Francisco e mocoso puello. De esto paciente, 37 casos pertenecieron al diagnóstico de fimosis para un 68.5 por ciento. El grupo de edades más afectada fue de 41-45 años, con 8 caso para un 21.62 por ciento.

Los casados y la unión libre fueron el estado civil más frecuente con 12 casos para un 32.43 por ciento. La procedencia geográfica más relevante fue distrito nacional con 21 casos para un 56.75 por ciento. La complicación más observada fue la dehiscencia de la herida de 12 casos para 32.43 por ciento. La infección de transmisión sexual relevante fue la gonorrea de 11 casos para 29.73 por ciento. la enfermedad de base más frecuente que presentaron los paciente con fimosis fue la hipertensión arterial de 10 casos para 27.03 por ciento. El motivo de consulta para un 54.05 por ciento.

Sería recomendable concientizar a la población masculina a la realización de la circuncisión con el objetivo de enviar la fimosis y otro tipo de patología del pene todo esto mediante educativa nacional.

Palabra clave: Circuncion, fimosis, longevo, Frecuencia, urología.

ABSTRACT

This is a cross-sectional descriptive study aimed to determine the frequency of phimosis in patient circunción by mayores de 30 years assisted in the department of urology at the hospital and Dr. Francisco Puello from January 2008-January 2009

We worked with a population of 54 patients which we obtained with the review of patient records found in the department of urology at the hospital and Dr. Francisco Puello from. In this patient, 37 cases belonged to the diagnosis of phimosis to a 68.5 percent. The most affected age group was 41-45 years, with 8 cases for a 21.62 per cent.

Married and cohabiting status was more frequent with 12 cases for a 32.43 per cent. The geographical origin was most relevant national district with 21 cases or 56.75 percent for.

The observed complication was wound dehiscence in 12 cases to 32.43 percent. The sexually transmitted disease gonorrhea relevant was the case 11 to 29.73 percent. The most frequent underlying disease presented by patients with phimosis was hypertension in 10 cases to 27.03 percent. The reason for consultation for a 54.05 per cent.

It would be advisable to raise awareness among the male population circuncion the realization of the purpose of sending phimosis and other pathology of the penis all this through national education.

Key words: circunción, phimosis, mayores de 30.

INTRODUCCIÓN

La fimosis es un trastorno en el cual el prepucio no puede ser retraído detrás del surco del glande del pene.

En el caso de los niños menores de cinco años es normal que el prepucio no pueda retraerse, en cuanto a los niños mayores de cinco años y en los adultos el prepucio puede ser retraído sin dificultad hasta el surco coronal del glande.

Al no poder ser retraído el prepucio sobre el glande peniano, se inmoviliza el aseo y trae como consecuencia la coleccion recurrente y balanitis sobre todo en pacientes diabético la mayor parte ocurre en varones no circuncidados.

Una vez alcanzado la adultez y no estar circuncidado puede surgir, sobre la base de la inflamación crónica un carcinoma de pene. Este tumor se origina en el surco balano prepucial, y a menudo, y a menudo su diagnóstico estadio, ya que se desarrolla oculto bajo el prepucio.

Reporte de un estudio descriptivo retrospectivo sobre el cáncer de pene en el servicio de urología hospital universitario la fe valencia, España, por Carlos di capuza sacota y colaboradores 1992-2007, en el que se incluyeron 47 paciente con diagnóstico de cáncer de pene donde 45 pacientes para un 95 por ciento no estaban circuncidados y solo 2, ósea el 5 por ciento fueron circuncidados en la edad adulta. 21 de ellos, el 46 por ciento presentaban algún grado de fimosis, y como antecedente infecciones de transmisión sexual (ITS) dentro de los paciente no circuncidados el 45 por ciento.

Por razones ya expuesta nuestra investigación tiene el propósito de determinar la Frecuencia de circunción por fimosis en paciente mayores de 30 años asistida en el departamento de urología del hospital Dr. Francisco e mocosa Puello enero 2008-enero 2009

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

* Médico general

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinación la frecuencia de circuncisión por fimosis en paciente mayores de 30 años asistido en el departamento de urología del hospital Dr. Francisco e Mocosó Puello enero 2008-enero 2009.

Muestra.

Estuvo representada por 37 pacientes dignificados con fimosis, a los que se le realizó circuncisión en el departamento de urología del Hospital Dr. Francisco e Mocosó Puello enero 2008-enero 2009.

Técnica y procedimientos.

El formulario de recolección de datos se complementaron con la revisión de los expedientes que se encuentran en el archivo del Hospital Dr. Francisco e Mocosó Puello.

Procesamiento de la Información.

Para el levantamiento de los datos, se inició una revisión de la epicrisis de los paciente diagnosticados con fimosis, luego se revisaron los expedientes de los paciente del Hospital Dr. Francisco e Mocosó Puello. Todas las informaciones obtenidas fueron procesadas utilizando el programa de Excel y se utilizaron cuadros y gráficos con un análisis teórico.

RESULTADO

Cuadro 1. Distribución según edad del paciente con fimosis, asistidos en el departamento de urología del hospital Dr. Fráncico E. Mocosó Puello

Edad (años)	Casos	%
<30	4	10.81
30-34	3	8.11
40-44	8	21.62
45-49	6	16.22
50-54	3	8.11
55-59	4	10.81
60-64	4	10.81
65-69	1	2.70
70-74	2	5.41
≥75	2	5.41
total	37	100

El grupo de edad más afectada por fimosis estuvo entre 41-45 años, se presentaron 8 caso para un 21.62 por ciento, los grupos de edades 31-35,56-60,61-65 años, presentaron 4 casos para 10.81 por ciento, 36-40,51-55 años presentaron 3 casos para un 8.10 por ciento.

Cuadro 2. Distribución según el estado civil de los pacientes con fimosis, asistidos en el departamento de urología del hospital Dr. Fráncico E. Mocosó Puello.

Estado civil	casos	%
Soltero	11	29.72
Casado	12	32.43
Unión libre	12	32.43
Divorciado	1	2.7
Viudo	1	2.7
total	37	100,0

Los casado y unión libren fueron los estado civil que mayamente fueron diagnosticados con fimosis. Registrándose 12 caso par un 32.43 por ciento cada uno, seguido por lo soltero, quienes registraron 11 caso para un 29.72 por ciento

Cuadro 3. Distribución según la procedencia de los pacientes con fimosis, asistidos en el departamento de urología del hospital Dr. Fráncico E. Mocosó Puello

Procedencia	Casos	%
Distrito nacional	21	56.76
Santo domingo oeste	1	2.7
Santo Domingo Norte	6	16.22
Santo Domingo sur	9	24.32
total	37	100

la procedencia geográfica más relevante estuvo representada por distrito nacional con 21 casos para un 56.75 por ciento, seguido de Santo Domingo Sur con 9 caso para un 24.32 por ciento, luego Santo Domingo Norte con 6 casos para un 16.22 por ciento,

Cuadro 4. Distribución según las complicaciones postquirúrgicas de los pacientes con fimosis, asistidos en el departamento de urología del hospital Dr. Fráncico E. Mocosó Puello.

Complicaciones	Caso	Procedencia
Dehiscencia de la herida	12	32.43
Dolor	3	8.11
Inflamación	2	5.41
Ningunas	20	54.05
total	37	100

Las únicas complicaciones que se presentaron los pacientes fue dehiscencia de la herida de 12 casos para un 32.43 por ciento el dolor con 3 casos para un 8.11 por ciento y la inflamación con 2 casos para un 5.41 por ciento.

Cuadro 5. Distribución según las Enfermedad de base de los pacientes con fimosis, asistidos en el departamento de urología del hospital Dr. Fráncico E. Mocosó Puello.

Enfermedades de base	Casos	%
Hipertensión arterial	10	27.03
Diabetes	4	10.81
Ninguna	23	62.16
Total	37	100,00

De las enfermedades de base que se encontraron en los pacientes fueron. La Hipertensión Arterial de 10 casos para un 27.03 por ciento, Diabetes de 4 casos para un 10.81 por ciento, 23 casos para un 62.16 por ciento de ninguna enfermedad de base.

Cuadro 6. Distribución según las Motivo de consulta de los pacientes con fimosis, asistidos en el departamento de urología del hospital Dr. Francisco E. Mocosos Puello.

Motivo de consulta	casos	%
Imposibilidad para retraer el prepucio	20	54.05
Prepucio redundante	13	35.14
Dolor pos coito y laceraciones	2	5.14
Dolor local, disuria y enrojecimiento	2	5.14
total	37	100,00

En nuestro estudio el Motivo de consulta de mayor frecuencia fue la Imposibilidad para retraer el prepucio con 20 casos para un 54.05 por ciento, seguido por Prepucio redundante con 13 casos para un 35.14 por ciento, y los demás con un mismo número de caso igual por ciento.

DISCUSIÓN

En el periodo de Enero 2008-Enero 2009, se registraron un total d 564 paciente en el departamento de urología del Hospital Dr. Francisco E. Mocosos Puello, de estos, 37 casos para un 68.5 por ciento pertenecieron al diagnóstico de fimosis.

En nuestro hallazgo evidencian que el motivo de consulta que presentaron los pacientes con mayor frecuencia fue la imposibilidad para retraer el prepucio de 20 casos para un 24.05 por ciento, seguido por el prepucio redundante de 13 casos para un 35.14 por ciento y en menor frecuencia dolor postcoito, laceraciones de 2 casos para un 5.41 por ciento y por último dolor local, disuria y enrojecimiento de 2 caso para un 5.41 por ciento.

Las edad más afectada por fimosis estuvo entre 41-45 años, se presentaron 8 caso para un 21.62 por ciento, los grupos de edades 31-35,56-60,61-65 años, presentaron 4 casos para 10.81 por ciento, 36-40,51-55 años presentaron 3 casos para un 8.10 por ciento.

Los casado y unión libren fueron los estado civil que mayamente fueron diagnosticados con fimosis. Registrándose 12 caso par un 32.43 por ciento cada uno, seguido por lo

soltero, quienes registraron 11 caso para un 29.72 por ciento

Según la procedencia geográfica más relevante estuvo representada por distrito nacional con 21 casos para un 56.75 por ciento, seguido de Santo Domingo Sur con 9 caso para un 24.32 por ciento, luego Santo Domingo Norte con 6 casos para un 16.22 por ciento,

Las únicas complicaciones que se presentaron los pacientes fue dehiscencia de la herida de 12 casos para un 32.43 por ciento el dolor con 3 casos para un 5.11 por ciento y la inflamación con 2 casos para un 5.41 por ciento, y 20 casos restante no presentaron ninguna complicación, los que representaron un 54.05 por ciento.

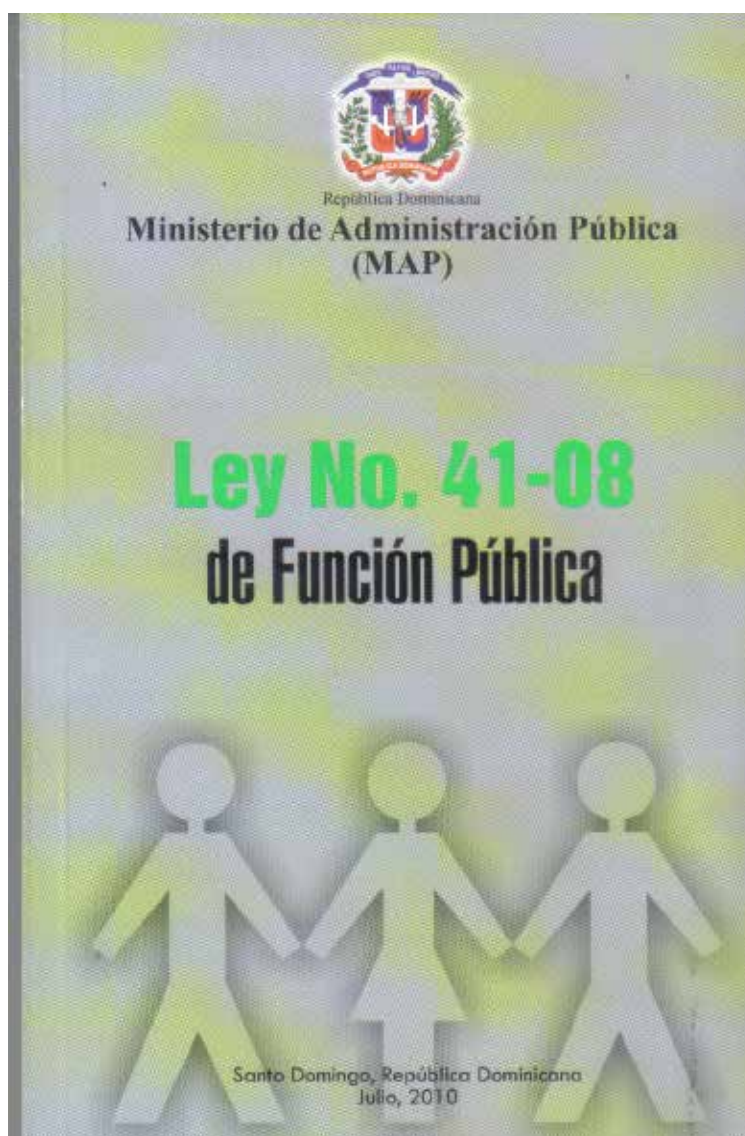
Las infecciones de trasmisión sexual que mayormente presentaron los pacientes fue gonorrea, de 11 casos para 29.73 por ciento y en menor frecuencia el virus de papiloma humano (HPV) de 6 casos para un 16.22 por ciento y los 20 casos restantes no presentaron ninguna infección, los que representaron un 54.05 por ciento.

La enfermedad de base más revelarte que presentaron los paciente fue la Hipertesión arterial d 10 casos para 27.03 por ciento, diabetes de 4 casos para 10.81 por ciento y los 23 casos restante para 62.16 por ciento, ningunas enfermedad de base.

REFERENCIAS

1. www.saludalia.com
2. www.caminandoconjesus.org. Antonio Donaso Branf, p, s.
3. circucción masculina www.unais.org/es
4. Dr. Castillo-juan, p. semiología urología. Circuncisión Santo Domingo, República dominicana.j.2000.
5. Enciclopedia-Rilp.www.canalsocial.net.
6. Soriano f. http.urologia.com.mx.
7. Mercedes Sánchez, AF. Comportamiento clínico y manejo y evolución del cáncer de pene, arch.esp.de urol, 2006.
8. Cardoso G, Rodríguez R, Paiva Gabela A et al, penille metatasi Of, condrosarcoma Of. Lhe jaw. Urología 2003.
9. Unidades de urología .com.
10. <http://www.redofa.com.foros>.
11. Estévez M. Fimosis. Se encuentra en <http://www.redofa.com,foros>.
12. Cayetano, ruandy.Www.elforo.com.
13. www.sexovida.com.





REANIMACIÓN CARDIORESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA

José A. Félix Jiménez,** Marcela Maldonado Candelario,**** Leidy Laura Ramírez Del Rosario,* Esmelyn Odalis Santiago Roa,* Sory Javier.*

RESUMEN

Las características del recién nacido, patología neonatal, depresión al minuto y a los 5 minutos, peso bajo al nacer, prematuros, madre múltipara son condiciones responsables de la mortalidad perinatal del recién nacido. La reanimación del recién nacido es vital para evitar estas muertes, las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras, que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad, (11) motivo por el cual decidimos realizar un estudio prospectivo, observacional y descriptivo sobre la reanimación de los recién nacidos y las patologías relacionadas en el Hospital de la Mujer Dominicana, durante el año 2010. En este periodo nacieron 1874 niños, representando el universo del estudio, de ellos 28, correspondiente al 15 por ciento representando la muestra necesitó reanimación.

Palabras claves: Reanimación, recién nacido, perinatal.

ABSTRACT

The new born baby feature, neonate pathology, 1- 5 minute depression, low weight, premature baby, multipara mother, to be condition responsible of infant mortality. The resuscitation of new born baby it's of paramount importance to prevent mortality, neurology motor has long-term effects with carries a great deal of responsibility (11) on his shoulders, we have reasons performed a descriptive prospective and observational study of resuscitation of new born baby from The Dominican Women Hospital, 2010.

Keys words: Resuscitation. New born baby. perinatal.

INTRODUCCIÓN

El período perinatal, a pesar de su relativo corto tiempo de duración, tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando fuertemente su futuro. La literatura indica que el antecedente de muerte fetal previo condiciona un alto riesgo de muerte perinatal y su recurrencia dependerá de la presencia de los factores asociados o causales de la muerte fetal, como son, las patologías médicas crónicas: diabetes, hipertensión arterial,^{1,2} nefropatías. Entre las patologías obstétricas que pueden ocurrir en una nueva gestación, se cuenta al retardo del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad hemolítica perinatal por incompatibilidad

sanguínea materno - fetal. El grupo de riesgo está representado por las grandes múltiparas, con mayor frecuencia se asocian a madres desnutridas, fatigadas y con un desgaste físico en relación a gestantes que no son grandes múltiparas. Las patologías maternas intercurrentes durante la gestación y parto hemorragias y toxemia, se relaciona estas complicaciones con las causas de muerte perinatal. Dentro del parámetro que relaciona peso / edad gestacional, el grupo de riesgo está representado por los pequeños para la edad gestacional. Los informes de los países desarrollados indican que un tercio de los niños con pesos menores a 2,500 gramos son desnutridos intraútero; mientras que, en los países en vías de desarrollo, éstos representan los dos tercios, siendo la segunda causa de muerte perinatal después de la prematuridad. La causa principal de muerte es la asfixia, anomalías congénitas y desarrollo físico menor. La condición del recién nacido se evalúa por el puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos y se relaciona con asfixia del recién nacido, causa más frecuente de depresión neonatal y lo más grave es que en el momento del nacimiento puede producir daño neurológico irreversible.^{5,6}

El primer paso en la reanimación del recién nacido es aspirarlo y colocarlo en ambiente cálido. El frío de las salas de parto y de provocan vasoconstricción, hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica rápidamente, las cuales mantienen el patrón de circulación fetal y dificultan la reanimación. En los primeros 20 a 30 segundos después del parto, el niño debe ser aspirado, secado y colocado en un ambiente térmico, donde si es necesario se continuará la reanimación. El segundo paso se dirige a la respiración. Si el niño está luchando por respirar, o está en apnea, se deberá comenzar inmediatamente a ventilarlo a presión positiva intermitente con una bolsa auto inflable pediátrica (ambú) conectada a una fuente de oxígeno, con una frecuencia entre 40 y 60/min. Un error que se repite con demasiada frecuencia en las salas de reanimación, es quitarle el tubo corrugado reservorio de oxígeno a las bolsas auto inflables. Se necesitan presiones inspiratorias pico entre 30 y 40 cm, H₂O para vencer la resistencia inicialmente. La inserción de una cánula oro faríngea de Guedel de tamaño adecuado favorece la ventilación mecánica con bolsa auto inflable. Una cánula de Guedel demasiado grande, puede tocar la epiglotis y desencadenar laringo espasmo. El tercer paso es optimizar la frecuencia y gasto cardíaco. La mayoría de los recién nacidos en asfixia no necesitan de masaje cardíaco si se cumplen los 2 pasos anteriores. El paro cardíaco en el recién nacido es secundario generalmente a hipoxia grave mantenida y acidosis metabólica. El masaje cardíaco se realiza mediante compresiones manuales rápidas (100/min) con los 2 dedos

* Médico anestesiólogo.

** Médico general

gordos de las manos rodeando el tórax o con los dedos índice y medio de una mano, combinadas con ventilación mecánica (3-5 a 1), en los pacientes en asistolia o cuando la frecuencia cardíaca está por debajo de 60 o entre 60 y 80 y no aumenta a pesar de la ventilación mecánica. El masaje se suspende cuando la frecuencia es mayor de 80/min. Se necesitan fármacos de reanimación si después de 30 segundos de ventilación mecánica eficiente y masaje cardíaco, la frecuencia cardíaca está por debajo de 80 latidos/min.

La colocación de un oxímetro de pulso en la mano derecha refleja correctamente la oxigenación cerebral y debe ser una medida de rutina en todos los pacientes. Evaluación del recién nacido durante la reanimación. Los signos básicos que se deben observar, son el color, la respiración y la frecuencia cardíaca. Cuando la respiración del recién nacido y la frecuencia cardíaca son adecuada, la piel debería estar rosada. La presencia de cianosis indica hipoxemia y puede estar originada por un fallo del sistema respiratorio, cardiovascular o de ambos. En estos casos se deberá administrar oxígeno al 100 por ciento. La mejoría de la coloración en un niño cianótico que está siendo reanimado indica efectividad de las maniobras utilizadas. Se deben descartar enfermedades cardíacas. La palidez puede ser originada por una hemorragia, hipotensión severa y por fallo cardiovascular. Se debe valorar la necesidad de transfusión. La cianosis periférica de palmas y plantas en un neonato pueden ser a causa de vasoconstricción por hipotermia. La frecuencia respiratoria normal oscila entre 40 a 60/min. Los prematuros pueden mostrar un patrón respiratorio conocido, como respiraciones periódicas con pausas respiratorias no mayores de 5 a 10 segundos. La presencia de retracción intercostal, subcostal o supra esternal y aleteo en un neonato es anormal e indica compromiso de la mecánica respiratoria. La presencia de pausas respiratorias mayores de 20 segundos o que se acompañan de bradicardia o desaturación son consideradas apneas. Las medidas utilizadas para optimizar la ventilación son la ventilación con bolsa auto inflable y máscara en presencia de apnea, respiraciones espontáneas poco efectivas, cuando la frecuencia cardíaca es menor de 100 por minuto y si existe cianosis central a pesar de la administración de oxígeno al 100 por ciento. Se utiliza bolsa auto inflable pediátrica (ambú) y las máscaras de Rendell-Baker. El volumen corriente que se deberá administrar en el Recién nacido oscila entre 20 y 30 ml. con una frecuencia de 40-60/min y presión pico de insuflación de 15-20 cm de H₂O.

MATERIALES Y MÉTODOS

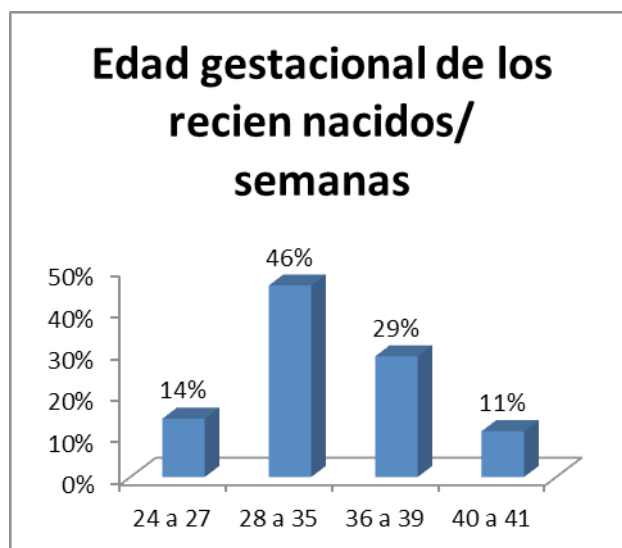
Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo y observacional sobre la necesidad de reanimación cardiorespiratoria de los recién nacidos en el Hospital de la Mujer Dominicana, Santo Domingo, República Dominicana, en el año 2010. El propósito de esta investigación fue contribuir a la prevención de mortalidad perinatal. El universo estuvo conformado por 1874 recién nacidos en el Hospital de la Mujer Dominicana en el periodo de estudio. La muestra estuvo compuesta por 28 recién nacidos a quienes se aplicó técnicas de reanimación, la fuente primaria de recolección de datos fue un cuestionario elaborado para dar seguimiento a los recién nacidos con depresión cardiorespiratoria, con las variables edad gestacional, peso, Apgar, complicaciones del parto, tipo de parto. El criterio de inclusión fue todo recién nacido del hospital de la Mujer Dominicana, que se le aplicara procedimiento de reanimación cardiorespiratoria en el periodo de estudio. El criterio de exclusión fueron los recién

nacidos que no necesitaron utilizar técnicas de reanimación cardiorespiratoria.

RESULTADOS

Luego de analizar los datos obtenido por variables se expresan por medio de los siguientes gráficos:

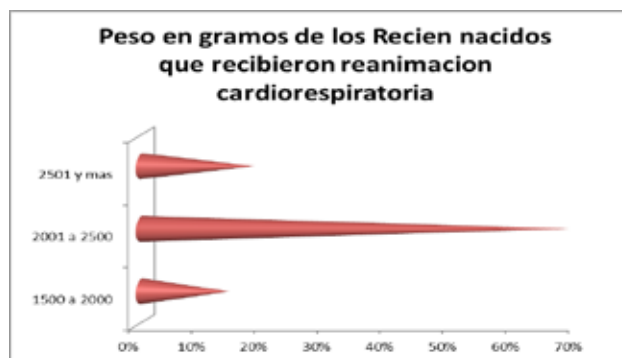
Grafico 1. Distribución de frecuencia por edad gestacional de recién nacidos con reanimación cardiorespiratoria. Hospital La Mujer Dominicana. 2010.



Fuente: cuestionario

Al análisis del grafico no. 1 muestra el 46 por ciento, es decir 13 niños nacieron entre las 28 - 35 semanas de gestación. El 29 por ciento fueron considerados a término, la inmadurez fetal se revela en el 14 por ciento y la post madurez en el 11 por ciento.

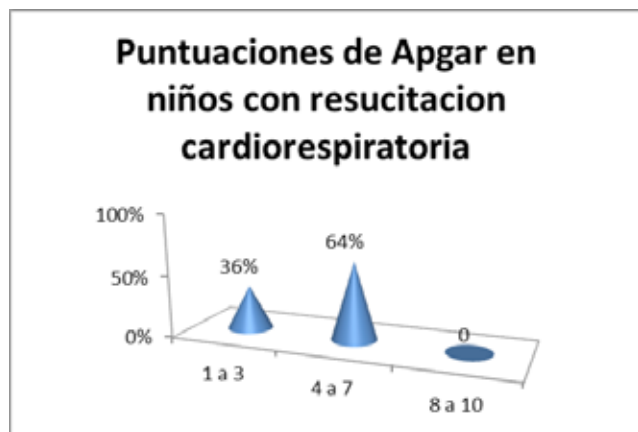
Grafico 2. Distribución de frecuencia por peso de recién nacidos con reanimación cardiorespiratoria. Hospital La Mujer Dominicana. 2010.



Fuente: cuestionario

En cuanto al peso de los recién nacidos que necesitaron reanimación cardiorespiratoria el 68 por ciento tenía peso de 2001 – 2500 gramos, de 2501 y más lo tenían el 18 por ciento y el 14 por ciento estaba entre los 1500 – 2000 gramos.

Grafico 3. Distribución de frecuencia por Apgar de recién nacidos con reanimación cardiopulmonar. Hospital La Mujer Dominicana. 2010.



Fuente: cuestionario

Es relevante la necesidad de las técnicas de reanimación en Apgar menor de 7 puntos.

Grafico 4. Distribución de frecuencia de complicaciones del parto de los recién nacidos con reanimación cardiopulmonar. Hospital La Mujer Dominicana. 2010.



Fuente: cuestionario

El sufrimiento fetal fue la primera causa de depresión respiratoria en los niños que se les aplicó reanimación cardiopulmonar.

DISCUSIÓN

La OMS⁷ informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú representa el 56 por ciento. En República Dominicana las afecciones perinatales son las primeras causa de mortalidad en menores de un año. En nuestro estudio el 15 por ciento de los nacidos vivos en el Hospital de la Mujer Dominicana tuvo complicaciones que evidenciaron la aplicación de técnicas de reanimación cardiopulmonar. Debe tomarse en consideración que la primera causa de complicaciones en labor de parto fue el sufrimiento fetal en el 71 por ciento seguido de pre eclampsia, dos entidades que disminuyen el aporte de oxígeno fetal

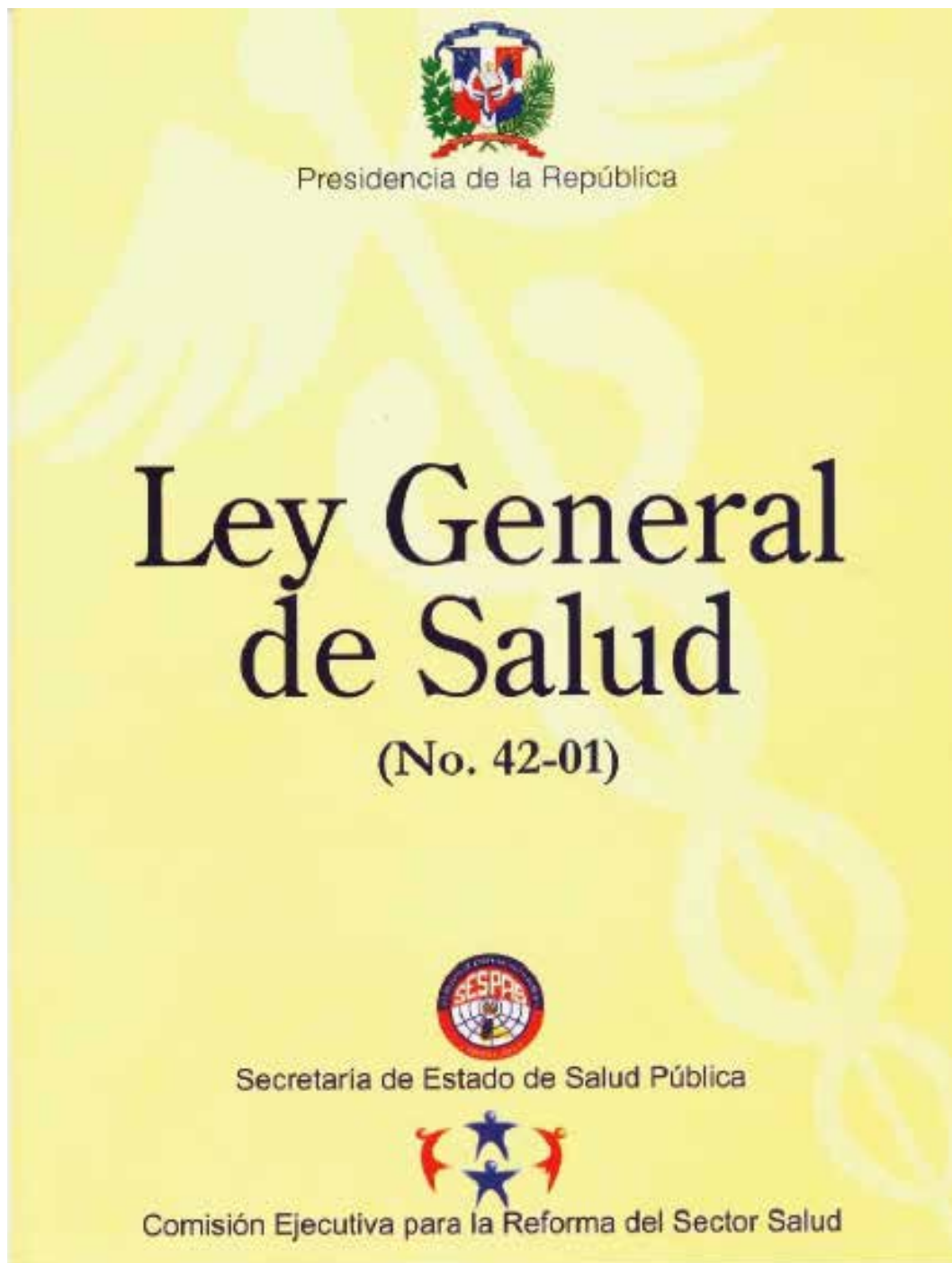
REFERENCIAS

1. Cabrera, J. Características de peso, edad gestacional y tipo de parto.
2. Cantú, J. correlación en sufrimiento fetal y cesárea. 2001: 121- 122
3. Lagos, C. Anestesia en niños con cardiopatías. 2nd ed. Appleton & Lange; 1993:435-437
4. Mason, L. problemas de anestesia en niños. 2002: 70 -76.
5. Nelson Tratado de pediatría. Cuidados en la unidad de neonatos sano. Ed. 17. 2004: 529-530
6. Nelson Tratado de pediatría. Embarazo de alto riesgo Ed. 17. 2004: 532- 531
7. Organización Mundial de la Salud, mortalidad infantil en la Región de las Américas.
8. Revista Chilena de obstetricia. 2003; 49 (4): 227 – 236
9. Revista Peruana Pediatría. Reanimación en recién nacidos. 2003; 23 (3): 87
10. Rodríguez, C. cuidados perinatales en sala de parto. 2002: 56-57
11. UNICEF. Mortalidad infantil impacto social.

Esperamos su colaboración y opinión

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

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



FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE TRIYODOTIRONINA Y TIROXINA EN PACIENTES HIPERTIROIDEOS POST TRATAMIENTO CON METIMAZOL, HOSPITAL DR. ANTONIO MUSA, EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2009, SAN PEDRO DE MACORÍS, REPÚBLICA DOMINICANA.

Miguel Moises Matos,** Luis Emmanuel Peña Soriano,* Denia Carpio De la Rosa,* Lidia Patricia Polanco González,* Lorraine Fernández Vargas,* Manuel Ulises Mazora.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con recolección de informaciones retrospectivas con la finalidad de investigar la Frecuencia de los niveles de triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos post tratamiento con Metimazol, Hospital Dr. Antonio Musa, en el periodo Enero-Diciembre 2009, San Pedro de Macorís, República Dominicana.

La muestra estuvo representada por 33 pacientes que asistieron a la consulta de endocrinología presentando hallazgos clínicos y/o complementarios de niveles elevados de triyodotironina y tiroxina, en el Hospital Dr. Antonio Musa durante el periodo Enero-Diciembre 2009. El grupo de edad más frecuente fue de 46-55 años con un total de 14 casos para un 42.42 por ciento. El sexo femenino fue el más afectado con un total de 31 casos para un 93.93 por ciento. La manifestación clínica más frecuente de los pacientes con hipertiroidismo fue dolor en región cervical con 8 casos para un 24.24 por ciento. El antecedente personal patológico que obtuvo mayor número de casos fue la Hipertensión Arterial con 16 pacientes para un 48.48 por ciento. El método diagnóstico más utilizado fue la Sonografía por 20 de los pacientes para un 60.60 por ciento. Según los niveles iniciales y finales de Triyodotironina, Tiroxina post-tratamiento con Metimazol, en 24 pacientes los niveles hormonales disminuyeron correspondiendo a un 72.72 por ciento.

Palabras claves: Hipertiroidismo, Endocrinología, Triyodotironina, Tiroxina, Metimazol.

ABSTRACT

We conducted a descriptive study with retrospective data collection in order to investigate the frequency of triiodothyronine and thyroxine levels in hyperthyroid patients after treatment with methimazole, Dr. Antonio Musa Hospital in the period January to December 2009, San Pedro de Macorís Dominican Republic.

The sample was represented by 33 patients attending the endocrinology clinic presenting clinical and/or complementary high levels of triiodothyronine and thyroxine in the Dr. Antonio Musa Hospital during the period January to December 2009. The most frequent age group was 40-49 years with a total of 14 cases for a 42.42%. The females were the most affected with 31 cases for a 93.93%. The most common clinical manifestation of patients with hyperthyroidism was pain in cervical region with 8 cases for a 24.24%. The medical history that won the

largest number of cases was hypertension in 16 patients for a 48.48%. The method was the most used diagnostic sonography in 20 of the patients for a 60.60%. According to initial and final levels of triiodothyronine, thyroxine post-treatment with methimazole, in 24 patients decreased hormone levels corresponding to a 72.72%.

Key words: Hyperthyroidism, Endocrinology, Triiodothyronine, Thyroxine, methimazole.

INTRODUCCIÓN

El hipertiroidismo es un tipo de tirotoxicosis caracterizado por un trastorno metabólico en el que el exceso de función de la glándula tiroidea conlleva a una hipersecreción de hormonas tiroideas (tiroxina, triyodotironina, o ambas) y niveles plasmáticos anormalmente elevados de dichas hormonas. Por su parte, la tirotoxicosis engloba al hipertiroidismo y a otras patologías que cursan con una elevada concentración de hormonas tiroideas, causada o no por la glándula tiroidea.

En este se evidencia un desorden generalizado, consecuencia del exceso de hormona tiroidea circulante.

La mayoría de los signos y síntomas se deben a un aumento del metabolismo energético, con predominio del catabolismo, que lleva a una excesiva producción de calor y a la consecuente necesidad de disiparlo, también al aumento en la cantidad de receptores beta-adrenérgicos, lo que se expresa como una actividad aumentada de las catecolaminas.

La prevalencia del hipertiroidismo en la población general es de aproximadamente un 0,3 por ciento. Esta depende mucho de la población estudiada, por ejemplo, en mayores de 60 años de edad que se alcanzan cifras del 2 por ciento.

Metimazol es el nombre de un medicamento antitiroideo del grupo de las tioamidas, indicado en el tratamiento del hipertiroidismo. En ocasiones se administra previo a la cirugía de la glándula tiroidea, para minimizar los niveles de la hormona tiroidea y minimizar los efectos de la manipulación de la glándula.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo, con recolección de información retrospectiva, para determinar la frecuencia de los niveles de triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos post tratamiento con Metimazol, Hospital Dr. Antonio Musa, en el periodo Enero-Diciembre 2009, San Pedro de Macorís, República Dominicana.

* Médico general

Universo

Todos los pacientes que asistieron a la consulta de endocrinología y que presentaron hallazgos clínicos y/o complementarios positivos de niveles elevados de triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos, en el Hospital Dr. Antonio Musa durante el periodo Enero-Diciembre 2009.

Muestra

Pacientes que presenten hallazgos clínicos y/o complementarios de niveles elevados de triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos, en el Hospital Dr. Antonio Musa durante el periodo establecido.

Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados con hipertiroidismo que estuvieron utilizando Metimazol para su tratamiento, en el Hospital Dr. Antonio Musa durante el periodo Enero-Diciembre 2009.

Criterios de exclusión

Pacientes que no cursen con hipertiroidismo, y a los que no estén utilizando el Metimazol como tratamiento de la patología.

Técnicas y procedimientos

Se diseñó un protocolo de recolección de la información con todas las variables correspondientes al estudio. Para obtener la información se tomaron los datos obtenidos en las consultas previas en los expedientes de los pacientes en el periodo y lugar determinado.

Procedimiento de la información

La información recolectada fue revisada, clasificada, tabulada y computada mediante un proceso manual.

Presentación de la información

Se presentó en cuadros y gráficos estadísticos.

Análisis de la información

Para el análisis de utilizaron razones y porcentajes, por tratarse de un estudio descriptivo.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribucion según la edad de la frecuencia de los niveles de triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos post tratamiento con metimazol.

Edad (años)	Casos	%
15-25	3	9.09
26-35	6	18.18
36-45	5	15.15
46-55	14	42.42
56-65	3	9.09
66-75	2	6.06
Total	33	100,00

Cuadro 2. distribucion de los casos según el sexo de la frecuencia de los niveles de triyodotironina y tiroxina en pacientes hipertiroideos post tratamiento con metimazol.

Sexo	Casos	%
Femenino	31	93.93
Masculino	2	6.06
Total	33	100%

Fuente: Archivos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

CUADRO 3. Distribucion segun los signos y sintomas de los pacientes hipertiroideos que acudieron a la consulta de endocrinologia.

SIGNOS Y SINTOMAS	CASOS	%
DOLOR EN REGION CERVICAL	8	24.24
PALPITACIONES	7	21.21
NERVIOSISMO	4	12.12
SUDORACIONES	3	9.09
DISFONIA	1	3.03
INSOMNIO	3	9.09
MASA EN CUELLO	4	12.12
EXOFTALMO	3	9.09
TOTAL	33	100,00

Fuente: Archivos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa

CUADRO 4. Distribucion según la comorbilidad con hipertiroidismo en los pacientes que acudieron a la consulta de endocrinologia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	CASOS	%
HIPERTENSION ARTERIAL	16	48.48
GASTRITIS	2	6.06
ARRITMIA	1	3.03
BAJO PESO	3	9.09
HIGADO GRASO	1	3.03
NINGUNA	10	30.30
TOTAL	33	100,00

Fuente: Archivos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

Cuadro 5. Distribucion segun los metodos diagnosticos utilizados en los pacientes que asistieron a consulta de endocrinologia por presentar clinica para hipertiroidismo.

METODOS DIAGNOSTICOS	CASOS	%
SONOGRAFIA	20	60.60
GAMMAGRAFIA	4	12.12
PERFIL TIROIDEO	9	27.27
TOTAL	33	100 %

Fuente: Archivos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

Cuadro 6. Distribucion segun los niveles iniciales y finales de triyodotironina, tiroxina y hormona estimulante del tirodes en los pacientes que asistieron a consulta de endocrinologia.

No.	NIVELES INICIALES			NIVELES FINALES			DIFERENCIA
	T3	T4	TSH	T3	T4	TSH	
1	4.41	48.3	1.30	-	20.5	2.60	DISMINUYO
2	2.36	92.14	2.85	-	29.9	9.8	DISMINUYO
3	4.4	33.9	0.1	-	21.5	11.61	DISMINUYO
4	5.02	37.3	0.5	-	28.9	1.34	DISMINUYO
5	-	40.76	0.44	-	22.13	2.73	DISMINUYO
6	3.97	38.5	0.5	-	26.25	1.2	DISMINUYO
7	4.5	88.53	0.02	1.59	29.4	5.1	DISMINUYO
8	10.91	30.3	2.50	-	50.14	3.0	AUMENTO
9	-	30.71	6.32	-	51.14	0.2	DISMINUYO
10	9.5	40.58	0.2	-	22.3	6.1	AUMENTO
11	10.5	62.02	0.04	-	72.3	0.01	AUMENTO
12	-	55.80	1.53	-	60.20	0.18	AUMENTO
13	11.30	31.30	0.87	1.10	1.33	6.3	DISMINUYO
14	12.15	36	0.62	-	12.47	0.91	DISMINUYO
15	11.05	37.57	1.35	-	40	0.43	AUMENTO
16	11.3	30.4	1.1	-	28.1	1.3	DISMINUYO
17	10.99	29.77	2.18	-	21.13	2.3	DISMINUYO
18	-	26.53	0.6	-	38.2	0.4	AUMENTO
19	-	11.38	0.3	-	46.07	1.25	AUMENTO
20	109.57	16	2.82	-	33.01	1.73	AUMENTO
21	11.2	43.64	0.4	-	12.15	5.01	DISMINUYO
22	10.61	44.8	0.17	-	29.3	3.4	DISMINUYO
23	-	30.7	3.2	-	22.1	2.5	DISMINUYO
24	-	29.07	2.5	-	21.16	2.9	DISMINUYO
25	10.9	84.5	0.068	-	40.11	0.6	DISMINUYO
26	-	30.25	2.25	-	21.04	2.9	DISMINUYO
27	-	51.87	0.28	-	30.7	0.82	DISMINUYO
28	15.9	62.7	0.1	-	41.13	0.3	DISMINUYO
29	12.36	93.14	0.08	-	50.38	0.27	DISMINUYO
30	-	30	2.49	-	38.52	1.78	AUMENTO
31	12.90	86.5	0.05	-	51.3	4.0	DISMINUYO
32	10.8	81.3	0.09	-	40.50	2.0	DISMINUYO
33	11.40	33.49	3.0	-	17.81	5.3	DISMINUYO

PACIENTES	CASOS	%
DISMINUYERON HORMONAS	24	72.72
AUMENTARON HORMONAS	9	27.27
TOTAL	33	100%

Fuente: Archivos del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos de nuestra investigación, se observó que el grupo de edad de mayor incidencia fue en el rango de 46-55 años con un total de 14 casos para un 42.42 por ciento, seguido por 26-35 años con un total de 6 casos para un 18.18 por ciento, luego de 36-45 años con un total de 5 casos para un 15.15 por ciento, seguido por las edades de 15-25 y 56-65 años con 9.09 por ciento por igual, y por último en menor frecuencia en los de 66-75 años con un 6.06 por ciento.(Cuadro 1)

De acuerdo al sexo, el femenino obtuvo el mayor porcentaje con un total de 31 casos para un 93.93 por ciento seguido del masculino con 2 casos para un 6.06 por ciento.(Cuadro 2)

Según los signos y síntomas el mayor porcentaje correspondió a dolor en la región cervical con 8 casos para un 24.24 por ciento, seguido de palpitaciones con 7 casos para un 21.21 por ciento, luego con el mismo porcentaje nerviosismo y masa en cuello con 4 casos para un 12.12 por ciento, seguida de sudoraciones, insomnio y exoftalmos con igual número de casos representado por 3 pacientes para un 9.09 por ciento, y por último disfonía con 1 caso para un 3.03 por ciento.(Cuadro 3)

En cuanto a los Antecedentes Personales Patológicos, 16 pacientes padecían de hipertensión arterial para un 48.48 por ciento del total, seguido de 10 casos en los cuales no presentaron ninguna comorbilidad para un 30.30 por ciento, luego bajo peso con 3 casos para un 9.09 por ciento, seguido de gastritis con 2 casos para un 6.06 por ciento y por último en igual proporción arritmia e hígado graso con 1 caso correspondiente a 3.03 por ciento.(Cuadro 4)

Según los métodos diagnósticos que se utilizaron para verificar la presencia de hipertiroidismo, la sonografía fue utilizada con mayor frecuencia en 20 casos para un 60.60 por ciento, seguida de perfil tiroideo con 9 casos para un 27.27 por ciento y por último la gammagrafía utilizada en 4 pacientes correspondiendo al 12.12 por ciento.(Cuadro 5)

En cuanto a los resultados de los niveles iniciales y finales de las Hormonas Tiroideas previo y posterior al tratamiento con Metimazol, se observó que 24 pacientes presentaron disminución de las hormonas tiroideas (Triyodotironina y Tiroxina) conjuntamente con el aumento de la Hormona Estimulante del tiroides, correspondiendo a un 72.72 por ciento y solo en 9 pacientes se observó un aumento de la Triyodotironina y Tiroxina, con la consecuente disminución de la Hormona Estimulante del Tiroides correspondiendo al 27.27 por ciento.(Cuadro 6)

DISCUSIÓN

Basándonos en las investigaciones realizadas acerca de las múltiples enfermedades que cursan con hipertiroidismo, no cabe duda de que es imprescindible el continuo seguimiento

de los pacientes hipertiroideos, y más aún aquellos de bajos recursos económicos, por la dificultad que implica su condición. Estas patologías se han vuelto muy habituales en los últimos años y es por esta y más razones que no podemos restarle importancia ya que las repercusiones a nivel sistémico pueden ser catastróficas, pudiendo así ser incompatibles con la vida.

El grupo de edad más frecuente fue de 46-55 años para un 42.42 por ciento. Las distintas bibliografías citan que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la 3ra y 4ta décadas de la vida.

El sexo femenino fue el más afectado para un 93.93 por ciento, corroborando con los datos aportados por los diferentes textos y demás bibliografías citadas.

La manifestación clínica más frecuente de los pacientes con hipertiroidismo fue dolor en región cervical para un 24.24 por ciento.

El antecedente personal patológico que obtuvo mayor número de casos fue el de la Hipertensión Arterial con un 48.48 por ciento.

El método diagnóstico más utilizado fue la Sonografía en un 60.60 por ciento. En muchos casos las pruebas diagnósticas no se pueden realizar por falta de recursos por parte del paciente y por no tener la disponibilidad de las mismas.

Un diagnóstico temprano y minucioso aunado al tratamiento adecuado podría contribuir a la reducción de las complicaciones de dicha patología, siempre y cuando estén acompañados de la colaboración de los pacientes.

Según los niveles iniciales y finales de Triyodotironina y Tiroxina post-tratamiento con Metimazol, en 24 pacientes los niveles hormonales disminuyeron correspondiendo a un 72.72 por ciento lo que se espera dado la propiedad del metimazol de reducir la síntesis y la liberación de las hormonas tiroideas.

El Metimazol como tratamiento antitiroideo es efectivo, sin embargo este estudio demostró que el uso inadecuado del mismo afecta de forma variable dicha efectividad, por lo que se considera ampliar las opciones de fármacos para tratar dicha patología, ya que el costo de dicho medicamento puede impedir la adquisición por parte de los pacientes.

RECOMENDACIONES

La principal recomendación que podemos sugerir es la educación sanitaria para la población, implementar charlas dirigidas a todo público haciendo énfasis en la importancia que tiene la enfermedad y lo importante que es llevar un tratamiento adecuado de esta.

Introducir más opciones de medicamentos antitiroideos a los centros de salud.

Proponer al Ministerio de Salud Pública el subsidio de medicamentos como el Metimazol y de mas antitiroideos, como también los estudios diagnósticos acercando estos al alcance de la población más necesitada.

Educar al paciente sobre cómo llevar una dieta sana y balanceada con el consumo de alimentos apropiados y cantidades adecuadas.

REFERENCIAS

1. Harrison, Principios de Medicina Interna, 2006 (17va edición) McGraw-Hill
2. F. Charles Brunicardi, Schwartz, Principios de Cirugía (8va edición), Mc Graw Hill
3. Luis Felipe Pallardo Sánchez, Tomas Lucas Morante,

- Mónica Marazuela Azpiroz, Adela Rovira Loscos, Endocrinología Clínica, 2010. (2da Ed.) Ed. Díaz de Santos.
4. Hernan Velez A., William Rojas M, Jaime Borrero R, Jorge Restrepo M., Fundamentos de Medicina Endocrinología, 2005, (6ta Ed), Ed. Medellin.
 5. A. Cordova, Fisiología Dinámica, 2003, Ed Masson S.A.
 6. Juan Miguel Antón Santos, Clara Marcuello Foncillas, María Teresa Truchuelo Díez, manual AMIR Endocrinología, 2008 (3 ed.), Ed. Grafinter, S.L.
 7. Gardner, Endocrinología Básica Y Clínica De Greenspan, 2008, (7ed), Ed. Manual Moderno.
 8. Juan Mamani Soria, Lilian Sanhueza Maturana, Manual Endocrinología y Diabetología, 2007, (1 Ed.), Ed. Humberto De la Cuadra Aranda
 9. Frank. H. Netter, Sistema Endocrino y Enfermedades Metabólicas, 2006, (8ed), Ed. El Sevier
 10. Henry M. Kronenberg, Shlomo Melmed, Kenneth S. Polonsky, P. Reed Larsen, Williams Tratado de Endocrinología, 2008, (11 ed), Ed Elsevier Saunders.

El presidente Leonel Fernández promulgó con el número 135-11 la Ley de VIH/SIDA de la República Dominicana, la cual deroga la Ley 55-93 sobre SIDA del 31 de diciembre de 1993

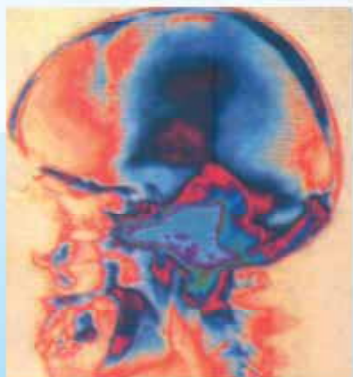




DIAGNOSTICO MEDICO SIGLO XXI, C. X A.
Calidad Total en Diagnósticos

Servicios

- *Laboratorio Clínico*
- *Rayos X*
- *Mamografía*
- *Tomografía*
- *Electrocardiograma*
- *Sonografía Abdominal*
- *Sonografía Pélvica*
- *Doppler Vascular Periférico (Carótidas y Miembros)*
- *Plestimografía por Impedancia*
- *Ecocardiografía*
- *Prueba de Esfuerzo*
- *Monitoreo Electrocardiográfico Ambulatorio (Holter)*
- *Monitoreo Ambulatorio Presión Arterial (MAPA)*
- *Prueba de Función Pulmonar (Espirometría)*
- *Broncoendoscopia*
- *Endoscopia Digestiva*
- *Electroencefalograma (estudio del Cerebro)*
- *Colposcopia*



Av. Independencia No. 406, Gazcue • Tel.: (809) 689-4136 / 682-7175
Fax: (809) 221-8817 • Apartado Postal 20129 • Santo Domingo, República Dominicana
E-mail: dmssigloxx1@hotmail.com

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS ASISTIDAS EN LA CONSULTA PRENATAL EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

Cinthia Felicia Beltré Matos, Yulis De Oleo D'Oleo,* Yaumeris Yoneidy Batista Alcántara,* Yudelka O, Ortega Rivas,* Dagmary Leta Ozuna.**

RESUMEN

Objetivo. Identificar conocimiento sobre lactancia materna de adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina en el período marzo-abril 2011. Tipo de estudio: descriptivo, de fuente prospectivo, de información y de corte transversal. Población estudiada: las adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo marzo-abril 2011. Técnica utilizada para el levantamiento de la información: Se diseñó un cuestionario tipo selección múltiple para entrevistar a las adolescentes embarazadas en el cual se recogió todos los datos que constituyeron los objetivos de la investigación.

Hallazgos más relevantes: De una población de 1018 adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, se tomó una muestra de 110. El 62 por ciento de estas se encontraban en el rango de edad que comprende los 17 a 19 años y el 33.63 por ciento de estas adolescentes tuvo un nivel de conocimiento deficiente. De estas 110, 58 adolescentes tenían un nivel primario en sus estudios para un 53 por ciento.

Conclusiones finales: Se demostró que existe una estrecha relación entre la escolaridad y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, que a menos escolaridad menor conocimiento. El 99 por ciento de estas adolescentes dijeron que estaban dispuestas a lactar, aunque que el 61 por ciento no conocía la importancia de la lactancia materna y el 56.37 por ciento desconocía la técnica de amamantamiento. El factor principal por el que las adolescentes se verían obligadas a interrumpir la lactancia de sus bebés es el empleo.

Palabras claves: Conocimiento, lactancia materna, adolescencia.

ABSTRACT

General objective: Identify knowledge about breastfeeding pregnant teenagers assisted in prenatal care at the Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina during the period March-April 2011. Type of study: Descriptive, prospective source of information and cross-section. Study population: pregnant teenagers assisted in prenatal care at the Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina in the period March-April 2011. Technique used for the lifting of the information: We designed a questionnaire to interview multiple choice for pregnant teenagers in which all data collected were the targets of the investigation. Most important findings: of

a population of 1018 pregnant teenagers assisted in prenatal care at Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, took a sample of 110. 62 percent of these were in the age range which comprises 17 to 19 years and 33.63 percent of these adolescents had a poor level of knowledge. Of these 110, 58 adolescents had a primary level in their studies to 53 percent.

Final conclusions: We demonstrated the close relationship between schooling and the level of knowledge about breastfeeding, less educated than less knowledge. 99 percent of these teens said they were willing to breastfeed, but that 61 percent did not know the importance of breastfeeding and 56.37 percent were unaware of breastfeeding technique. The main factor that girls would be forced to stop breastfeeding their babies is employment.

Key words: Knowledge, Breastfeeding, Teens.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es considerada como el alimento idóneo y recomendado durante los primeros 6 meses de vida, ya que varía su composición adaptándose en todo momento a las necesidades del lactante. Además, aporta una serie de ventajas a nivel nutricional (para un adecuado crecimiento y desarrollo), así como inmunológico (menor incidencia de infecciones, menor riesgo de sensibilidad alérgica, etc.), psicológico y económico, por lo que constituye el modelo de referencia para la composición de las fórmulas lácteas. La lactancia debe iniciarse en las primeras horas de postparto, favoreciendo el contacto madre-hijo y el primer estímulo para la secreción láctea.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2002. En los últimos años se ha perdido la cultura del amamantamiento, con la consecuente disminución de los niños alimentados al pecho. En ello contribuyeron factores socio- económico- culturales, la aparición de fórmula láctea del mercado, decisiones erróneas de los equipos de salud y débiles políticas de salud a favor de la lactancia materna.

Un estudio realizado en la Habana, Cuba, en el Hogar Materno La Palma, por Gutiérrez A; Barbosa D; González R; Martínez O; en enero- abril 2001 sobre el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna, reveló que existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna. En donde se plantea que el 60 por ciento de las que tenía sólo estudios primarios no conocían de lactancia materna, mientras que todas las que cursaban con estudios universitarios sabían de lactancia

* Médico general

materna.*

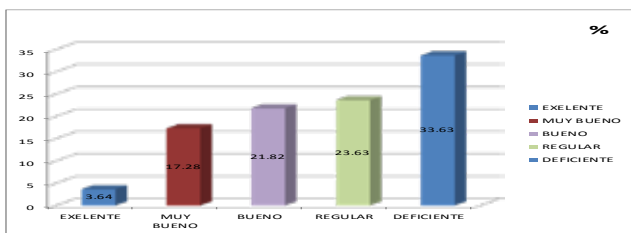
MATERIALES Y MÉTODOS

Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario comprendido por 15 preguntas que se fundamentaron en las variables contenidas en dicho documento. Cuestionario inspirado en parte por las sustentantes, el asesor metodólogo y el contenido ya estudiado.

La información contenida en el cuestionario se colectaron mediante entrevista directa realizada a las adolescentes embarazadas que asistieron a consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, periodo marzo-abril 2011, actividad realizada por las sustentantes.

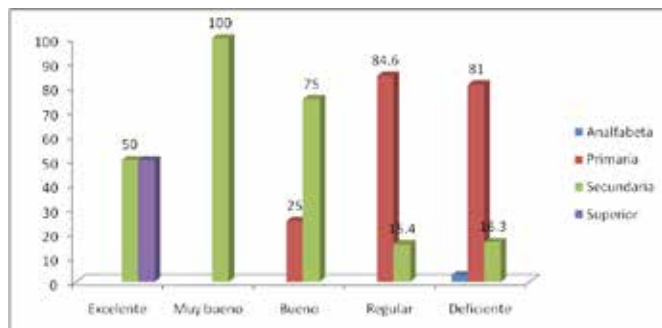
RESULTADOS

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tienen las adolescentes embarazadas de asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo Marzo - Abril 2011.



Fuente: Resultado de los cuestionarios realizado a adolescentes embarazadas. Marzo - Abril 2011.

Relación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna con el nivel de escolaridad en las adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo Marzo-Abril 2011.



Fuente: Resultado de los cuestionarios realizado a adolescentes embarazadas. Marzo - Abril 2011.

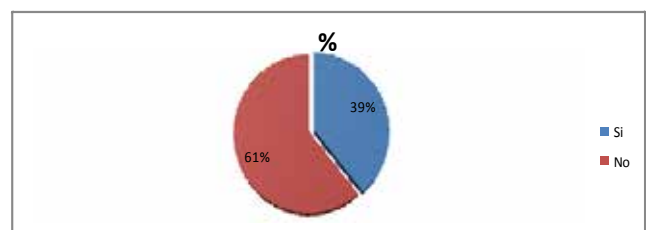
Nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo Marzo - Abril 2011.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	1	1

Primaria	58	53
Secundaria	49	44
Superior	2	2
Total	110	100

Fuente: Resultado de los cuestionarios realizado a adolescentes embarazadas. Marzo - Abril 2011.

Importancia atribuida a la lactancia materna por parte de embarazadas adolescentes asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo Febrero- Abril 2011.



Fuente: Resultado de los cuestionarios realizado a adolescentes embarazadas. Marzo - Abril 2011.

Disposición a lactar de las adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo Marzo - Abril 2011.

Dispuesta a lactar	Frecuencia	%
Si	109	99
No	1	1
Total	110	100

Fuente: Resultado de los cuestionario realizado a adolescentes embarazadas. Marzo- Abril 2011.

El 33.63 por ciento de las adolescentes embarazadas tenían un conocimiento sobre lactancia materna deficiente.

La relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la escolaridad, revelo que las adolescentes embarazadas que cursaban estudios primarios tenían un nivel de conocimiento regular para un 84.6 por ciento y deficiente para un 81 por ciento. Mientras las que estaban cursando estudios secundarios y superiores tenían un conocimiento sobre lactancia materna excelente para un 50 por ciento.

En cuanto al nivel de escolaridad, un 53 por ciento de las adolescentes embarazadas estaban cursando la escuela Primaria.

El 61 por ciento de las adolescentes no conocía la importancia de lactar.

El 99 por ciento de las adolescentes embarazadas estaban dispuestas a lactar a su bebe al momento del nacimiento.

*Gutiérrez Gutiérrez, Antonia; Barbosa Rodríguez, Dianelys; González Lima Roxana. Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna. Rev Cubana Enfermer v.17 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2001 No. 1

DISCUSIÓN

De una población de 1018 adolescentes embarazadas asistidas en la consulta prenatal en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo marzo-abril 2011 se obtuvo una muestra de 110 adolescentes en las cuales se determinó el nivel de conocimiento que estas tenían sobre la lactancia materna y se arrojó que el 33.63 por ciento de las adolescentes embarazadas tenían un nivel de conocimiento deficiente, mientras que sólo el 3.64 por ciento alcanzó un nivel excelente.

Se hizo una relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la escolaridad, reveló que las adolescentes embarazadas que cursaban estudios primarios tenían un nivel de conocimiento regular para un 84.6 por ciento y deficiente para un 81 por ciento. Mientras las que estaban cursando sus estudios secundario y superior tenían un conocimiento sobre lactancia materna excelente para un 50 por ciento. Estos resultados corroboran lo revisado en la literatura que dice que existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de la lactancia materna, según un estudio realizado en el 2001 los licenciados Gutiérrez, Barbosa, González, Martínez sobre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en donde se plantea que el 60 por ciento de las que tenía solo estudios primarios no conocían de lactancia materna, mientras que todas las que cursaban con estudios universitarios sabían de lactancia materna.

REFERENCIAS

1. Acevedo Loreta, Embarazo en adolescente Republica Dominicana (Internet) Santo Domingo 2010 (Consultado el 20/12/2010) Disponible en http://www.unicef.org/republica_dominicana/health-childhood-1019.htm
2. Aguilar M., lactancia materna. 1ra ed. Madrid, España: Elsevier España S.A; 2005. Pág. 20-10.
3. Alonso Uría, Rosa María et al. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos. Rev. Cubana MED Gen Integr [online]. 2008, Vol. 24, n.3, pp. 0-0. (Consultado el 20/04/2011) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000300011&script=sci_arttext.
4. Amador M, Marine A. Pediatría Tomo I. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2006. Pág. 182-183
5. Aragón S, Actitud frente al embarazo adolescente. 2007 (Consultado el 19/04/2011). Disponible en: <http://www.redpsi.com.br/portal/modules/smmarsection/iten.ph>.
6. Asociación Española de Pediatría, Manual de Lactancia Materna de la Teoría a la Práctica. Madrid, España: Editora Médica Panamericana; 2009. Pág. 101- 116
7. Burrows Raquel et al. Crecimiento y desarrollo de hijos de adolescentes de clase media—baja. // Parte: 30 meses de vida. Rev. Chil. Pediatr. 57(6): 491-496, 1986 {online}. Vol. 57, n.6. p.491
8. Calvo Quiros, Cindy. Factores Socioeconómicos, Culturales y Asociados al Sistema de Salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica (en línea). Octubre 2008- Marzo 2009, No. 15 (Consultado el 22/03/2011) Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.Pdf>.
9. Camacho Ríos. Cristina et al. Diplomado en enfermería. Embarazo en la adolescencia. [Online] Albacete 1994-1995. (Consultado el 17/04/2011) Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/embaradolesc6.htm>.
10. Castillo V., Lamas R.: Lactancia Materna un Desafío en Madres Adolescentes. Módulo I: Tendencia en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción, La Serena, 2005. (Consultado el 27/04/11). Disponible en:
11. [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia materna un desafio en madres adolescentes.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia%20materna%20un%20desafio%20en%20madres%20adolescentes.pdf)
12. Rodríguez V, Simón E, Bases de la Alimentación Humana. 1ra ed. España: Gesbiblo. S. L. 2008. Pág. 425
13. Schwarz L., Fescina H., Diverges A. Obstetricia. 6ta ed. Buenos aires; el ateneo, marzo 2006 Pág. 515.
14. Gutiérrez Gutiérrez, Antonia; Barbosa Rodríguez, Dianelys; González Lima Roxana. Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna. Rev Cubana Enfermer v.17 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2001 No. 1



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

¿QUÉ ES?

Enfermedad diarreica producida por el vibrión colérico.

Atendiendo a los criterios establecidos para clasificatorios, se distinguen dos variedades importantes; cólico y El Tor.

El cólera ha producido importantes pandemias (solo es, epidemias globales).

CAUSAS

El cólera se transmite por vía fecal-oral; las heces contaminadas contaminan a su vez el agua de riego o bebida.

Los vibriónes del cólera se deben a una toxina, que provoca la secreción de líquido hacia el interior del tubo digestivo.

SÍNTOMAS

El síntoma cardinal es la diarrea:

Empieza tras uno a dos días

De apariencia característica:

- Acuosa

- "En agua de lavar arroz" (grisacosa, turbia, con restos de arroz)

Muy abundante (hasta 250 ml/Kg.; 15 litros para una persona de 60 Kg)

Insidiosa

Sin fiebre

Pueden aparecer vómitos

La pérdida de agua y electrolitos provoca:

Calambres musculares

Debilidad

Deshidratación

FACTORES DE RIESGO

Bebida de agua o foma de verduras y frutas sin las condiciones higiénicas adecuadas.

Hacinamiento y pobreza.

Desnutrición

PREVENCIÓN

Evitar o desinfectar el agua y las verduras y frutas de higiene dudosa:

Poner una pastilla de lejía (se venden para consumo humano y una variable cantidad de agua es las farmacias de los aeropuertos y otras) para la cantidad de agua que se vaya a tomar.

Alternativamente hervir.

Reinjar la verdura o frutas crudas en agua con una pastilla de lejía durante el tiempo que aconsejan las instrucciones.

Lavarse minuciosamente las manos antes de comer o manipular alimentos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la clínica.

Puede ser necesario realizar análisis de sangre para descartar complicaciones.

Por motivos epidemiológicos puede ser útil realizar análisis de heces.

Para una información detallada en inglés, información para viajeros de la O.M.S.

Tratamiento

El fundamento del tratamiento es la adecuada rehidratación.

Medidas Generales

El paciente estará en reposo y cómodo.

Si no tiene vómitos, se repondrán líquidos mediante una solución glucosalina.

Si tiene vómitos o deshidratación severa, se le deberán administrar los líquidos por vía intravenosa inicialmente.

Medicación

No suele ser necesaria.

Actividad

Reposo hasta la recuperación.

Dieta

Ver medidas generales y prevención.

POSIBLES COMPLICACIONES

El cólera puede ser mortal, por deshidratación.

PROMÓSTICO

EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO EN EL HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Severino Amparo,* Aybar Nicasio,** Castillo, Idelys,*** Almonte, Adalgisa,**** Castillo, Evangelina.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en la consulta de Patología de Cuello del Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia desde el 2008 seguidas al 2010. De 513 pacientes referidas a la consulta con citología anormal, 121 de ellas (23.6%), constituyendo nuestra muestra de estudio, reportaron por histopatología lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. De nuestra muestra, el mayor número de casos, confirmados por histopatología, fue la NIC I, con 41 casos para un 33.9. por ciento.

En el seguimiento por biopsia colposcópica, se les realizó una primera colposcopia al 100 por ciento (121 casos) de las pacientes, en donde 118 presentaron lesión de bajo grado (97.5%); en la segunda colposcopia quedaron 90 casos, para un 76.3 por ciento representados por LIEBG, 25 casos (21.2%) remitió y 3 casos (2.5%), evolucionaron a lesión de alto grado. Ya para la última colposcopia, de las 56 pacientes, 37 casos (66.1%) presentó LIEBG, 15 casos (26.8%) remitió, y 4 casos (7.1%), evolucionó a lesión de alto grado.

La evolución de la lesión intraepitelial de bajo grado, encontramos que 75 (62.0%) regresó espontáneamente en un periodo menor de 24 meses; 37 presentaron persistencia de la lesión, para un (30.6%); y 9 casos evolucionaron a lesión de alto grado (7.4%).

Palabras claves: Evolución, lesión Intraepitelial escamosa de bajo grado.

ABSTRACT

We performed a descriptive, retrospective, cross-sectional, in consultation Cervical Pathology Maternity Hospital Nuestra Señora de La Altagracia since 2008 followed by 2010. Of 513 patients referred to consultation with abnormal cytology, 121 of them (23.6%), constituting our study sample, reported by histopathology squamous intraepithelial lesion of low grade. In our sample, the largest number of cases confirmed by histopathology, was CIN I, 41 cases for a 33.9%.

At follow-up colposcopic biopsy, underwent an initial colposcopy to 100 por ciento (121 cases) of patients, where 118 had low-grade lesion (97.5%), the second colposcopy were 90 cases, 76.3 por ciento represented for LSIL, 25 cases (21.2%) resolved and 3 cases (2.5%) developed a high-grade lesion (Table No.2). By the last colposcopy, of the 56 patients, 37 cases (66.1%) had LSIL, 15 cases (26.8%) resolved, and 4

cases (7.1%) progressed to high-grade lesion.

The evolution of low-grade intraepithelial lesion, we found that 75 (62.0%) returned spontaneously in a period of less than 24 months, 37 had persistent injury to one (30.6%) and 9 patients progressed to high-grade lesion (7.4%).

Keywords: Evolution, Squamous Intraepithelial Lesion Low-Grade.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones premalignas del cuello uterino han sido ampliamente estudiadas y discutidas en los años siguientes a la década del 1930 y hasta la actualidad. A comienzos del siglo XX, algunos autores estadounidenses y alemanes ya habían señalado la presencia de epitelio atípico en los márgenes del carcinoma espinocelular invasor, pero Broders en 1932, en un artículo publicado en JAMA con el título "Carcinoma in situ en contraste con penetración benigna del epitelio", fue quien introdujo el concepto y el término "Carcinoma in situ" del cuello uterino.

Histológicamente, los cambios de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) están caracterizados por anomalías citonucleares, pérdida de la orientación y maduración celular así como por aumento de mitosis y mitosis anormales, relacionados con un número anormal de cromosomas.

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en América Latina y el Caribe. En esta región se observan las más altas tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en el mundo. Se estima que anualmente ocurren 72,000 casos nuevos y 33,000 defunciones en las mujeres de América Latina y el Caribe. La mayor carga de morbilidad se visualiza en mujeres del Caribe con una tasa de mortalidad de 16 por 100,000 mujeres y las de Centroamérica, con una tasa de 15 por 100,000 mujeres.

El siguiente trabajo es una síntesis de lo antes expuesto, con la finalidad de conocer el proceso seguido a un grupo de pacientes con un grado de lesión así como su evolución y posterior manejo en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal, con recolección de información retrospectiva de los archivos de la consulta de Patología de Cuello del Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, 2008 seguidas al 2010.

* Gineco-Obstetra

** Médico familiar

*** Médico general

Universo

Constituido por 513 pacientes que acudieron con citología anormal referidas a la consulta de Patología de Cuello del HMNSA durante el año 2008.

Muestra

Formada por 121 (23.6%) pacientes con reporte de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBg), por histopatología; sometidas a un manejo conservador durante el período descrito.

Escenario de Estudio

Es un hospital docente de 4to. Nivel, que cuenta con 2 residencias de especialidades médicas (ginecología y obstetricia, y anestesiología); y 3 subespecialidades (oncología ginecológica, perinatología y endocrinología ginecológica). Ubicado en la zona Metropolitana de la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana.

Criterios de Inclusión

Fueron incluidas en el estudio:

Haber sido referida a la consulta de patología de cuello con citología anormal que sugiere LIEBG, ASCUS y AGUS, y cuyo reporte histopatológico refiere como diagnóstico lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

Colposcopia satisfactoria.

Expediente clínico completo.

Pacientes que acudieron a sus citas subsecuentes.

Criterios de Exclusión

No cumplir con los criterios de inclusión.

Métodos y Técnicas

Con un título pre formado, se recolectó publicaciones sobre el tema, conformando la fuente bibliográfica, lectura de ellas y clasificación de los hallazgos. Se aplica al expediente clínico de las pacientes registradas en los archivos de la clínica de patología de cérvix del Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, 2008-2010. Se inicia formulación de resultados, conclusiones y sugerencias, hasta la presentación.

Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia 2008-2010.

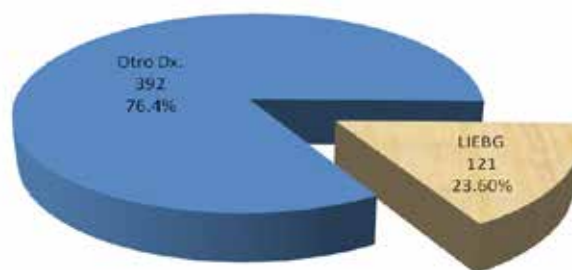
Fuente

Expediente clínico de las pacientes asistidas en la consulta de Patología de Cuello del HMNSA durante el período mencionado.

RESULTADOS

De 513 pacientes referidas a la consulta de patología de cuello, con citología anormal, 121 de ellas (23.6%), constituyendo nuestra muestra de estudio, tuvieron reporte histopatológico de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. (Figura 1).

Figura 1. Distribución de pacientes referidos a la consulta de patología de cuello del Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, 2008-2010.



Al determinar el seguimiento por biopsia colposcópica, se les realizó una primera colposcopia al 100 por ciento (121 casos) de las pacientes, en donde 118 de los casos presentaron lesión de bajo grado (97.5%); en la segunda colposcopia de seguimiento quedaron 90 casos, para un 76.3 por ciento representados por LIEBG, 25 casos (21.2%) remitió y 3 casos (2.5%), evolucionaron a lesión de alto grado (Cuadro 1).

Cuadro 1. Seguimiento subsecuente por colposcopia biopsia de pacientes con Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado,

Reporte histopatologico										
No. de Colposcopia	Total de Pacientes	Cervicitis crónica			LIEBG				LIEAG	
					(NIC I)		Cambios sugestivos de VPH			
		No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1ra.	121	3	2.5	102	84.3	16	13.2	0	0	
2da.	118	25	21.2	61	51.7	29	24.6	3	2.5	
3ra.	90	32	35.6	36	40.0	20	22.2	2	2.2	
4ta.	56	15	26.9	24	42.8	13	23.2	4	7.1	

Fuente: CpCC/HMNSA.

Nota: De las pacientes que evolucionaron a lesión intraepitelial de alto grado fueron NIC I.

En la tercera colposcopia, de estas 90 pacientes, 56 (62.2%), reportaron LIEBG, 32 (57.1%) remitieron y 2 casos (3.6%) evolucionó a lesión de alto grado; ya para la última colposcopia, de las 56 pacientes, 37 casos (66.1%) presentó LIEBG, 15 casos (26.8%) remitió, y 4 casos (7.1%), evolucionó a lesión de alto grado (Cuadro 1).

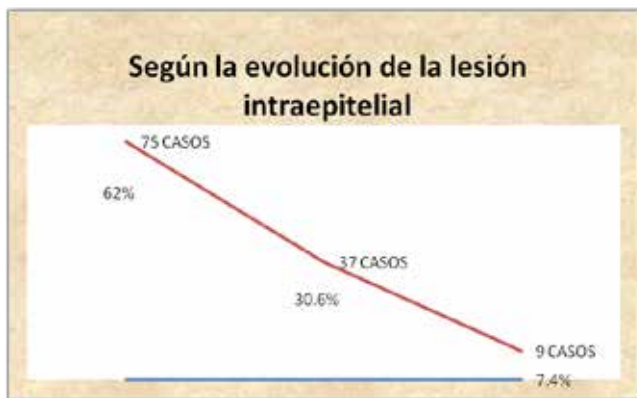
Refiriéndonos a la evolución de la lesión intraepitelial de bajo grado, encontramos que 75 (62.0%) regresó espontáneamente en un periodo menor de 24 meses; 37 presentaron persistencia de la lesión, para un (30.6%); y 9 casos evolucionaron a lesión de alto grado (7.4%). (Cuadro 2, Fig.2).

Cuadro 2. Evolución de la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia 2008-2010.

Categoría	Regresión		Persistencia		Progresión	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
NIC 1	75	62.0	37	30.6	9	7.4

Fuente: CpCC/HMNSA.

Figura 2.



Fuente: Cuadro 2.

DISCUSIÓN

Numerosos estudios (Cuba), señalan que en las biopsias de pacientes con citología de LIEBG se encontró en el reporte histopatológico lesión de bajo grado en el 91 por ciento de los casos, y no hubo lesión en el 4,4 por ciento. En otro análisis similar encontraron en las biopsias de pacientes con citologías informadas como LIEBG: lesión de bajo grado en el 74,7 por ciento, cervicitis en el 22,5 por ciento. Otro estudio, al analizar la concordancia de citologías con LIEBG tuvieron los siguientes resultados histopatológicos: lesión de bajo grado, 86,7 por ciento. Nuestro estudio reportó lesión de bajo grado en 92.6 por ciento; cervicitis crónica + VPH en 13.2 por ciento; y sin lesión 2.5 por ciento. Corroborando literaturas revisadas, que indican una sensibilidad de la colposcopia entre 87- 99 por ciento, y una especificidad de hasta 87 por ciento (Mitchell et al., 1998; Belinson et al., 2001).

En una revisión de la literatura de casi 14,000 pacientes seguidas durante menos de 1 año a 20 años, Oster observó que en la NIC I el 60 por ciento regresarán y sólo el 10 por ciento

progresarán a carcinoma in situ. En un estudio realizado en el HMNSA, con 216 pacientes con LIEBG, se reporta una remisión total de la lesión con manejo expectante, en un 68.5 por ciento; y un 26.4 por ciento presentó persistencia de la lesión. Nuestro estudio arrojó datos similares, con 62.0 por ciento las pacientes que remitieron luego de un manejo expectante; un 30.6 por ciento presentó persistencia de la lesión; y progresión a una neoplasia de alto grado 9 pacientes para un 7.6 por ciento.

REFERENCIAS

1. Albújar Baca P, Zavaleta Moreno A. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. Acta cancerol. 2006;34(1):64-6. <http://www.bvsalud.org>.
2. Anon. Estrategia Regional y Plan de Acción Para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe de 2009 a 2015. OPS. Rev Panamericana de Salud Pública, Vol 1, No. 4, abril 2007. <http://www.paho.org/>
3. Bankowski, Brandon J., Hearne, Amy., Lambrou, Nicholas C., Fox, Harold., Wallach, Edward E. Manual Johns Hopkins de Ginecología y Obstetricia. 2da ed. Editorial Marbán. Madrid, España. 2005. Cap. 42.
4. Berek, Jonathan S. MMSC. Ginecología de Novak. 13 ed. Editora McGraw-Hill Interamericana. Cap. 16. Págs. 385-412.
5. Bobadilla, Louis. Cervical Cancer Trends in the Dominican Republic and the United States. December 1999. <http://www.nzdl.org/gsdmmod>
6. Bolívar A, Coromoto D. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérvis: conducta. Rev Obstet Ginecol, Venez; 69 (1): 41-47, mar. 2009. LILACS ID: lil-523008. <http://www.bvsalud.org>.
7. Botero, Jaime; Jubiz, Alfonso; Henao, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. 7ma ed. Impreso Colombia. Quebecor World-Bogota. 2004.
8. Broders AC. Carcinoma in situ contrasting with benign infiltrating epithelium. JAMA, 99: 1670- 1932. <http://www.jama.ama-assn.org>.
9. Browns A.K. Gillis S, Devel C, Angel C, Glantz C, Dubesther B. Citología cervical anormal. Revista Internacional de Cáncer Ginecológico, 2005; 15(3): 517-522.
10. Clinical Management guidelines for obstetrician-gynecologist No. 19, Dec 2009. Practice Bulletin No. 109. Obstet Gynecol 2009;114:1409-20. <http://www.Acog.com>
11. De Palo, Giuseppe., Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. 2da. Ed. Editorial Masson, España, 2007.
12. De Palo, Giuseppe. Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. 1ra. ed. Editora Médica Panamericana S.A. 1993.
13. Díaz-Amézquita EL, Martínez de Larios N, Dragustinovis Valdéz IY. Correlación citológica-colposcópica e histológica de lesiones de bajo y alto grado en cérvix. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2006;7(2):54-8. <http://www.bvsalud.org>.
14. Disaia, Philip J. Oncología Ginecológica Clínica. 6ta edición. 2002.
15. Examen colposcópico de la neoplasia intraepitelial cervical. International Agency for Research on Cancer/

- OMS 2001. <http://screening.iarc.fr/>
16. Fonticiella C, Felix J. Concordancia citocolpohistológica en pacientes con lesión intraepitelial cervicouterina de bajo grado. Rev cuba obst ginecol; 36(3): 399-408, jul-sep. 2010. <http://www.bvsalud.org>.
 17. González, Merlo; J. González, Bosquet; E. González, Bosquet. Ginecología. 8va ed. Editora Másson. 2003.
 18. González, Merlo; J. González, Bosquet y Cols. Ginecología Oncológica. 2da ed. Editora Masson. 2000. Cap. 8.
 19. Gori R., Jorge; Larusso, Antonio y Cols. Ginecología de Gori. 2da ed. Editorial el Ateneo. 2008. Cap. 21. Págs. 350-399.
 20. Guzmán P, Alonso P. Revisión rápida versus revisión tradicional en el cito diagnóstico cervicovaginal. Comparación mediante correlación citohistológica. Rev Med Hosp Gen Mex. 2007;70(3):102-6. <http://scielo.sld.cu/scielo>.
 21. James R., Scout; Beth Y., Karlam. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9na. Ed. Editora McGraw-Hill Interamericana. 2005.
 22. Kurman RJ, Henson, Herbst AL, et al., The National Cancer Institute Workshop. Interim guidelines for Management of abnormal cervical cytology. JAMA 1994;271:1866-1869.
 23. <http://www.jama.ama-assn.org/./1866.short7>.
 24. Kyrgiou M, Koliopoulos G, .Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2006 Feb 11;367(9509):489-98. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 26. Martínez, S. Citología Cervical. Rev Med Hondur 2005;73:131-136. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>
 27. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. JAMA, 262: 931. 1989. <http://www.jama.ama-assn.org>.
 28. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Revista Española de Patología. Vol 36, No. 1, 2003. <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/htm>
 29. Ortega Mármol, Laureado. Cáncer de cuello uterino en República Dominicana. 10 de abril 2010. <http://www.Pathos.es/opinion/el.cancer>.
 30. Ostor AG. Natural history of cervical intraepitelial neoplasia. A critical review. Int. J Gynecol Pathol 1993;12:186-192.
 31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 32. Reagan JW, Setdeman IL, Saracusa Y. The cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of the uterine cervix. Cancer, 6: 224. 1953.
 33. <http://www.patologia.es/./36-1n02.htm>
 34. Rubin JC. The pathological diagnosis of incipient carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol, 62: 668. 1910. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/P>
 35. Sawaya , George F., M.D. El cribado del cáncer de cuello del útero-- Nuevas directrices y la Balanza entre los beneficios y los daños. n engl j med 361;26 nejm.org december 24, 2009.
 36. <http://www.nejm.org>
 37. Solorza L, Gilberto, Ortiz D, Alejandro. Neoplasia Intraepitelial Cervical. diagnóstico y Tratamiento. 2005.

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.

TRASTORNO MENTAL POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN PAREJA CON DIFERENCIA DE EDAD MAYOR DE 15 AÑOS.

Rafaelina Vallejo* Tita Ironelys Porte Verihuepe, * Ana María Vallejo, * Gutty Alfonsina Fernández Azcona. * Greyniyer Antonia Paulino Cordero.*

RESUMEN

Con el objetivo de contribuir a la prevención de la violencia familiar hemos realizado un estudio prospectivo, de corte transversal y descriptivo sobre secuelas mental en la violencia familiar entre pareja con diferencia de edad mayor de 15 años, registradas como denuncia en la Procuraduría Fiscal Destacamento de protección a la mujer, del Sector Villa Juana, Santo Domingo, República Dominicana. En el año 2006 a octubre del 2009, siete mil 905 denuncias fueron recibidas en la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia del Distrito Nacional. De las 208 mujeres que según la Procuraduría General de la República y entidades de la sociedad civil murieron en dos años a manos de sus parejas o de sus exparejas, 132 eran superadas en edad por sus victimarios en 15 años o más. En un caso la diferencia era de 40 años, y en otro de 32 años, ambas mujeres adolescentes. En Villa Juana se reciben 50 denuncias de agresión familiar diaria. El universo estuvo compuesto por 128 casos de agresión a la mujer ocasionado por su marido, la muestra la representó 36 mujeres agredidas por sus parejas, los cuales les sobrepasan de 15 años de edad, que consintieron ser encuestadas.

Palabras claves: Salud mental, Secuelas, violencia intrafamiliar.

ABSTRACT

With objective to contribute family to resort to violence was to carry one prospective, descriptive and a cross section study of family violence on co – habiting couple with age difference more 15 years registered from Public Prosecutor report, Villa Juana, Santo Domingo, Dominican Republic. For 2006 – 2009, to be 7, 905 report of husband hers. From Public Prosecutor report, 208 women to die murder 132 the husband to have more 15 years, one to have 40 years more she, other 32 years, the women was teenage. Every day from Villa Juana to receive 50 report of family violence. The universe was 128 cases of aggression. The population was 36 women with aggression for your husband, old age 15 years, and consent survey.

Keys words: mental health, long – term effects, family violence.

INTRODUCCIÓN

Etiológicamente no hay nada en nuestra neurofisiología que impulse a realizar actos violentos, la violencia doméstica encierra una variedad de comportamientos, abusos, amenazas

y la destrucción emocional de la víctima, con graves consecuencias que sufren las víctimas constituyen un problema de salud pública. La literatura considera que la violencia intrafamiliar supone mayor causa de sufrimiento y lesiones en mujeres entre 15 y 44 años. Los daños físicos no son la única consecuencia inevitable y generalmente reconocida de la violencia masculina, sino que hay otras secuelas como los trastornos ginecológicos y gastrointestinales se aprecian como morbilidad de hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes Mellitus, asma bronquial y padecimientos cerebro vascular, o problemas de tipo mental, que pueden llegar a intentos de suicidio, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, cuyos efectos pueden sentir durar hasta mucho después del cese de la violencia física como tal. Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida causada por el stress que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al auto descuido y a una mayor proclividad a vivir en riesgos. Se ha determinado, por ejemplo, que las mujeres maltratadas tienen mayor probabilidad de fumar que aquellas sin antecedentes de violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés posttraumático, fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir a las drogas alcohol para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, sin darse cuenta, se están metiendo en otro problemas, aunque menos graves, pero dañino igualmente. La pérdida de autoestima de la mujer que ha sido maltratada en la niñez (1) puede traducirse en un mínimo de esfuerzo para evitar situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro, pueden albergar sentimientos de miedo, culpa, desvalorización, odio, vergüenza, depresión, desconfianza y aislamiento, en los casos en donde no se ha iniciado el maltrato en los primeros momentos de la relación, las circunstancias que se han relacionado con el inicio de la violencia son: consumo abusivo de alcohol, celos, cambios de trabajo, problemas económicos, infidelidad conyugal (10) y toxicomanía. Atendiendo a las conductas típicas llevadas a cabo en el maltrato físico lo habitual es que se produzcan puñetazos, patadas, bofetadas, estrangulamientos, empujones y agresiones sexuales, utilización de armas blancas, objetos contundentes, como consecuencia de los actos violentos con mucha frecuencia se producen lesiones físicas, tales como magulladuras, torceduras, heridas, que requieren asistencia médica.

Además de estas conductas violentas, el agresor arremete, en muchos casos, contra los objetos del hogar tanto en el maltrato

* Médico general.

físico como en el psicológico. La relación entre el maltrato y la disfunción psicológica tiene importantes implicaciones con respecto a la mortalidad femenina, debido al aumento de suicidios por esta causa. Luego de revisar las evidencias en los Estados Unidos, Stark y Flitcraft (8) llegaron a la conclusión de que el abuso puede ser el precipitante más importante identificado hasta ahora y relacionado con los intentos de suicidio femeninos (1991). Una cuarta parte de los intentos de suicidio de parte de mujeres y la mitad de los intentos de parte de mujeres están precedidos por abuso y experiencia de violencia intrafamiliar (9).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio de corte transversal, descriptivo, en un corte transversal aplicado al periodo mayo – septiembre 2011 referente a las secuelas mentales que presentaban las mujeres que denunciaron violencia intrafamiliar en el Departamento de la Procuraduría fiscal del Destacamento de Villa Juana, Santo Domingo, República Dominicana. Se les aplicó una encuesta previo consentimiento a una muestra obtenida mediante muestreo aleatorio simple a 36 mujeres agredidas por su pareja, quienes le sobrepasaban la edad, siendo el hombre mayor de 15 años o más, trabajando con una confiabilidad de un 95 por ciento a un universo de 128 casos registrados en la Fiscalía. En el Destacamento de Villa Juana se ve diariamente cincuenta casos de denuncia de algún grado de violencia a la mujer. Se incluyeron aquellas mujeres agredidas por su pareja y que el marido tuviera 15 años o más por encima de su edad. Se excluyeron las mujeres agredidas con parejas con edades con rangos igual a las de ella o por encima hasta 14 años, también las que no consintieron ser encuestadas.

RESULTADOS

Los hallazgos de la encuesta se revelan en los siguientes cuadros:

Cuadro 1. Distribución por edad de la mujer que denunció la violencia familiar. Fiscalía Villa Juana - 2011

Edad (años)	Frecuencia	%
14 - 17	8	22
18 - 19	13	36
20 - 24	5	14
25 - 29	6	16
30	4	12
Total	36	100

Fuente: encuesta

Cuadro 2. Distribución por años del hombre mayor a la edad de la mujer que denunció la violencia familiar. Fiscalía Villa Juana - 2011

Años	Frecuencia	%
15 - 17	13	36
18 - 20	13	36
21 - 23	6	16
24 - 26	3	9
27 - 30	1	3
Total	36	100

Fuente: encuesta

Cuadro 3. Distribución por entidades presentada en la mujer abusada. Fiscalía Villa Juana - 2011

Entidad patológica	Frecuencia	%
Ansiedad	36	100
Miedo	36	100
Stress	36	100
Depresión	23	69
Trastornos afectivos	22	61
Fatiga crónica	19	53
Alcoholismo	9	25
Toxicomanía	9	25
Tabaquismo	5	14
Hipertensión arterial	4	12
Ideas suicidas	3	9
Ideas homicida	2	6
Trastornos de personalidad	1	3

Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

Un estudio llevado a cabo por un equipo de la Organización Mundial de la Salud dirigido por la doctora Claudia García-Moreno, (2) del departamento de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, revela que las mujeres que habían sido víctimas de violencia física o sexual de su pareja en las cuatro semanas anteriores se quejaban de problemas de salud específicos como dificultades al caminar,

dolores, pérdida de memoria, mareos y secreción vaginal, las mujeres que habían sufrido ese tipo de violencia al menos una vez en sus vidas confesaron más trastornos emocionales o tentaciones suicidas que quienes no habían tenido esas experiencias negativas. En nuestro estudio en la Fiscalía de Villa Juana, las mujeres abusadas refieren, estar ansiosa, con miedo y stress en el 100 por ciento, el 61 por ciento presentó trastornos afectivos y las ideas suicidas estuvieron presentes en el 9 por ciento, el 39 por ciento adquirió hábitos de tabaquismo y consumo de alcohol en exceso, el 53 por ciento refirió fatiga crónica, a la cual no encontraba explicación.

CONCLUSIÓN

En lo referente a la edad de la mujer abusada, el 22 por ciento era adolescente, el 36 por ciento estaba entre 18 y 20 años. Ninguna de las encuestadas pasaba de 30 años de edad.

Referente a los años de vividos por su pareja por encima de la edad de la mujer, oscilaban de 15 – 20 años un 62 por ciento, tres hombres eran de 24 a 26 años mayor que su mujer y uno era de 28 años mayor que la víctima.

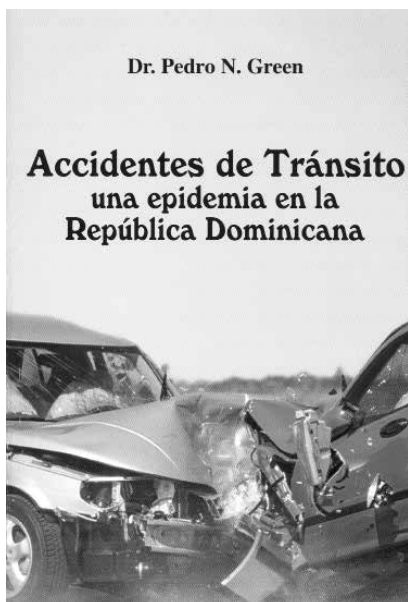
Referente a las entidades mentales y somatizadas, la ansiedad, el miedo y el stress estuvo presente en el 100 por ciento de las mujeres, el 69 por ciento tuvo depresión, el 61 por ciento tuvo trastornos afectivos, el 53 por ciento somatizó fatiga crónica, 25 por ciento abuso de alcohol, droga y tabaco. Las ideas suicidas en el 9 por ciento de las encuestadas, las

ideas homicidas contra el abusador pasó por el 6 por ciento de las mujeres.

REFERENCIAS

1. Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Trastornos mentales en niñas abusadas: 237
2. García-Moreno, C. Víctimas de violencia sexual. 2002: 145
3. Pérez, R. efectividad de programa grupal en violencia familiar. 2006: 24
4. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad. 2000: 67
5. Organización Panamericana de la Salud. Violencia intrafamiliar en América Latina. 2001: 38
6. Revista de obstetricia y Ginecología Venezuela v. 66 marzo 2006. Repercusiones de la violencia de género: 103
7. Ruiz, P. Impacto en salud pública de la violencia familiar. 2003: 7
8. Stark y Flitcraft 1991. Intento de suicidio en mujeres abusadas: 321
9. Teske y Parker 1983. Trastornos de personalidad: 23
10. Zubizarreta, A. Consecuencia psicológicas del maltrato doméstico. 2003: 59

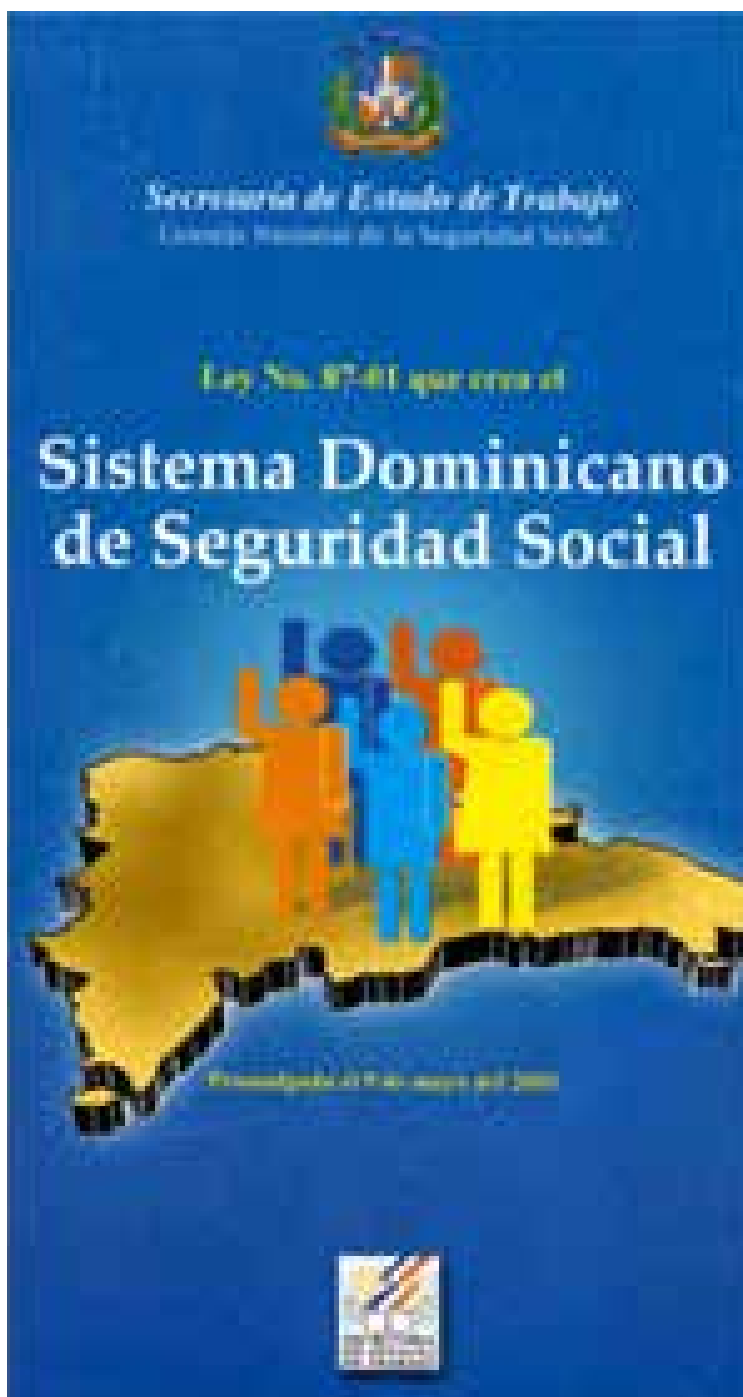
LIBROS · LIBROS · LIBROS



*Accidentes de tránsito:
una epidemia en
la República Dominicana*

Autor: Dr. Pedro N. Green

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



COMPLICACIONES DE LAS QUEMADURAS TÉRMICAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS PEARL F. ORT DE LA CIUDAD SANITARIA DOCTOR LUIS EDUARDO AYBAR

*Franklyn M. Sosa Contreras, José M. Rodríguez Quezada, Dioni Rodríguez Encarnación, Pricila Aimee Santana Trinidad, Cinthia Beltré Matos.

RESUMEN

Determinar las complicaciones de las quemaduras térmicas de segundo y tercer grado en la unidad de quemados de la ciudad sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar Octubre – Diciembre 2010. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Con una población de 15 pacientes con complicación. Para recolección de los datos se elaboró una ficha con relación a las variables y objetivos de la investigación. La principal complicación fueron las alteraciones hematológicas con (26.67%), el sexo más afectado fue el masculino en un (73.33%), siendo el que más se complicó, la edad más afectada fue de 21 a 40 años siendo este mismo rango de edad el que presentó mayor número de complicaciones, el grado más frecuente fueron las de segundo y tercer grado combinadas. La flama fue la causa más frecuente y a su vez estuvo más relacionada a la aparición de complicaciones, la superficie corporal correspondió de los casos al 19 a 27 por ciento, las áreas anatómicas que más se afectaron fueron: cabeza, miembros superiores y miembros inferiores cada una de ellas con 8 casos. El área menos afectada fue el Tórax, mientras que la que más se complicó correspondió a los miembros inferiores. La condición de egreso que predominó fueron los fallecidos (60.00%) con 9 casos de una muestra de 15 pacientes.

Palabras claves: Quemaduras, Quemaduras térmicas, Complicaciones.

ABSTRACT

To determine the complication of thermal burns of second and third degree burns unit in Pearl F. Ort of the City Sanitary Doctor Luis Eduardo Aybar October to December 2010. We performed a retrospective study of cross section. With a population of 15 patients with complications. For the removal of the data in a standardized form with respect to the variables and objectives of the research. The main complication were hematological disorders with (26.67%), sex was the most affected in male (73.33%), being the most complicated, most affected age was 21 to 40 years and this same age range presented the highest number of complications, the most common grade were the second and third grade combined. The flame was the most frequent and in turn was more related to the occurrence of complications, body surface area corresponded to 19 cases to 27 percent, the anatomic area most commonly affected were: head, upper limbs and limbs each one with 8 case. The least affected area was the chest, while the most complicated corresponded to the lower limbs. The exit status

of the deceased were predominated (60.00%) with 9 cases of a sample of 15 patients.

Key words: Burns, Thermal burns, complications.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son de las principales causas de muerte en los países desarrollados e industrializados. Estas se generan como consecuencia de accidentes laborales y en lo concerniente a los niños, accidentes dentro del hogar. Con respecto al paciente quemado hay elemento determinante en la gravedad del paciente, como son: la edad, etiología, extensión, profundidad y lesiones asociadas. El porcentaje de superficie corporal quemada tiene importancia en el pronóstico y estimación de los requerimientos de líquidos en la fase aguda de la quemadura grave. (Peinado, 2006, p. 439-448).

Las atenciones brindadas van en mira a disminuir las complicaciones concomitantes; Alteraciones hematológicas, Desbalances hidroelectrolítico, Sepsis así como alteraciones en el aspecto físico lo que coadyuva a desencadenar trastornos psíquicos. Estos después de haber sufrido dicho evento presentan dificultad en la integración a nivel social, lo cual será más difícil en aquellos que han presentado alguna complicación, periodo de recuperación prolongado, la desintegración familiar o deserción laboral. Conllevando esto a que los pacientes se conviertan en una carga social y familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo y muestra

El universo estudiado estuvo comprendido por 898 pacientes atendidos por quemaduras en la unidad para quemados Pearl F. Ort de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar en el periodo Octubre – Diciembre 2010. La población en estudio fue de 40 pacientes ingresados con diagnóstico de quemaduras térmicas en la unidad para quemados Pearl F. Ort de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar en el periodo Octubre – Diciembre 2010. La muestra tomada fue de un total de 15 pacientes con diagnóstico de quemaduras térmicas de segundo y tercer grado y que durante su ingreso presentaron algún tipo de complicación confirmada.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un formulario inspirado por los sustentantes. El formulario contempló datos como: edad, sexo, procedencia, tipo de quemadura, etc., así como datos relacionados con las complicaciones presentadas. El formulario fue en formato 8½ por 11. Las preguntas

*Médico General

contenidas en el formulario eran cerradas, se llenaron a través de la revisión de los expedientes clínicos.

Procedimiento

Una vez evaluado la variabilidad del formulario de recolección de informaciones y la facilidad de acceso a los expedientes clínicos, se procedió a la obtención de las informaciones, la cual consistió en la llenada de formulario sobre la base de las informaciones obtenidas en los expedientes clínicos preseleccionadas. En esta etapa de la investigación se realizó con los datos extraídos desde Octubre a Diciembre del año 2010. la fase de ejecución de revisión de los expedientes clínico y llenado de los formulario comprendió los meses Marzo - Abril de 2011.

Tabulación y análisis

Los datos se presentaron en frecuencia simple y cruzada, fueron procesados utilizando los programas de computadora: Microsoft Excel y Microsoft Word.

RESULTADOS

Del total de 40 casos de quemaduras térmicas de segundo y tercer grado ingresado en el hospital durante Octubre a Diciembre del 2010, de los cuales 15 casos presentaron algún tipo de complicación. Se excluyeron a 6 casos con quemaduras de menor grado que la estudiada, 851 casos que no requirieron de ingreso, 7 casos que fueron ingresados con quemaduras químicas u otros tipos de quemaduras que no fueron las contempladas en nuestra investigación. Se excluyeron todos los pacientes (19 casos) con quemaduras de segundo o tercer grado que no presentaron complicaciones. Se excluyeron todos los pacientes (136 casos) ingresados en los meses antes de la fecha establecida para el levantamiento de los datos.

Cuadro I. Complicaciones de las quemaduras térmicas. Distribución de los casos según las complicaciones. Ciudad Sanitaria Doctor Luís Eduardo Aybar.

Octubre – Diciembre 2010.

Complicaciones	Total	%
Sepsis	2	13,33
Desbalance hidroelectrolítico	3	20,00
Alteraciones hematológicas	4	26,67
Fallo renal	1	6,67
Neumonía	2	13,33
Anemia	2	13,33
Insuficiencia cardiaca	1	6,67
Edema agudo de pulmón	1	6,67
Arritmia cardiaca	1	6,67
Shock hipovolemico	1	6,67
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SDRIS)	1	6,67
Paro cardiorrespiratorio	1	6,67
Ulcera por decúbito	2	13,33

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro II. Complicaciones de las quemaduras térmicas. Distribución de los casos según el Sexo.

Ciudad Sanitaria Doctor Luís Eduardo Aybar. Octubre – Diciembre 2010.

Sexo	Total	%
Masculino	11	73.33
FEMENINO	4	26.67
TOTAL	15	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro III. Complicaciones de las quemaduras térmicas. Distribución de los casos según el grado de quemadura.

Ciudad Sanitaria Doctor Luís Eduardo Aybar. Octubre – Diciembre 2010.

Grado de quemadura	Total	%
Segundo grado	1	6.67
Tercer grado	2	13.33
SEgundo y tercer grado coexistente	12	80.00
Total	15	100.00

Fuente: Expedientes clínicos.

Complicaciones de las quemaduras térmicas. Distribución de los casos según el por ciento de superficie corporal quemada.

Ciudad Sanitaria Doctor Luís Eduardo Aybar. Octubre – Diciembre 2010.

Por ciento de superficie corporal quemada (%)	Total	%
1-9	1	6.67
10-18	2	13.33
19-27	3	20.00
28-36	2	13.33
37-45	2	13.33
46-54	1	6.67
55-63	1	6.67
64-72	-	-
73-81	-	-
82-90	1	6.67
91-99	2	13.33
Total	15	100.00

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro V. Complicaciones de las quemaduras térmicas. Distribución de los casos según las causas de la quemadura. Ciudad Sanitaria Doctor Luís Eduardo Aybar. Octubre – Diciembre 2010.

Condición de egreso	Total	%
De alta medica	6	40.00
Fallecido(a)	9	60.00
Total	15	100.00

Fuente: Expedientes clínicos.

DISCUSIÓN

Las complicaciones son situaciones inesperadas que se presentan durante la evolución de un proceso y que alteran el pronóstico. La aparición de estas es multifactorial, y pueden influir la procedencia, las atenciones recibidas, el estado de salud y otros factores, los cuales pueden jugar un papel determinante en cuanto a la recuperación del paciente o a la presencia de las mismas.

Al analizar el cuadro sobre las complicaciones de las quemaduras térmicas encontramos que algunos pacientes presentaron más de una complicación, predominando las alteraciones hematológicas con cuatro casos para un 26.67 por ciento, seguido por el desbalance hidroelectrolítico con tres casos para el 20 por ciento; contrario al estudio realizado por Avendaño J, *et al*, en el cual concluyeron que la complicación más frecuente fue la infección del área quemada con 23 casos (35%).

El sexo más afectado por quemaduras fue el masculino con once casos (73.33%), siendo este a la vez el que más frecuentemente se complicó con 3 casos (20%), coincidiendo con el estudio de Avendaño, que planteaban que el sexo masculino era el más afectado con un 70.56 por ciento.

En el cuadro de la distribución de los casos según edad y complicaciones encontramos que el grupo de edad más afectada estuvo entre los 21 a 40 años con 8 casos para el 53.34 por ciento, siendo este mismo rango de edad el que presentó mayor número de complicaciones. Las alteraciones hematológicas fueron las más frecuentes, en relación con la edad, presentándose en el grupo etáreo de 21 a 30 años con 2 casos (13.33%); mientras que en el estudio realizado en Santo Domingo, 2008 por León B, Matías, S. *et. Al*. la edad más afectada fue el grupo de 20 a 29 años.

Las quemaduras que se presentaron con mayor frecuencia fueron las de segundo y tercer grado combinadas (80%); coincidiendo con el estudio realizado por Moscoso Maza, *et al* sobre Análisis de la morbilidad y mortalidad del quemado extenso adulto, en el que concluyeron que las lesiones correspondieron a quemaduras de segundo y tercer grado. No así, con los resultados presentados por León B. y Matías S. en su estudio sobre Frecuencia de paciente con quemaduras eléctricas en la unidad de quemados Pearl Ort. Ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar. Enero-Febrero 2008 en el que concluyeron que las quemaduras de tercer grado fueron las más frecuentes.

La mayor superficie corporal afectada correspondió al 19 a 27 por ciento con 3 casos (20%); diferenciando del estudio de Avendaño, en el cual la mayor parte de los pacientes pertenecieron a menos de 15 por ciento de superficie corporal.

El área anatómica que más frecuentemente se afectó fueron

los miembros superiores, coincidiendo con el estudio realizado en Santo Domingo por León B, y Matías, S., sobre Frecuencia de paciente con quemaduras eléctricas unidad de quemados Pearl Ort. Ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar 2008, en el cual se estableció que el área anatómica más frecuentemente afectada fueron los miembros superiores en un 86 por ciento; sin embargo el área que más se complicó fueron los miembros inferiores.

La causa más frecuente de quemaduras fueron las flamas con 11 casos para el (73.33%), coincidiendo con el estudio Análisis de la morbilidad y la mortalidad del quemado extenso adulto, realizado por Moscoso Maza V., *et al*. en el que concluyeron que el mecanismo principal de la lesión fue el fuego. La mayor frecuencia de complicaciones apareció en relación a esta causa.

La principal condición de egreso fue la defunción con 9 casos para un (60.00%) cuya complicación fueron alteraciones hematológicas y paro cardiorrespiratorio cada uno con 2 casos, sin embargo en el estudio realizado por Avendaño J, *et al*. en el cual concluyeron que fallecieron 4 pacientes complicados por sepsis.

De acuerdo a los pacientes fallecidos las principales complicaciones que presentaron fueron las alteraciones hematológicas y el desbalance hidroelectrolítico con 2 casos cada uno. En cambio las principales complicaciones en los pacientes De alta médica (vivos) fueron alteraciones hematológicas, anemia y ulcera por decúbito cada una con 2 casos.

REFERENCIAS

1. Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Insuficiencia renal aguda (IRA) en el paciente quemado, 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2002/ti024d.pdf>.
2. Avendaño J, Godoy N, Luna M, Padron Y, Quintana L, Briceño J. Incidencia y complicaciones de pacientes hospitalizados por quemaduras en el Hospital de Emergencia "Pérez de León" desde enero de 1992 hasta octubre de 1997. En: google académico. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lan_g=p&nextAction=lnk&exprSearch=213242&indexSearch=ID.
3. De León Olivero B, Matías Gómez S. Frecuencia de paciente con quemaduras eléctricas unidad de quemados Pearl Ort. ciudad sanitaria Dr. Luís E. Aybar. Enero 2007 -Febrero 2008. [Tesis doctoral]. Santo Domingo. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2008.:174
4. Moscoso Maza V, Cuenca-Pardo V, Álvarez-Díaz C. Análisis de la morbimortalidad del quemado extenso adulto. 2002.
5. Peinado H. Apuntes de cirugía abdominal y torácica. 3 ed. 2006. Republica Dominicana. Impresiones Búho. p 439-448.
6. Revista chilena de enfermedades respiratorias. [Acceso 31 de Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?arttext&pid>.
7. Robbins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Colombia. Editora Mc Graw Hill. 2000. pp. 458-460.
8. Salinas, E. Incidencia de las quemaduras en niños... 2005. Recuperado el 05 de agosto de 2011, de http://www.elportaldeasalud.com/index.php?Itemid=29&id=200&option=com_con

- tent&task=view
9. Socarrás Suárez M, Bolet Astoviza M, Fernández Rodríguez T, Martínez Manríquez J, Muñoz Caldas L, Josefa Companioni. Desnutrición hospitalaria en el Hospital "Calixto García". En: Invest Biomed, 2004. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld>.
 10. Tejero, R. Medela de probabilidad para predecir una neumonia nosocomial por Staphilococcus aureus resistente a meticilina. 2010. Recuperado el 14 de agosto de 2011, de:
 11. <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/2747/9788469293874.pdf.txt?sequence=3>

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 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA LAS GUARANAS, SAN FRANCISCO DE MACORÍS, REPUBLICA DOMINICANA.

*Dilkis Esmeralda Santana Carbuccia,** Rosalía Sánchez Encarnación,* Rosi Y. Cabrera,* Joan Nicolás Martínez Herrera, **** Mercedes Esther Guzmán Pérez.**

RESUMEN

Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo con la finalidad de determinar la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA.) en los pacientes que asisten a la consulta en la clínica de atención primaria de las guaranas durante el periodo enero – junio del 2007. Basado en el libro de registro diario de consultas obtuvimos el universo y la muestra, constituido por todos los pacientes que asistieron en el periodo enero – junio 2007 al centro de salud. El total de consultas correspondientes a dicho periodo fue de 4364 (100 %), siendo consultas por infección respiratorias agudas (IRA) 1362 (31.2%), el mes en que se presentaron mayor cantidad de IRA fue junio (20.8 %), siendo el sexo femenino el más afectado (58.9) y la edad de mayor frecuencia fue 15 -64 años (25.6%)

Palabras claves: infecciones respiratorias agudas (IRA), Clínica de atención primaria Las Guaranas.

ABSTRACT

We carried out a retrospective and descriptive study with the purpose of determining the frequency of the respiratory sharp infection in patients attended in the Clinic of Primary Attention of Las Guaranas during the period January- June of year 2007. Based in the log of daily registration of consultations got the universe and the pattern which is constituted by all the patients that were assisted in the period of January - June 2007 in the Health Center. The total of corresponding consultations of this period was from 4364 (100%), being consultations for respiratory sharp infection (RSI) 1362 (31.2%), the month in that they were introduced old quantity of RSI was June (20.8%), being the feminine sex the more affected (58.9) and the age of more frequency was 15- 64 years (25.6%)

Key Words: Respiratory Sharp Infections (RSI), Clinic of Primary Attention Las Guaranas

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas son una de las principales causas de consulta en atención primaria, así que representan gran trascendencia en salud pública a nivel nacional y mundial ya que representa un número elevado de ausencias escolares y en centros laborales por morbilidad, siendo también la primera causa de morbi-mortalidad en niños/as en toda Latinoamérica. Dentro de los factores que contribuyen en la aparición de

esta patología se encuentra como uno muy marcado el factor ambiental, ya que es más frecuente en climas fríos o/ y húmedos, siendo de aparición característica en otoño-invierno contribuyendo a su vez el hacinamiento, la falta de higiene y medidas insuficientes de evitar el contagio. Siendo un tanto inespecíficas en cuando a la etiología debido a la similitud en los signos y síntomas cuando son causadas tanto por virus o por bacterias, la mayoría son causadas por virus, aunque también pueden coexistir ambas, sin poder determinar de manera efectiva cuando inicio una u otra. Se diagnostican en base a la clínica que presenta el paciente, las infecciones respiratorias agudas no tienen localización exacta, aunque se clasifican en altas y bajas, afectan al sistema respiratorio en general pudiendo pasar de alta a baja o ambas, dentro de los signos y síntomas de presentación se encuentra en niños/as rechazo del alimento, fiebre mayor de 38 ° C o baja temperatura, dificultad para respirar y en adultos algunos que podemos mencionar son congestión nasal (que también se presenta en niños/as), tos, mialgias, artralgias y fatiga. En su tratamiento son una de las causas más frecuentes de prescripción de antibioterapia empírica, se usan medicamentos según la presentación de signos y síntomas de los pacientes como analgésicos, antipiréticos, mucolíticos, broncodilatadores, estimulantes inmunológicos, perla de Vitaminas y se recomienda una ingesta abundante de líquidos acompañado de la dieta balanceada regular y el descanso. Por lo regular el pronóstico es favorable a menos que aparezcan complicaciones sobre agregadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo con la finalidad de determinar la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA.) en los pacientes que asisten a la consulta en la clínica de atención primaria de las guaranas durante el periodo enero – junio del 2007. Basado en el libro de registro diario de consultas obtuvimos el universo y la muestra, constituido por todos los pacientes que asistieron en el periodo enero – junio 2007 al centro de salud. Para la recolección de datos procedimos a la revisión de los libros de registro de consultas diarias utilizando el método de los palotes se obtuvieron los resultados que luego se ordenaron en cuadros y gráficos simples para una mayor visualización, explicación y comprensión de los resultados.

RESULTADOS

El total de consultas correspondientes a dicho periodo fue de 4364 (100 %), siendo consultas por infección respiratorias agudas (IRA) 1362 (31.2%) y 3002 (68.8 %) por otras causas

* Médico general

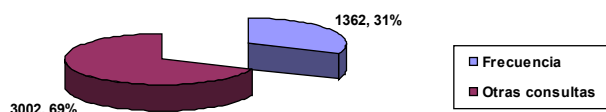
** Médico pasante

(tabla y grafico 1), el mes de junio (20.8 %) fue en que se presentaron mayor cantidad de IRA (cuadro y grafico Nº 2) , siendo el sexo femenino (59.1 %) el más afectado (cuadro y grafica 3) y la edad de mayor frecuencia (34.4 %) fue 15 -64 años (cuadro y grafica Nº 4) y un último cuadro que muestra la relación entre edad y sexo (cuadro 5).

Cuadro 1. Distribución de consultas periodo Enero – Junio 2007

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	Frecuencia	%
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	1362	31.2
Otras consultas	3002	68.8
Total	4364	100,0

Grafico 1



Cuadro 2. Distribución de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas por meses en el Periodo Enero – Junio 2007

Mes	Frecuencia	%
Enero	245	18
Febrero	144	10.5
Marzo	202	15
Abril	206	15.1
Mayo	281	20.6
Junio	284	20.8
Total	1362	100,0

Cuadro 3. Distribución de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas por sexo periodo Enero – Junio 2007

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	804	59.1
Masculino	558	40.1
Total	1362	100,0

Cuadro 4. Distribución de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas por edad periodo Enero – Junio 2007

Edad (años)	Frecuencia	%
<1	87	6.4
1 – 4	392	28.7
5 – 14	338	25
15 – 64	469	34.4
≥65	76	5.5
Total	1362	100,0

Cuadro 5. Distribución de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas relación edad y sexo periodo Enero – Junio 2007.

Edad (años)	Frecuencia		%	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Menor de 1	30	57	2.2	4.2
1 – 4	184	208	13.5	15.2
5 – 14	199	139	14.8	10.2
15 – 64	349	120	25.6	8.8
≥65	42	34	3	2.5
Sub. – total	804	558	59.1	40.9
total	1362		100%	

DISCUSIÓN

Con nuestra investigación acertamos, de que las infecciones respiratorias agudas, son una de las causas principales de visitas a consulta de atención primaria siendo un 31.2 por ciento de las consultas en este periodo que abarca el estudio enero – junio 2007, la frecuencia de los meses con mayor frecuencia corresponden a primavera – verano siendo esto así por las persistentes lluvias registradas en la comunidad durante estos meses (mayo y junio), lo que implica que en presencia de climas muy húmedos y/o fríos es más frecuente la enfermedad, el sexo femenino (59.1 %) fue el más afectado, siendo este sexo que más asiste a nuestra consulta, y la edad 15 – 64 años por igual, es la que más asiste a la consulta de atención primaria, estos datos van acorde con los informes tanto semanales como mensuales de estadística y epidemiología de la clínica de atención primaria de Las Guaranas. En cuanto a la relación entre edad y sexo podemos notar que los masculinos menores de un (1) año son más afectados que las femeninas del mismo grupo de edad sucediendo igual en el grupo de uno a cuatro (1 – 4), pero a partir de esa edad ya ocurre lo inverso, coincidiendo así con las estadísticas latinoamericanas sobre las Infecciones Respiratorias agudas.

REFERENCIAS

1. Infecciones de vías respiratorias superiores en pediatría, Romero S. Rodríguez, 3ra Edición 1998, Atelier Producciones.
2. Neumología Pediátrica, José Karma, 1993, Interamericana – McGrawHill.
3. Principios de Medicina Interna, Harrison 16 Edición, McGrawHill.
4. Compendio de atención primaria, A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez, Harcourt.
5. Manual Merck de información médica general, Océano.
6. Ferri consultor clínico diagnóstico y tratamiento de medicina interna, 1ra Edición, Fred Ferri, Harcourt/Océano.
7. Libros de registro de consultas diarias.
8. www.paho.org (organización panamericana de salud)
9. <http://scielo.sld.cu> (revista cubana de medicina)
10. www.who.int (organización mundial de salud)
11. <http://escuela.med.puc.cl>
12. www.pediatraldia.com

PREVALENCIA DE HEPATITIS B EN EMBARAZADAS ASISTIDAS EN EL HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Enma Dolores Lantigua Fernández,** Liana Caturca Batista Villamán,*
 Yessenia Acosta Alcántara,* Maraisis Brito Jiménez,* Deyanira Antonia
 Castillo Segura.*

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, el cual tuvo como objetivo determinar la Prevalencia de Hepatitis B en embarazadas asistida en el Hospital Maternidad “Nuestra Señora de la Altagracia” Santo Domingo, R.D., en el periodo enero 2002 – enero 2007.

El universo estuvo constituido por 6,056 pacientes, de los cuales 226 fueron diagnosticadas con Hepatitis B (3.73%). El grupo de edad más afectado de 15-19 con 19 casos para un 31.1 por ciento; seguido de 25-29 años con 18 casos para un 29.5 por ciento. Se comprobó además que en las primigestas es más frecuente con 28 casos, para un 45.9 por ciento. En relación a la edad gestacional la que más número de casos registró fue el tercer trimestre con 5 casos, para un 90.16 por ciento. El estado civil en que encontramos cifras significativas fueron las de unión libre con 51 casos, para un 83.6 por ciento. Según la ocupación la de mayor prevalencia tenemos las domésticas con 48 casos, para un 78.7 por ciento. La procedencia donde obtuvimos más registro el interior con 37 casos para un 60.7 por ciento.

De las variables analizadas encontramos que la mayor prevalencia encontrada fueron: en la relación de grupos de edad y números de partos esto es considerado estadísticamente significativo ($P = 0.000$); luego la relación del año de atención y los grupos de edad estadísticamente significativo ($P = 0.06$) y la relación de la escolaridad y el estado civil siendo considerado estadísticamente significativo ($P = 0.05$). Las demás variables no fueron consideradas con significado estadístico ($P = 0.14$).

ABSTRACT

In the present I have carried out a study of retrospective, descriptive and of cross section, which had objective to determine the Prevalence of Hepatitis B in pregnant attended in the Hospital Maternity “Our Lady if the Altagracia” Holy Sunday, R.D. in the period January 2002 – January 2007.

The study was constituted by 6,056 patients or whom 226 were diagnosed with Hepatitis B (3.73%). The year 2002 was that of greater diagnose with 27 cases for a 44.3 percent. The Group of age most affected of 15-19 with 19 cases for 31.1 percent; followed by 25-29 with but frequent with 28 cases, for 45.9 percent. In relation to the age gestacional that number of cases registration was the third quarter with 55 cases, for 90.16 percent. The marital status that find significant figures they were those of union free with a 51 cases, for 83.6 percent. The occupation of greater prevalence we have we obtained but

registration is the providences with 37 cases for 60.7 percent.

Of the variables analyzed we fin that the greater prevalence found were: in the relation of groups of age and numbers of labours this is considered statistically significant ($P = 0.000$); then the relation of the year of attention and the groups of age statistically significant ($P = 0.06$) and the relation of the education and the respected marital status being statistically significant ($P = 0.05$). The other variable were not considered meaning statistics ($P = 0.14$).

INTRODUCCIÓN

La hepatitis B es una enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis V (HBV). Es una enfermedad que a nivel mundial ha infectado más de 2,000 millones de personas y aproximadamente 300 millones de personas son portadores crónicos y se estima que es responsable de dos millones de muertes al año; siendo las primeras causa de muerte la cirrosis, el cáncer hepático y la insuficiencia hepática. El riesgo de la infección perinatal en hijos de madres positivas al Antígeno de Superficie Australiana para Hepatitis B (HBsAg) es alto, en 90 por ciento de los casos puede convertirse en infección crónica, además de la probabilidad de transmisión persona – persona durante los primeros 5 años de vida. La transmisión perinatal ocurre in útero en un 10 por ciento de los casos, intraparto en el 80 por ciento, bien sea por vía transplacentaria o por contacto con secreciones infecciosas y post parto en el 10 por ciento de los casos.

La enfermedad se transmite por vía directa e indirecta, siendo las principales: sangre y hemoderivados, órganos trasplantados, heces que contengan sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, orina, sudor, leche materna, transfusión sanguínea y perinatal.

Cuando aparece una hepatitis aguda el primer trimestre de embarazo se infecta el 10 por ciento de los fetos pero si la enfermedad aparece en el tercer trimestre esa cifra llega al 80-90 por ciento. Algunos bebés infectados son asintomáticos, otros desarrollan una enfermedad fulminante y cerca del 85 por ciento se convierte en portador crónico. De los recién nacidos que adquirieron el virus de la Hepatitis B perinatalmente y son portadores crónicos del Antígeno de Superficie Australiana para Hepatitis B (HBsAg), 25 por ciento de ellos posiblemente desarrollen cirrosis o carcinoma hepatocelular en la vida adulta.

El conocimiento de estos hechos aumenta nuestra responsabilidad como profesionales de la salud para promover la realización de un screening en embarazadas, teniendo como objetivo detectar el virus de la Hepatitis B en el primer

* Médico general

trimestre del embarazo para prevenir la transmisión vertical de esta patología.

De lo contrario, administrar gammaglobulina hiperinmune anti hepatitis B los recién nacidos hijos de mujeres seropositivas para el Antígeno de Superficie Australiana para Hepatitis B (HBsAg), dentro de las primeras 24 horas de vida, cuando esto se lleva a cabo la profilaxis contra la infección neonatal es efectiva en 85 a 95 por ciento de los casos.

Gracias a un temprano diagnóstico y a una carga viral durante el primer trimestre de embarazo se puede proteger al producto de la infección intraútero; para brindarles una mejor calidad de vida a estos pacientes.

En Santo Domingo un estudio reveló que 697 mujeres embarazadas asistidas en el Centro Materno – Infantil San Lorenzo de Los Mina, durante el periodo de enero-agosto 2006; encontrándose una prevalencia Hepatitis B de 1.4 por ciento, de los cuales el 51.6 por ciento se detectaron en el segundo trimestre del embarazo y un 27.1 por ciento en el primer trimestre.

En otro estudio realizado por el director de Consulta Externa en el 2002, reveló que de 10 por 100 mujeres atendidas en la consulta externa fueron positivas para la Hepatitis B en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

En un estudio realizado reveló que 100 mujeres embarazadas sanas en el Hospital San Lorenzo de Los Minas, durante el año 1985: encontrándose una prevalencia antígeno de superficie de la Hepatitis B (HBsAg) es un 11 por ciento las cuales estaban en labor de parto.

En Santo Domingo un estudio reveló que 90 mujeres embarazadas sanas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, durante el año 1986: encontrándose una prevalencia de 2 casos al antígeno de superficie de la Hepatitis B (HBsAg) en un 97.8 por ciento de las cuales estaban en labor parto.

En un estudio descriptivo, de corte transversal en la que participaron 351 embarazadas. Captadas entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre de 1998 en el municipio de Guanajay, Provincia La Habana. La infección de transmisión sexual (ITS) seleccionada fueron la Sífilis, la Blenorragia, Herpes Simple, el VIH/SIDA, la hepatitis B, el Condiloma, la Trichomoniasis y la Moniliasis.

El 83.8 por ciento de las embarazadas tenían 20-34 años y en especial entre 20-24 y entre 25-29 años; periodo de mayor fertilidad en la mujer y en el que agrupó el 32.8 por ciento del total de gestantes respectivamente en cada intervalo. El 45.3 por ciento había terminado el pre - universitario y el 35.3 por ciento la secundaria básica el 8.3 por ciento alcanzó 6to grado de escolaridad; un 6.6 por ciento obtuvo un título universitario y solo un 4.5 por ciento no había terminado la educación primaria.

Del total de gestantes captadas, 1999 eran amas de casa (56.7%) y sólo un 39.1 por ciento tenían algunos vínculos laborales y predominaron las obreras y las técnicas con 17.7 por ciento y 13.7 por ciento respectivamente. Según el estado conyugal de las gestantes, 312 tenían pareja estable en el momento de la captación para un 88.9 por ciento. El índice de promiscuidad fue de 10.5 por ciento y se detectó que 37 embarazadas tuvieron más de 3 parejas sexuales en los últimos 6 meses anteriores a la captación, de ellas 29 tenían entre 20 y 29 años de edad, cifra esta representa el 88.4 por ciento del total de promiscuidad y especialmente en el grupo de 20-24 años se concentró el 40.6 por ciento del total de embarazadas.

Se registraron todos los casos de hepatitis viral aguda, ya

fuese por virus A o virus B, que se presentaron al Hospital México del 12 de enero de 1992 al 28 de diciembre de 2001. El diagnóstico se realizó por detección de anti –VHA IgM, HBsAg y anti HBc IgM. Además, se estudiaron todos los casos de hepatitis fulminante del mismo período. Se hallaron otras etiologías en menores porcentajes, como enfermedad de Wilson, hepatotoxicidad por anestésicos y degeneración grasa del embarazo. Un 2.56 por ciento del total de hepatitis virales se presentaron como hepatitis fulminantes.

En enero – abril 2004 se hizo este estudio como parte del Programa de Vigilancia que hace 10 años realiza para el control perinatal de la hepatitis B en hijos e madres positivas. El control de la hepatitis B se debe fundamentalmente a la existencia de las vacunas contra esta entidad, en Cuba se cuenta con una vacuna segura y efectiva para su prevención. El riesgo de la infección perinatal, entre niños de madres positivas al antígeno de superficie de hepatitis B (AgsHB) es elevado. Muchas de estas infecciones pueden ser prevenidas si las embarazadas positivas al AgsHB son detectadas precozmente y sus hijos son vacunados al nacer.

En revisión de los datos registrados en el laboratorio clínico, encontramos 226 pruebas positivas, las cuales no discrimina a pacientes embarazadas; luego procedimos a identificar los records de pacientes embarazadas que tenían registrado una prueba positiva de Hepatitis B, encontramos solo 61 casos, que corresponde a la muestra que vamos a considerar para nuestro estudio que representa el 26.99 por ciento del universo.

Nuestro análisis corresponde sólo aquellas pacientes registradas en el laboratorio como positivas y que fue localizado el record.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de casos por año de ocurrencia Hepatitis B en embarazadas asistida en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero 2002 – enero 2007

Año Atención	Casos	%
2002	27	44.3
2003	9	14.8
2004	3	4.9
2005	10	16.4
2006	11	18
2007	1	1.6
Total	61	100,0

De las 61 mujeres embarazadas incluidas en nuestro estudio el año que presentó mayor prevalencia fue el 2002 con 27 casos para un 44.3 por ciento seguido del 2006 con 11 casos para un 18 por ciento.

Cuadro 2. Embarazadas diagnosticadas con Hepatitis B en el Hospital Maternidad “Nuestra Señora de la Altagracia” enero 2002 – enero 2007, según grupo de edad

Edad (a164os)	Frecuencia	%
14-19	20	32.79
20-24	13	21.31
25-29	18	29.51
30-34	7	11.48
35-38	3	4.92
Total	61	100,00

De las 61 mujeres embarazadas incluidas en nuestro estudio el grupo de edad que presentó mayor prevalencia fue el grupo de 14-19 con 20 casos para un 32.79 por ciento seguido del 25-29 con 18 casos para un 29.5 por ciento.

Cuadro 3: Embarazadas diagnosticadas con Hepatitis B en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero 2002 – enero 2007; según momento que se realizó el diagnóstico en relación a la edad gestacional.

Edad gestacional	Casos	%
1er. Trimestre	4	6.56
2do. Trimestre	2	3.28
3er. Trimestre	55	90.16
Total	61	100,00

De las 61 mujeres embarazadas incluidas en nuestro estudio la edad gestacional que presentó mayor prevalencia fueron las de tercer trimestre con 55 casos para un 90.16 por ciento seguido de las del primer trimestre con 4 casos para un 6.56 por ciento.

Cuadro 4. Embarazadas diagnosticadas con Hepatitis B en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero 2002 – enero 2007; según escolaridad y el estado civil.

Escolaridad	Casada	Soltera	Unión Libre	%
Analfabeta	0	1	3	6.6
Primario	0	3	24	44.3
Profesor Univ	1	2	3	9.8
Secundario	0	3	21	39.3
Total	1	9	51	100,0

Cuadro 5: Embarazadas diagnosticadas con Hepatitis B en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia enero 2002 – enero 2007; según la ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Doméstica	48	78.7
Empleada Privada	1	1.6
Enfermera	1	1.6
Estudiante	10	16.4
Secretaria Ejecutiva	1	1.6
Total	61	100,0

De las 61 mujeres embarazadas incluidas en nuestro estudio la ocupación que presentó mayor prevalencia fueron las domésticas con 48 casos para un 78.7 por ciento seguido de las estudiantes con 10 4 casos para un 16.4 por ciento.

DISCUSIÓN

Al revisar los libros de la Consulta de Obstetricia del Hospital Maternidad “Nuestra Señora de la Altagracia” en la ciudad de Santo Domingo, Rep. Dom., encontramos que durante el periodo enero 2002- enero 2007 se realizaron 6,056 pacientes y de ellos 226 pacientes fueron diagnosticados con Hepatitis

B, para una prevalencia de 3.73 por ciento. En comparación con un estudio hecho en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, en el periodo enero – agosto 2006; observamos que la prevalencia de 1.4 por ciento, lo cual es menor que nuestra investigación, aunque en este sentido se debe considerar el tiempo del estudio; nuestro estudio incluye cinco años en cambio el estudio citado, sólo ocho meses. También comparando a la encontrada en México que dice que la prevalencia para embarazadas es de 0.03 por ciento.

Pudo revisarse el expediente de cada uno de las pacientes diagnosticadas por estar en buenas condiciones, rastreando así la edad gestacional de cada una de las embarazadas; encontrando así una mayor prevalencia en el tercer trimestre de gestación (55 casos) para un 96.10 por ciento.

Según la literatura mundial las edades más afectadas oscilan entre 15 a 30, lo cual coincide con los resultados obtenidos; encontrándose que los grupos de edades donde se reportaron una mayor prevalencia fueron 14 a 19 años con 20 casos para un 32.79 por ciento; 20-24 años con 13 casos para un 21.30 por ciento y 25-29 con 18 casos para un 29.50 por ciento.

Según el lugar de procedencia de las pacientes, la población que más número de casos registró fue la ciudad de Santo Domingo con 24 casos para un 39.3 por ciento, posiblemente por ser la ciudad donde está localizado el Hospital, aunque esto no es considerado estadísticamente significativo ($P=0.45$), lo cual puede ser debido a la ubicación del servicio y al fortalecimiento de los hospitales provinciales y regionales.

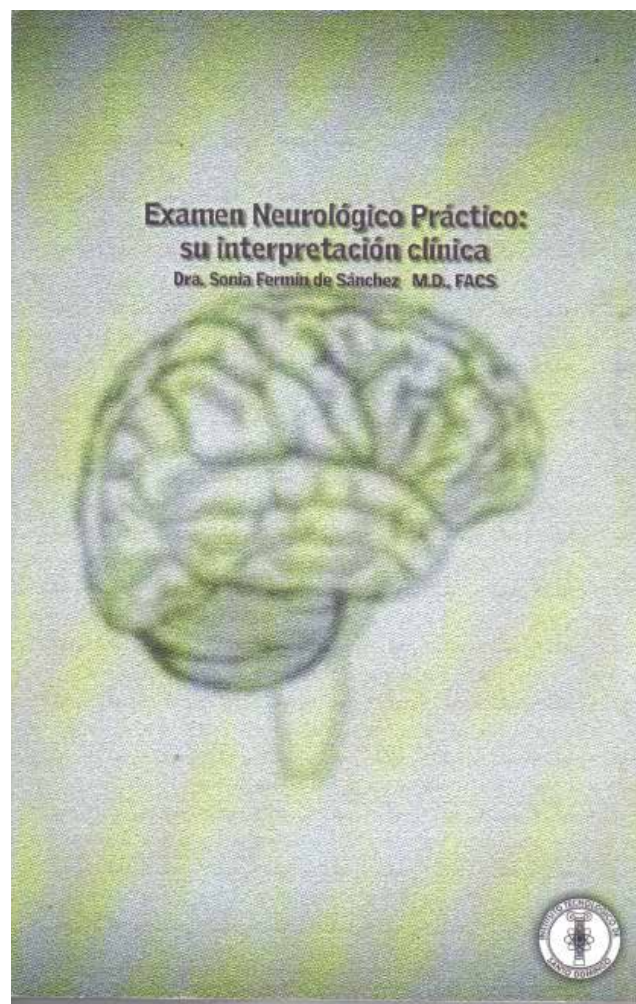
La ocupación parece no representar un factor de riesgo adicional para las pacientes en estudio ($P=0.67$), esto se asemeja al estudio realizado a 351 embarazadas captadas entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre de 1998 en el municipio de Guanajay. Mediante el mestizaje se sabe que la prevalencia mundial de hepatitis B en embarazadas es de 1 a 7 por ciento; mientras que en nuestro estudio la prevalencia fue de 3.73 por ciento.

En el análisis de los datos encontrados, presentamos limitaciones; en vista de que los récords archivados presentan omisión de datos importantes para las conclusiones sobre la real prevalencia de la Hepatitis B en las pacientes que demandaron atención durante el quinquenio en estudio.

REFERENCIAS

1. [http //es. Wikipedia. Org/wiki](http://es.Wikipedia.Org/wiki).
2. Hernandez Garcés, Héctor R; Espinosa Alvarez, René F. **Hepatitis viral aguda** 2007, (en línea), Editorial Ciencias Medicas ecimed@infomrd.sid.cu
3. Enfermedad Del Hígado. <http://hepatitis.cl>
4. Pérez Pérez, Elvira E.; Piantini Noisi, Cesar. Comportamiento Epidemiológico de la Infección por el virus de la Hepatitis B en embarazadas. Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Noviembre 2002-Abril 2003.
5. Beers, Mark H; Bercow, Robert. El Manual Merck. 10^{ed}. España, Madrid, Harcourt S.A. 1999.
6. Virus De La Hepatitis B, (en línea), <http://Fisterra.com>
7. Hepatitis Virica, (en línea), <http://Fisterra.com>
8. Antonio García Feliz, Diógenes; Toribio, Socorro; Reyes Sánchez Ortega, Melan. Prevalencia del Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg)

- en mujeres Embarazadas Sanas en Labor de Parto en el Hospital San Lorenzo de los Minas, Santo Domingo, D.N.
9. Colmet Bruhn, Fernando. Hepatitis Viral, (en linea), Volumen 46- Numero 1- Enero – Marzo 207 <http://fihu-diagnóstico.org.pe/>
 10. Sosa, Alejandro. Hepatitis, (en linea), 2000 <http://hepatitis.cl>
 11. Sosa, Alejandro. Hepatitis B, 2005 (en linea), 2000 <http://hepatitis.cl>
 12. Gonzáles, Griselda Antonia de los R; Perez Uba, José del Carmen ; Mate Reyes. Raul. Prevalencia del Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HbsAg) en mujeres embarazadas en Labpr de Parto de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia D.N. 1986.
 13. Manual para control de las enfermedades transmisibles. Decimosexta edición 1997 No. Científica No. 564
 14. Williamns. Dr. Denté J. Leverio. Manual de Obstetricia 21 eedición Revisado 2004:588
 15. Camino Delgado, Rafael; López García, Guillermo. Obstetricia y Ginecología. 2da. Edicion 2004.



VENTAJAS Y COMPLICACIONES DEL BLOQUEO DORSAL ALTO VERSUS BLOQUEO DE PLEXO BRANQUIAL PARA CIRUGÍA DE MIEMBROS SUPERIORES. HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER.

*Evelyn Atagracia Estrella,** Candelaria Peña Ramírez,**** Nélsida María Rodríguez Pita,** Margarita De Moya,** Félix Antonio Jiménez.**

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital Salvador B. Gautier, durante el año 2007, donde determinamos las ventajas y complicaciones del bloqueo peridural dorsal alto vs bloqueo del plexo braquial para cirugías de miembros superiores.

Este estudio es de tipo descriptivo, prospectivo y observacional para el cual se escogió una muestra de 50 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales el porcentaje mayor tiene una edad comprendida entre 20 y 29 años un 44 por ciento de los procedimientos fueron lesiones ubicadas en los brazos y un 30 por ciento lesiones de manos.

En relación al abordaje más utilizado en el plexo braquial un 72 por ciento fue el interescalenico. Mientras que bloqueo peridural dorsal alto fue T5-T6.

El 68 por ciento de los procedimientos donde se realizó el bloqueo peridural alto fueron lesiones de tejido blando, mientras que el 41 por ciento del bloqueo plexo braquial se realizó en lesiones óseas.

Palabras claves: Lesión, bloqueo, anestesia, analgesia, cirugía.

ABSTRACT

The following study was made at Hospital Salvador B. Gautier, in 2007, where we determine the advantages and complications of the oblique peridural dorsal tail versus oblique o a surgery plexus brachial to a surgery of superior members.

This study is a descriptive type, prospective and observational study for which were selected a sample of 50 patients which all of them complied with the criteria of inclusion to which the higher percentage is between were to injures placed in the arms and a 30 por ciento were to injures in the hands.

In relation to the most used approach in brachial plexus was 72 por ciento interscalene. While oblique peridural more utilized was between fifth and sixth place toraxico intervertebral.

The 68 por ciento of procedures performed where oblique epidural dorsal tail was made were of the fragile tissue an injury, while 41 por ciento of the oblique brachial plexus was performed in o seas injures.

Key Words: Lesion, block, anesthesia, analgesia, surgery.

INTRODUCCIÓN

Desde que James L. Coming en 1985 administro cocaína entre las espina de un perro logrando anestesia del tren posterior muchos cambios se han dado en esta área que nos obligan a buscar alternativas en el manejo de diversos procedimientos quirúrgicos en miembros superiores. En los últimos tiempos las técnicas de bloqueo nervioso periférico producen una anestesia segura y confortable de gran número de procedimientos.

A pesar de los grandes beneficios que tenemos con estas técnicas a utilizar y las ventajas tanto para el paciente como para el anestesiólogo en nuestro hospital Dr. Salvador B. Gautier, no conocemos investigación similar a este estudio hasta la fecha.

En nuestro país se han observado en los últimos años el impulso a promover el uso de anestesia regional para cirugía que solo se practicaban en el pasado bajo anestesia general.

La efectividad del bloqueo peridural dorsal alto en la cirugía de miembros superiores en comparación con el bloqueo de plexo braquial nos ofrece múltiples ventajas tanto para el personal médico como para los pacientes.

Esta alternativa anestésica permite minimizar los trastornos fisiológicos ya conocidos de la cirugía utilizando anestésico locales y complementándolos con fármacos como los opioides con el uso de esta técnica podemos administrar dosis tituladas que nos permiten un procedimiento quirúrgico sin límite de tiempo a diferencia del plexo braquial que es una dosis única.

El proceso del presente estudio es comparar las ventajas y complicaciones del bloqueo peridural dorsal alto versus bloqueo braquial para cirugía de miembros superiores en procedimientos quirúrgicos bilaterales y procedimientos prolongados.

Cada vez más la anestesia local toma su auge, sobre todo con el acaecimiento de la cirugía estética y reconstructiva sin tener que recurrir a la anestesia general en procedimientos quirúrgicos prolongados y lesiones habituales de miembros superiores por lo del desarrollo de la anestesiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y observacional, con el objetivo de comparar la efectividad del bloqueo peridural dorsal alto Vs el bloqueo del plexo braquial para cirugías de miembros superiores en el hospital Dr. Salvador B. Gautier en el año 2007.

El universo está construido por los pacientes sometidos a cirugías de miembros superiores, 50 pacientes escogidos al azar y distribuidos en dos grupos 25 (con bloqueo peridural

* Médico anestesiólogo.

** Médico general

dorsal alto) y 25 (con bloqueo de plexo braquial) con lesiones de miembros superiores.

La muestra es igual al total de la población.

Anestésicos utilizados:

Lidocaina 2 por ciento con Efinefrina 1/200.00

Bupivacaina 0.25 por ciento

Bupivacaina 0.50 por ciento

Bupivacaina 0.75 por ciento

Los criterios de inclusión y exclusión; se incluyeron los pacientes con los siguientes criterios:

Pacientes con lesiones de los miembros superiores.

Pacientes Osa I II III

Consentimiento informado aprobado por los mismos.

Fueron excluidos los pacientes que no cumplían con los criterios mencionados, se re-eleccionaron los paciente previa evaluación pre-anestésica, los datos fueron procesados por el método de palotes y presentados en forma tabular grafica para su mejor comprensión se presentan en frecuencias y porcentajes.

La recolección de la información se elaboró con un cuestionario con 16 preguntas con las siguientes variables: edad, sexo, osa antecedentes patológicos, técnica anestésica, complicaciones.

La información fue procesada mediante técnicas estadísticas y se representó a través de cuadros y gráficos estadísticos para una mejor comprensión.

RESULTADOS

Tabla I. Resultados de gran grupo etareo 2007

Edad (años)	Casos	%
10~19	9	18
20~29	19	38
30~39	11	22
40~39	5	10
750	6	12
Totales	50	100

La edad más afectada de 20-29 años 19 casos un 38 por ciento

Tabla II. En relación al Osa 2007

Osa	Casos	%
I	24	48
II	25	50
III	1	2
IV	0	0
Total	50	100

Fuente directa

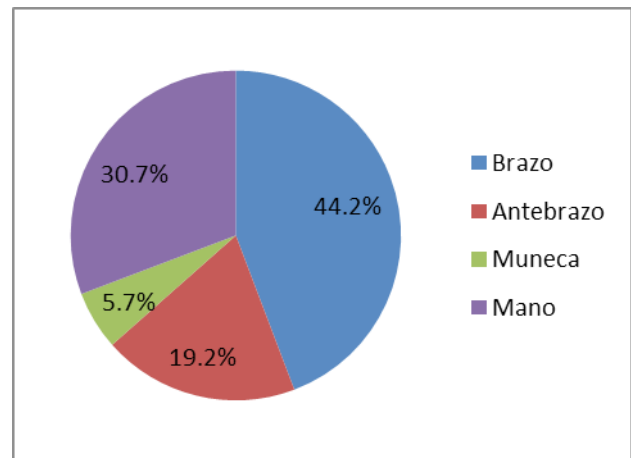
El riesgo anestésico más predominante Osa II

Tabla III. Según la localización de la lesión

Localización de la lesión	Casos	%
Brazo	23	44.2
Antebrazo	10	19.2
Muñeca	3	5.7
Mano	16	30.7
Total	52	99.8

Fuente directa

La localización de la lesión fue el brazo 23 casos para un 44.2 por ciento



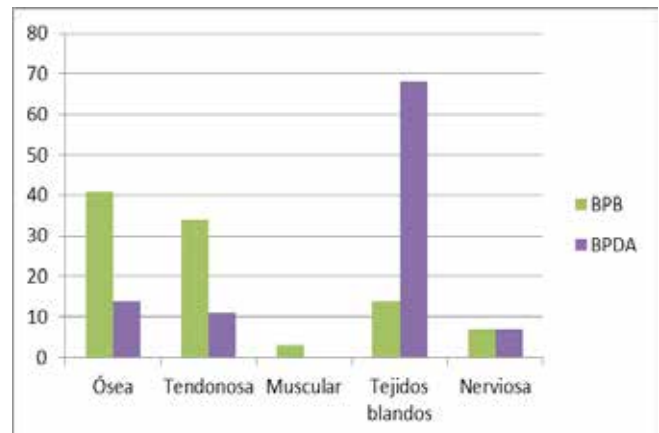
IDEM

Tabla IV. Tomando en cuenta el tipo de lesión

Tipo de lesión	BPB	BPDA	%	
Ósea	12	4	41	14
Tendonosa	10	3	34	11
Muscular	1	0	3	0
Tejidos blandos	4	20	14	68
Nerviosa	2	2	7	7
Total	29	29	99	99

Fuente directa

El tipo de lesión más frecuente fue el tejido blando (BPDA) 20 casos con un 68 por ciento y un bloqueo plexo braquial 12 casos para un 41 por ciento.



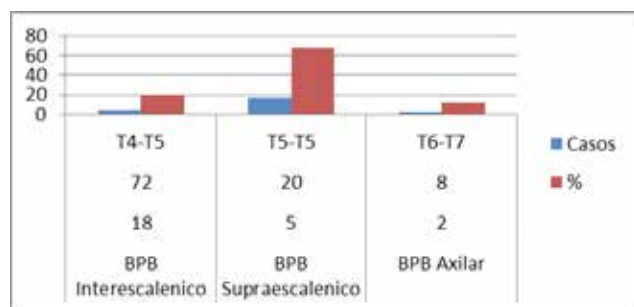
IDEM

Tabla V. Según la identificación del abordaje

Abordaje	Casos	%	BPDA	Casos	%
BPB Interescalenico	18	72	T4-T5	5	20
BPB Supraescalenico	5	20	T5-T5	17	68
BPB Axilar	2	8	T6-T7	3	12
Total	25	100	Total	25	100

Fuente directa.

El Abordaje del bloqueo plexo braquial interescalenico fue el más utilizado 18 casos un 72 por ciento, bloqueo peridural dorsal alto fue más frecuente T5-T8, 17 casos para un 68 por ciento.



Fuente: Idem

Tabla VI. Según las complicaciones.

Complicaciones	Bloqueos		%	%
	BPDA	BPB		
Neumotórax	0	3	0	75
Inyección intra arterial	0	1	0	0
Hematoma	0	0	0	0
Dificultad para respirar	2	0	0	0
Hipotensión	3	0	4	0
Bradicaida	1	0	6	0
Ninguno	44	0	2	0
Total	50	4	88	0
			100	100

Fuente directa

La complicación más frecuente fue la Hipotensión 3 casos para un 6 por ciento

DISCUSIÓN

En relación a los grupos etareos la población más afectada fue de 31-30 años, 19 casos un 38 por ciento seguido de 31-40 años 11 casos para un 22 por ciento lo que indica que

en la población joven predominan las lesiones de miembros superiores, ya que son considerada en edad productiva.

Lo que corresponde al riesgo anestésico ASA II 2 casos para un 50 por ciento por que fueron asistidos por emergencias y no por que tuvieran patologías precedentes.

En cuanto a la ubicación de la lesión, los más frecuentes fueron procedimientos de los brazos (23 casos) para un 44 por ciento seguido de lesiones de manos un total de (16 casos) un 30 por ciento.

Al valorar los tipos lesiones pudimos constatar que los procedimientos de tejido blando fue donde más se realizó bloqueo peridural dorsal alto, 20 casos para un 68 por ciento mientras que en el bloqueo de plexo braquial el mayor número de casos donde este se realizó fueron en lesiones óseas 12 casos para un 41 por ciento.

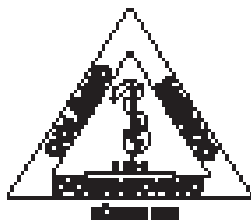
Podemos constatar que el abordaje del bloqueo plexo braquial más utilizado fue el interescalenico, 18 casos para un 72 por ciento mientras que el bloqueo peridural dorsal alto, el espacio anatómico más utilizado fue T5-T6.

De la complicaciones más frecuentes en el bloqueo peridural dorsal alto esta la dificultad respiratoria la hipotensión arterial mientras que en el bloqueo plexo braquial es el neumotórax.

REFERENCIAS

1. Al-khafag, incident of Homer's syndrome with interescalene, brachial plexus block-anesthesiology 1986:64,122-9.
2. Bemmimol S. Permant loss of Cervical spinal-cord function associated with interescalene brachial plexus block performed and the general anesthesia, anesthesiology23:154 41-4.
3. Seto, B. Techniques of regional anesthesia, medigiobe S.A 2003:90-107.
4. Teleinsnik, J. the units New York Churchill Levinstone 1985,P. 442.
5. Urban M. Evaluation of brachial plexus block for uppers ex fremit surgery. Reg. anesth. 1994; 19,175-82.
6. Lee-Son S. Et Al Stereo selective Inhibition of neuronal sodium channels by local anesthetics. Anesthesiology 1992-77-324-335.
7. Monzo E. Al Bloqueo parescalenico continuo en cirugia de hombre, revisión especial Anestesia reanim, 1998:3(45):377-3-83.
8. Rodriguez J. Infrac. Braquial plexos Block effects on respiratory función: reg. Anesth 1998:23 564-3.
9. Leon Moller a bloqueo del plexo braquial, sobre o bajo la clavícula, Hospital del brabgrados de Santiago de Chile, 2001.

El buen trato al paciente No sólo es un deber



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÓLERA EN HABITANTES DEL BARRIO EL MANGUITO, MATA HAMBRE.

Mildred Rondón Paulino,** Dominga Francisca Abad De Arvelo,* José Amado Rodríguez González,* Madelin C. Brito Alc.,* Wendy Gómez Pineda.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre cólera en habitantes del Barrio El Manguito, Mata Hambre. Periodo Junio- Julio 2011. La muestra estuvo constituida por 110 encuestados que constituyen el 100 por ciento, los cuales fueron seleccionados por cumplir con los criterios éticos y de inclusión.

Los resultados obtenidos fueron que de las 110 personas que constituyen la muestra el sexo más recuente fue el femenino con un total de 67 casos para un 60,9 en relación con el masculino con un total de 33 casos para un 39,1 por ciento.

El grupo de edad más frecuentemente encontrado fue 60 o más con un total de 26 casos para un 23,6 por ciento, seguido del grupo de 15 a 19 años con 24 casos para un 21,8 por ciento luego el de 40 a 59 con un total de 20 casos para un 33,6 por ciento, luego el de 20 a 29 con un total de 21 para un 19,1 por ciento, y el grupo de menor porcentaje fue de 30 a 39 con un total de 16 casos para un 14,5 por ciento.

El nivel de escolaridad más frecuentemente encontrado fue el universitario con 32 casos para un 29,1 por ciento, seguido del secundario con 23 casos para un 20,9 por ciento, continuado con el graduados universitarios con 15 casos para un 13,6 por ciento, seguido de la primaria concluida con 12 casos para un 10,9 por ciento; e inmediatamente después la preuniversitaria con 9 casos para un 8,18 por ciento y finalmente la primaria no concluida con un total de 7 casos para un 6,36 por ciento. La ocupación más frecuente fue estudiante con 69 casos para un 62,7 por ciento; seguido de trabajadores con 57 casos que corresponden a un 51,8 por ciento; luego los desempleados con 43 casos para un 39,17; posteriormente a estos las ama de casa con 18 casos para un 16,4 por ciento y finalmente los jubilados y pensionados con 4 casos para un 3,64 por ciento. No se evidenció aquellas personas que nunca han estudiado en la encuesta por lo que le corresponde el por ciento restante a esta. En cuanto al nivel de conocimiento sobre el síntoma principal se determinó que el más frecuentemente encontrado fue la diarrea con un total de 93 casos para un 87,3 por ciento, seguido de los cólicos con 7 casos para un 6,36 por ciento, luego las fiebres con un total de 4 casos para un 3,64 por ciento, posteriormente 2 casos de personas que no conocen, seguido del sangramiento con 1 caso para un 0,91 por ciento, y finalmente los dolores de hueso con 0 caso para un 0 por ciento.

En relación al nivel de conocimiento sobre la vía principal de transmisión se determinó que 90 de las personas entrevistadas

conocían sobre las heces fecales para un 81,8 por ciento, 7 el vómito como fuente de transmisión de Cólera para un 6,36 por ciento, seguido esto de 5 que conocían la sangre como vía de transmisión para un 4,55 por ciento, 2 conocían la respiración para un 1,82 por ciento y 3 personas no tenían ningún conocimiento sobre vía de transmisión y otras 3 conocían el sudor como fuente de contagio de la enfermedad para un 2,73 por ciento respectivamente.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la importancia de la ingesta de líquidos se determinó que 93 conocían para un 96,4 por ciento y apenas 3 casos de personas que no conocían para un 3,64 por ciento.

En relación al conocimiento sobre los aportes de líquidos de los enfermos se encontró que 80 personas del lugar conocían que este debía ser mayor para un 72,7 por ciento, 12 no conocían sobre esto para un 10,9 por ciento, seguido de 8 que piensan que debe ser igual el aporte de líquidos para un 7,27 por ciento. El conocimiento de las medidas preventivas estuvo representado por 100 casos para un 90,9 por ciento que determinan el consumir alimentos cocidos podría ayudar a evitar la enfermedad, 97 personas conocen sobre la importancia de tomar agua hervida para un 88,2 por ciento, seguido de 93 que afirman se debe crear hábitos de lavarse las manos sobre todo antes de comer y tienen un 84,5 por ciento y finalmente 6 personas que determinaron el desinfectar la ropa como medida preventiva ante el Cólera.

La evaluación Global del conocimiento fue de apropiado en el 98,2 por ciento de los casos y desapropiado en dos casos que representan 1,82 por ciento. Por lo que consideramos que la población tiene en ese sector conocimientos sobre la enfermedad del Cólera que deberían llevar a la práctica ante la situación desfavorable de hacinamiento del sector.

Palabras claves: Conocimiento, Síntomas, Vía de transmisión, prevención, enfermedad del Cólera.

ABSTRACT

We performed a prospective study in order to determine the level of knowledge about cholera in the sleeve Barrio residents, Mata hunger. June-July 2011 period. The sample consisted of 110 respondents who are 100 por ciento, which were selected to meet the ethical standards and inclusion.

The results were that of the 110 people who constitute the recount shows the sex was female with a total of 67 cases for a 60.9 in relation to the male with a total of 33 cases to 39.1 por ciento. The age group most frequently found was 60 or

* Médico general

more with a total of 26 cases to 23.6 por ciento, followed by the group of 15 a 19 with 24 cases for a 21.8, then 40 a 59 with a total of 21 to 19.1 por ciento, and then the group of lowest percentage was 30 a 39 with a total of 16 cases to 14.5 por ciento.

The educational level was the most frequently found with 32 cases to university by 29.1 por ciento, followed by secondary 23 cases for a 20.9 por ciento college graduates continued with 15 cases to 13.6 por ciento, followed by completed primary school with 12 cases to 10.9 por ciento, and immediately after the pre-university with 9 cases to 8.18 por ciento and finally the primary does not end with a total of 7 cases for 6.36 por ciento. The most frequent occupation was a student with 69 cases to 62.7 por ciento, followed by workers with 57 cases corresponding to 51.8 por ciento, then the unemployed with 43 cases for a 39.17, then these the housewife with 18 cases to 16.4 por ciento and finely retirees with 4 cases for 3.64 por ciento. There was no evidence those who have never studied in the survey which corresponds to the percent remaining to it. Regarding the level of knowledge about the main symptom was determined that the most frequently found was diarrhea with a total of 93 cases to 87.3 por ciento, followed by colic with 7 cases for 6.36 por ciento, then the fever a total of 4 cases for 3.64 por ciento, 2 cases of people who do not know, followed by bleeding in 1 case for 0.91 por ciento, and finally the pain of bone with 0 case to 0 por ciento.

Regarding the level of knowledge on the main route of transmission was determined that 90 of those interviewed knew about the feces to 81.8 por ciento, 7 vomiting as a source of transmission of cholera to a 6.36 por ciento, followed this 5 who knew blood as a means of transmission to 4.55 por ciento, 2 knew the breath to 1.82 por ciento and 3 people had no knowledge about transmission via other 3 knew sweat as a source of contagion disease to 2.73 por ciento respectively.

As the level of awareness about the importance of fluid intake was determined that 93 was known for 96.4 por ciento and only 3 cases of people who did not know for 3.64 por ciento.

Regarding knowledge about the contributions of fluids of patients found that 80 people there knew that this must be increased to 72.7 por ciento, 12 did not know about this to 10.9 por ciento, followed by 8 they think should equal fluid intake to 7.27 por ciento The knowledge of preventive measures was represented by 100 cases to 90.9 por ciento which determine the cooked foods may help prevent the disease, 97 people know about the importance of drinking boiled water to 88.2 por ciento, followed by 93 who say you should create habits of washing hands especially before eating and have a 84.5 por ciento and finally 6 people determined to disinfect clothing as a preventive measure against Cholera.

The overall assessment of knowledge was appropriate in 98.2 por ciento of cases and expropriated in two cases represent 1.82 por ciento. As we consider the population in this area about the disease of cholera should implement to the unfavorable situation of overcrowding in the sector.

Key words: Knowledge, symptoms, mode of transmission, prevention, disease cholera.

INTRODUCCIÓN

El cólera es una enfermedad diarreica aguda que en cuestión de horas puede producir una deshidratación profunda y de rápido avance que desemboca en la muerte.^{2,7} Los principales

síntomas de la enfermedad son náuseas, vómito ocasionales, una brusca e importante diarrea acuosa y como consecuencia al cuadro una notable deshidratación.² Los síntomas de esta enfermedad pueden no estar presentes en una gran parte de los que se infectan y después la bacteria regresa al medio ambiente mediante las heces fecales, donde puede infectar a otras personas por la ingestión de alimentos y agua contaminados. La mayoría de las personas infectadas no se enferman, aunque la bacteria estará presente en las heces entre 7-14 días, pero en quienes se presentan los síntomas, el no tratarse a tiempo puede ser mortal.^{1,2}

El cólera es una enfermedad que se conoce desde tiempos muy remotos. Ya 2400 años A.C. Hipócrates describió un cuadro clínico que se corresponde con el cólera.^{2A} Lo largo de la historia, poblaciones de todo el mundo se han visto afectadas esporádicamente por brotes devastadores de cólera.¹

Se cree que el cólera se originó en el Delta del Río Ganges, en la India. En el siglo XIX verdaderas oleadas pandémicas se propagaron desde el sur de Asia a muchas partes del mundo. Durante esas pandemias en toda Europa y el continente americano se produjeron grandes epidemias urbanas con elevadas tasas de mortalidad.^{1,2,6} En 1860, investigaciones efectuadas por John Snow y otros autores revelaron que los sistemas de abastecimiento de agua contaminados con aguas residuales eran la principal vía de transmisión.²

Sólo en 2001, la OMS y sus asociados crean la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos participando en la verificación de 41 brotes de cólera en 28 países.¹ Y causa 120,000 muertes al año.³

La pandemia de cólera que se introdujo en el continente americano por Perú en 1991, se expandió rápidamente por la mayoría de los países latinoamericanos⁵

La Organización mundial de la salud emitió una alerta a nivel mundial ante el crecimiento de esta pandemia en 2011.¹

El 16 de junio del 2011 el Ministerio de Salud Pública de Republica Dominicana confirmó la muerte de 46 personas por cólera, 1546 afectados y 244,430 casos de diarrea en todo el territorio nacional. Esta enfermedad causa un gran impacto económico y social debido además del sufrimiento humano que provoca los brotes de cólera las reacciones de pánico, desorganizan la estructura social y económica y pueden dificultar el desarrollo de las comunidades afectadas.^{1,8}

La frecuencia de esta es aproximadamente una de cada 20 personas infectadas puede tener la enfermedad en estado grave, caracterizada por diarrea acuosa profusa, vómitos y calambres en las piernas.²

El Vibrión cholerae se encuentra normalmente en los suministros de agua contaminada debido a la eliminación antihigiénica de las excretas.

La bacteria sobrevive en la superficie de todos los alimentos durante cinco días a temperatura ambiente y hasta diez días si la temperatura se mantiene entre 5 y 10 grados. Sobrevive a la congelación, aunque es más difícil la proliferación, lo que puede impedir que se alcance la cantidad de microorganismos capaces de provocar la infección en el individuo. Es sensible a la desecación y a la acidez.²

Los síntomas y signos pueden ser los siguientes: Aparición súbita de diarrea acuosa, las heces tienen apariencia de agua de arroz y tiene olor a pescado, Náuseas, vomito, sed excesiva, deshidratación rápida, pulso rápido (frecuencia cardiaca), piel seca, membrana mucosa seca o resequedad en la boca, ojos vidriosos o hundidos, ausencia de lágrimas, letargo,

somnolencia o cansancio inusuales, disminución de la emisión de orina, fontanelas y abdomen hundidos en los bebés, cólicos abdominales.³

El mecanismo de transmisión clásico es el ciclo ano-boca, entendido éste como la salida del agente infeccioso con la materia fecal y posterior ingestión.

Otro mecanismo de transmisión frecuente es la ingestión de alimentos, hielo, agua y otras bebidas no sometidas a algún proceso de purificación.

El cólera ataca principalmente a los adultos por el hábito de ingerir alimentos o bebidas fuera del hogar, las cuales tienen un mayor riesgo de estar contaminadas.²

Es importante mantener un buen estado de hidratación y reponer adecuadamente el bicarbonato de sodio y el cloruro de potasio.³

Uno de los factores importantes en la transmisión del cólera es el comportamiento del hombre, específicamente sus hábitos higiénicos relativos a la defecación, la calidad del agua que consume y la manipulación de los alimentos.

Las medidas de prevención consisten en: Reforzar la cloración del agua, Buenos hábitos higiénicos, para evitar la diseminación del microorganismo... No comer alimentos o tomar bebidas de fuentes desconocidas, entre otros.

La educación sanitaria constituye una vía efectiva para la prevención.⁴

El pronóstico de la enfermedad es reservado debido a que la deshidratación severa puede ocasionar la muerte, la gran mayoría de los pacientes puede lograr una recuperación total si se les suministra líquidos adecuados y permanentemente por el tiempo que sea necesario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre cólera en habitantes del Barrio el manguito, Mata hambre. Periodo Junio- Julio 2011.

El cuestionario se elaboró a partir del criterio de expertos y de entrevistas de profundidad⁶ Constó de 21 preguntas: 7 sociodemográficas, 2 de creencias y 12 sobre conocimiento y manejo del cólera. De estas últimas, 9 se consideraron esenciales para identificar los que poseían los conocimientos mínimos para afrontar la enfermedad si ésta se presentara. La selección y normas para la calificación de estas 9 preguntas se determinaron igualmente por criterio de expertos. Se calificaron 8 preguntas con 1 punto y con 2 la de transmisión y se consideró aprobado al que contestara el 70 por ciento de éstas.

El cuestionario fue empleado a 140 personas en sus propios domicilios en el barrio antes señalado en el periodo Junio-Julio.

La muestra estuvo constituida por 110 pacientes que fueron seleccionados aleatoriamente visitados en su domicilio en el sector antes señalado en el periodo antes descrito y cumplían con los criterios éticos y de inclusión, constituyendo de este modo el 100 por ciento de la muestra.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta, tipo cuestionario y posterior a la recolección de estos, se procede al análisis e interpretación de los mismos.

El procesador de texto utilizado fue Microsoft Word 2007.

El manejo estadístico de los datos fue a través del programa de computación Excel a través de cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Cuadros 1. Características socio demográficas:

Sexo	N.o	%
Masculino	43	39,1
Femenino	67	60,9

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 2

Edad (años)	N.o	%
15 a 19	24	21,8
20 a 29	21	19,1
30 a 39	16	14,5
40 a 59	23	20,9
≥ 60	26	23,6

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 3

Escolaridad	N.o	%
Primaria Incompleta	12	10,9
Primaria Completa	7	6,36
Secundaria	23	20,9
Pre universitaria	9	8,18
Universitaria	32	29,1
Graduados Universitarios	15	13,6
Otros	12	10,9

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Nota: Otros se refiere a aquellos encuestados que no han estudiado nunca por lo que son excluidos de los parámetros anteriores.

Cuadro 4

Ocupación	N.o	%
Ama de casa	18	16,4
trabajador	57	51,8
Jubilados y Pensionados	4	3,64
Estudiantes	69	62,7
Desempleados	43	39,1

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 5

Síntoma Principal	N.o	%
Diarrea	96	87,3
Fiebre	4	3,64
Sangrados	1	0,91
Dolores de Huesos	0	0
Còlicos Secos	7	6,36
No Saben	2	1,82

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 6

Via Principal	N.o	%
Hece	90	81,8
Vòmitos	7	6,36
Sangre	5	4,55
Respiraciòn	2	1,82
Sudor	3	2,73
No saben	3	2,73

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 7

Importancia de la ingesta de Líquidos	N.o	%
Mucha	106	96,4
Poca	4	3,64

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 8

Aporte de Líquidos a los enfermos	N.o	%
Màs	80	72,7
Igual	8	7,27
Menos	0	0
No Sabe	12	10,9

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 9

Medidas Preventivas	N.o	%
Tomar agua hervida	97	88,2
Lavarse las manos	93	84,5
Consumir alimentos cocinados	100	90,9
Desinfectar las ropas	6	5,45

Fuente: Entrevista tipo cuestionario

Cuadro 10

Evaluacion Global del Conocimiento	N.o	%
Aprobado	108	98,2
Desaprobado	2	1,82

DISCUSIÓN

El sexo más frecuentemente encontrado fue el femenino con un 60,9 por ciento, el promedio de edad más frecuente encontrado fue el 40 a 59 con un 20,9 por ciento la población adulto joven en sus dos grupos de edades correspondían el mayor porcentaje y en su mayoría eran universitarios para un 29,1 por ciento, esto puede deberse a la ubicación del sector con relación a las universidades. Lo mismo se hace notar con

relación a la ocupación predominante en el que el 62,7 es estudiante.

Con relación al síntoma principal un 87,3 por ciento conocen la diarrea, el 81,8 por ciento conoce las heces fecales como vía de transmisión de la enfermedad, el 96,4 determina que es importante el aporte de líquidos en el manejo de una persona con Cólera y un 72,7 por ciento conoce que el aporte ante casos de diarrea debe ser mayor; 106 de los encuestados conocen alguna medida preventiva al respecto y la evaluación global del conocimiento muestra que el 98,2 por ciento de la población de ese sector tiene un conocimiento apropiado sobre la enfermedad sin embargo nos placen estos resultados ya que la educación es uno de los pilares más fundamentales para la prevención; de este modo hacemos un llamado a la conciencia y sugerimos el uso de estos conocimientos para de este modo evitar la propagación desmedida de esta enfermedad.^{9,10,11.}

Estas sugerencias se hacen tomando en cuenta que el sector está en riesgo debido a las condiciones de insalubridad e hacinamiento a que están expuestos los habitantes.

El carácter pandémico de la epidemia de cólera en la región de las Américas ha llevado a considerarla como una de las enfermedades emergentes más importantes.¹³ En este sentido la OMS ha pronosticado que el cólera se mantendrá en América Latina mientras la infraestructura sanitaria no sea mejorada, situación que empeoraría si se introdujera la variedad de *Vibrio cholerae* 0139.12,13

REFERENCIAS

1. Disponible en: OMS <http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>
2. www.noticierodigital.com/.../alerta-ente-los-casos-del-colera/
3. Disponible en: <http://blog.ciencias-medicas.com/archives/978> Dr. AvilioMendez Flores
4. Rev Cubana MedTrop v.48 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 1996
5. Grupo CED (OMS/OPS). Control del cólera. Diálogo sobre la Diarrea 1993;45:1-6.
6. Robbins et al: Patología Estructural y Funcional. McGraw Hill 6ta ed. Pág. 378,379.
7. Kasper, et al: Principios de Medicina Interna de Harrison: McGraw Hill 16ª ed. Pág. 1013, 1014.
8. Disponible en: Impacto del cólera en la república dominicana 29/5/2011 <http://elnuevodiario.com.do/app/article.aspx?id=243776>
9. Grupo CED (OMS/OPS). Control del cólera. Diálogo sobre la Diarrea 1993;45:1-6.
10. WorldHealthOrganization. Pautas para el Control del cólera. Washington, 1991:6-29 Doc WHO/CDD/SER/80.4. Rev. 2).
11. World Health Organization. Guidelines for cholera control. Geneva, 1993:24-5.
12. Brandling-Bennett AD, Pinheiro FP. Infectious diseases in Latin America and the Caribbean: are they really emerging and increasing?. Emerging Infect Dis 1996;2(1):59-61
13. Medina E. Epidemia de cólera en Chile. RevMedChil 1991;119(8):943-56

CALIDAD DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Brenda Lee Sánchez Vásquez,** Yohanklyn Mateo Cipión*,Raquel Rosario Beltre*,Esther Alcantara Terrero*,Marco Rosado*, Ruth Agüero de Robles.****

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la calidad de los servicios asistenciales en la unidad de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier, febrero - junio 2011; se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, donde la población de estudio estuvo constituida por 90 pacientes que pertenecen al programa de hemodiálisis de dicho hospital. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante entrevistas realizadas a través de un cuestionario de 25 preguntas mixtas, además del empleo de una ficha observacional. Se llegó a la conclusión de que la calidad fue considerada como regular para un 45,12 por ciento. Además el personal siempre presta atención ante cualquier eventualidad y están en la disponibilidad de ayudar a los pacientes. El nivel de satisfacción de los pacientes relacionado con el tiempo que tienen en el programa de hemodiálisis fue considerado como regular por aquellos pacientes que tienen más de 24 meses.

Palabras claves: calidad, satisfacción, parámetros, unidad de hemodiálisis.

ABSTRACT

With the objective to determinate the quality of assistance services in the hemodialysis unit, Salvador B. Gautier Hospital, February-June 2011, it's done a descriptive and transversal cut study, where the study population that was compound by 90 patients that belong to the hemodialysis program of the mentioned hospital. The data recopilation was realized by interview through a questionnaire of 25 mix questions, beside of employment of observational cards. It get to the conclusion that the quality of services was considered as regular for 45,12 percent of the studied population. In addition, the personal always are attend to every eventuality and always available to help each other and the patients. The level of satisfaction of the patients related to the time in the hemodialysis program was considered as regular by those patients who have more than 24 months.

Key words: Quality, satisfaction, parameters, hemodialysis unit.

INTRODUCCIÓN

La calidad es un concepto que involucra la ejecución de una serie de atributos en el que se otorga la atención médica tomando en cuenta las condiciones en que se ofrece el servicio,

las características del proceso y el logro del rendimiento esperado.

En un estudio realizado en el 2005 acerca de la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis hecho en España por Hernández, Ochando y otros colaboradores se llegó a la conclusión de que los aspectos que influyen en la satisfacción de los pacientes son “la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis”, “la rapidez con que consigue lo que necesita”, “el interés del personal de enfermería por los pacientes” y el “tiempo de espera para ser atendido por el médico”. La satisfacción media global fue de 3,81 por ciento. No se encontró correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción.

En el 2008 esos mismos autores en un trabajo acerca de influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica se concluyó que la satisfacción media global fue de 3,33 por ciento en los pacientes de hemodiálisis y de 3,65 por ciento en diálisis peritoneal. Las principales causas de no adhesión al régimen terapéutico son, “deja de tomar la medicación cuando les sienta mal” con un 40 por ciento y un 17,4 por ciento “se olvida alguna vez de tomar los medicamentos”; sin embargo más del 95 por ciento de los pacientes toman la medicación a la hora indicada y no suspenden el tratamiento cuando se encuentran bien.

En el 2009 Montoya y otros autores en su investigación acerca de las variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis obtuvieron que los niveles de satisfacción fueran altos y similares a los de otras unidades en España. Menores niveles de satisfacción se asociaron a percibir más dolor, más limitación para las actividades cotidianas, más ansiedad/depresión, llevar más tiempo en diálisis, más horas de sesión, dializarse por catéter, haber estado trasplantado y tener menor edad. Por el contrario, menor nivel de estudios, actividades laborales menos cualificadas, ir en ambulancia, haber elegido modalidad de diálisis, y considerar que su opinión es tenida en cuenta, aumentaban la satisfacción.

En el 2009 García- Vallaure junto a otros colaboradores realizaron una investigación sobre la satisfacción de los pacientes en una unidad de diálisis concertada para establecer las diferencias con respecto a una unidad hospitalaria pública, la cual obtuvo como resultados que la edad promedio de los pacientes fue de 66 años, en el sexo fue el masculino con 58 por ciento y femenino 42 por ciento; el nivel de educación fue bajo/elemental para un 65 por ciento; en cuanto al tiempo en hemodiálisis el promedio fue de 51,49 más o menos 63,48 meses. Usa fistula para dializarse el 81 por ciento de los pacientes, está en lista de trasplante 33 por ciento y el número

* Médico general.

** MSP

de enfermedades asociadas fue de 2,9 por ciento.

La relevancia de realizar este estudio radica en determinar la calidad de los servicios asistenciales tomando como parámetro o medida el nivel de satisfacción de los usuarios. Se ha demostrado la importancia que tiene la opinión del usuario para una mejora constante en la calidad asistencial. Un buen nivel de calidad en los servicios asistenciales permitiría al paciente en diálisis acercarse más a una calidad de vida satisfactoria, un estado nutricional normal, una capacidad laboral adecuada y una posibilidad de sobrevivida similar a una persona normal.

Un paciente que se encuentre satisfecho con el servicio que recibe esta más dispuesto a colaborar con lo que el médico le ordene o indique, lo que por lo tanto contribuiría a mejorar su estado de salud y su esperanza de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal para determinar la calidad de los servicios asistenciales en la unidad de hemodiálisis del Hospital Salvador B. Gautier. La población estuvo representada por 90 pacientes.

Una vez que se recibió la aprobación del anteproyecto, se procedió a solicitar un permiso escrito hacia la directora y el jefe de enseñanza del centro hospitalario, con la colaboración

de un médico ayudante del área. Se visitó el campo de estudio ubicado en la unidad de hemodiálisis del Hospital Salvador B. Gautier, donde se escogieron los pacientes.

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante entrevistas realizadas a través de un cuestionario de 25 preguntas mixtas aplicados a los pacientes antes de entrar a su sesión de hemodiálisis. Dichos cuestionarios fueron completados por la población bajo estudio. En aquellos casos en el que el paciente no pudo completar el cuestionario porque era analfabeto, fueron asistidos por sus familiares y en falta de estos, por las sustentantes de la investigación.

La captura de datos también se realizó mediante la observación no participativa para la cual se empleó una ficha observacional. Para completar dicha ficha se asistió a las diferentes tandas de secciones de hemodiálisis, los lunes-miércoles-viernes correspondientes al grupo A y martes-jueves-sábado correspondientes al grupo B, en horarios de 7 a.m, 12 p.m y 5 p.m. Una vez obtenidos los resultados se procedió a realizar su procesamiento y tabulación.

Se utilizó Epi info versión 3.5 para el procesamiento de los datos. El plan de análisis estuvo constituido por la distribución de frecuencias simples y porcentajes de cada variable incluida en el estudio.

RESULTADOS

Cuadro 1. Calidad de los servicios asistenciales en la unidad de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier.

Calidad de los servicios asistenciales											Porcentaje Total de Calidad
Opinión	Satisfacción de los pacientes		Condiciones higiénicas		Información médica		Condiciones de las máquinas		Trato brindado		Regular
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	
Excelente	9	0.0	24	26,7	24	26,7	32	35,6	16	17,8	45,12%
Muy bueno	24	27.7	22	24,4	34	37,8	24	26,7	37	41,1	
Regular	56	62.2	44	48,9	29	32,2	32	35,6	36	40,0	
Deficiente	1	1.1	-	-	3	3,3	2	2,2	1	1,1	
Total	90	100.0	90	100.0	90	100.0	90	100.0	90	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes de la unidad de hemodiálisis mayo-junio 2011.

Cuadro 2 A. Características sociodemográficas de los pacientes que asisten a la unidad de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier, Febrero-Junio 2011.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	23	25.6
Masculino	67	74.4
Total	90	100.0
Edad (años)	Frecuencia	%
20-24	1	1.1
25-29	5	5.6
30-34	5	5.6
35-39	12	13.3
40-44	12	13.3
45-49	4	4.4
50-54	11	12.2
55-59	14	15.6
60-64	8	8.9
65-69	6	6.7
70-74	3	3.3
75-79	5	5.6
≥ 80	4	4.4
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes de la unidad de hemodiálisis mayo-junio 2011

Cuadro 2 B. Características sociodemográficas de los pacientes que asisten a la unidad de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	36	40.0
Casado	32	35.6
Viudo	6	6.7
Unión libre	11	12.2
Divorciado	5	5.6
Total	90	100.0
Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeto	7	7.8
Básica	41	45.6
Media	28	31.1
Universitario	8	8.9
Técnico	3	3.3
Profesional	3	3.3
Total	90	100.0
Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	2	2.2
Ama de casa	13	14.4
Obrero	5	5.6
Trabajador independiente	16	17.8
Ninguno	43	47.8
otros	11	12.2
Total	90	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes de la unidad de hemodiálisis mayo-junio 2011

Cuadro 3. Parámetros de calidad de los servicios asistenciales que son ofertados en la unidad de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier.

Parámetros de calidad								
Opinión	Puntualidad de la sesión de hemodiálisis		Confianza de comunicar cualquier molestia		Atención ante alguna eventualidad		Disponibilidad de ayuda del personal	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Siempre	52	57.8	89	98.9	75	83.3	82	91.1
A veces	35	38.9	-	-	15	16.7	8	8.9
Nunca	3	3.3	1	1.1	-	-	-	-
Total	90	100.0	90	100.0	90	100.0	90	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes de la unidad de hemodiálisis, mayo-junio 2011.

Cuadro 4. Nivel de satisfacción según el tiempo que el paciente tiene en el programa de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier.

Tiempo en el programa de hemodiálisis (meses)	Opinión							
	Excelente		Muy bueno		Regular		Deficiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
3-5	-	-	6	6.66	4	4.44	-	-
6-8	-	-	2	2.22	3	3.33	-	-
9-11	1	1.11	2	2.22	4	4.44	-	-
12-14	1	1.11	1	1.11	3	3.33	-	-
15-17	-	-	1	1.11	3	3.33	-	-
18-20	1	1.11	-	-	4	4.44	-	-
21-23	-	-	-	-	2	2.22	-	-
≥ 24	6	6.66	12	13.33%	33	36.66	1	1.11
Total	9	9.99	24	26.65	56	62.19	1	1.11

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes de la unidad de hemodiálisis, mayo-junio 2011

Cuadro 5. Cumplimiento de los parámetros de calidad según la guía completada por los sustentantes en la unidad de hemodiálisis, Hospital Salvador B. Gautier.

Parámetros de calidad	Cumple		No cumple		Total	
	F	%	F	%	F	%
Señalizaciones dentro de la unidad de hemodiálisis	6	100	-	-	6	100.0
Identificación de los contenedores de desechos	4	66.6	2	33.3	6	100.0
Uso de guantes	4	66.6	2	33.3	6	100.0
Uso de mascarilla	2	33.3	4	66.6	6	100.0
Uso de gorro	5	83.3	1	16.6	6	100.0
Uso de protectores oculares	-	-	6	100	6	100.0
Uso de delantal hemorrepelente	-	-	6	100	6	100.0
Uso de bata o pijama	6	100	-	-	6	100.0
El personal no sale del área de hemodiálisis con el equipo de bioseguridad	-	-	6	100	6	100.0
Desecho de elementos punzantes en los guardianes	5	83.3	1	16.6	6	100.0
Presencia de zafacones de doble bolsa roja	3	50	3	50	6	100.0
Ubicación correcta de los zafacones de desechos biológicos	-	-	6	100	6	100.0
El personal no ingiere comida dentro del área de hemodiálisis	6	100	-	-	6	100.0
El personal fuma dentro del área de hemodiálisis	6	100	-	-	6	100.0
Cambio de guantes al cambiar de pacientes	4	66.6	2	33.3	6	100.0
Uso de guantes al manipular fluidos biológicos	4	66.6	2	33.3	6	100.0
El personal se lava las manos después de usar guantes	-	-	6	100	6	100.0
Uso de guantes al tomar la presión arterial	2	33.3	4	66.6	6	100.0
Se rotula el filtro	6	100	-	-	6	100.0
Manipulación de catéter y fistula con guante estériles	1	16.6	5	83.3	6	100.0
Se le coloca gorro y mascarilla al paciente	-	-	6	100	6	100.0
Una vez terminado cada turno se descontamina el área y se esperan 30-60 minutos	5	83.3	1	16.6	6	100.0
Permanece la puerta cerrada durante la sesión de hemodiálisis	1	16.6	5	83.3	6	100.0
Buena ventilación	5	83.3	1	16.6	6	100.0
Buena iluminación	6	100	-	-	6	100.0
Correcto lavado de fistula	-	-	6	100	6	100.0

Fuente: Ficha de observación realizada por sustentantes.

DISCUSIÓN

La calidad de la atención es considerada como una propiedad compleja que puede ser sometida a una evaluación aceptable y que lejos de ser perfecta, es idónea para generar información que permita tomar decisiones orientadas a proporcionar una buena atención a los usuarios. Pardo y Galán identifican algunos atributos que determinan esta buena atención. Entre estos se encuentran: la oportunidad, la aceptabilidad, la efectividad y por último pero no menos importante la satisfacción del usuario.

Los resultados de la calidad de los servicios asistenciales fueron calificados como regular por un 45,12 por ciento de los pacientes de la unidad de hemodiálisis, un 83,3 por ciento opinaron que siempre reciben atención inmediata del personal ante cualquier eventualidad que se presente y un 62,2 por ciento calificó como regular su satisfacción en relación a los servicios recibidos. Esto sugiere que el hecho de que el usuario reciba atención en el momento requerido no asegura su completa satisfacción y que la calidad es una característica subjetiva que varía en cada paciente que recibe un servicio asistencial.

Hernández, Ochando y otros autores exponen en su investigación que los aspectos que influyen en la satisfacción del paciente, desde el punto de vista de la calidad asistencial son: la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis, la rapidez con que se consigue lo que necesita, el interés del personal de enfermería por los pacientes y el tiempo de espera para ser atendido por el médico.

En los resultados los atributos que fueron valorados con más peso y que fueron percibidas por más del 90 por ciento de los usuarios, además de coinciden que con lo antes mencionado, fueron la puntualidad en el inicio de la sesión de hemodiálisis, trato brindado y la disponibilidad de ayuda del personal. Estos resultados también concuerdan con lo establecido por Miguel y colaboradores, quienes en su estudio exponen como atributos mejor valorados la amabilidad del personal de la unidad y la disposición de ayuda.

Malagón- Londoño igualmente habla de diferentes estándares que se han establecido para valorar la calidad de un servicio, entre estos están: la puntualidad, prontitud, cortesía, trato humano, comunicación con el usuario, destreza para solucionar problemas y prontitud de atención. Dichos parámetros deben considerarse de gran utilidad e importancia al momento de aplicar acciones en el proceso de mejoramiento de la calidad asistencial al enfermo renal, ya que la interrelación de todos estos factores permite establecer mejor las necesidades del usuario.

En cuanto al manejo de las sustancias corporales Malagón-Londoño refiere como reglas generales: el uso de guantes al entrar en contacto con líquidos corporales, el lavado de manos antes y después de cada contacto con el paciente, uso de camisolines, delantales, mascarillas y protectores oculares cuando existe riesgo de contacto con sangre. En relación a los elementos punzantes o cortantes, estos deben ser depositados en envases con paredes de resistencia dura.

Los resultados revelaron que se cumple en más de un 80 por ciento el desecho correcto de los elementos punzantes, el uso de guantes al colocar los pacientes en las máquinas y su

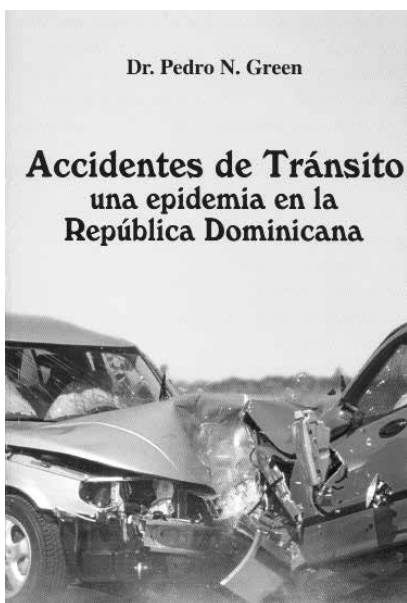
descarte al cambiar de paciente; así como el uso de gorro y pijama por parte del personal dentro de la unidad. Destacando además que no se cumplen el lavado de manos después de usar guantes, el uso de protectores oculares, uso de delantal hemorrepele y la ubicación correcta de los zafacones de desechos biológicos.

Estos datos evidencian que existe un gran riesgo de contaminación de un paciente a otro y la exposición del equipo de salud a contraer enfermedades contagiosas, lo que hace que este tipo de conductas sean altamente peligrosas debido a que pueden contribuir a la propagación de enfermedades como virus de hepatitis b, virus de hepatitis c, virus de inmunodeficiencia humana, entre otros.

REFERENCIAS

1. Hernández M M, Ochando G A, Mora J, Lorenzo M S, López R K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial. *Rev Eden* 2005. 8 (2): 90-96.
2. Miguel M M, Valdés C, Rábano M, Artos M Y, Cabello V P, De Castro N et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2009; 12 (1): 19-25.
3. Ochando G A, Royuela G C, Encarnación M. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Rev Soc Esp Nefrol* 2008; 2 (4): 1139-1175.
4. García- Vallauré A, Álvarez R A, Valdés A C, Penas G C, Miguel M M, Velásquez S P. La satisfacción de los pacientes en una unidad de diálisis concertada. *Rev Eden* 2009; 8(2): 244-247.
5. Pardo T F, Galán M R. Indicadores y estándares de calidad de la atención médica. En: Malagon L G, Galán M R, Pontón L G. *Administración hospitalaria*. 3ª edición. Editorial Médica Internacional; 2008,; 616-630.
6. Hernández M M, Ochando G A, Mora J, Lorenzo M S, López R K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial. *Rev Eden* 2005. 8 (2): 90-96.
7. Miguel M M, Valdés C, Rábano M, Artos M Y, Cabello V P, De Castro N et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2009; 12 (1): 19-25.
8. Malagón- Londoño G. *Administración hospitalaria*. 3ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008,; 171-176.
9. García- Vallauré A, Álvarez R A, Valdés A C, Penas G C, Miguel M M, Velásquez S P. La satisfacción de los pacientes en una unidad de diálisis concertada. *Rev Eden* 2009; 8(2): 244-247.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



*Accidentes de tránsito:
una epidemia en
la República Dominicana*

Autor: Dr. Pedro N. Green

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

FACTORES O ENTIDADES CLÍNICAS DE MORBILIDAD MÁS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA LAS FLORIDAS DE HIGÜEY.

Ángela María Santana Núñez,** Rosandy Santana Morla,* Juan Manuel del Rosario,* Leticia Rodríguez Castro,* Ana C. Padua,* Ángel Moronta.*

RESUMEN

Los factores o entidades clínicas constituyen las causas y etiologías por las cuales el paciente acude a los diferentes centros de salud con la finalidad de aliviar dicho padecimiento y/o sufrimiento. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, observacional, con recolección de información retrospectiva con la finalidad de identificar los factores de morbilidad más frecuentes en la unidad de atención primaria las Floridas de Higüey, Rep. Dominicana, durante el periodo julio-septiembre 2011.

Fueron estudiado un número de 920 paciente atendidos en la consulta general de dicho centro, de los cuales el grupo etáreo de mayor incidencia fue de 15-45 años con un total de 368 casos para un porcentaje de 40%, seguido por el rango de edad de 1-5 años con un total 184 casos para un 20 por ciento. En cuanto a los antecedentes patológicos que se presentaron con mayor frecuencia estuvieron los procesos Virales con 385 casos para un 41.8 por ciento, amigdalitis 278 casos para un 30.2 por ciento, parasitosis intestinal 143 casos para un 15.5 por ciento.

Palabras claves: Factores de morbilidad, Clínica rural

ABSTRACT

The factors or clinical entities constitute the reasons and etiologies for which the patient comes to the different centers of health with the purpose of relieving the above mentioned suffering and / or suffering. This is a cross sectional study, observational, with retrospective data collection in order to identify morbidity factors more common in primary care unit the flowery Higüey period July to September 2011.

Were studied a number of 920 patients seen in general practice of the center, of which age group the highest incidence was 15-45 years with a total of 368 cases for a percentage of 40 per cent, followed by the age range of 1-5 years with a total 184 cases for 20 per cent. With regard to medical history who presented with greater frequency viral processes were 385 cases for 41.8 per cent, tonsillitis 278 cases to 30.2 per cent, intestinal parasitosis 143 cases to 15.5 per cent.

Keywords: Factors of morbidity, rural clinic.

INTRODUCCIÓN

Los factores o entidades clínicas constituyen las causas y etiologías por las cuales el paciente acude a los diferentes centros de salud con la finalidad de aliviar dicho padecimiento

y/o sufrimiento.¹

Las infecciones de vías respiratoria agudas constituyen uno de los principales motivos de consultas; especialmente aquellas que se transmiten por contacto directo o por las gotitas que se difunden en el ambiente próximo a través de la tos, estornudos y la respiración.²

La prevalencia e intensidad de la infección están asociadas a mayor riesgo de morbilidad y tiende a ser más elevada en aquellas situaciones sanitarias deficientes (Ambientales, de Infra-estructura y educación) predispone a esta población a un mayor riesgo de infección por helmintos y protozoarios lo cual repercute en el estado nutricional. La clave diagnóstica de las enfermedades parasitarias es la abstención de una historia clínica metódica de la enfermedad y factores epidemiológicos como viajes, actividades recreativas y ocupación laboral. Podemos citar el resfriado común habitualmente producido por rinovirus, coronavirus (epidemias invernales) y las amigdalitis que en su mayor parte es de etiología vírica siendo otras etiologías micoplasma, gonococos o estreptococos beta hemolítico. Estos últimos aunque representan el 10 por ciento de todos los casos suponen del 20-40 por ciento de las faringitis exudativas en niños.^{3,4}

Las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar de mortalidad a nivel mundial según datos de la OMS, esto es debido al número de muertes por enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles. La neumonía es responsable de aproximadamente el 85 por ciento de las muertes, otras son la bronquiolitis, crup y complicaciones de vías respiratorias superiores.⁴

Por otro lado como sabemos la hipertensión arterial no solamente es una enfermedad sino también un factor de riesgo de otras enfermedades, con mayor mortalidad. Esta constituye uno de los problemas de salud más importantes pues tiene una prevalencia del 15-20 por ciento y constituye uno de los principales factores de riesgos para las enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte en los países desarrollados. Tanto la elevación de la sistólica (PAS) como la de la diastólica (PAD) constituyen un factor de riesgo cardiovascular además solo la cuarta parte de los pacientes están bien controlados. Los hallazgos de este estudio suponen una razón adicional para destacar la importancia de la prevención de la presión arterial alta.⁵

No obstante la parasitosis intestinal continúa siendo un problema en los países en vía de desarrollo y constituye un grupo variado de padecimientos causados por diversos protozoarios, helmintos que habitan en las heces fecales de los organismos. Se estima que la incidencia de parasitosis

* Médico General

intestinal en Inglaterra, Dinamarca y los Estados Unidos oscila entre 4.8 y 24.2 por cada 100,000 habitantes/año. ⁶

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, observacional, con recolección de información retrospectiva con la finalidad de identificar los factores de morbilidad más frecuentes en la unidad de atención primaria Las Floridas Higüey periodo julio-septiembre 2011. La población estuvo constituida por 920 pacientes que acudieron a la consulta de dicho centro de salud. Los datos fueron obtenidos mediante la revisión de archivos del departamento de estadística tras la revisión de los libros de registro de reporte semanal y mensual de la clínica rural Las Floridas de la Altagracia Higüey correspondientes al periodo julio-septiembre 2011

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamiento, a través de programa de computadora Excel conjuntamente con el Epi-info. El análisis de la información se presenta en frecuencia simple y en cruce de variables, haciendo uso de cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Los datos a continuación están basados en los estudios exclusivos obtenidos mediante la investigación y el método diagnósticos realizados a los pacientes que asistieron al centro de salud.

Distribución por sexo de los pacientes estudiados en la Clínica Rural de la Provincia de Higüey.

Sexo	Total de casos	%
Femenino	506	55
Masculino	414	45
Total	920	100

Distribución por edad de los pacientes estudiados en la Clínica Rural de la Provincia de Higüey.

Edad (años)	Casos	%
< de 1	104	11.3
1 a 4	184	20,0
5 a 14	138	15,0
15 a 45	368	40,0
46 a 64	80	8.7
>de 65	46	5,0
Total	920	100,0

Distribución según el tipo de morbilidad de los pacientes estudiados en la Clínica Rural Las Floridas de la Provincia de Higüey.

Morbilidad	Total de casos	%
Procesos Virales	385	41.8
Amigdalitis	278	30.2
Parasitosis	143	15.5
Hipertensión Arterial	90	9.7
otras	24	2.6
total	920	100,0

DISCUSIÓN

Los resultado obtenidos en la investigación evidencia que un total de 920 pacientes atendido en la consulta unidad de atención primaria Las Floridas Higüey, República Dominicana Julio-Septiembre 2011. Tenemos que: El sexo que predominó en la consulta fue el femenino con un 55 por ciento total del estudio, lo cual correspondió con las 5 principales causas de consulta en la población general asistida en la clínica rural Las Floridas, Higüey la Altagracia 2011. La edad que primó fue de 15 a 45 años con 368 casos para un 40 por ciento

La causa de morbilidad más frecuente encontrada estuvo constituida por los procesos virales (Infecciones Respiratorias Agudas) con 385 casos para un 41.8 por ciento Lo que concuerda con datos estadísticos de OMS para 2010 presenta altas tasas de morbilidad las cuales de no ser diagnosticadas y tratadas correctamente pueden llegar a presentar una de las mortalidades de más predominio principalmente en niños menores de 5 años. Las amigdalitis se presentaron en 278 casos para un 30.2 por ciento presentándose en mayor frecuencia en niños y jóvenes lo que concuerda con datos estadísticos que respaldan tanto las diferentes sociedades de otorrino como la OMS, estos aciertan en que dicha entidad clínica es más frecuente en jóvenes principalmente niños por varios factores entre los que podemos citar más frecuente a las infecciones, mala higiene bucal, sin embargo realmente va a depender de la causa y del foco primario. Los pacientes que cursaron con mayor caso de hipertensión arterial fueron los que contaron con rangos de 46 a 64 años.

REFERENCIAS

1. McGraw-Hill Interamericana ,Diccionario enciclopédico Ciencias de la Salud Barbara F. Weller, primera edición en español, 1997: 34.
2. Robert Berkow, M.D, Andrew J. Fletcher, M.B, Manual Merck, Diagnostico y Terapeutico. Mosby/ Doyma Libros.
3. Guía Diagnostica y de Tratamiento del primer nivel de atención, 2008 No. 4.4 Santo Domingo
4. Gómez, M., Revista Dominicana de la APS, Infección respiratoria aguda en fundamentos de medicina: Neumología e infectología. 2a. Ed. Tomo 11. Corporación para intestigaciones Biologicas. Medellín, Colombia 1999. abril-junio 2011
5. Dra. Carolina Jimenez Navarro, Dr. Pedro del rio Martínez, Consultorio clínico de medicina interna, calves diagnósticas y tratamiento, oceáno Mosby Elsevir España, Revision: 340.
6. daniel antonio de luís roma, Manual de nutrición y metabolismo 2006: 324, 625
7. Malagón- Londoño G, Administración hospitalaria. 3ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008. :171-176

FRECUCENCIA DE AMPUTACIONES EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO.
HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO.

Kely K. Turbí Mella,** Carolina Scheker,* Solenni W. Morel Villar,* Lorraine B. Hernández,* Johana Peña,* Iván E. Rosario Benítez,* Jorge Asjana David.**

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar la frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, durante enero 2007-diciembre 2008, es de tipo descriptivo con investigación retrospectiva. Se trabajó con una muestra de 42 pacientes, utilizando la técnica de recolección de datos estadísticos.

Los principales resultados muestran que las amputaciones por pie diabético representan un 42 por ciento. Afectando al grupo etáreo 71 a 80 años (14%); amas de casa (40%); el 100 por ciento de los pacientes tenían diabetes tipos II y la tasa de mortalidad fue de 7 por ciento.

Los resultados muestran que el pie diabético es la principal causa de las amputaciones en miembros inferiores en personas de edad avanzada, por lo que se recomienda mejorar el seguimiento de los pacientes para contribuir a su educación con relación a su condición de diabético, ya que es un estilo de vida diferente, puesto que las complicaciones de pie diabético representan un alto costo al hospital y al Estado, también se deben implementar campañas de prevención para que todos los pacientes diabéticos conozcan los factores de riesgos que puedan conllevar a un pie diabético.

Palabras claves: amputaciones, pie diabético.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the frequency of amputations in diabetic foot patients in the hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, during January 2007-December 2008, is descriptive, with retrospective research. Is working with a sample of 42 patients using the technique of data collection statistics.

Main results showed diabetic foot amputations account for 42 percent. Affecting the age group 71 to 80 years (14%), homemakers (40%), 100 percent of the patients had type II diabetes and the mortality rate was (7%) percent.

The results show that diabetic foot is the main cause of lower limb amputations in the elderly, so it is recommended to improve the monitoring of patients to contribute to their education in relation to his diabetic condition, as it is different life style before being diagnosed with the disease, since the complications represents a high cost to the hospital and the state must also implement prevention campaigns for all known diabetic risk factors that may lead to a diabetic foot.

Keywords: amputation, diabetic foot.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo profundizar en el conocimiento del síndrome del pie diabético, el cual representa una de las complicaciones crónicas en los pacientes diabéticos en la actualidad, y resaltar la necesidad de formar personal altamente calificado capaz de ejecutar con efectividad programas dirigidos a la educación y prevención de esta enfermedad.

Existen dos tipos de diabetes Mellitus, el tipo 1 y el tipo 2, esta última caracterizada por grados variables de resistencia insulínica, disminución de la secreción de insulina e incremento en la producción de glucosa.¹

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las Américas viven alrededor de 30, 000, 000 de personas con la enfermedad, y se estiman una prevalencia entre el 2 y 5 por ciento en la mayoría de estos países.²

En los Estados Unidos, la diabetes Mellitus es responsable del 45-60 por ciento de todas las amputaciones del miembro inferior no traumáticas, la mitad ocurren en personas con una edad promedio de 65 años.

Esta patología tiene diferentes complicaciones, encontrándose entre ellas el pie diabético, la cual se manifiesta como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropatía e inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que con o sin isquemia, y previo desencadenamiento traumático, se produce una lesión o ulceración del pie, que tiende a infectarse con facilidad, que una vez establecida es severa, resistente a la terapia antibiótica y ocasiona una prolongada estancia hospitalaria. Así, 15 por ciento de los pacientes diabéticos desarrollarán lesiones en los pies.

En Estados Unidos, el costo anual hospitalario por las lesiones del pie excede los \$ 350 millones y corresponde a la mitad de todas las amputaciones no traumáticas de la extremidad inferior ejecutadas cada año.⁵

En una investigación realizada en Chile por Iribarren y colaboradores tuvieron como resultados que la tasa de amputación al año de diagnosticada la úlcera fue 95.9 por ciento y 98.3 por ciento a los tres años. La tasa de reamputación de amputaciones menores fue 55.4 por ciento y de amputaciones mayores fue 24.4 por ciento.

Rivero Fernández, Fidel y Expósito Martín, investigaron sobre la frecuencia de amputaciones por pie diabético en un área de salud / Amputation rate as caused by diabetic foot in a primary health care district. 2003. encontrando una alta incidencia de amputaciones por pie diabético, este se presentó

* Médico general

** Cirugía General

en nueve pacientes, predominaron en las mujeres y mayores de 50 años y donde la oclusión de las arterias de las piernas constituyó un factor de riesgo más importante.

David Escalante Gutiérrez. En su estudio sobre amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la Costa Norte Peruana 1990 – 2000: Respecto a las características clínicas de las amputaciones del miembro inferior por pie diabético, se encontró un predominio de la diabetes mellitus tipo 2 (98,4%), sólo 4 casos (1,6%) fueron del tipo 1, todos ellos procedentes de Piura. La úlcera fue la lesión inicial más frecuente que condujo a pie diabético (72,0%).

Dada la importancia de esta enfermedad y sus consecuencias observada en las referencias, es necesario que en países como el nuestro, se realicen estudios que nos permitan conocer la situación actual, a fin de tomar conciencia y realizar actividades preventivas y de control.

Se considera de gran importancia estudiar la frecuencia de las amputaciones en pacientes con pie diabético en el hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, debido a que representa una oportunidad de caracterizar epidemiológicamente este problema de salud en los pacientes con diabetes Mellitus y respecto al cual existen pocos datos de referencia.

La realización de este trabajo permitirá conocer la tasa de amputaciones de miembros inferiores por pie diabético en uno de los principales hospitales docentes del país.

Por lo que se debe manejar los datos de frecuencia de esta complicación para alcanzar un mejor manejo de la misma, porque la realidad es, que cada vez hay más diabetes en el mundo, con prevalencias que están alcanzando el (6-8 %).

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio que se realizó fue descriptivo con investigación retrospectiva con la finalidad de determinar la frecuencia de las amputaciones en pacientes con pie diabético. Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2007-Diciembre 2008.

La demarcación geográfica fue en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello está ubicado en el sector capotillo, quedándoles en sus límites: al Norte: la calle Nicolás de Ovando; al Sur la calle 33, al este Estela Josefa Brea y al Oeste la calle 16.

La población está constituida por todos los pacientes que fueron sometidos a amputaciones ascendiendo a un total de 101 en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello.

1. Fueron excluidos 20 casos de record que no fueron encontrados en los archivos del hospital.
2. Los pacientes amputados que estando en el libro no fue posible localizar los record.
3. Los pacientes fallecidos que no tenían record
4. Las amputaciones que se realizaron fuera del período de estudio

El procesamiento de la información se realizó de forma manual, se utilizó el método porcentual para la corroboración de las encuestas.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de Amputaciones en Pacientes con Pie Diabético. Hospital Moscoso Puello. Enero 2007-Diciembre 2008

Amputaciones	Frecuencia	%
Oclusión arterial	39	39
Pie Diabético	41	42

Pacientes excluidos por falta de Records	20	20
Total	101	100

De acuerdo los datos investigados pudimos concluir que de las amputaciones realizadas en el Hospital Moscoso Puello la causa más frecuente es por el pie Diabético con un 42 por ciento se guido de Oclusión arterial con un 39 por ciento,

Cuadro 2. La frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético según la edad en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2007- Diciembre, 2008.

Edad (años)	Frecuencia	%
20-29	2	4.8
30-39	1	2.4
40-49	5	11.9
50-50	6	14.3
60-69	6	14.3
70-79	14	33.3
80-89	8	19.0
Total	42	100,0

Según los datos investigados nos muestran que el 33 por ciento de los record consultados están entre edades de 71-80 mientras que el 19 por ciento corresponden a 81-90 seguido de 61-70 y 51-60 con un mismo 14 por ciento, 41-50 con 12 por ciento, 20-30 con un 5 por ciento y 31-40 con 2 por ciento para un total de 42 record de pacientes consultados. Lo cual indica que el 93 por ciento de los pacientes afectado están por encima de los 41 años.

Cuadro 3. La frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético según la ocupación en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2007- Diciembre 2008.

Ocupación	Frecuencia	%
Albañil	2	5
Marketing	1	2
Ama de casa	17	40
Chofer	1	2
Doméstica	4	10
Pensionado	2	5
Disc Jockey	1	2
Desempleados	6	14
Marino mercante	1	2
Mensajero	1	2
Desabolladura y pintura	1	2
Empleado privado	1	2
Comerciante	3	7
Obrero	1	2
Total	42	100

En la ocupación se determinó que es más frecuentes en amas de casa con un 40 por ciento, seguido por los pacientes desempleados con un 14 por ciento y en las domesticas con un 10 por ciento, confirmando que las amas de casa es el grupo más afectado.

Cuadro 4. La frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético según el tipo de diabetes en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero2007-Diciembre2008

Tipo Diabetes	Frecuencia	%
II	42	100

Con respecto al tipo de diabetes concluimos que la tipo II es la responsable del 100 por ciento de los casos de Pie Diabético Amputado.

Cuadro 5. La frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético según Morbimortalidad en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Enero 2007-Diciembre, 2008.

Mortalidad	Frecuencia	%
Fallecidos	3	7
Recuperado	39	93
Total	42	100

Los resultados muestran una tasa de mortalidad de un 7 por ciento, indicando alto índice de supervivencia con un 93 por ciento en las amputaciones por pie diabético en miembro inferior.

DISCUSIÓN

El consenso sobre el pie diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular estima la prevalencia del pie diabético entre 8 y 13 por ciento. Las úlceras y las amputaciones de la extremidad inferior son la principal causa de morbilidad, discapacidad y costos para las personas con diabetes, en este estudio se encontró que una frecuencia de amputaciones en pacientes con pie diabético de un 42 por ciento. En un estudio realizado por Instituto Nacional de Angióloga y Cirugía Vascular de 327 amputaciones el 69,6 por ciento fue por pie diabético isquémico. (35)

En cuanto a la frecuencia de amputaciones según las variables demográficas, se encontró que el 14 por ciento tenía edades entre los 71-80 años; la ocupación era ama de casa en un 40 por ciento; lo cual coincide con un estudio realizado por Neobalis Franco Pérez y colaboradores donde encontraron que las personas con pie diabético eran mayormente de sexo femenino y edad mayor de 50 años; Este hallazgo coincide con el reporte de otros investigadores y, de manera general, a medida que se incrementa la edad, especialmente desde la quinta hasta la séptima década de la vida aumentan las amputaciones del miembro inferior. (14)

Todos los pacientes que fueron amputados tenían diabetes tipo II. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el 90 por ciento de los diabéticos del mundo padecen diabetes de tipo 2, que se debe en gran parte a la inactividad física y al peso corporal excesivo. (24)






Tasa de mortalidad fue de 7 por ciento Superando a estudios anteriores por Osvaldo Ibarren y colaboradores donde la tasa de letalidad es 4.1 por ciento. (36)

REFERENCIAS

1. Arturo Orrego Fundamentos de medicina en Endocrinología (autor) 6ta edición Corporación para la investigación biológica Medellín Colombia 2005.*
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°312: Diabetes. (revista Internte) 2008 Noviembre. (acceso 21 de Agosto 2009). 6:32 p.m.. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>*
3. Boyko EJ, Lipsky BA. Infection and diabetes mellitus. En: Harris MI, editor.
4. Amsterdam: International Working Group on the Diabetic Foot. Internaciona Consensus on the Diabetic Foot. May 1999; p. 1-96.
5. Martínez Gómez DA, Morales G, Pellicer E, Pérez JM, Alarte JM, Aguayo JL. Resultados de la hospitalización en pacientes con pie diabético. Comunicación al XXIV Congreso Nacional de Cirugía. Madrid 2002. Cir Esp 2002;72:45-6.
6. Chantelau E, Tanudjaja T, Altenhofet F, et al. Antibiotic treatment for uncomplicated neuropathic forefoot ulcers in diabetes: a controlled trial. Diabet Med 1996; 13:156-9.
7. Rivero Fernández, Fidel y Expósito Martín. La frecuencia de amputaciones por pie diabético en un área de salud / Amputation rate as caused by diabetic foot in a primary health care district. 2003
8. David Escalante Gutiérrez. Amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la Costa Norte Peruana 1990 – 2000: características clínico-epidemiológicas. (Revista en Internet). 2003. acceso: 21 agosto 2009. 7:40p.m. disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v20n3/a05v20n3.pdf>
9. Álvarez J., Carreño J., Rodríguez J. Frecuencia Características de las Amputaciones en el pie diabético en Hospital Arzobispo Loayzar Perú 1990- 1997. (Revisa en Internet), (google), acceso 23 julio 2009) 9:30 am. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/spmi/v13n1/Caracteristicas>
10. Rresnik JE, Valsania P, Phillips CL, Diabetes Mellitus and no traumatic Lower amputation. Arch Intern Med 1999, 159 (20): 2470-5. (UNMSM) 1999; 60(3): 14-8.
11. http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_Mellitus/3:57pm/18/06/08

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.

SEGUIMIENTO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POS PARTO EN CENTRO MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

*Aydeli M. De la Rosa Jimenez,** Jensor A. Cordero De la Rosa,* Brenda G. De León García,* Judit Vargas Pérez,* Anny B. Vargas Pérez,* Eladio De la Rosa,* Ruth Agüero de Robles.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el Seguimiento de la planificación posparto en el CMISLLM en el periodo mayo-agosto 2011. El universo estuvo conformado por 1256 usuarias que fueron asistidas en este centro de salud durante el periodo establecido por el estudio, de estas 867 dieron a luz en el centro asistencial y 389 iniciaron su planificación familiar en el centro en el mismo periodo de tiempo ya mencionado. La muestra se seleccionó a conveniencia mediante un muestreo no probabilístico, contó con 209 usuarias que corresponde al 16.7 por ciento. Se encontró que el seguimiento era incompleto de acuerdo a lo que corresponde con las normas nacionales. El 56.0 por ciento de las usuarias correspondieron a las edades de 15-19 años. El 72.2 por ciento reporto haber sido informada sobre los métodos anticonceptivos utilizados en el posparto, sin embargo solo fueron informadas según las normas sobre las ventajas y el uso correcto, el personal de salud que más informo sobre estos correspondió al personal de enfermería con un 42.6 por ciento, al 42.6 por ciento de las usuarias se les informo colectivamente, al 81.3 por ciento no se les prescribieron los métodos anticonceptivos a usar y este mismo porcentaje lo selección por decisión propia, el tipo de anticonceptivo más utilizado correspondió a los progestágenos inyectables con un 45.9 por ciento, las visitas a la consulta de planificación familiar fueron consecutivas en las usuarias que usaban tabletas y progestágenos inyectables, la insatisfacción de estas utilizando el método anticonceptivo seleccionado se reflejó con un 41.6 por ciento, al 25.8 por ciento le suministraron las informaciones sobre planificación familiar después del parto, sin embargo al 32.5 por ciento no le suministraron ninguna información estando en el centro asistencial.

Palabras claves: Seguimiento, Posparto, Planificación familiar, Métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

We performed a cross sectional study in order to determine the monitoring of planning in the postpartum period CMISLLM in May-August 2011. The universe consisted of 1256 clients who were assisted in this health center during the period established by the study, of these 867 gave birth at the medical center and 389 began its family planning center in the same period of time as mentioned. The convenience sample

was selected using a non-probability sampling, was 209 which corresponds to users 16.7 percent. We found that monitoring was incomplete according to the corresponding national standards. The 56.0 percent of users accounted for ages 15-19. The 72.2 percent reported having been informed about the contraceptive methods used in the postpartum period, but were only reported under the rules of the advantages and correct usage, health staff more information about these corresponded to the nursing staff with a 42.6 percent, 42.6 percent of users are reported collectively, to 81.3 per cent were not required to use contraceptive methods and the same percentage as selection by choice, the most widely used form of contraception accounted for injectable progestogens a 45.9 per cent, visits to family planning clinics were consecutive in users who used tablets and injectable progestin, the dissatisfaction of those using the contraceptive method selected reflects a 41.6 percent, 25.8 percent was supplied the information family planning after delivery, however at 32.5 percent provided no information not being in the hospital.

Keywords: Monitoring, Postpartum Family Planning, Birth Control.

INTRODUCCIÓN

Después de dar a luz, la mujer tiene que atender al recién nacido y tratar de recuperarse del embarazo y del parto. Muchas mujeres en el posparto también desean espaciar los nacimientos o limitar su número, para proteger su propia salud y la de sus recién nacidos. El seguimiento de las normas de planificación familiar son de gran importancia para estas parturientas y para el sistema de salud.

Los resultados preelminares de la encuesta Calidad de la Atención al Embarazo, Parto y Puerperio confirman la persistencia de una elevada proporción de embarazos en adolescentes y la falta de información sobre los métodos anticonceptivos y la planificación familiar en la Republica Dominicana. Para el estudio, realizado por el Consejo Nacional de Población y Familia en 31 establecimientos públicos de 23 provincias, se entrevistó a 465 mujeres. El 69 por ciento de las entrevistadas desea usar un método anticonceptivo después de dar a luz, pero el 67 por ciento declaró que, durante los chequeos de embarazo, ningún personal de salud le preguntó acerca de sus futuras intenciones reproductivas. Apenas el 12 por ciento de las mujeres recibió material educativo sobre planificación familiar y sólo la tercera parte fue informada acerca de la importancia del espaciamiento de los nacimientos. No informar a las usuarias acerca de la planificación familiar

** Cirujano general

* Médico general

y las facilidades para la obtención de anticonceptivos, limita tanto el acceso como la cobertura del Programa Nacional y lesiona sus objetivos.

La planificación familiar juega un papel sumamente importante como parte de la atención postparto, representa uno de los temas ineludibles en el cual son muchas las interrogantes que se plantean. Los embarazos muy seguidos o con espacios intergenésicos, esto conlleva arriesgar a las usuarias a presentar complicaciones que pueden llevarlas a la muerte y presentar productos de bajo peso al nacer, esta situación genera un perfil socioeconómico deficiente en un país que por demás es pobre.

Los aspectos relevantes en relación al seguimiento de planificación lo constituye, en primer lugar, la opinión de la usuaria, sus temores, sus preferencias y también su desconocimiento en torno a muchos de los aspectos técnicos relacionados con la elección del método a usar. Desde este punto de vista, es muy importante saber escuchar sus inquietudes, con el fin de focalizar la acción educativa en los puntos de mayor preocupación e interés.

No obstante, muchas de estas usuarias no cumplen con las visitas periódicas a los centros de salud, o no le dan el uso correcto al método anticonceptivo elegido por ellas, lo que se va a sumar a que los objetivos de los programas de planificación familiar no se cumplan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal cuya finalidad fue determinar el seguimiento que se les da a las usuarias posparto en cuanto a la anticoncepción se refiere.

Demarcación geográfica

Este estudio se realizó en el Servicio de Planificación Familiar posparto del CMISLLM, El mismo está ubicado en la zona urbana de la provincia Santo Domingo Este.

Los límites geográficos del centro son:

Al norte: Avenida San Vicente de Paúl.

Al sur: Calle D.

Al este: Calle Presidente Rafael Estrella Ureña.

Al oeste: Calle 18.

Universo y muestra

El universo consta de 1256 usuarias que fueron asistidas en el CMISLLM en el tiempo establecido por el estudio, de acuerdo con los registros médicos verificados. De estas 867 dieron a luz en el centro y 389 empezaron a planificarse dentro del periodo establecido por el estudio de igual forma. La muestra estuvo constituida por 209 usuarias que representan

el 16.7 por ciento de las usuarias posparto elegidas a conveniencia mediante un muestreo no probabilístico en el tiempo establecido por el estudio.

Criterios de inclusión

1. Las mujeres que asistan a consulta luego de posparto.
2. Mujeres que estén en las salas de recuperación posparto.
3. Mujeres que hayan tenido un consentimiento informado previo.
4. Mujeres que deseen participar en el estudio.

Instrumento de recolección de la información.

La recolección de la información se hizo a través de dos formularios en el cual están contemplados los objetivos del estudio. Uno dirigido para las usuarias que asisten a la consulta de planificación familiar y el otro destinado a la observación no participativa del personal de salud encargado de la planificación, el cual consta de 2 médicos y 2 enfermeras; cada pareja realiza su labor en tandas matutinas y vespertina respectivamente. La entrevista tuvo lugar en las salas de recuperación de posparto y en las salas de espera de la consulta de planificación familiar con una duración aproximada de 5 minutos para cada usuaria en horas matutinas y vespertinas. Estas entrevistas fueron realizadas con un consentimiento informado previo, en el cual se explicaba el propósito de la investigación.

Para elaborar la ficha de observación no participativa se estuvo presente, al momento de impartir la consejería a las usuarias, la cual tenía una duración no mayor de 20 minutos; se realizaba de la siguiente forma, se les brindaba la consejería al grupo de usuarias que estuvieran en las salas de espera de la consulta de planificación; luego a medida que iban llegando se les brindaban las informaciones dentro del consultorio, al momento de entregarle los insumos y al prescribirle al próxima visita a la usuaria, esto se realizó sin que el personal se percatara de nuestra presencia en calidad de investigación.

Procedimiento

Los formularios fueron llenados por las mismas usuarias que se encontraban en el centro asistencial. La ficha de observación fue llenada por los investigadores.

Tabulación y análisis

Luego de llenar el formulario de recolección de datos, las informaciones obtenidas en la presente investigación fueron sometidas a revisión para su procesamiento y tabulación utilizando los programas de Word y Excel 2007.

RESULTADOS

Cuadro 1. Tipo de actividad realizada por el personal para darle seguimiento a la planificación familiar postparto cmisllm

Tipo de actividad realizada	Medicos				Enfermeras			
	Se cumple		No se cumple		Se cumple		No se cumple	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1.Registra las visitas de las usuarias	-	--	2	100.0	2	100.0	-	--
2.Recuera las visitas siguientes	-	--	2	100.0	2	100.0	-	--
3. Los registros están en orden	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--
4. Instruye a las usuarias sobre el uso correcto	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--
5. Instruye a las usuarias cuando estas presentan efectos colaterales	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--
6. Registran los efectos colaterales	-	--	2	100.0	-	--	2	100.0
7. Registra la tensión arterial de las usuarias	-	--	2	100.0	-	--	2	100.0
8. Indaga a las usuarias sobre su última citología (PAP)	2	100.0	-	--	-	--	2	100.0
9. Demuestra interés y sensibilidad hacia las usuarias informándole minuciosamente todo lo relativo al método anticonceptivo seleccionado	2	100.0	-	--	-	--	2	100.0
10. Realiza hábilmente todos los procedimientos	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--
11. Dispone de una buena capacidad para responder sin problemas las inquietudes de las usuarias	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--
12. Se dirige respetuosamente hacia las pacientes reconociendo sus derechos sexuales y reproductivos	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--
13. Valora el riesgo reproductivo de la usuaria preguntando datos como la edad, estado civil, número de embarazos y de nacimientos	2	100.0	-	--	2	100.0	-	--

Cuadro 2. edades de las usuarias asistidas en el CMISLLM

Edad (Años)	Frecuencia	%
15 - 19	117	56.0
20 - 24	49	23.4
25 - 29	19	9.1
30 - 34	14	6.7
35 - 39	8	3.8
≥40	2	1.0
Total	209	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias sobre Seguimiento de la planificación familiar postparto CMISLLM Mayo - Agosto 2011

Cuadro 3. Antecedentes obstétricos de las usuarias asistidas en el CMISLLM

Edad (años)	Antecedentes obstétricos							
	Cantidad de gestas		Partos		Abortos		Cesáreas	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
15 - 19	143	40.7	72	44.2	29	47.5	52	40.9
20 - 24	102	29.1	53	32.5	24	39.3	25	19.7
25 - 29	37	10.5	12	7.4	3	4.9	22	17.3
30 - 34	39	11.1	13	8.0	4	6.6	12	9.4
35 - 39	21	6.0	8	4.9	0	0.0	13	10.2
≥40	9	2.6	5	3.1	1	1.6	3	40.9
Total	351	40.7	163	44.2	61	47.5	127	19.7

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias sobre Seguimiento de la planificación familiar postparto CMISLLM Mayo - Agosto 2011

Cuadro 4. Método anticonceptivo prescrito a las usuarias asistidas CMISLLM

Método Anticonceptivo	Frecuencia	%
Lactancia	3	1.4
Norplant	11	5.3
Tabletas	67	32.1
Condón	17	8.1
Inyectables	96	45.9
Quirúrgicos	12	5.7
DIU	3	1.4
Total	209	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias sobre Seguimiento de la planificación familiar postparto CMISLLM Mayo - Agosto 2011

Cuadro 5. Proporción de usuarias que expresan haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos CMISLLM

Informaciones	Frecuencia	%
Ventajas	209	100.0
Desventajas	192	91.9
Indicación	81	38.8
Contraindicación	79	37.8
Uso correcto	209	100.0
Efectos adversos	123	58.9
Reversibilidad	69	33.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias sobre Seguimiento de la planificación familiar postparto CMISLLM Mayo - Agosto 2011

DISCUSIÓN

De acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública un seguimiento correcto debe de incluir: una asesoría personalizada en la cual a la usuarias se les brinden todas las opciones anticonceptivas a la que se puede tener acceso en el centro de salud, que incluya la explicación de las ventajas y desventajas del método, así como también el uso correcto y la reversibilidad de los mismos, brindarle la cantidad de métodos anticonceptivos necesarios, recalcarle a las usuarias las visitas consecutivas y cuales personas cumplen con los requisitos de indicación para los diferentes métodos, indagar durante las visitas de las usuarias la satisfacción de esta utilizando el método, involucrar a las parejas de estas en cuanto a la elección del método anticonceptivo, que las informaciones se ofrezcan en los momentos adecuados, especialmente durante la consulta externa o consulta prenatal; con la investigación realizada se puede constatar que el seguimiento es incompleto en muchos acápite de las normas, esto repercute en la población de usuarias que regularmente acude a este centro de salud, mismas que se escapan sin una

asesoría completa o nula, exponiendo a esta población a embarazos no deseados y abortos futuros.

REFERENCIAS

- Affection.org [Internet]. Francia: AVSC International; 2006 [consultado el 4 de Mayo 2011]. Planificación familiar posparto. Disponible en: www.affection.org/sante/asvc/.../spppcfp.html
- Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva [sede web]. Guatemala: Alianmisa, 2007 [consultado el 20 de septiembre 2011]. Tema Transversales. Disponible en: <http://www.alianmisa.org/node/7>
- Anónimo Asesoramiento previo a la concepción en: Gary-Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap-III LC y Wenstrom KD. Obstetricia de William. Vigésimo Segunda edición. México, 2006: 189-200.
- Beens M. Berkow H. El Manual Merk.10ª ed. Madrid: Elsevier;1999.2001-2008
- Botero J. Júbiz A. Henao G. Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. 7ª ed. Colombia: Quebecor Wordl; 2004.
- D'León E; Lara D; Medina L; Susete. "Conocimientos Aptitud y Práctica en torno a la sexualidad en adolescentes" Vol. 9. Enero-Julio2002.Rev. Med. AMP. 60-62. Disponible en: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_4/needs.ht
- Estévez y Laparte-Escorza L. Regulación de la natalidad. Concepto de eficacia de los métodos de regulación de la natalidad. Métodos Naturales. En: Comino Delgado R, López- Garcías G. Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. Barcelona (España),2004: Gayban Grafic, tema 58.660-900
- Family Health International (FHI) [Internet]. Estados Unidos: The science of Improving Lives; 2005 [consultado el 9 de Mayo 2011]. Salud reproductiva.
- Family Health International (FHI) [Internet]. Estados Unidos: The science of Improving Lives; 2005 [consultado el 9 de Mayo 2011]. Salud reproductiva. Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/Topics/postpartum.htm>
- Galimberti S. Martinez I. Anticoncepcion. En: Schwarcz R. Fascina R. Diverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires – Argentina: El ateneo; 2006. 520 – 530
- Gran Biblioteca Océano. Enciclopedia Temática. Planificación Familiar. Vol. 2. 2005. Editorial MMV Océano Barcelona. España. 383, 397, 394.
- Grimes D, Schulz K, Van Ullet H, Stanwoodn. Inserción inmediata post-parto de dispositivos intrauterinos, 2008 Numero 13. Oxford: Update
- Herriot Enrans J, Laufer R Marck, Meter Goldestein D, Ginecología. 4ª ed. México: Graw-Hill Interamericana, 2006: 479-499, 509,510

VALORACIÓN DEL PERÍMETRO DE LA CINTURA E ÍNDICE CINTURA-CADERA EN COMORBILIDADES POR OBESIDAD, DISTRITO MUNICIPAL CAPOTILLO.

Rafael Montero, ** Emelinda del R. Tejada R, **** George A. Matos F, ***** Katia E. Méndez Z, *** Eraidá M. Montilla C, *** Juan C. R. Lee V.***

RESUMEN

El objetivo general de nuestra investigación fue la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, Distrito Municipal Capotillo, Rep. Dom., julio 2011. Es un estudio de tipo prospectivo y descriptivo de corte transversal. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario el cual contenía las siguientes variables: sexo, edad, años con obesidad (mínimo diez años), hábitos tóxicos, perímetro de la cintura, índice cintura cadera y comorbilidades por obesidad. Para realizar el estudio contamos con la participación de 50 personas habitantes del Distrito Municipal Capotillo.

La edad más frecuente fue 37 años o más. El sexo más frecuente fue el masculino. El 50 por ciento de los pacientes tenían de 35-39 años con obesidad. Solo un 2 por ciento de los masculinos obtuvieron un perímetro de cintura aumentado, con 4 y 5 comorbilidades respectivamente, el 29 por ciento de las femeninas y 19 por ciento de los masculinos tuvieron un riesgo muy elevado, 2 pacientes con 4 comorbilidades cada uno y el resto presentaron 5 comorbilidades en adelante. Concluimos que el perímetro de la cintura es un recurso invaluable y se aproxima mucho a la realidad a la hora de predecir y determinar el riesgo de padecer enfermedades relacionadas a la obesidad, sobre todo, a la obesidad central. El perímetro de la cintura obtuvo una media de 112.18 cm, lo cual corresponde al riesgo muy elevado.

Con respecto al índice cintura cadera, un 17 por ciento de las pacientes y un 13 por ciento de los pacientes obtuvieron un riesgo cardiovascular normal, mientras que, 12 por ciento de las femeninas y el 8 por ciento de los masculinos obtuvieron un riesgo cardiovascular aumentado. 60 por ciento consumen café, 28 por ciento te, 8 por ciento fuma cigarrillo de forma regular y un 2 por ciento consume alcohol y drogas. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial, apnea del sueño e intertrigo. Concluimos que índice cintura cadera es un recurso predictorio útil, pero de menor valor que el perímetro de la cintura.

Palabras claves: perímetro de la cintura, índice cintura-cadera, comorbilidades.

ABSTRACT

The overall objective of our research was the assessment of waist circumference and waist-hip ratio for obesity

comorbidities, Capotillo Municipal District, Rep. Dom, July 2011. Study is a prospective and cross sectional. The data collection was conducted through a questionnaire which contained the following variables: sex, age, years of obesity (at least ten years), toxic habits, waist circumference, waist-hip ratio for obesity and comorbidities. For the study we had the participation of 50 people Capotillo Borough residents. The most frequent age was 37 years or more. Sex was the most frequent male. 50 percent of patients were aged 35-39 years with obesity. Only 2 percent of the men got a waist circumference increased, with co-morbidities 4 and 5 respectively, 29 percent of female and 19 percent of men had a very high risk, 2 patients with 4 each and comorbidities the rest were 5 comorbidities on. We conclude that waist circumference is an invaluable resource and is very close to reality to predict and assess the risk of diseases related to obesity, especially central obesity. The waist circumference was an average of 112.18 cm, which corresponds to very high risk.

With respect to waist-hip, 17 percent of patients and 13 percent of patients had a normal cardiovascular risk, while 12 percent of women and 8 percent were male increased cardiovascular risk . 60 percent drink coffee, 28 percent will, 8 percent regularly smoke cigarettes and 2 percent use alcohol and drugs. The most common comorbidities were hypertension, sleep apnea and intertrigo. We conclude that waist-hip ratio is a useful resource predictorio, but of less value than the waist circumference.

Keywords: waist circumference, waist-hip ratio, comorbidities.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso constituyen el factor de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia en el mundo occidental¹. millones de personas fallecen cada año por alguna enfermedad cardiovascular^{2,3}. En Europa, se calcula que la sufren unos 81 millones de personas y que entre el 50-80 por ciento de los adultos tienen IMC >25 kg/m².¹ Las perspectivas para el año 2020 apuntan, además, a que seis de los países con mayor obesidad en el mundo serán latinoamericanos: Venezuela, Guatemala, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y México⁴.

El perímetro de cintura es uno de los predictores más confiables para medir riesgos cardiovasculares. Una persona se encuentra en un grupo de alto riesgo cardiovascular cuando su cintura supera los 88 centímetros, en el caso de las mujeres, y los 102 centímetros, si se trata de un hombre⁵⁻⁹.

** MSP
* Asesor
** Nutrición y dietética

El índice cintura cadera es también considerado como un buen indicador de la obesidad.^{8,10}

El índice cintura-cadera es la relación que existe entre la circunferencia de la cintura y la circunferencia de la cadera y describe la distribución central de grasa¹¹. Se obtiene al dividir en centímetros la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera¹². La OMS establece unos niveles normales de 0,8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominal visceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado¹²⁻¹⁴.

Múltiples estudios han sido realizados para determinar la utilidad del perímetro de la cintura e índice cintura cadera como factores predictorios de comorbilidades por sobrepeso u obesidad⁸.

Nuestros objetivos específicos fueron: Identificar el sexo, edad, años con obesidad (mínimo diez años), hábitos tóxicos, perímetro de la cintura, índice cintura cadera y comorbilidades por obesidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo prospectivo y descriptivo de corte transversal cuyo objetivo es determinar la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, Distrito Municipal Capotillo, Rep. Dom., julio 2011.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los habitantes del Distrito Municipal Capotillo que al momento de la investigación cumplieron con los siguientes requisitos:

- Residir en el Distrito Municipal de Capotillo.
- Haber padecido de obesidad por un tiempo mínimo de 10 años.

La causa de la obesidad no sea secundaria a un síndrome genético, patología de base o al uso de algún fármaco.

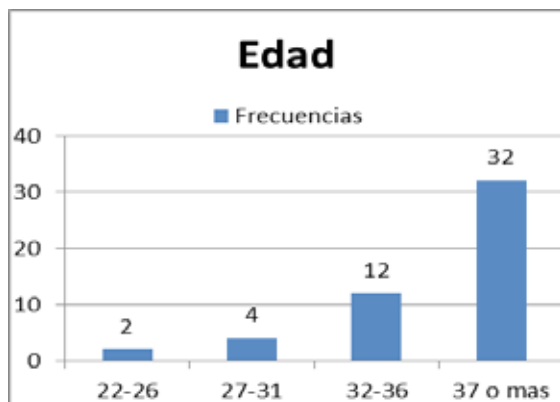
Edad mayor o igual a 17 años.

No se discrimino sexo.

La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario el cual contenía los objetivos antes señalados.

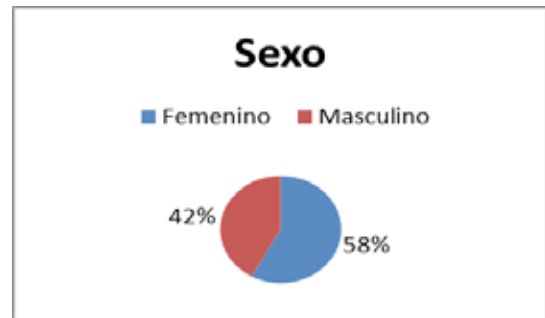
RESULTADO

Tabla 1. Distribucion de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según edad Distrito Municipal Capotillo. Julio 2011.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

Grafico 1. Distribución de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según sexo Distrito Municipal Capotillo, Julio 2011.



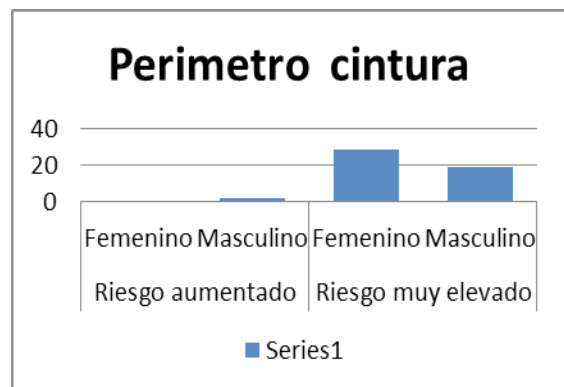
Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

Grafico 2. Distribución de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según años Distrito Municipal Capotillo, Julio 2011.



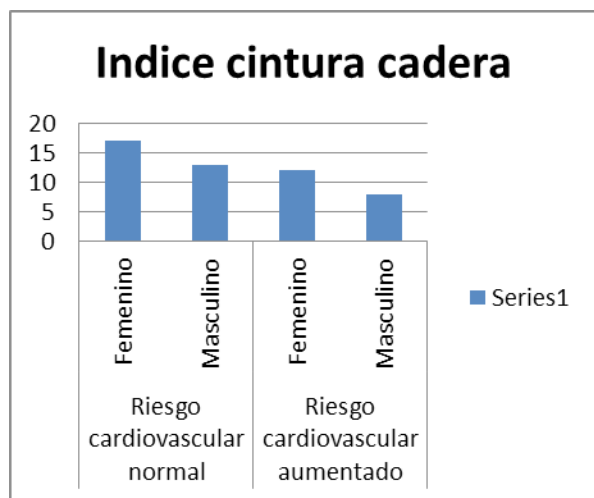
Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

Tabla 2. Distribución de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según perímetro de cintura Distrito Municipal Capotillo, Julio 2011.



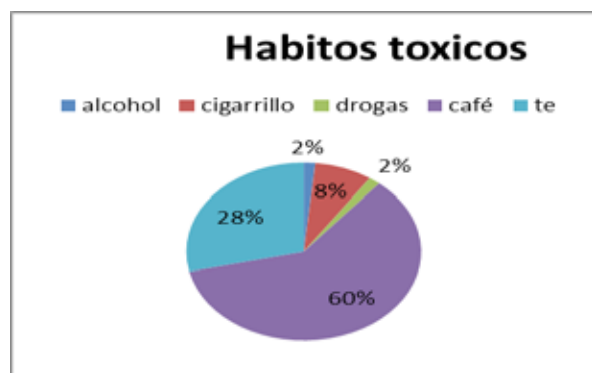
Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

Tabla 3. Distribución de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según índice cintura cadera Distrito Municipal Capotillo, Julio 2011.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

Gráfico 3. Distribución de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según hábitos tóxicos Distrito Municipal Capotillo, Julio 2011.



Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

Tabla 4. Distribución de pacientes en la valoración del perímetro de la cintura e índice cintura-cadera en comorbilidades por obesidad, según comorbilidades Distrito Municipal Capotillo, Julio 2011.

Comorbilidad	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	32	11
Apnea del sueño	32	11
Intertrigo	32	11
Osteoartritis	29	10
Hiperlipidemias	23	8
Ansiedad	20	7
Edema	20	7
Depresión	15	5
Diabetes mellitus	11	4

Alteraciones menstruales	13	4
Acantosis nigricans	11	4
Várices	9	3
Embarazo con complicación	9	3
Reflujo gastroesofágico	10	3
Dificultad respiratoria	10	3
Acido úrico elevado	8	3
Esteatosis hepática	4	1
Colelitiasis	2	1
Trombosis venosas	2	1
Pies planos	4	1
Cardiomegalia	2	1

Fuente: Tejada, Matos, Méndez, Montilla, Lee. 2011

DISCUSIÓN

Para llevar a cabo el desarrollo de este estudio contamos con la participación de 50. Cabe destacar que el Distrito Municipal Capotillo es un lugar con un nivel socioeconómico bajo, la gran mayoría de su población es pobre y una parte de ella vive en condiciones de pobreza extrema. Su bajo poder adquisitivo y la poca asequibilidad a productos alimenticios de buena calidad, debida a su ubicación territorial, hacen que sus hábitos alimentarios no sean los más correctos. los más desfavorecidos social y económicamente son también, los que peor salud tienen¹⁵

La edad más frecuente fue 37 años o más con un total de 32 pacientes. En segundo lugar la comprendida entre 32-36 años con un total de 12 pacientes, lo cual muestra una relación directamente proporcional de los años padeciendo obesidad con la edad del paciente

El sexo más frecuente fue el masculino con 58 por ciento frente a 42 por ciento en el sexo femenino. Los hombres queman más energía en reposo que las mujeres, por eso necesitan más calorías para mantener su peso corporal. Las mujeres típicamente aumentan de peso después de la menopausia porque su capacidad de quemar energía disminuye aún más¹⁶.

El 50 por ciento de los pacientes tenían de 35-39 años con obesidad, un 24 por ciento con 20-24 años, otro 20 por ciento con 15-19 años, el 4 por ciento con 25-29 años y el 2 por ciento con 35-39 años. El estudio "Impacto de la disminución del perímetro de la cintura en el riesgo cardiovascular de pacientes obesos sujetos a tratamiento" corrobora nuestro hallazgo¹⁶.

Solo un 2 por ciento de los masculinos obtuvieron un perímetro de cintura aumentado, con 4 y 5 comorbilidades respectivamente,

el 29 por ciento de las femeninas y 19 por ciento de los masculinos tuvieron un riesgo muy elevado, 2 pacientes con 4 comorbilidades cada uno y el resto presentaron 5 comorbilidades en adelante. Esto manifiesta que efectivamente el perímetro de la cintura es un recurso invaluable y se aproxima mucho a la realidad a la hora de predecir y determinar el riesgo de padecer enfermedades relacionadas a la obesidad, sobre todo, a la obesidad central. Los pacientes con perímetro de cintura aumentado presentaron un mínimo de 5 comorbilidades, lo cual nos indica, que no solo el perímetro de la cintura es determinante para padecer comorbilidades, sino

que, la cantidad de años padeciendo la enfermedad tendrá un valor determinante en la manifestación de consecuencias por la obesidad, el perímetro de la cintura obtuvo una media de 112.18 cm, lo cual corresponde al riesgo muy elevado.

Con respecto al índice cintura cadera, un 17 por ciento de las pacientes y un 13 por ciento de los pacientes obtuvieron un riesgo cardiovascular normal, mientras que, 12 por ciento de las femeninas y el 8 por ciento de los masculinos obtuvieron un riesgo cardiovascular aumentado. Al parecer el índice cintura cadera es un recurso predictorio útil, pero de menor valor que el perímetro de la cintura, ya que, la mayor parte de los pacientes tenían un índice cintura cadera normal o riesgo cardiovascular normal, a pesar de, presentar muchos de ellos comorbilidades en gran cantidad.

El índice cintura cadera en general conto con una media de 0.93 cm. 60 por ciento de los participantes consumen café, 28 por ciento consume te, 8 por ciento fuma cigarrillo de forma regular y un 2 por ciento consume alcohol y drogas.

Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial, apnea del sueño e intertrigo con un 11 por ciento.

REFERENCIAS

1. Obesidad. Calcobes (2007), consulta 27 de julio 2011 <http://calcobes.sourceforge.net/ObesSPA/Introduccion.html>
2. "10 datos sobre la obesidad",OMS (2010), consulta 21 de julio 2011<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index4.html>
3. Statistics Canada. Consulta 2 de agosto 2011, "Body mass index (BMI-Canadian standard), by age group and sex, household population aged 20 to 64 excluding pregnant women, Canada excluding territories, 1994/95-1998/99". Statistics Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/01201/th/4061458-eng.htm>
4. Republica dominicana entre mayores niveles de obesidad para el 2020 (A diario con Tony, 2010), consultado 2 de agosto 2011.http://www.adiariocontony.com/index.php?option=com_content&view=article&id=525:republica-dominicana-entre-mayores-niveles-de-obesidad-para-el-2020&catid=2:noticias&Itemid=4
5. El perímetro de la cintura aumenta el riesgo coronario". Sanmartin, Consultado el 4 de agosto 2011 http://www.cincodias.com/articulo/sentidos/perimetro-cintura-aumenta-riesgo-coronario/20050922cdscdicst_5/
6. Tratado de nutrición y alimentación humana^{2ª} ed., " (Mataix, J. (2009). pp.1431-1467). Consultado en 5 de agosto 2011 Majada honda (España). Ergon.
7. El perímetro de cintura y su relación con la salud cardiaca y general. Loíacono, L. Consultado el 10 de agosto 2011 <http://www.alfinal.com/Salud/perimetrocintura.php>
8. Obesidad y sobrepeso,OMS (2011a).Consultado el 12 de agosto 2011 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
9. Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight" Uauy, R; Albala, C; Kain, J. (2001). Consultado el 14 de agosto 2011 The journal of nutrition [en línea]. N° 3.
10. <http://translate.google.es/#en|es|Obesity%20Trends%20in%20Latin%20America%3A%20Transiting%20from%20Under-%20to%20Overweight%20%0D%0A>
11. Overweight and obesity in Australia: the 1999–2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)". Cameron, A; Welborn, T; Zimmet, P; Dunstan, D; Owen, N; Salmon, Jo; Dalton, M; Jolley, M; Shaw, J. Consultado el 20 de agosto 2011
12. http://www.mja.com.au/public/issues/178_09_050503/cam10689_fm.html
13. Obesity in Australian adults: prevalence data". Australasian society for the study of obesity (2010). Consultado el 20 de agosto 2011 http://www.asso.org.au/freestyler/gui/files//factsheet_adults_prevalence.pdf
14. Causa directa y causa indirecta de la obesidad. *VII Curso de experto Universitario en Epidemiología y Nuevas Tecnologías Aplicadas*. Rodríguez, S. (2011).
15. Obesidad y sobrepeso .Texas Heart Institute (2011). Consultado el 25 de agosto 2011 http://texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/obesity_sp.cfm
16. Impacto de la disminución del perímetro de la cintura en el riesgo cardiovascular de pacientes obesos sujetos a tratamiento. *Medigraphic*, 79, 175-181. Fanghanel, G; Sánchez, L; Félix, L; Violante, R; Campos, E; Antonio, L. (2011).

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO Y TRATAMIENTO EN LAS PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA

Virginia Jimenez Carpio,** Ana Welkis Then Morillo,* Yudit Esther Nunez Polanco, **** Wayni Ebenezer Ramirez Fermin,** Noemi Guerreroz.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos en el cual se analizaron todos los expedientes de las pacientes que fueron diagnosticadas y tratadas con una hiperplasia endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana, Santo Domingo, R.D., en el periodo comprendido julio 2010 – junio 2011. Utilizamos un cuestionario previamente elaborado. El estudio incluyó 68 pacientes que fueron diagnosticadas y recibieron tratamiento tanto medicamentoso como quirúrgico. La edad más frecuente de presentación fue de 30 a 45 años (48.53%), el síntoma de presentación más frecuente, el sangrado transvaginal 94.2 por ciento; el peso en la mayor parte de las pacientes no fue registrado 94 por ciento, el método diagnóstico más utilizado en el grupo en estudio fue el legrado uterino más biopsia con un 52.94 por ciento. Se concluyó que la hiperplasia endometrial más frecuente es la simple sin atipia con un 95.59 por ciento, el tratamiento más frecuente aplicado fue el medicamentoso con 50 por ciento seguido de la histerectomía con un 45.49 por ciento. De las 35 pacientes que recibieron tratamiento médico 31 respondieron satisfactoriamente 88.50 por ciento.

Palabras claves: estrógenos, hiperplasia endometrial, ciclo menstrual.

ABSTRACT

We performed a cross-sectional study with retrospective collection of data which analyzed all records of patients who were diagnosed and treated with endometrial hyperplasia in the Dominican Women's Hospital, Santo Domingo, Dominican Republic, in the period July 2010 - June 2011. We used a previously developed. The study included 68 patients who were diagnosed and received treatment for both drug and surgical. The most common age at presentation was 30 to 45 years (48.53%), the most common presenting symptoms, vaginal bleeding 94.2 percent, the weight in most of the patients was not recorded 94 percent, the diagnostic method most used in the study group was uterine curettage biopsy with a 52.94 per cent. It was concluded that the most common endometrial hyperplasia without atypia is simple with 95.59 percent, the most common treatment applied was medicated with 50 percent followed by hysterectomy with 45.49 percent. Of the 35 patients who received medical treatment 31 responded satisfactorily 88.50 percent.

Keys Words: estrogen, endometrial hyperplasia, menstrual cycle.

INTRODUCCIÓN

En un ciclo menstrual promedio de 28 días, encontramos dos fases: durante las dos primeras semanas hay un incremento de hormonas llamadas estrógenos que estimulan el crecimiento y el número de las células endometriales (fase-proliferativa). Luego de producida la ovulación (alrededor del día 14) los estrógenos descienden y la hormona predominante es la progesterona que estimula la maduración de las células, para que en caso de que haya fecundación se produzca una correcta implantación del embrión (*fase secretoria*). De no producirse la fecundación, los ovarios cesan la producción de progesterona alrededor de dos semanas después, dando como resultado la contracción de los vasos sanguíneos locales, y disminuyendo así el aporte de oxígeno al endometrio que se desintegra en sus capas superficiales y, que mezclado con la sangre, da origen a la menstruación.^{1,2,3}

Sin embargo, si la fase estrogénica no es seguida por la progestacional, las células del endometrio crecen y se multiplican, fenómeno llamado hiperplasia, entidad importante que merece nuestra detección y tratamiento ya que puede ser la precursora de otro proceso igual de importante como lo es el cáncer endometrial. La hiperplasia endometrial es una proliferación o crecimiento excesivo de las células del endometrio, es decir, la capa superficial del útero, especialmente los componentes glandulares.^{4,5}

En la mayoría de los casos la hiperplasia del endometrio se debe al estímulo estrogénico persistente y prolongado del endometrio.¹ Conjuntamente con niveles insuficientes de hormonas como la progesterona que normalmente se oponen a los efectos proliferativos del estrógeno. La causa más frecuente suele ser una sucesión de ciclos anovulatorios, si bien la hiperplasia puede deberse igualmente a una excesiva producción endógena de estrógenos o a la administración exógena de dichos compuestos. La importancia clínica de este trastorno se expresa en el hecho de que causa hemorragia uterina disfuncional una entidad que afecta la calidad de vida de estas pacientes.¹

Es también un factor de riesgo importante en la aparición del cáncer de endometrio, por lo que es esencial que las pacientes con hiperplasia endometrial sean frecuentemente monitorizadas por un profesional de salud. La enfermedad aparece con preferencia en mujeres mayores de 45 años de edad.^{2,6}

*** Médico general

* Ginecóloga-Obstetra.

** RIV Obstetricia y Ginecología.

En cuanto al tratamiento tenemos opciones tanto médica, como quirúrgicas: ablación endometrial e histerectomía. El cual será aplicado de acuerdo a la edad de la paciente, al tipo histológico de hiperplasia y deseos de fertilidad. Un gran número de pacientes responden al tratamiento hormonal, especialmente las que cursan con hiperplasia sin atipia, en un informe de casos de 85 mujeres con hiperplasia endometrial tratada con acetato de medroxiprogesterona (10 a 20 mg/día) en 84 por ciento de 65 pacientes que no tienen atipia hubo reversión completa de las lesiones, 6 por ciento presento hiperplasia recurrente.^{7,8,9}

Similar a otro estudio, la hiperplasia desapareció en 94 por ciento de 32 pacientes tratadas con acetato de megestrol.^{1,5,6,1}

En un estudio clásico, el carcinoma de endometrio en la histerectomía fue más de 10 veces mayor en mujeres con antecedentes de hiperplasia atípica (simple o compleja) que en mujeres sin atipia (23 y 1,6 por ciento, respectivamente).¹⁰

Desafortunadamente, y a diferencia de lo que sucede con la displasia cervical, carecemos de un método fiable y de empleo común para detectar la hiperplasia endometrial en pacientes asintomáticas, de forma que la mayoría de las pacientes con hiperplasia endometrial no son diagnosticadas hasta que solicitan atención médica debido a algún síntoma y se obtienen muestras endometriales.¹

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Realizamos un estudio de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos en el cual analizaremos todos los expedientes de las pacientes que fueron diagnosticadas y tratadas por una hiperplasia endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana, Santo Domingo, R.D., en el periodo comprendido julio 2010 – junio 2011. Utilizamos un cuestionario previamente elaborado, Los resultados obtenidos serán tabulados y analizados, luego presentados en cuadros y gráfico.

Ubicación: El estudio se realizó en el Hospital de la Mujer Dominicana, el cual es la maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el cual está ubicado en el sector La Esperilla. Esta institución atiende un promedio de 200 pacientes por día.

Población y muestra: El universo en estudio estuvo comprendida por las pacientes que se han asistida la consultas ginecológicas y la muestra todas las pacientes diagnosticadas con hiperplasia endometrial en la Maternidad Hospital de la Mujer Dominicana en el periodo comprendido entre julio 2010- junio 2011.

Criterios de inclusión: Se incluyeron todas las pacientes que acudieron al departamento de ginecología en busca de asistencia médica al Hospital de la Mujer Dominicana y que se le diagnosticó una hiperplasia endometrial y fueron tratadas en el periodo comprendido entre julio 2010 – junio 2011.

Instrumento de recolección de la información: Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que contiene las variables pertinentes del estudio, el cual será llenado por la investigadora mediante la revisión de los expedientes de las pacientes diagnosticadas con hiperplasia.

Procedimiento: La recolección de la información estuvo a cargo de los sustentantes del estudio, quien seleccionara una de las opciones de las diferentes preguntas que se encuentran en el instrumento de recolección de datos, este proceso se realizó en un periodo de 3 semanas.

Tabulación y análisis: La tabulación y el análisis se realizaron mediante programas de computadora: SPSS y Microsoft Excel.

RESULTADOS

Distribución de Casos de Acuerdo a la Edad del diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro I

Edad (Años)	Frecuencia	%
<20	1	1.47
20 a 29	5	7.35
30 a 39	33	48.53
≥40	29	42.65
Total	68	100.00

Fuente: expediente clínico, archivo hospital de la mujer dominicana (HMD)

Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Paridad de las pacientes con diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer. Cuadro II

Paridad	Frecuencia	%
Ninguno	3	4.41
1-2	20	29.41
3-4	33	48.53
Más de 5	12	17.65
Total	68	100.00

Fuente: expediente clínico, archivo HM

Distribución Según Manifestación Clínica en Pacientes con diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro III

ManifestaciónClínica	Frecuencia	%
Sangrado Transvaginal	64	94.12
Asintomática	4	5.88
Total	68	100.00

Fuente: expediente clínico, archivo HM

Distribución Según el peso corporal en Pacientes con diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro IV

Peso	Frecuencia	%
IMC-25%	1	1.47
26-39	2	2.94
>39	1	1.47
No registrado	64	94.12
Total	68	100.00

Fuente: expediente clínico, archivo HMD

Distribución según los factores de pacientes con diagnóstico Histopatológico y el tratamiento de las pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro V

Factores Riesgo	Frecuencia	%
Obesidad	5	7.35
Diabetes Mellitus	7	10.29
Hipertensión Arterial	15	22.06
Ninguna	41	60.29
Total	68	100

Fuente: expediente clínico HMD

Distribución de los Métodos Diagnostico en las pacientes con diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. CUADRO VI

Métodos diagnósticos	Frecuencia	%
Sonografía	1	1.47
Biopsia Endometrial	31	45.59
Lgrado Mas Biopsia	36	52.94
Total	68	100

Frecuencia según el resultado histopatológico en las pacientes con diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro VII

Diagnostico Histopatológico	Frecuencia	%
Hiperplasia Simple	65	95.59
Hiperplasia Compleja	1	1.47
Hiperplasia Compleja con Atipia	1	1.47
Hiperplasia Simple con Atipia	1	1.47
Total	68	100.00

Fuente: expediente clínico, archivo HMD

Frecuencia del Tratamiento Aplicado en el diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro VIII

Tratamiento	Frecuencia	%
Medicamentoso	34	50.00
Quirúrgico	31	45.59
Ningunas	3	4.41
Total	68	100,0

Fuente: expediente clínico, archivo HMD

Complicaciones del Tratamiento Médico en el diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Cuadro IX

Complicaciones Tratamiento médico	Frecuencia	%
Abandono Medicamento	1	2.58
Intolerancia Gástrica	1	2.58
Ninguna	33	94.02
Total	35	100.0

Fuente: expediente clínico, archivo HMD

Diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Según Respuesta al Tratamiento Médico. Cuadro X

Respuesta al Tratamiento médico	Frecuencia	%
SI	31	88.50
NO	4	11.40
Total	35	100,0

Fuente: expediente clínico, archivo HMD

Diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Según cirugía después del Tratamiento Médico. Cuadro XI

Cirugía Después del Tratamiento médico	Frecuencia	%
SI	4	11.40
NO	31	88.56
Total	35	100,0

Fuente: expediente clínico, archivo HMD

Diagnóstico Histopatológico y el Tratamiento de las Pacientes con Sospecha de Hiperplasia Endometrial en el Hospital de la Mujer Dominicana Periodo Julio 2010-Junio 2011. Según medida de la línea endometrial por sonografía. Cuadro XII

HallazgoSonograficoLínea Endometrial	Frecuencia	%
Fino	11	16.18
8 a12	24	35.29
13 a 19	23	33.82
≥20	10	14.71
Total	68	100,0

Fuente: expediente clínico, archivo HM

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con un total de 68 pacientes diagnosticadas y tratada con hiperplasia endometrial en el hospital de la mujer dominicana en el año de estudio. Donde se analizaron diferentes características detalladas a continuación. Las edades más frecuentes de presentación de la hiperplasia endometrial del grupo en estudio, estuvo representado por un número de 33 casos en las edades de 30 a 45 años (48.53%), seguida de las pacientes mayores de 45 años con 29 casos para un (42.65%), siendo las edades de 13 a 20 años y 21 a 29 años las menos frecuente con 1 y 5 casos para 1.47 por ciento y 7.35 por ciento respectivamente. Estos resultados se asemejan a algunas literaturas que refieren que la hiperplasia endometrial se presente con más frecuencia en mujeres mayores de 45 años de edad.² Aunque otros autores refieren que puede aparecer a los 50 y 60 años.¹⁸

La paridad de las pacientes estudiadas, 48.53 por ciento (33 casos) tenían 3 a 4 hijos y solo 3 pacientes eran nulíparas 4.41 por ciento (3 casos). Por tal motivo este estudio difiere con algunos autores de que la hiperplasia es más frecuente en pacientes nulíparas.

De los casos estudiados 64 pacientes acudieron al centro por sangrado transvaginal para un 94.2 por ciento y solo 4 casos eran asintomáticas para 5.88%. Tenemos una coincidencia con casi todos los autores consultados en que la manifestación clínica más frecuente es el sangrado transvaginal.

En relación al peso un 94 por ciento no estuvo registrado el peso de las pacientes 64 casos, 2 tenían un índice de masa corporal entre 26 y 39 por ciento (2 casos) para 2.94 por ciento y una paciente con un IMC 39 por ciento para un 1.47 por ciento.

Con relación a publicaciones hecha de que las pacientes con un índice de masa corporal mayor o igual a 25kg/m² aumenta el riesgo de hiperplasia^{1, 20}. En nuestro estudio no se pudo establecer si el peso fue o no un factor importante ya que no estuvo registrado en la mayoría de las pacientes 94%.

El factor de riesgo de mayor presentación fue la hipertensión arterial con 15 casos para un 22.6 por ciento, seguida de la diabetes mellitus con 7 casos para un 10.29 por ciento. Ocupando la obesidad el nivel inferior con 5 casos para un 7.35 por ciento, ocupando el mayor porcentaje las pacientes que no tenían ni un factor de riesgo.

En estos casos no hubo una relación con las diferentes revisiones ya que la obesidad es realmente factor de riesgo más importante y más frecuente relacionada con la hiperplasia endometrial.²⁰

Podemos observar que el legrado más biopsia fu el método más utilizado para el diagnóstico de la hiperplasia endometrial con 36 casos para un 52.94 por ciento, seguido de la biopsia por aspirado endometrial con cánula de pipelle con 31 casos para un 45.59 por ciento y con menor frecuencia la sonografía con 1 caso para 1.47 por ciento. Algunos autores recomiendan el aspirado endometrial ya que la sensibilidad y especificidad (60-90 por ciento y 98 por ciento respectivamente) son similares en comparación con otros métodos diagnósticos.

La hiperplasia endometrial simple fue la más frecuente con 65 casos para un 95.59 por ciento, y los demás tipos de hiperplasia con 1 caso cada una, para 1.47 por ciento respectivamente. Esto es importante ya que la hiperplasia simple evoluciona a cáncer en tan solo 1 por ciento.^{1, 2}

El tratamiento aplicado con más frecuencia fue el medicamentoso con 34 casos para 50 por ciento, casi similar

al tratamiento quirúrgico que cuenta con 31 casos para 45.9 por ciento, hubo tres casos los cuales no recibieron tratamiento con un 4.41 por ciento. Podemos determinar que hubo buena respuesta al tratamiento médico al igual que Ferency y Gelfand que informaron que 85 pacientes pos menopáusicas las que presentaban hiperplasia simple sin atipia tenían reversión completa de la enfermedad con ACM 10-20mg.⁴

De las 35 pacientes con tratamiento médico 33 casos no curso con complicaciones para un 94.02 por ciento, solo en dos pacientes hubo complicaciones para un 5.1 por ciento correspondiente a intolerancia gástrica y a abandono del medicamento.

Según la respuesta al tratamiento médico de las 68 pacientes diagnosticada con hiperplasia endometrial 35 pacientes se le ofreció tratamiento médico de las cuales 31 caso para un 88.50 por ciento respondieron al tratamiento, 4 casos para 11.40 por ciento no respondieron al tratamiento.

De las 35 pacientes que recibieron tratamiento médico 4 nos respondieron, por lo cual fueron llevadas a cirugía para un 11.40 por ciento.

El grosor endometrial en la sonografía más frecuente fue de 8-12 mm con 24 casos para 35.29 por ciento seguida de 13 a 19 mm con 23 casos para un 33.82 por ciento y 11 casos para un 16.18 por ciento cursaron con endometrio fino con una hiperplasia endometrial.

REFERENCIAS

1. Disaia P, Creasman W. Oncología Ginecológica clínica. 6ª edición. Madrid, España. Editora Harcourt Brace de España, S.A. 2002; 113-119.
2. Berek J, Hacker N. Ginecología Oncológica Práctica. 4ª edición. México. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2006: 410-412.
3. Jonathan. Berek, MD, MMSc. Ginecología de Novak 13ª edición. México. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2007: 918-919.
4. Scott J, MD, Gibbs Ronalds, MD. Tratado de ginecología y obstetricia de Danforth. 9a. edición. 2008. México. Interamericana. 1009-1011.
5. Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología, 2ª edición. Santiago de Chile Publicaciones técnicas mediterráneas. 1995: 3-16, 286.
6. Gori Jorge R. Ginecología de Gori, 2ª edición. Buenos Aires Argentina. Editorial El Ateneo. 2008: 332-339.
7. Te Linde. Ginecología quirúrgica. 10ª edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2010: 1296.
8. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fascina R. Obstetricia. 5ª edición. Argentina, Librería Editorial El Ateneo. 1995. 3-6.
9. Kurman, RJ, Norris, HJ. Endometrial hyperplasia and related cellular changes. In: Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, 4th ed, Kurman, RJ (Ed), New York: Springer-Verlag, 1994. 441.
10. U.S. Department of Health & Human Services. «Enfermedades comunes del útero» (en español). Consultado el 21 de enero de 2008. «La hiperplasia es una enfermedad en la que el revestimiento del útero se hace demasiado grueso y causa sangrado anormal. Se cree que la hiperplasia es producida por demasiado estrógeno.»

FRECUENCIA DE PARÁSITOS EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA RURAL FUNDACIÓN.

Denys malenny Báez Puesan, Indhira del Orbe García, Ilsa Esther Pineda Cuevas, Katlien Yoseppi Pérez Félix, Santa Aidesys Félix Peña

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo en la Clínica Rural Fundación sobre frecuencia de parasitosis en pacientes que asisten a la Clínica Rural Fundación. Marzo 2011- Agosto 2011. La recolección de la información se realizó a través de reportes de carpológicos, interrogatorio médico y libro de consulta diario. La población lo constituyó 4,800 pacientes que asistieron a la clínica rural Fundación y una muestra de 106 pacientes que presentaron reportes de carpológicos. Los resultados reflejados de muestran que la edad y sexo más frecuente fue en hombres de 0-9 años de edad para un 53.62 por ciento, frente a un 17.65 por ciento de mujeres de 0-9 años de edad. El síntoma predominante fueron los cólicos abdominales para un 57.63 por ciento. La *Entamoeba histolytica* constituyó la principal parasitosis con un 63.28 por ciento. El medio de eliminación de excretas se realizó principalmente por letrinas para un 51.89 por ciento. El agua Al Granel fue la de mayor consumo con un 38.68 por ciento.

Palabras claves: Parásitos, Clínica rural, Frecuencia.

ABSTRACT

We performed a prospective descriptive study in the Rural Clinic Foundation on parasitism frequency in patients attending the Rural Clinic Foundation. March 2011-August 2011. The data collection was conducted through carpológicos report, medical interrogation and daily reference book. The population was 4,800 at patients who attended the foundation and a rural clinic sample of 106 patients who carpológicos reports. The results show that mirrored the age and sex was more common in men a 53.62 percent, compared with 17.65 percent of women aged 0-9 years old. The predominant symptoms were abdominal cramps for a 57.63 percent. *Entamoeba histolytica* is the major parasitic disease with a 63.28 percent. The disposal of excreta was done mainly for 51.89 percent. The bulk water waste the highest consumption with 38.68 percent.

Key words: Parasitism, rural clinic, frequency.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades parasitarias intestinales constituyen una de las infecciones más comunes a nivel mundial, estas son causadas por protozoos, helmintos o artrópodos.

Habitualmente, está asociada con la contaminación fecal del agua de consumo o de los alimentos unida a deficientes condiciones sanitarias y socioculturales.

Históricamente las parasitosis intestinales continúan produciendo con el correr de los años consecuencias en la salud del ser humano. Afectan a todos grupos etarios siendo los niños los más severamente perjudicados debido al efecto negativo que producen en su crecimiento y desarrollo, tanto físico como psíquico, estimando que el 12 por ciento de las enfermedades de la niñez son debidas a parasitosis intestinales.

La sintomatología que causan los parásitos patógenos en el huésped depende del número de formas parasitarias presente. Desde el punto de vista médico es importante diferencial el hecho de tener parásitos en el organismo y de sufrir una enfermedad parasitaria. Debe quedar establecido que el hecho de tener parásitos no implica sufrir la enfermedad.

La amibiasis es la segunda enfermedad parasitaria más importante del mundo causada por *Entamoeba histolytica*, su distribución mundial varía de un lugar a otro, observándose con mayor frecuencia en los países pobres y con bajas condiciones socioeconómicas. Se han reportado actualmente alrededor de 500 millones de personas infectadas en todo el mundo de las cuales, el 10 por ciento presentan síntomas clínicos; intestinales en un 80 por ciento a 98 por ciento de los casos y del 2 al 20 por ciento extraintestinales, ocasionando una mortalidad que oscila entre 40.000 y 110.000 casos por año.

Según la organización mundial de la salud (OMS) los parásitos intestinales pueden causar mal nutrición en los niños y disminuir las posibilidades de crecer, desarrollarse y aprender. En el 2001, este organismo de la ONU fijó la meta de proporcionar tratamiento sistemático mundial a un 75 por ciento a los menores de edad, como objetivo para el 2010.

Un estudio realizado en Santiago por nutricionista del Servicio Dominicano de Orientación en Salud en el 2008 entre niños y niñas que oscilan con edades entre los 4 y 12 años, residentes en los sectores circundantes al vertedero de Rafey en Santiago, arrojó que el 80 por ciento de ellos padecía de parasitosis. La investigación realizada reportó que de 99 pruebas de laboratorio, estableció que el 80 por ciento de los niños, están afectados por esta enfermedad, mientras que el 20 por ciento de los analizados, no se observó con ninguna clase de lesiones corporales. Entre los parásitos detectados figuran *Blastocytis Hominis* en un 45 por ciento. Prosigue la *Giardia*

Lamblia con 17.2. Hymenolopis Nana e un 13.1 por ciento. Entamoeba Histolytica con 9.1 por ciento. De igual manera, la entamoeba Coli con 7.1 por ciento. Ascaris Lumbricoide 1 por ciento. Hymenolopis nana 1 por ciento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo sobre frecuencia de parasitosis en los pacientes que asisten a la Clínica Rural Fundación. Marzo 20 11- Agosto 2011.

La población lo constituyó 4,800 pacientes que asistieron a la clínica rural Fundación y una muestra de 106 pacientes que presentaron reportes de carpológicos.

La información se obtuvo a través de reportes de coprológicos, interrogatorio médico y del libro de consultas diarias, los cuales contenían las siguientes variables, edad, sexo, síntomas clínicos, parasitosis, excretas, agua, entre otras.

RESULTADOS

Edad y sexo más afectado por parasitosis. Clínica rural de fundación. Marzo-agosto 2011.

Edad (años)	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
0-9	20	52.63	12	17.65
10-19	4	10.53	12	17.65
20-29	-	-	11	16.18
30-39	2	5.26	7	10.29
40-49	3	7.89	9	13.24
50-59	8	21.05	7	10.29
>60	1	2.63	10	14.71
Total	38	100.00	68	100.00

Síntomas más frecuentes en pacientes con parasitosis. Clínica rural fundación. Marzo-agosto 2011.

Síntomas más frecuentes	Número	Porcentaje
Cólicos	68	57.63
Diarrea	29	24.58
Nauseas	8	6.78
Vómitos	4	3.39
Cefalea	2	1.69
Fiebre	3	2.54
Mareo	4	3.39
TOTAL	118	100.00

Parasitosis más frecuente. Clínica rural fundación. Marzo-agosto 2011.

Parasitosis más frecuentes	Número	%
E. Histolytica	81	63.28
E. Coli	14	10.94
Yardia Lamblia	7	5.47
Áscaris Lunbricoide	9	7.03
Blastosytis Hominis	9	7.03
Hymenolopis Nana	1	0.78
Endolimax nana	1	0.78
No parasito	6	4.69
total	128	100.00

Disposición de excretas de los pacientes. Clínica rural fundación. Marzo-agosto 2011.

Disposición de excretas	Número	Porcentaje
Inodoro	26	24.53
Letrina	55	51.89
Monte	23	21.70
Rio o Arroyo	2	1.89
total	106	100.00

Consumo de agua más usado por los pacientes. Clínica rural fundación. Marzo-agosto 2011.

Consumo de Agua	Número	Porcentaje
Acueducto	33	31.13
Al Granel	41	38.68
Embotellada	21	19.81
Clorada	8	7.55
Hervida	1	0.94
Total	106	100.00

DISCUSIÓN

En el presente estudio fueron atendidos un número mayor de hombre entre 0-9 años para un 52.63 por ciento, frente a un 17.65 por ciento de mujer entres 0-9 y de 10-19 años de edad. Este estudio difiere con el realizado por Leonor Mora y asociados sobre estudio epidemiológico y molecular de cepas de Entamoeba histolytica y Entamoeba dispar en pacientes con diarrea en Cumaná, estado Sucre, Venezuela en donde determinaron que el número de pacientes atendidos fue

mayormente entre 10-19 años de edad para un 24.7 por ciento.

Los cólicos abdominales constituyó el principal síntoma el cual corresponde a un 57.63 por ciento de los casos. En Venezuela se realizó un estudio sobre síndrome diarreico agudo en donde concluyeron que el síntoma más frecuente por parasitosis fue la fiebre con un 60 por ciento.

En relación a la parasitosis más frecuente lo constituyó la entamoeba histolytica con un 63.28 por ciento. Estos resultados difieren con los encontrados en un estudio realizado por la Dra. Claudia y asociados en un grupo de individuos en una comunidad aborigen de la provincia de Salta en donde se demostró que la parasitosis de mayor frecuencia fue el Blastocystis Hominis para un 58.9 por ciento. Sin embargo, ambos estudios no van acorde con lo señalado por Botero en el libro parasitosis humana en donde se establece que el Áscaris lumbricoides es el parásito patógeno más frecuente en el mundo con una prevalencia próxima al 10 por ciento.

En cuanto a la disposición de excretas el mayor porcentaje de las personas usaron letrinas para un 51.89 por ciento. Este estudio va acorde con el realizado por Guerrero Hernández y asociados en coprocultivos en niños en edad escolar en 9 municipios de alta marginidad en México en el año 2008 en donde se demostró que la mayoría de los niños disponían de letrinas tradicionales en un 75 por ciento.

La principal fuente de consumo de agua fue al granel con un 38.68 por ciento. La contaminación fecal del agua y del suelo son los factores más importantes de la diseminación de las parasitosis intestinales.

REFERENCIAS

1. Botero David, Restrepo Marcos. Parasitosis humana. 4ta edición. Colombia: fondo editorial CIB; 2003. Pág. 5.
2. Chacín L, Amibiasis: Implicaciones del reconocimiento de Entamoeba dispar e identificación de Entamoeba moshkovskii en humanos. Instituto de Investigaciones Clínicas “Dr. Américo Negrette. Invest Clin 51(2): 239 – 2 disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/ic/v51n2/art06.pdf>
3. Cermeño J, Hernández I, Camaripano M, Medina N, Guevara A, Hernández C. Etiología de diarrea aguda en niños menores de 5 años Ciudad Bolívar, Venezuela. revista de la sociedad cubana de microbiología (revista electrónica)* 2008. (acceso 23 de noviembre 2011) 28:55-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rsvm/v28n1/art11.pdf>
4. Guerrero M, Hernández Y, Rada M, Aranada A, Hernández M. Parasitosis intestinal y alternativas de disposición de excretas en municipios de la alta marginidad. Revista cubana de salud pública (revista electrónica)* abril-junio 2008. (acceso 23 de noviembre 2011) 34 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000200009&script=sci_arttext
5. Mora L, García A y De Donato M. Prevalencia del complejo Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar en pacientes con síntomas gastrointestinales de diarrea procedentes de Cumaná, Estado Sucre. kasma. 2005;33(1):56-2010.
6. Parasitosis intestinales: antiguas y vigentes. Revista bionalisis (revista electrónica)* (acceso 10 de noviembre 2011). Disponible en: <http://www.revistabioanalis.com/arxius/notas/diagnostico3.pdf>.



El tabaco es perjudicial para la salud.

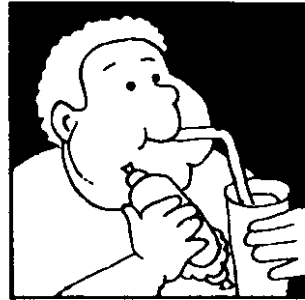
COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



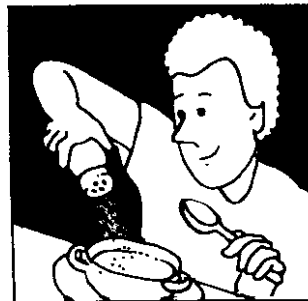
No Alcohol



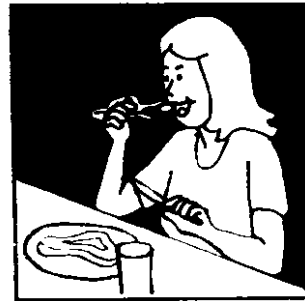
No Stress



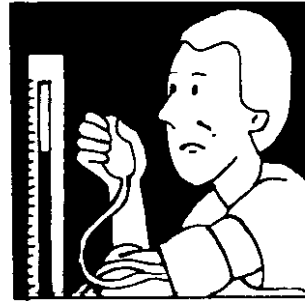
Evite Obesidad



Controle la Sal



Controle su Colesterol

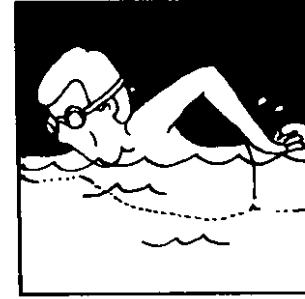


Chequee su Presión Arterial



¡¡NO FUME!!

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



Haga Ejercicios

PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS ASISTIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA.

*María Medina De Los Santo,** Nancy Duvergé Corporán,* Bethania Rodríguez Brea.* Gilbert CoRperan García,* Edward Antonio Alcantara Matos,* Esthel Montero Toledo.**

RESUMEN

Mediante este estudio se determinó la incidencia de preeclampsia en mujeres embarazadas asistidas en la maternidad del Hospital Juan Pablo Pina en el año 2009. El tipo de estudio de esta investigación corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal de fuente retrospectiva. Las pacientes seleccionadas para este estudio corresponden a las pacientes diagnosticadas con preeclampsia que fueron atendidas durante el parto en la maternidad del Hospital Juan Pablo Pina. Para la recolección de datos se utilizó un formulario que fue diseñado por las sustentantes, basado en las variables estudiadas en este estudio. Dentro de los hallazgos más relevantes encontramos que la incidencia de preeclampsia en mujeres embarazadas en el Hospital Juan Pablo Pina fue de 1.9 por cada 100 nacimientos. De igual forma se encontró que la mayor incidencia se observó en el grupo de embarazadas de 35 a 39 años con una tasa de 4.6 casos de preeclampsia por cada 100 nacimientos y que el mayor porcentaje de preeclampsia se observó entre las adolescentes de 15 a 19 años con una incidencia de 2 casos por cada 100 nacimientos.

Palabras claves: Preeclampsia, Incidencia, Hipertensión, Embarazadas

ABSTRACT

By means of this study I determine the incident of preeclampsia in pregnant women represented in the maternity of the Hospital Juan Paul Pina in the year 2009. The type of study of this investigation corresponds to a descriptive study, of transverse court of retrospective source. The patients selected for this study correspond to the patients diagnosed with preeclampsia that were attended during the childbirth in the maternity of the Hospital Juan Paul Pina. For the compilation of information there was in use a form that was designed by the sustentantes, based on the variables studied in this study. Inside the most relevant findings we find that the incident of preeclampsia in women embarrassed in the hospital Juan Paul Pina was of 1.9 for every 100 births. Of equal form one thought that the major incident I observe in the group of pregnant women of 35 to 39 years with a rate of 4.6 cases of preeclampsia for every 100 births and that the major percentage of preeclampsia was observed between the teenagers from 15 to 19 years by an incident of 2 cases by every 100 births.

Keywords: Preeclampsia, Incidence, Hypertension, Pregnancy

*** RII; Obstetricia y Ginecología.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un desorden multisistémico en el que la hipertensión se diagnostica después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria. Ambas desaparecen en el postparto. Las cifras tensionales que la definen son: tensión arterial igual a 140/90 mm Hg o mayor que ésta, con proteinuria mayor que 300 mg/L en 24 horas y edema. Esta se clasifica en preeclampsia leve y severa.

Se estima que afecta 1.2 por ciento de los embarazos y a pesar de ser una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la etiología de la preeclampsia no se conoce con exactitud. Influyen los factores relacionados con las características de las embarazadas, como la edad, paridad, historia familiar de preeclampsia, es más frecuente cuando las embarazadas padecen ciertas enfermedades como: hipertensión, diabetes, entre otras. Esta constituye un importante problema de salud, su incidencia es mayor en países subdesarrollados como el nuestro afecta principalmente a grupos socioeconómicos bajos.

Es la complicación médica más común del embarazo. Esta debe ser diagnosticada y tratada rápidamente por el personal de salud correspondiente para de esta forma evitar las complicaciones propias de la preeclampsia tanto maternas como fetales.

Clasificación.

Preeclampsia leve

Hipertensión de al menos 140/90 mm Hg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la 20 semanas de embarazo y proteinuria significativa de >300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas >500ml.

Preeclampsia severa

Tensión arterial (TA) > 160/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la 20 semana de gestación; TA sistólica > 60 mmHg sobre el nivel basal; TA diastólica 30 mmHg sobre el valor basal; proteinuria > 5g en 24 horas edema masivo, oliguria < 400ml en 24 horas.

Se estima que la preeclampsia es severa cuando tiene o sobrepasa esos valores o si aparecen otros signos como son: oliguria con menos de 500 mL en 24 horas y la presencia de trastorno cerebrales, disturbios visuales, dolor epigástrico, cianosis u otros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

La investigación realizada es un estudio descriptivo, de

corte transversal y de fuente retrospectiva.

Demarcación Geográfica.

Hospital Docente Juan Pablo Pina. Está ubicado en la Calle Santomé #42, Los Novas, San Cristóbal, República Dominicana. Limitado al norte por la calle Manuel María Seijas, al sur por la calle Presidente Billini, al este por la calle Santomé y al oeste por la calle Juan Tomás Díaz.

Tiempo de realización.

Esta investigación se llevó a cabo durante el periodo de Enero- Diciembre del 2009

Universo.

Estuvo constituido por las 5716 pacientes embarazadas asistidas en la maternidad del Hospital Juan Pablo Pina durante el año 2009.

Muestra.

Estuvo constituida por las 109 mujeres embarazadas identificadas que presentaron preeclampsia y fueron asistidas en el área de maternidad del Hospital Juan Pablo Pina en el 2009.

Criterios de inclusión.

Todas las pacientes embarazadas diagnosticadas con preeclampsia durante el periodo de estudio.

Fuente de información

La información de esta investigación fue obtenida a través de los expedientes médicos que fueron identificados a través del departamento de archivo del Hospital Juan Pablo Pina.

Procedimiento para la selección de datos

El procedimiento para la recolección de datos consistió en la selección de los expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron con el criterio de inclusión a partir del registro, verificando que estuvieran presentes todos los datos. Este procedimiento fue realizado mediante la aplicación de formularios a cada uno de los expedientes seleccionados que reunieron los requisitos mencionados con anterioridad.

Procesamiento y plan de análisis

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en Microsoft Excel 2007, luego se llevaron a Microsoft Word 2007 donde se realizó una estadística de los datos mediante distribuciones de frecuencia absoluta y relativa.

Principios Bioéticos

El estudio se realizó bajo los dictámenes de principios bioéticos universales de confidencialidad, respeto al pudor y dignidad de las pacientes, además acudiendo a las instancias correspondientes para poder llevar a cabo nuestra investigación correctamente y obteniendo los permisos de lugar con las autoridades del Hospital

RESULTADOS

Según los datos suministrados por el departamento de estadística del Hospital Juan Pablo Pina las mujeres embarazadas que presentaron preeclampsia durante el año 2009 fueron 173 pero al momento levantamiento de los datos se encontró que solo 109 de los expedientes de las pacientes diagnosticadas con preeclampsia cumplían con los criterios médicos para el diagnóstico de preeclampsia.

Tabla 1. Incidencia de preeclampsia en mujeres embarazadas; Hospital Juan Pablo Pina Enero- Diciembre 2009.

Clasificación de las pacientes al momento del nacimiento	Frecuencia	Incidencia por cada 100 nacimientos
Pacientes con preeclampsia	109	1.90
Pacientes sin preeclampsia	5607	98.1
Total	5716	100

Fuente: Records de pacientes identificadas con preeclampsia.

La incidencia de preeclampsia en mujeres embarazadas asistidas en el Hospital Juan Pablo Pina durante en año 2009 fue de un 1.90 por cada 100 nacimientos.

Tabla 2. Antecedentes patológicos en mujeres embarazadas afectadas por preeclampsia; Hospital Juan Pablo Pina Enero – Diciembre 2009.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	(%)
Ninguno	98	89.90
Diabetes	1	0.93
Hipertensión arterial	10	9.17
Insuficiencia renal	0	0
Otros	0	0
Total	109	100,00

Fuente: IDEN.

El 89.90 por ciento de las embarazadas estudiadas no tenían antecedentes patológicos previos al embarazo. El 9.2 por ciento refirió antecedentes de hipertensión arterial.

Tabla 3. Paridad en mujeres embarazadas afectadas por preeclampsia; Hospital Juan Pablo Pina Enero – Diciembre 2009.

Paridad	Frecuencia	(%)
Primer embarazo	55	50.45
Segundo embarazo	13	11.92
Tercer embarazo	13	11.92
Cuarto embarazo	12	11
Quinto embarazo	9	8.25
Sexto embarazo	5	4.63
Séptimo embarazo	2	1.83
Total	109	100

Fuente: IDEN.

Entre las embarazadas con preeclampsia las primigestas fueron las más frecuentemente observadas en el 50.45 por ciento.

Tabla 4. Mujeres embarazadas afectadas por preeclampsia según tipo de preeclampsia; Hospital Juan Pablo Pina Enero – Diciembre 2009.

Tipos de preeclampsia	Frecuencia	(%)
Preeclampsia leve	80	73.39
Preeclampsia severa	29	26.61
Total	109	100

Fuente: IDEN.

El 73.39 por ciento de las pacientes diagnosticadas con preeclampsia presentaron preeclampsia leve.

Tabla 5. Vía de desembarazo en las pacientes con preeclampsia; Hospital Juan Pablo Pina Enero – Diciembre 2009.

Vía de desembarazo	Frecuencia	(%)
Parto vaginal	50	45.87
Cesárea	59	54.13
Total	109	100

Fuente: IDEN.

La vía de desembarazo más utilizada en las mujeres embarazadas con preeclampsia fue la cesárea con un 54.13 por ciento.

DISCUSIÓN.

Después de los resultados obtenidos es de vital importancia hacer hincapié en algunos puntos de nuestro estudio. Es importante destacar la importancia que tiene para el personal de salud conocer que tanto incide este cuadro y no solo para el personal de salud sino también para la población en general, principalmente aquellas mujeres embarazadas que están presentando estos signos clínicos para que estén atento de ellos así evitar que presenten algún tipo de complicación.

En el Hospital de Victoria Falls de Zimbabwe se realizó un estudio que comprendió a todas las pacientes que fueron diagnosticadas con preeclampsia grave. Dicho estudio comprendió el periodo desde septiembre del 2005 hasta marzo del 2006. Se encontró que las gestantes menores de 20 años fueron las más afectadas, con 57 casos seguidos por el grupo de 35 años y más con 49 casos, lo cual indica que los rangos son más o menos parecidos a los obtenidos en nuestro estudio. Cabe destacar que esta investigación también incluye los signos clínicos donde al igual que en nuestra investigación los signos clínicos que sobresalieron fueron la hipertensión y la proteinuria. En este estudio las complicaciones que predominaron fueron la eclampsia y la muerte materna a diferencia de nuestro estudio donde la frecuencia de complicaciones fue muy baja, y dentro de las complicaciones la más frecuente fue la muerte fetal.

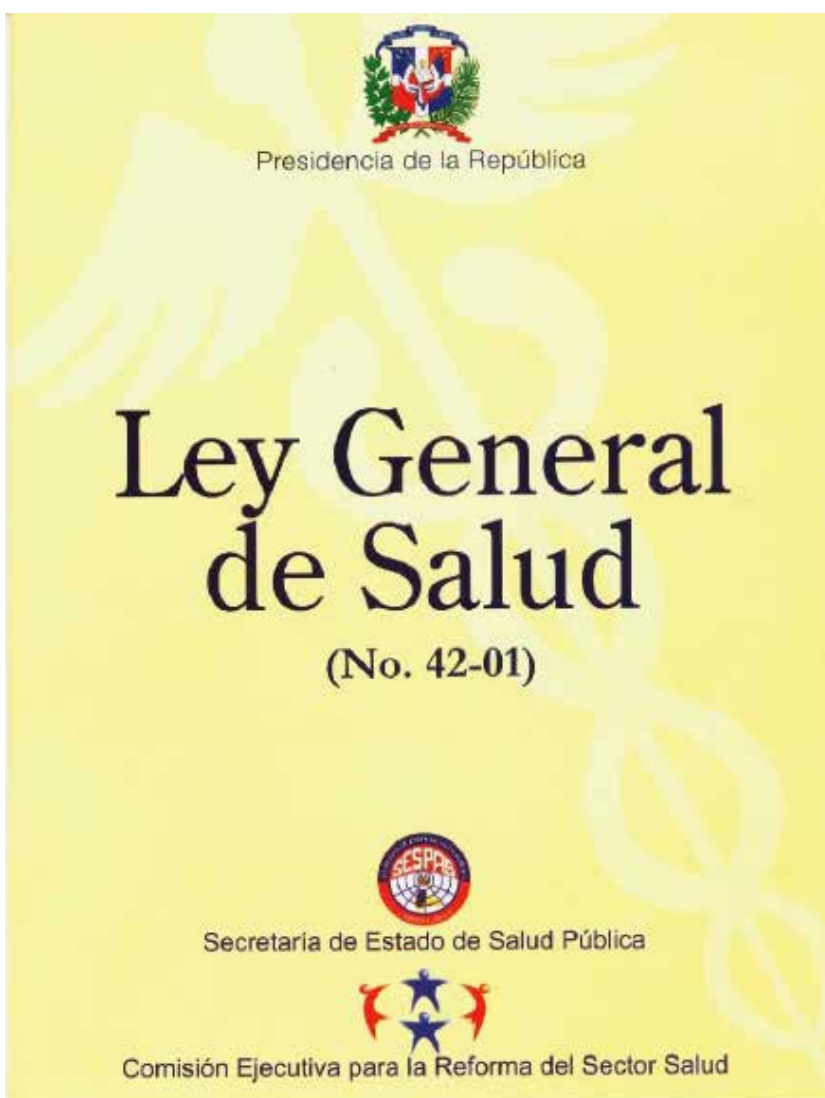
Otro estudio relacionado con el tema se realizó en el Hospital Ginecoobstétrico “Ana Betancourt de Mora” de

manera descriptivo- transversal acerca de la morbimortalidad materna secundaria a preeclampsia complicada, en el periodo comprendido desde enero 2006 hasta septiembre del 2007, el cual tomo una muestra de 82 embarazadas con diagnostico de preeclampsia donde predominaron las pacientes con preeclampsia grave a diferencia de nuestro estudio donde el rango que predomino fue el de las pacientes con preeclampsia leve. Otro dato arrojado por este estudio fue que la preeclampsia resulto ser más frecuente en las mujeres nulíparas al igual que nuestro estudio donde las mujeres nulíparas o primigestas fueron las más afectadas por preeclampsia. También arrojó como resultado que a la mayoría de las pacientes con preeclampsia se le practico como vía de desembarazo la cesárea lo que coincide con los datos arrojados por nuestro estudio.

REFERENCIAS

1. Alcina Franch José, T Higiene, terapéutica, y obstetricia en el nuevo mundo Editorial: Sevilla: Alianza Editorial, 2000.
2. Álvarez PL, Acosta R, Enfermedad Hipertensiva Durante el Embarazo En: Obstetricia y ginecología, Orlando Rigol Ricardo, 2004 editorial ciencias medicas la habana cuba Pág. 127-136.
3. Álvarez Ponce Vivian Asunción, Alonso Uría Rosa María, Monteavaro Rodríguez Martha. Enfermedad hipertensiva en la gestante: Resultados de un servicio. Rev Cubana Méd Gen Integr [revista en la internet]. 2008 Sep. [citado 2011 Feb 10] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.hph?script=sci_arttex&pid=S086421252008000300009&lng=es.
4. Amarán Valverde Jorge Ernesto, Sosa Zamora Mariela, Pérez Migdia, Arias Acosta Dagmaris, Valverde Bravo Ivis. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en el hospital de Zimbabwe. MEDISAN [revista en el internet]. 2009 Jun. [citado 2011 Feb 10]; 13(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.hph?script=sci_arttex&pid=S10293019200900030001&lng=es.
5. August Phyllis. Preeclampsia: nuevos conceptos sobre un problema antiguo [revista en el internet]. 2008 Jun. [citado 2011 Ene 27]; 1(1):. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Mediwave/congresos/nefro2007/2/1384>.
6. Avena Josefina Leonor, Joerin Verónica Natalia, Dozдор Lorena Analía, Brés Silvina Andrea, Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina (revista en Internet) 2007 Enero (Acceso 4 de febrero del 2011) - NC 165. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista165/5_165.pdf.
7. Braunwald, Tratado de Cardiología, Vol. II, ed. 5ta, editorial MC-Crawl-Hill Interamericana, 1999, cap. 59, Pág. 2020.
8. C Ralph, Benson MD, Pernoll Martín I, Manual de Obstetricia y Ginecología 9na ed. MC Crawl Hill Interamericana cap. 13, Pág. 374-379, 381-382, 393.
9. Comino Delgado Rafael, López García Guillermo, Obstetricia y Ginecología, editora Ariel 2004, tema 28 Pág. 314-318.
10. Drifé James, Brian M, Ginecología y Obstetricia Clínicas ed. 1ª Editorial: Mosby 2005.
11. Eli Y Adashi, Paula A Hillard Hipertensión En:

- Ginecología De Novak Ed.12va Mc-Graw-Hill interamericana 1997 México Pág.200-209.
12. Firman Guillermo, Hipertensión y embarazo preeclampsia y eclampsia [documento en la internet] [citado 2011 Ene 10]; 2(1):. Disponible en: <http://www.intermedicina.com/Estudiantil/Novedades/Nov11.htm>.
 13. García Villabona Esther. Fisiología del embarazo y fetal [documento en la internet]. 2010 [citado 2011 Ene 14]; 10(2):. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/8329448/Fisiologia-Del-Embarazo-y-Fetal>.
 14. Haywood L Brown. Fisiología del embarazo [documento en la internet]. 2007 Jun [citado 2011 Ene 14]; 1(1):. Disponible en: <http://www.merckmanuals.com/professional/sec18/ch260/ch260b.html>.
 15. Hopkins Johns, Lambrou Nicholas C, Morse Abraham N, Wallach Edward E, Ginecología y Obstetricia Ed. 1ª Editorial Marban 2005 Cap. II Pág. 215.



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

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

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal, cuyo propósito fue determinar el uso de terapias alternativas en usuarios con cáncer que asistieron al instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter. El universo estuvo conformado, por 1170 usuarios que asistieron a la consulta del Instituto de Oncología, la población, estuvo constituido por 550 usuarios con diferentes tipos de cáncer. La muestra fue intencional conformada por 306 usuarios que asistieron al hospital de horario matutino, los datos fueron obtenidos a través de un formulario de datos previamente diseñado de manera directa a los usuarios. El cáncer más frecuente fue el de mama con 60.9 por ciento de los cuales un 72.6 por ciento utilizó herbología como terapia alternativa. El sexo más afectado fue el femenino con 82.4 por ciento correspondiendo un 98.4 por ciento a cáncer de mama. El sexo femenino uso como terapia alternativa principalmente la herbología con un 82. Por ciento, mientras el sexo masculino usó principalmente iridología con un 33.3 por ciento. El grupo de edad más afectado con cáncer fue el rango de 41-65 años con un 62.7 por ciento. En pacientes con edades comprendidas entre 41-65 años la herbología es la terapia más usada 72.6 por ciento. Los usuarios del nivel primario utilizaron como terapia alternativa la hidroterapia con 90.0 por ciento. Encontramos que de un 51 por ciento de pacientes con diagnóstico de cáncer de uno a cinco años, 78.2 por ciento tenía cáncer invasor, en relación al criterio de uso, el 62.7 por ciento de los usuarios usó terapia alternativa para mejorar los síntomas. En conclusión un alto porcentaje de los usuarios con cáncer utilizó terapias alternativas como parte de su arsenal terapéutico.

Palabras claveS: Terapia Alternativa, Cáncer, Terapia convencional.

ABSTRACT

It was made a prospective, descriptive with transversal cut study, which purpose determining the use of alternative therapy in patients with cancer that were attended that "Dr. Heriberto Pieter" Institute of Oncology. The universe was formed by 1170 patients that attended to the mentioned hospital, the population was formed by 550 patients with different types of cancer. The sample was intentional formed by 306 patients. Data was obtained through direct interview by a form previously designed. The anatomic place and most frequent cancer was breast in 60.9 percent, 72.6 of those used phytotherapy as

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

Keywords: Alternative Therapy, Cancer, Conventional Therapy.

INTRODUCCIÓN

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

El cáncer es un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado de células, la infiltración de los tejidos adyacentes y el crecimiento a distancia (metástasis).¹ El cáncer es una excepción a la interacción coordinada entre células y órganos. Muchas enfermedades se producen porque las células especializadas fracasan en el desempeño de la tarea que tienen asignada. El cáncer lleva esta alteración un paso más adelante. En este no sólo existe un fracaso de la célula cancerosa para mantener la función especializada de su tejido de origen, sino que además ataca a "los suyos"; la célula cancerosa compete para sobrevivir utilizando la capacidad de mutación y la selección natural para buscar ventajas sobre las células normales.²

El tratamiento para el cáncer es muy variable y depende de un número de factores que incluye el tipo, el lugar y la extensión del cáncer. El tratamiento convencional está basado principalmente en cirugía, quimioterapia y radioterapia.

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

* Médico general
* Medico general.

Las terapias alternativas son un conjunto de prácticas que pretenden el diagnóstico o la curación de las enfermedades con medios no comprobados científicamente o de mecanismos de acción desconocidos.³

La medicina naturista es una rama de las terapias alternativas que aborda la capacidad curativa del propio organismo, el uso terapéutico de las sustancias y los elementos naturales de nuestro entorno, y la aplicación de los procesos naturales y las actividades fisiológicas de la vida cotidiana con fines terapéuticos.⁴

Los objetivos de la medicina convencional y la medicina complementaria y alternativa son similares: conservar la salud, curar o dar esperanza y evitar muertes tempranas. La medicina complementaria y alternativa se ha difundido ampliamente y gran parte de la población la ha utilizado al menos una vez en la vida, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo: África (80%), China (40%), Canadá (70%), Francia (49%) y EEUU (42%). En México, más de 9 millones de indígenas la utilizan. En Latinoamérica y Asia se utilizan sobre todo como resultado de circunstancias históricas y culturales, y por esto se realiza un proceso de consolidación entre prácticas complementarias y alópatas. La medicina tradicional conoce como medicina complementaria y alternativa una amplia gama de sistemas que incluye: medicina tradicional china, ayurveda India, Unani Árabe y la indígena, así como los que no tienen medicación como la acupuntura, terapias manuales y espirituales, iridología, herbología, entre otros.⁵

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

Un estudio sobre el uso indiscriminado de la terapia convencional y alternativa en el manejo de pacientes con asma bronquial en Santo Domingo en el 2006, realizado por Lima F, Jiménez K, y colaboradores en el sector Herrera, arrojó que: un alto porcentaje de pacientes utiliza de forma indiscriminada la terapia convencional y alternativa, el (52%) de los pacientes no consultan al médico y se automedican con la terapia convencional y alternativa por diferentes razones entre ellas: recursos económicos bajos, consultas médicas difíciles por la gran cantidad de pacientes que acuden a las mismas, que disponen de toda la mañana para ver al médico. Solo un (28%) de los pacientes consultan al médico. De estos pese a que se automedican el (33%) admite que esta terapia fue recomendada por un médico en otra ocasión o a otra persona.⁶

Un estudio sobre Medicinas no convencionales en cáncer realizado por Anatilde Idoyaga Molina y sus colaboradores, en Buenos Aires en el 2005 arrojó que: El (90%) de los pacientes utilizó medicinas no convencionales, el (6%) no la utilizó y el (4%) no contestó. Son numerosos los usuarios que se han tratado con más de una medicina. El total alcanzó más de (100%) porque la mayoría de los individuos han consultado o practicado más de una medicina. Las terapias y medicinas complementarias y/o alternativas consultadas fueron: yoga, reiki, reflexología, acupuntura, geoterapia, dieta macrobiótica, antroposofía, fangoterapia, terapias lúdicas, homeopatía, oxigenoterapia, iridología, medicina energética entre otras. No se encontraron diferencias entre grupos de edad. En los jóvenes (21-39 años) el número de medicinas consultadas fue de (2.4%), entre los enfermos de mediana de edad (40-65) de (2.5%) y entre los enfermos de la tercera de edad (mayores de 65) de (2.3%). No se encontró diferencia por sexo con respecto al número de terapias realizadas. Finalmente, en el (8%) de los

casos el uso de medicinas no convencionales fue comentado con los profesionales.⁷

Un estudio realizado por Nelson Filice y publicado por el Diario de la salud pública de Barrosii en la Unicamp Campinas realizado en Brasil en una revisión sistemática sobre el uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con cáncer determinó que: En general, los pacientes ven el uso de la medicina alternativa y complementaria en forma positiva, como útil y no-tóxico y creen que proporcionan un cambio en el estilo de vida y calidad, así que influyen positivamente en el curso de la enfermedad. Otra percepción significativa está relacionada con la sensación de mayor control sobre el cuerpo y el tratamiento en sí mismo después de usar algún tipo de tratamiento alternativo. Estudios muestran que el número de pacientes que utilizan algún tipo de tratamiento alternativo, después del diagnóstico de cáncer, es alto. Con respecto a las motivaciones para utilizar medicina complementaria y alternativa, se identificaron por razones biológicas, técnicas y psicológicas. Las razones biológicas están relacionadas con el aumento en la capacidad del cuerpo para luchar contra la enfermedad, promover el fortalecimiento del sistema inmunológico, aliviar los efectos secundarios causados por la quimioterapia, permitiendo así a personas a esperar un "curar" y la prevención de la recurrencia. En relación con la motivación psicológica, fueron descritos la promoción del bienestar, control del estrés y mejoría de la calidad de vida.⁸

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

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

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal que buscó determinar el uso de terapias alternativas en usuarios con cáncer que asistieron al Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

Demarcación geográfica (lugar de realización del estudio): El lugar donde se efectuó nuestra investigación fue el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, localizado en la calle Correa

y Cidrón, en la zona universitaria.

Universo: Estuvo conformado por 1170 usuarios que asistieron a la consulta del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Enero 2011.

Población: Estuvo constituido por 550 usuarios con diferentes tipos de cáncer.

Muestra: La muestra fué intencional, conformada por 306 usuarios que asistieron en horario matutino.

Criterios de inclusión: Usuarios con cáncer que utilizan terapias alternativas, que quieran participar en la investigación, y que usen terapia convencional.

Criterio de exclusión: Usuarios que asisten por primera vez, que no estén diagnosticados y que no quieran participar en la investigación.

Métodos, técnicas y procedimientos: luego de aprobado nuestro anteproyecto por la oficina de tesis de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), solicitamos por escrito el permiso para la realización de la presente investigación en la dirección general del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Luego de obtener el permiso por la dirección del instituto, se procedió a diseñar un cuestionario, tomando en

cuenta cada una de las variables. El procedimiento para la recolección de la información fue de la siguiente manera: el equipo de investigadores debidamente identificados, se colocó en la sala de espera y allí se abordaron los usuarios, explicándoles el objetivo de la investigación y la importancia de su colaboración, obteniendo el consentimiento informado de forma verbal. Se procedió al llenado del cuestionario antes de la consulta, fue leído y llenado por los investigadores, después de los usuarios dar sus respuestas. Este proceso se llevó a cabo hasta la recolección total de la muestra seleccionada.

Procesamiento de la información. Las informaciones obtenidas fueron procesadas mediante el programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS - Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)* y que nos permitió la realización de tablas y gráficos utilizando el programa *Microsoft Excel 2007*, con un análisis teórico para una mejor interpretación de los resultados obtenidos.

Aspecto ético. En esta investigación se respetó la identidad de las personas, los datos obtenidos fueron de uso científico, manteniendo la confidencialidad y la moral durante y después de la investigación.

RESULTADOS

Cuadro 1. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Ubicación anatómica del cáncer y terapia alternativa. Enero 2011

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

Fuente: Directa.

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

Cuadro 2. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter Según Ubicación anatómica del cáncer en relación al sexo. Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

Cuadro 3. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según terapia alternativa en relación al sexo. Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

Cuadro 4. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Ubicación anatómica del cáncer en relación a la edad (años). Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

Cuadro 5. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Terapia Alternativa en relación a la edad (años). Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

Cuadro 6. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Terapia Alternativa en relación al Nivel Educativo. Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

Cuadro 7. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Tiempo de Diagnóstico de la enfermedad en relación su evolución Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

Cuadro 8. Usuarios con cáncer, asistidos en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, según Criterios de uso de la Terapia Alternativa. Enero 2011

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

Fuente: Idem

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

DISCUSIÓN

Luego de dar a conocer los resultados de la presente investigación, en la cual fue necesaria la revisión total de nuestros formularios de recolección de datos, pasamos a la discusión de los mismos.

En relación a la ubicación anatómica del cáncer, encontramos que el cáncer de mama fué el más frecuente con un 60.9 por ciento, este resultado coincide con las cifras establecidas por la OMS y el instituto nacional de cáncer de los EEUU, que sitúan el cáncer de mama en el primer lugar de la lista de cánceres más frecuentes. Del 60.9 por ciento para el cáncer de mama un 72.6 por ciento utilizó herbología como terapia alternativa. En segundo lugar encontramos al cáncer de colon con un porcentaje de 10.1 por ciento, esta cifra no se relaciona con otros datos epidemiológicos obtenidos que sitúan el cáncer de colon en tercer lugar de la lista de frecuencia. En relación a la terapia alternativa más usada en usuarios con cáncer de colon encontramos que la herbología o fitoterapia obtuvo el primer lugar con un 87.1 por ciento a diferencia del estudio realizado por Anitilde Idoyaga que muestra que: las principales medicinas y terapias complementarias / alternativas consultadas fueron: yoga, reiki, reflexología, acupuntura, gemoterapia, dieta macrobiótica, antroposofía, fangoterapia, terapias lúdicas, homeopatía, hansi, simil hansi,

oxigenoterapia, iridología, celuloterapia, nueva medicina, medicina energética. De estas terapias mencionadas en nuestro estudio la iridología solo alcanzó 1.0 por ciento siendo aplicado con mayor frecuencia en cánceres no especificados. En relación a la acupuntura, solo obtuvo un 0.3 por ciento, que fue usada en usuarios con cáncer de mama.

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

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

Identificamos que el grupo de edad más afectado con cáncer fue el rango de 41-65 años con un 62.7 por ciento, de los cuales el cáncer de hígado, páncreas y cérvix ocupan los primeros lugares con porcentajes comprendidos entre 78 y 87.5 por ciento entre sí. Seguido de este se encuentra el rango de edad de 66 ó más con un 17.6 por ciento de los cuales 21.5 corresponde al cáncer de mama. Estos confirman la edad (envejecimiento) como un factor de riesgo para el padecimiento de cáncer, tal como lo establece el instituto nacional de cáncer de los E.E. U.U. Este factor de riesgo ha sido confirmado además por otros estudios donde determina la edad más afectada para el cáncer de próstata de un total de 224 pacientes en un rango entre 50-59 años para un 69.23 por ciento seguido del grupo etario de 60 años. Por otro lado según un estudio realizado sobre frecuencia de cáncer de mama en mujeres menores de 35 años, se encontró que un 75 por ciento de cáncer de mama aparece después de los 40 años.

Del 72.6 por ciento de usuarios que utilizó la herbología como terapia alternativa un 56.8 corresponde a edades comprendidas entre 41-65 años. Sin embargo Anitilde Idoyaga en su estudio no encontró diferencia de edades para el uso de terapias alternativas sus resultados fueron que en los jóvenes

(21-39 años) el número de medicinas consultadas fue de 2.4, entre los enfermos de mediana edad (40-65) de 2.5 y entre los enfermos de la tercera de edad (mayores de 65) de 2.3.

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

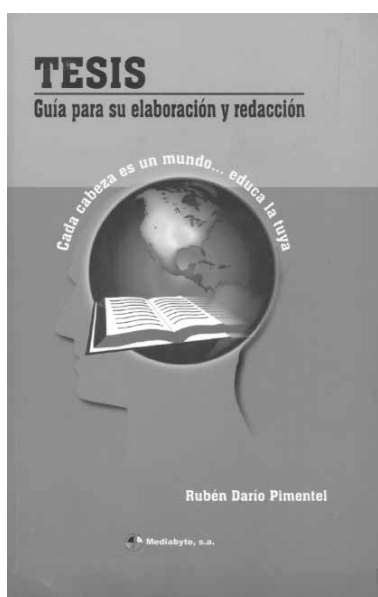
En relación con el tiempo de diagnosticada la enfermedad la mayoría de los pacientes tiene de 1-5 años con el diagnostico que corresponde a un 51 por ciento, de los cuales 78.2 por ciento tiene un cáncer invasor. El cáncer invasor es predominante además con 83.1 por ciento en usuarios con menos de un año con la enfermedad que son el 40.5 por ciento del total de los usuarios investigados.

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

REFERENCIAS

1. Diccionario de medicina. Facultad de Méd. De la universidad de Navarra. Madrid (España): Espasa ed. 1999.
2. Enfermedades neoplásicas. Estudio del paciente con cáncer: Harrison medicina interna. Pág. 2659.
3. Diccionario de medicina. Facultad de Méd. De la universidad de navarra. Ed. Espasa. 1999. Pág. 23. Madrid España.
4. Buhring M., Saz P. introducción a la medicina naturista. (portada), ed. Paidos. 1997. Barcelona España.
5. López G. V. Rodríguez P. M. Treviño G. C. Medicina complementaria y alternativa, Dic. 2004; vol. 6. (25) 265.
6. Lima F., Jiménez K., León E. De Jesús L. Uso indiscriminado de la terapia convencional y alternativa en el manejo de pacientes con asma bronquial en Santo Domingo. P. 54.
7. Molina A., Luzardo N. Medicinas no convencionales en cáncer (resultados). Medicina (Buenos Aires) 2005; 65: 390-394. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n5/v65n5a02.pdf>
8. Spadacio C., Filice N., El uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con cáncer: Revisión *Rev. Saúde*

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.

GRADO DE DESHIDRATACIÓN CLÍNICA RELACIONADA CON GASTROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA: LOS MAESTROS, MONTECRISTI.

Loryart Marte Grullón,** José Alfonso Gómez González*, Karla Michelle Sánchez Rojas*, Joanna Rodríguez Velez*, Freyris Carminia Thomas Lora

RESUMEN

El objetivo de este estudio consistió en determinar la relación existente entre el grado de deshidratación clínica y los casos de gastroenteritis aguda diagnosticados en niños de 1 a 14 años de edad en la unidad de atención primaria Los Maestros, Montecristi, en el periodo enero-marzo 2011.

Métodos y técnicas: La investigación consistió en un estudio descriptivo, de corte transversal, de fuente primaria, en la cual participaron 135 niños de edades comprendidas desde 1 a 14 años (siendo 75 de ellos, de sexo masculino y 60 femeninos) residentes en el sector Los Maestros de la provincia de Montecristi, a los cuales se les realizó un examen físico completo y una serie de preguntas con la finalidad de obtener el grado o escala de deshidratación que los mismo presentaban.

Resultados: La población total de estudio estuvo formada por 135 niños de edades comprendidas desde 1 a 14 años: 75 masculinos y 60 femeninos con el diagnóstico de gastroenteritis aguda de un total de 1763 pacientes que fueron atendidos durante este periodo en la unidad de atención primaria antes mencionada, obteniendo como resultado que en niños de 1-14 años esta enfermedad ocupó un 7.6% de las consultas que visitaron el centro, porcentaje del cual, el 44% fue de sexo femenino y un 56% fue masculino. De los pacientes diagnosticados con gastroenteritis el 69.6% tuvo un grado de deshidratación leve, el 21.5% moderada y tan sólo el 8.9% tuvo un nivel de deshidratación severo (el cual era ya evidente).

Conclusión: La incidencia de casos de niños de 1-14 años con gastroenteritis aguda fue de un 7.6% en la población seleccionada en el tiempo previsto, además fue evidente que dentro de los casos con esta enfermedad se presentó una mayor frecuencia en el grado de deshidratación leve (69.6%) en relación con el grado de deshidratación moderado y severo (21.5% y 8.9% respectivamente). Los datos arrojaron también que la gastroenteritis aguda (GEA) abunda más en la población masculina.

Palabras claves: Deshidratación, gastroenteritis, gastroenteritis aguda, Montecristi

ABSTRACT

The aim of this study was to determine whether a relationship exists between clinical dehydration in patients with acute gastroenteritis in children aged 1-14 years old in a primary health care unit of Los Maestros, Montecristi, in the period January to March 2011.

** Asesora.

Methods: The research is a descriptive study of cross section primary sources, which involved 135 children aged from 1 to 14 (where 75 of them were male and 60 female) living in district Los Maestros of Montecristi which underwent a complete physical examination and a series of questions in order to obtain the level of dehydration in these children.

Results: The total study population consisted of 135 children aged from 1 to 14 years: 75 male and 60 female with the previous diagnosis of acute gastroenteritis in a total of 1763 patients who went at that time to the primary care unit mentioned this disease occupies 7.6% of the medical consults of children of 1 to 14 years old that visit the center of the percentage 44% were female and 56% were male. Of the patients with gastroenteritis 69.6% had a mild level 21.5% moderate and only 8.9% had a severe level of dehydration.

Conclusion: The incidence of children of 1-14 years old with acute gastroenteritis was 7.6% the population studied in the allotted time, it is also obvious that in children with this disease occur more frequently a degree of mild dehydration (69.6%) in relation to the degree of moderate and severe dehydration (21.5% and 8.9% respectively). The data also shows that acute gastroenteritis (GEA) is more abundant in male population.

Keywords: Dehydration, gastroenteritis, acute gastroenteritis, Montecristi

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda (GEA) es considerada una patología producida por un virus o enterobacterias poco agresivas, normalmente, dicha enfermedad es transmitida por la ingestión a través de los alimentos que contengan estos agentes causales. Dentro de los síntomas que produce esta enfermedad encontramos anorexia (falta de apetito), dolor abdominal, diarrea, desde acuosa hasta pastosa (la cual no suele presentar sangre ni moco).

Esta enfermedad es una de las causas más comunes de morbilidad pediátrica y más habituales de internamiento hospitalario especialmente en niños desde su nacimiento hasta los 24 meses. Anualmente se internan alrededor de 40,000 niños con diagnóstico de gastroenteritis aguda en Europa.

Con el propósito de dar a conocer la importancia y la magnitud de esta enfermedad y proporcionar información que fomenten el buen manejo y control de ella para que la población pediátrica que es la más afectada no se complique y se recupere del cuadro clínico que los mismos presentan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal y de fuente primaria en la se identificaron niños de 1 a 14 años que fueron atendidos en la unidad de atención primaria Los Maestros en Montecristi con el diagnóstico de Gastroenteritis aguda excluyendo a niños con diarrea de más de 10 días de evolución (sugestivas de enfermedad diarreica crónica).

En los meses comprendidos desde enero a mayo 2011 fueron atendidos un total de 1.763 pacientes, dentro de los cuales 135 fueron a consulta presentando datos clínicos de gastroenteritis aguda: 75 de sexo masculino y 60 femenino), mientras fueron evaluados a los mismos se realizó un examen físico completo con el fin de evaluar el estado de deshidratación de los niño, donde se tomaba en cuenta: aspecto general (irritable, sudoroso, hipoactivo, comatoso), los ojos (normales, hundidos o muy hundidos), las membranas mucosas, en este caso la lengua (húmeda seca/pegajosa o muy seca) y la presencia o no de lagrimas.

Para ésta investigación no fue necesario utilizar una muestra, sino que se utilizó la población total del estudio, la cual estuvo constituida por los niños de 1 a 14 años que acudieron a la unidad de atención primaria Los Maestros, del sector Los Maestros de la provincia de Montecristi, a quienes luego de realizada una historia clínica y un examen físico completo le fueron diagnosticados con gastroenteritis aguda.

RESULTADOS

Sexo de paciente con GEA	Grado de deshidratación			TOTAL
	Leve	Moderada	Severa	
Femenino	42	13	5	60
Masculino	52	16	7	75
Total	94	29	12	135

La gastroenteritis aguda ocupó un 7.6% del total de consultas médicas que visitaron el centro de atención primaria Los Maestros de Montecristi (1.763) porcentaje del cual, el 44% fue de sexo femenino y un 56% fue masculino.

Del total de pacientes con gastroenteritis aguda (135 niños), el mayor porcentaje lo ocupó la cifra de 69.6% con un grado de deshidratación leve, el 21.5% deshidratación moderada y tan sólo el 8.9% tenían un nivel de deshidratación severo.

DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación arroja datos de incidencia de gastroenteritis aguda en niños, así como su prevalencia en cada sexo y su relación con el grado de deshidratación que los mismos presentan

En varios países subdesarrollados se ha demostrado que cuando los niños acuden a centros de atención de salud por gastroenteritis aguda es evidente que presentan un grado de deshidratación mayor, por lo que ha de ser considerada importante la valoración de la necesidad de una hospitalización inmediata para su recuperación (destacando que también se agrega el factor de la dieta deficiente que estos niños presentan), mientras que en esta unidad de atención primaria se muestra evidencia de que en esta comunidad la mayoría de los niños son llevados a consulta con un grado de deshidratación menor y manejable de manera ambulatoria (deshidratación leve con un 69.6%) aunque si existen los casos de niños que fueron referidos a centros de atención secundaria para su manejo y control.

REFERENCIAS

1. Goldman RD, Friedman JN, Parkin PC. Validación clínica para niños con gastroenteritis aguda. *Pediatrics* 2008. Vol 66 Numero 3, Págs 160-164.
2. Guarino A, Albano F. Guía para el manejo ambulatorio del paciente con diarrea aguda. *Acta pediátrica* 2001; 90: Págs. 1087-1095
3. Reportes Semanal de Epidemiología de Salud Pública (EPI). 2010. EPI Numero 1-21.
4. Urrestarazu M, Liprandi F, Pérez E, González R, Pérez I. Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. *Rev Panam Salud Publica*, Vol 6 Numero 3.
5. Yucra O, Aguilar, A, Levine W, Tamayo L, Hannover E et al. Características de niños con diarrea persistente en la consulta ambulatoria del Hospital del Niño Dr. Ovidio Uría. *Rev. De la Sociedad Boliviana de Pediatría*, Vol 38, Numero 3, Págs. 94-99.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL.2000-2004.

*Clemente Terrero, ** Irian Acero Valenzuela,**** Nataly Altagracia Terrero Carvajal, ** Eva Isabel Terrero Carvajal, ** Cristian Taveras.***

RESUMEN

La investigación arrojó que la mayor incidencia de sífilis congénita ocurrió en los hijos de madres jóvenes menores de 22 años para un 50 por ciento. En relación a la ocupación de la madre, el 50 por ciento eran trabajadoras domésticas. Con relación a la escolaridad el 37.5 por ciento cursó solo estudios primarios. Solo el 30 por ciento de las madres tuvo un chequeo prenatal adecuado. El sexo más afectado, fue el femenino, para un 55 por ciento. La edad al momento del diagnóstico es 19-30 días o sea que las manifestaciones se presentan en el estado precoz. La anemia y la Hepatopatía fueron las manifestaciones clínicas, más frecuente en estos pacientes con 17 casos para un 42.5 por ciento. Anemia y la hepatopatía fueron la presentación clínica más frecuente con 42.5 por ciento cada unas. El 97 por ciento presentaron VDRL positivo con 30 casos para un 12.5 por ciento y 5 de estos, presentaron VDRL positiva en líquido cefalorraquídeo compatible con neurosífilis. La tasa de letalidad fue de 12.5 por ciento.

Palabras claves: Sífilis congénita.

ABSTRACT

The research showed that the mothers' age in which was observed the most cases of congenital syphilis ranged between 16 and 22 years for 50 por ciento of sexually active women. In relation to the mothers' occupation, 50 por ciento were domestic workers (maids), also revealed that the babies' gender affected the most were females. The age at the moment of diagnosis ranged between 19 and 30 days, which confirms the appearance of manifestations on early stages. Anemia and hepatopathy were the clinical presentation more frequency with 42.5 por cent each one. Ninetyseven per cent (97%) of the cases reviewed had positive «VDRL» which is the most frequently serological test performed in our hospital. In relation to the most feared complication of congenital syphilis which is neurosyphilis, we found 5 patients with positive VDRL in CSF to 12.5 por ciento. The mortality rate was represented by 6 patients 12.5.

Key words: Congenital syphilis

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica, que ocurre casi en todo el mundo, variando su incidencia con la distribución geográfica y el

entorno socioeconómico. La infección puede producirse in útero y al pasar por el canal del parto.¹

En América Latina y el Caribe la sífilis congénita es un problema de salud pública el cual es sub-notificado. La sífilis congénita es una enfermedad grave, pero con solución sencilla.²

Uno de los mayores inconvenientes es la falta de deficiencia de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud, los cuales no analizan la mayoría de las veces los factores que contribuyen a la persistencia de la enfermedad y tampoco estos no son sensibilizados para emprender acciones encaminadas a eliminar la sífilis congénita.³

En el momento actual, cuando la prioridad de salud pública en la región consiste en la extensión de los programas para el control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Se calcula en forma conservadora que 330 mil mujeres embarazadas, han dado positivo en las pruebas de Laboratorio de investigación de enfermedades venereas (VDRL), estas no reciben tratamiento durante el control o vigilancia prenatal. De estos 110 mil culminan en nacimientos con sífilis congénita.

Según datos suministrados a la Organización Panamericana de Salud por los programas nacionales de IIS/HIV/SIDA durante al año 2002 la prevalencia estimada de sífilis en embarazadas es de un 3.1por ciento, en Perú oxila entre 1.00 por ciento, en Paraguay es de un 6.2 por ciento. Según estos datos la incidencia varía desde 1.4 por cada mil (1000) nacidos vivos. En Honduras, Estados Unidos es e 0.10 casos por cada mil (1000) nacidos.⁴

Entre los problemas que influyen en la persistencia de sífilis congénita como problema de salud pública, cabe recalcar la falta de percepción de las posibles consecuencias grave de la sífilis tanto lo materno como la congénita de los proveedores de atención sanitaria.⁵

Los obstáculos para el acceso de los servicios de control prenatal. La escasa demanda de las pruebas entre usuarios de los servicios de salud y el estigma, la discriminación relacionada con las infecciones de transmisión sexual.⁶

Estudios realizados en nuestro país indicaron que la deficiencia en el chequeoprenatal fue de un 17.5% y 28% muy por debajo de la calidad de los mismos.

Conociendo la importancia de esta enfermedad y la complicaciones que producen en el recién nacido, consideramos importante evaluar El Comportamiento Clínico-Epidemiológico de la Sífilis Congénita en pacientes ingresados en la CIRRC desde del 2000 hasta del 2004.

* Pediatra infectologo

** Médico general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Corresponde a un diseño descriptivo y observacional de carácter transversal con el propósito de determinar el comportamiento y evolución clínica de la sífilis congénita en pacientes ingresados en la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral desde 2000 hasta del 2004.

Población y muestra

Estuvo constituida por 40 pacientes ingresados con diagnóstico de sífilis congénita en clínica en el Hospital durante el periodo de estudio.

Criterio de inclusión

Pacientes con manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita.

Todos los que tuvieran una prueba de VDRL positiva. Que tuvieran expedientes completos.

Criterios de exclusión

Pacientes con manifestaciones clínicas compatibles con sífilis congénita. Con prueba de VDRL negativa o que no se pudo realizar VDRL.

Expedientes incompletos

Técnica

Se elaboró un formulario estandarizado que contiene entre otras variables: edad de la madre, chequeos prenatales, procedencia y nivel educacional para ser aplicados a los expedientes de los pacientes.

Procedimientos

Para la determinación de los casos se revisaron los expedientes de cada caso en los archivos del hospital, donde solamente se encontraron 40 expedientes a los cuales se aplicó el formulario elaborado para esos fines.

Procesamiento y presentación de la información

Previa revisión y organización de los formularios aplicados a los expedientes, los datos obtenidos fueron procesados por medios electrónicos utilizando el sistema Microsoft Word y Epi-info; Se presentaron los datos obtenidos a través de gráficos y cuadros.

Análisis estadístico

Se calcularon en el análisis estadístico frecuencia simple e intervalo de frecuencia.

Cuadro 1. Edad de las madres de los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Enero 2000 - Diciembre 2004.

Edad Materna (años)	No.	%
< 15	1	2.5
16 – 22	20	50
23 – 29	15	37.5
30 – 36	2	5
No especifica	2	5
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis

En este cuadro, se puede ver que el mayor número de casos estuvo entre los 16-22 años, con 20 casos para un 50%, luego de 23-29 años 15 casos para un 37.5%. Posteriormente las madres con edades que comprendidas entre 30-36 años, vimos 2 casos para un 5% y 2 que no especificaron edad para un 5% y solo encontramos 1 caso menor de 15, años para un 2.5% para un total de 100%.

Cuadro 2. Escolaridad de las madres de los pacientes con sífilis congénita. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Enero 2000- Diciembre 2004.

Escolaridad	No.	%
Analfabeta	3	7.5
Primaria	15	37.5
Secundaria	4	10
No especifica	18	45
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis: En el siguiente cuadro, se observa que la mayoría de las madres no especifican la escolaridad en el expediente del paciente, 18 casos para un 45%, madres con un nivel de estudio primario 15 casos para un 37.5%, con nivel de estudio secundario 4 casos para un 10% y solo 3 casos sin ningún nivel de estudio para un 7.5%, todo para un total de 100%.

Cuadro 3. Chequeos Prenatales de las madres de los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Enero 2000- Diciembre 2004.

Chequeos Prenatales	No.	%
1 – 2	2	5
3 – 4	2	5
5 – 6	4	10
7 ó Más	8	20
No especifica	21	52.5
Negados	3	7.5
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis:

En cuanto a este cuadro tenemos, que 21 paciente no especificaron en los expedientes si recibieron chequeos prenatales para un 52.5%, ya que hacer el diagnóstico a tiempo es fundamental para el pronóstico del paciente, y se puede prevenir la sífilis congénita durante el embarazo, y se puede presentar 7 chequeos o más para un 20%, 3 casos que no tuvieron chequeos para un 7.5% y solo 2 casos presentaron entre 1y4 chequeos respectivamente para un 5%.

Cuadro 4. Edad de la gestación de pacientes ingresados con sífilis congénita en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Enero 2000- Diciembre 2004

Edad gestacional al parto	No.	%
35 – 36 sem.	2	5
37 – 41 sem.	14	35
42 ó más	1	2.5
No especifica	23	57.5
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis:

En el siguiente cuadro se observaron 23 casos que no especificaron la edad para un 57.5%, hay 14 casos que nacieron entre 37-41 semana de gestación para un 35%, se vieron 2 casos entre 35- 36 semanas para un 5% y solo 1 caso nació entre las 42 semanas o más para un 2.5%.

Cuadro 5. Edad de los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Enero 2000- Diciembre 2004

Edad	No.	%
0 – 7	5	12.5
8 – 18	9	22.5
19 – 30	14	35.0
30 más	12	30.0
Total	40	100,0

Análisis:

Al analizar este cuadro pudimos observar que 9 casos tenían 8-18 días de edad para un 22.5 %, 5 casos con edad entre 0-7 días para un 12.5%, se vieron 14 casos con 19-30 días de edad para un 35.0%, se encontraron 12 casos con más de 30 días de edad para un 30%.

Cuadro 6. Sexo de los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Enero 2000- Diciembre 2004

Sexo	No.	%
Masculinos	22	55
Femenino	18	45
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis

Al analizar los datos relacionados con este cuadro, tenemos que el sexo femenino fue el más afectado con 22 casos para un 55%, se ingresaron 18 casos del masculino para un 45%.

Cuadro 7. Peso de los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Enero 2000- Diciembre 2004

Peso del RN en gramos	No.	%
< 1,500	1	2.5
1,501 – 2,000	3	7.5
2,001 – 2,500	2	5
2,501 – más	32	80
No especifica	2	5
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis

En relación a este cuadro, tenemos 32 casos con 2,501g o más para un 80 por ciento, 3 casos con 1,501-2,000 g para un 7.5 por ciento, 2 casos entre 2,001-2,500 g para un 5 por ciento y 1 solo caso presentó peso por debajo de 1,500 g para un 2.5 por ciento.

Cuadro 8. Manifestaciones clínicas de los pacientes ingresados con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Enero 2000- Diciembre 2004

Manifestaciones Clínicas	No.	%
Anemia	17	42.5
Hepatomegalia	17	42.5
Ictericia	11	27.5
Rinitis	5	12.5
Lesión en tejido óseo	4	10
Descamación palmo-plantar piel	11	27.5
Otros. Esplenomegalia	1	2.5
No especifica	8	2.0

Fuentes: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis

La palidez de piel y la hepatomegalia constituyen la mayor manifestación clínica, con 17 casos cada una para un 42.5% respectivamente, 11 casos con ictericia para un 27.5%, solos 4 casos presentaron lesiones a nivel óseo para un 10% y 11 casos con descamación palmo plantar y de la piel para un 27.5%, solo 1 caso esplenomegalia para un 2.5% y 8 casos no especifican manifestaciones clínicas para un 20%.

Cuadro 9. Resultados de las pruebas diagnósticas en los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.2000- 2004.

Pruebas de laboratorio	No.	%
Prueba VDRL Positiva	39	97.5
FTA-ABS positiva	1	2.5
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis:

En cuanto a este cuadro, 39 casos positivos para un 97.7% tuvieron VDRL positivos, solo 1 caso se le realizó FTA-ABS para un 2.5%.

Cuadro 10. VDRL en líquido cefalorraquídeo en pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral Enero 2000- Diciembre 2004

VDRL en LCR del RN	No.	%
Positivo	5	12.5
Negativo	9	22.5
No specific	26	65
Total	40	100,0

Fuentes: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis:

En relación con este cuadro, de los 40 casos analizados

observamos que 26 de ellos no tenían reporte de VDRL en LCR, para un 65%, 9 casos tenían VDRL negativo en LCR para un 22.5% y solo 5 casos presentaron VDRL positivo para un 12.5%.

Cuadro 11. Condición de egreso de los pacientes con sífilis congénita Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Enero 2000- Diciembre 2004

Condición de Egreso	No.	%
Vivos	33	86.7
Fallecidos	6	12.5
No especifica	1	0.69
Total	40	100,0

Fuente: Archivos Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Análisis:

De los 40 pacientes estudiados 33 casos un 86.7% fueron egresados vivos y en condiciones estables y 18 casos para un 12.5% fallecieron. Un (1) caso para un 0.69 %, no especificado el resultados de su evolución, por lo tanto no se sabe si murió.

DISCUSIÓN

La sífilis congénita continua siendo un serio problema de salud pública no solo en nuestro país; sino también en gran parte de latino y Centroamérica.

Es evidente que el seguimiento y control prenatal que se le brinda a la mujer durante la gestación es de suma importancia para la detección de los casos; en nuestro estudio solo el 30 % de las madres tuvo un chequeo prenatal adecuado, que se consideran por lo menos 5 consultas durante su embarazo. Este es un factor que conlleva a que no se haya podido controlar totalmente la enfermedad. Así también, investigaciones realizadas en otros países, explican que con la aparición del virus del VIH, el pesquisar de paciente con sífilis paso a un segundo plano⁵.

La mayor incidencia de sífilis congénita en nuestro estudio ocurrió en los hijos de madres jóvenes y adolescentes, menores de 22 años de edad con 21 casos para un 52.5 %. Esto puede atribuirse a que es un grupo de riesgo por la falta de conocimientos generales y sobre las medidas preventivas que deben tenerse presente para prevenir esta infección; que se conecta con la educación recibida donde el 45 % de los casos estudiados había alcanzado el nivel primario, y solo el 10 % había llegado a la secundaria⁵.

Con relación al sexo, el estudio reporto que el 55 % de los casos correspondió al sexo masculino, a diferencia del realizado por Parra LH, et al que encontró un 59 % en pertenecían al sexo femenino⁶.

Dentro de las manifestaciones clínicas la anemia y la hepatomegalia fueron las de mayor relevancia, las cuales se presentaron en 17 casos para un 42.5 %, observándose una diferencia significativa con el estudio de Canela S. donde la anemia se presentó en el 80 % de los casos y la hepatomegalia en 63.7 %⁸.

El estudio demostró que la pruebas de laboratorio para determinar sífilis congénita, el VDRL fue positivo en 39 casos para un 97.5 % y el FTA -ABS en un casos para un 2.5 %. Observándose una mejoría en el diagnóstico realizado en el hospital, ya que en una investigación realizada en el 1990, esta prueba diagnóstica solo fue positiva en el 69.0 % de los casos.

El FTA -ABS es una prueba muy costosa y solo se indica en algunos casos. Se los 40 casos solo 5 para un 12.5 % presento neurosífilis.

Un estudio realizado por Canela S en 1990 reportó una mortalidad de un 17.5%, mientras que en nuestro estudio se observó una mortalidad de un 12.5 % produciéndose una disminución significativa de un 30 % de las defunciones por esta causa⁸.

REFERENCIAS

1. Behrman, Kliegman, Jenson, Tratado de Pediatría de Nelson, 16va edición, Volumen 1, Págs.992-996
2. Ceriani Cernadas, José M., Neonatología practica, editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 2002. Págs. 314-315
3. Bogaert Díaz H., Dermatología 4ta. Edición República Dominicana, 1995, Págs. 282-291.
4. Sífilis congénita, Archivos de Investigación Pediátrica de México, volumen No. 2, numero 5, Abril-junio 1999 Pág. 1-10.
5. Carolina Agorio Et al Sífilis Congenita Auditorias en Tiempos Real Revista Medica Uruguay, Vol 25 N0. 4, 2009
6. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Un Objetivo alcanzable. www.daho.org.
7. Parra Luis Horacio, et. Al Sífilis Congenita en el Servicio de Neonatología del Hospital Ramón Madariag.
8. Canela Solange, Terreno Clemente, Col. Sífilis Congénita en el Hospital Robert Reid Cabral 1988-1990, Revista Médica Dominicana, vol.5, No.3, julio-septiembre 1990, Pág. 5-9.
9. Diño Carlos, Almonte Miguel, Gómez Bayardo, Comparación de los resultados del UDRL con los obtenidos por el FTA-ABS en trabajadoras sexuales en un centro de transmisión sexual Puerto plata. Acta Médica Dominicana mayo-junio 1992, Pág. 90-94.
10. Dueños Gómez Enzo, Mesa Luis Antonio, Dominguez Diepa. Pediatría, Neonatología, Editorial Pueblo y Educación, la Habana Cuba, 2000. Págs.164-168.
11. Griemberg Glorias Ravelli Maria R, Col., sífilis y embarazo, control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos, artículo original Buenos Aire 2000, Pág. 343-347.
12. Isselbacher, Brannwald, Wilson, Martin y Fouci, Harrison, Principio de Medicina Interna, Voll1, 12ª Edición, Págs. 847-857.
13. Kumate Jesús, Muñoz Anafre, Gutiérrez Gonzalo, Manual de Infectología Clínica, 1999: 266-276
14. López – Hantongon José L; Frasquest Arts Juan. Sífilis: Una revisión actual. <http://1164.233.179.10.../sífilis.Htm> + sífilis + Neonatal + congénital UTF 18/01/2001: 1-10
15. Meneghello R. J., Fanta N. E., París M. E., Pediatría, Editorial Medica Panamericana, quinta edición, Tomo I, Argentina 1997. Págs. 1095-1098.
16. Mises Gloria, Contreras Licelot, Antonio García, Fenómeno de Prozone en prueba de VDRL en R.N en el Hospital Luis Eduardo Aybar, Acta Médica Dominicana, Marzo-abril, 1994, Pág. 44-47.
17. Quisber Luis, Neonatología, Editorial Interamericana, S.A., Págs. 265-270
18. Rodríguez Bonito Rogelio, Manual de Neonatología, Mcgraw-Hill interamericana Editores, México, 2002, Págs.317-322.
19. Rosel Catherine; Maturana Andrés, Col. Enterocolitis Necrótica y sífilis congénita; Revista Chilena de pediatría 1997, Pág. 234-238.
20. Valderrama Julios, Zacarias Fernando, Mazin Rafal, Sífilis Materna y Sífilis Congénita, en América Latina. Un problema pane de Solución sencilla, Revista Panamericana de la Salud, Septiembre 2004:211-217.

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

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

RESUMEN

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

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

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

Palabras claves: prevalencia, mamoplastia aumento, prótesis mamaria.

ABSTRACT

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

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

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

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

Key words: prevalence, mamoplastia of increase, prótesis.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

*** Médico general.

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

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

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

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

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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

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

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

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

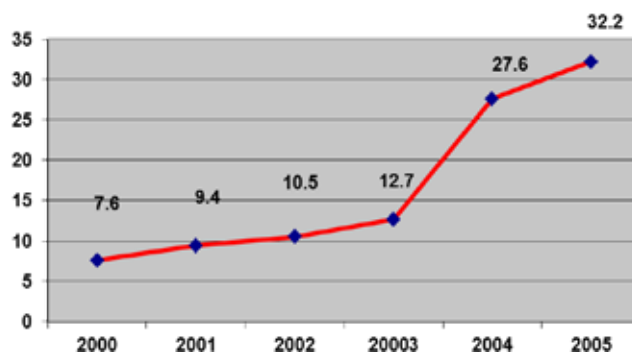
RESULTADOS

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

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

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

REFERENCIAS

1. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, 2ª ed, Barcelona: Editora Salvat, 1986, Vol II: 1014-1020.
2. Lintilhac j. Del Sueño a la Realidad con Cirugía Estética,

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

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

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

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

Palabras claves: Fenomeno Natural, Cirugía Plástica, Haití

ABSTRACT

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

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

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

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

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

Key words: Natural Digaster, Plastic Surgeons, Haití

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

...

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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

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

RESULTADOS

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

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

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

Gráfico 3: Distribución por Sexo

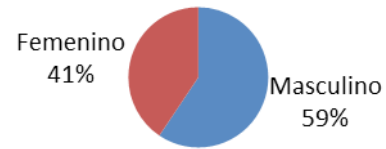


Gráfico 4: Zona Anatómica Afectada

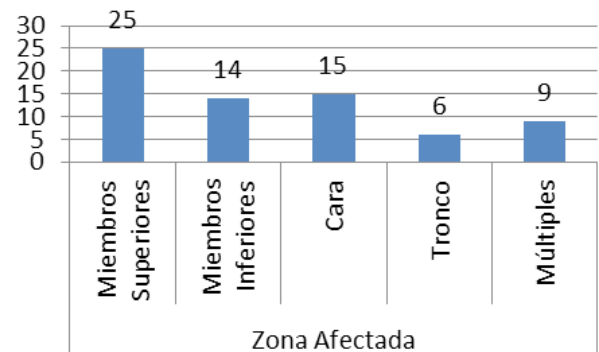


Gráfico 1 - Edad Afectada (Número)

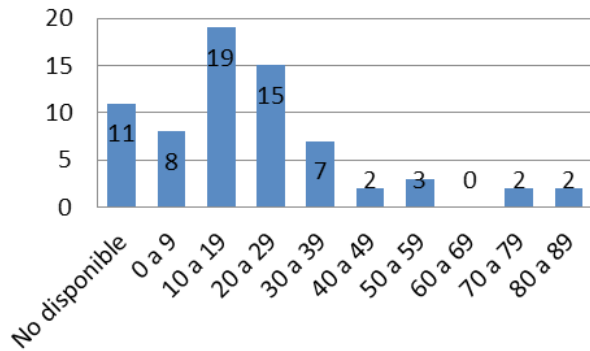


Gráfico 2 - Edad Afectada (Porcentajes Netos)

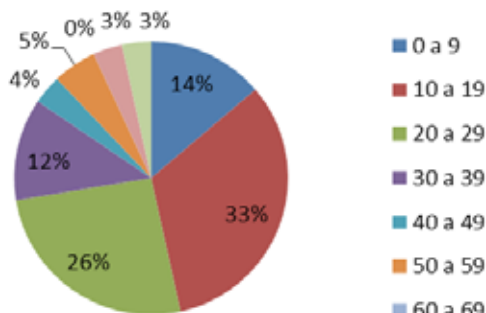
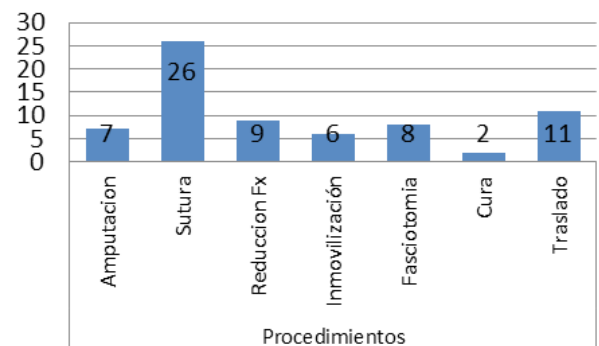


Gráfico 5: Procedimientos Realizados



DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

El trabajo incansable y sin esperar recompensa para ayudar

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

REFERENCIAS

1. [http://es.wikipedia.org/wiki/Terremoto de Haití 2010](http://es.wikipedia.org/wiki/Terremoto_de_Haití_2010)
2. Plastic surgeons' performance during the february 27 earthquake in chile". Prado, Arturo S.; Reyes, Sergio. Plastic & Reconstructive Surgery. 125(6):1835-1837, Junio 2010.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PREVALENTES EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL INFANTIL ROBERT REID CABRAL

Aimee Abréu Bretón,** Misael de la Cruz Almánzar,* Jhomely Báez Marmol,* Margarita Rodríguez Alcántara,* Isaury Fulgencio Jáquez.*

Resumen

Las enfermedades respiratorias en niños son la principal causa de morbi mortalidad, de demanda de atención médica a nivel mundial, así como una importante causa de ausentismo escolar. Dentro de los factores de riesgos para desarrollar una afección respiratoria se encuentran el hacinamiento, las condiciones socioeconómicas, falta de higiene y las condiciones ambientales. Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo, con la finalidad de determinar la prevalencia de las enfermedades respiratorias en la consulta del Hospital Infantil Robert Reid Cabral en un periodo comprendido desde mayo de 2011 hasta agosto de 2011 obteniendo los datos desde el registro diario de consultas de donde se recolecto la muestra la cual contó con un universo de 508 pacientes utilizando el método de los palotes los cuales fueron ordenados en gráficos para su mayor apreciación y comprensión de los resultados, siendo el sexo más afectado el masculino con un 60% de los casos y el femenino en un 40% la edad más afectada fue la de cero a cuatro años con un 46.6% haciéndose evidente una relación inversamente proporcional según la edad y la incidencia de enfermedades a mayor edad menos afecciones respiratorias, en cuanto a la patología más frecuente se engloba en el síndrome bronquial obstructivo con un 25.59% solo seguida por un 21% del asma.

Introducción

Las enfermedades respiratorias en niños son la principal causa de morbi mortalidad, de demanda de atención médica a nivel mundial, así como una importante causa de ausentismo escolar. Dentro de los factores de riesgos para desarrollar una afección respiratoria se encuentran el hacinamiento, las condiciones socioeconómicas, falta de higiene y las condiciones ambientales.

Siendo la Republica Dominicana un país tropical, donde existe un población de 10,010,590 de habitantes en una proyección para el 2011 de estos aproximadamente un 35 % es menor a 18 años de edad.

Aunque no existe consenso en cuanto al sitio anatómico que separa las IRA en altas y bajas, se acepta como IRA alta toda

aquella patología que afecta al aparato respiratorio de laringe a proximal (incluyendo región subglótica). Sin embargo, se debe tener presente que muchas patologías respiratorias afectan tanto el tracto superior como el inferior en forma concomitante o secuencial. Dentro del grupo de las IRA altas se pueden mencionar la otitis media aguda, sinusitis, resfriado común, faringoamigdalitis, faringitis, adenoiditis, laringitis obstructiva y epiglotitis.

A pesar que las IRA bajas concentran habitualmente la atención por su mayor complejidad, costo del tratamiento y complicaciones, son las IRA altas las que se presentan con mayor frecuencia en la consulta ambulatoria. Por este motivo, es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante.

A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las IRA de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable. Pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional. Las IRA son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares que comienzan a concurrir a sala cuna o jardín infantil, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por niño por año calendario entre el año y los 5 años de edad.

Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo, con la finalidad de determinar la prevalencia de las enfermedades respiratorias en la consulta del Hospital Infantil Robert Reid Cabral en un periodo de 4 meses comprendidos desde mayo a agosto del del 2011, obteniendo los datos desde el registro diario de consultas de donde se recolecto la muestra la cual contó con un universo de 508 pacientes utilizando el método de los palotes los cuales fueron ordenados en gráficos para su mayor apreciación y comprensión de los resultados.

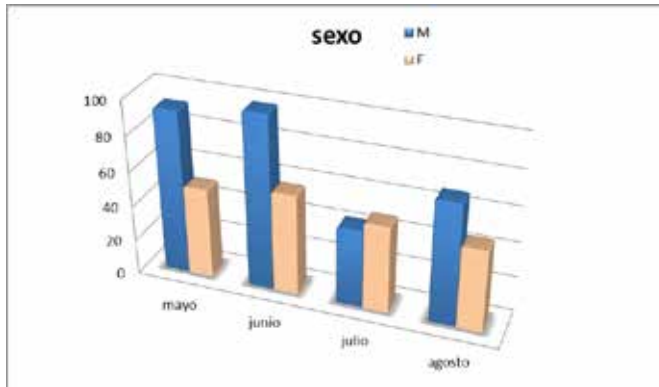
Resultados

Se revisaron un total de 508 expedientes de pacientes que asistieron a la consulta de neumología del Hospital Infantil Robert Reid Cabral en los meses de mayo a agosto del 2011, siendo el sexo más afectado el masculino con un 60% de los casos y el femenino en un 40% la edad más afectada fue la de cero a cuatro años con un 46.6% haciéndose evidente una relación inversamente proporcional según la edad y la

*Residente de pediatría

incidencia de enfermedades a mayor edad menos afecciones respiratorias,, en cuanto a la patología más frecuente se engloba en el síndrome bronquial obstructivo con un 25.59% solo seguida por un 21% del asma.

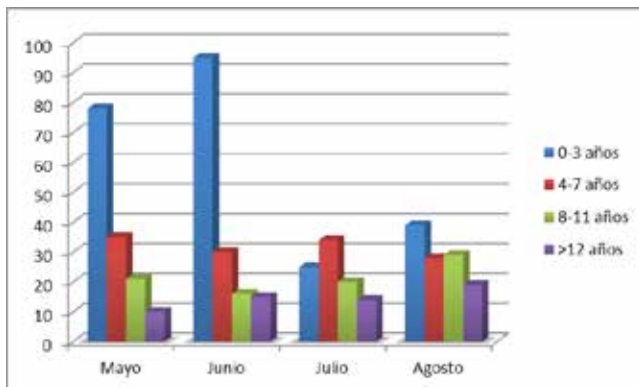
No. De pacientes vistos por el área de consulta de neumología del hospital infantil Robert Reid Cabral por sexo en los meses de mayo a agosto del 2011



Archivos del departamento de neumología HIRRC

En la distribución por sexo en los pacientes consultados se llegó a la conclusión de que el sexo más afectado fue el masculino con un 60% de los casos y el femenino en un 40%.

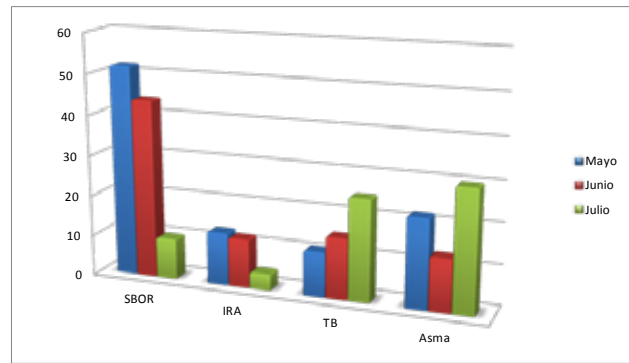
No. De pacientes vistos por el área de consulta de neumología del hospital infantil Robert Reid Cabral por edad en los meses de mayo a agosto del 2011



Archivos del departamento de neumología HIRRC

De los 508 pacientes evaluados la edad más afectada fue la de cero a cuatro años con un 46.6% haciéndose evidente una relación inversamente proporcional según la edad y la incidencia de enfermedades a mayor edad menos afecciones respiratorias.

No. De pacientes vistos por el área de consulta de neumología del Hospital Infantil Robert Reid Cabral por patología en los meses de mayo a agosto del 2011



Archivos del departamento de neumología HIRRC

De los pacientes dentro del estudio se encontró que la patología más frecuente se engloba en el síndrome bronquial obstructivo con un 25.59% solo seguida por un 21% del asma, y por últimos casos de TB, e, IRA.

BIBLIOGRAFIA

1. Dowell SF, Kupronis BA, et al. Mortality from pneumonia in children in USA, 1939-1996. N Engl J Med 2000; 342: 1399-407.
2. Ruuskanen O, Mertsola J. Childhood community-acquired pneumonia. Semin Respir Infect 1999; 14:163-72.
3. Consenso Neumonía adquirida en la comunidad. Rev Chil Enf Respir 1999; 15: 107-9.
4. Jadavji T, Law B, Lebel M et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. Can Med Assoc J 1997; 156 (5): S703-11.
5. Children's Hosp MC Cincinnati. Guidelines for CAP in children 3m-17a. 2000.
6. British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in children. Thorax 2002; 57: suppl I.

FRECUENCIA DE CONVULSIONES EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE BANÍ.

Luis Andújar Haché,** Jeockelin Medina Merán,* Indhira Mendoza García,*
Rubén Darío Pimentel.****

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de las convulsiones en niños y niñas menores de 15 años en la zona urbana del municipio de Baní, provincia Peravia. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal abarcando el periodo comprendido de octubre a noviembre del 2011. La población que se investigó estuvo compuesta por niños de ambos sexos y menores de 15 años, que al momento del estudio habían presentado uno o más episodios de convulsiones y que residían en los barrios 30 de mayo, Santa Rosa, El Cajulito, Barrio Mejoramiento Social, Barrio INVI y La Saona de la zona urbana del municipio de Baní. La técnica utilizada para la recolección de los datos fue la aplicación de un cuestionario estandarizado a las madres o tutores de los niños y niñas que afirmaron que estos habían convulsionado en algún momento de su vida. De un total de 2,735 niños menores de 15 años 157 refirieron haber presentado convulsiones para una frecuencia de 5,7 por ciento. Estos resultados afirman que la frecuencia de convulsiones en el municipio de Baní es baja.

Palabras claves: Convulsiones, niños, Baní.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the frequency of seizures in children under 15 years old in the urban area of the town of Baní, Peravia province. We performed a prospective, descriptive and cross study covering the period from October to November 2011. The investigated population consisted of children of both sexes under 15 years old at the time of the study that had presented one or more episodes of seizures and residing in the neighborhood 30 de mayo, Santa Rosa, El Cajulito, barrio Mejoramiento social, Barrio INVI and La Saona urban area of the municipality of Baní. The technique used for data collection was a standardized questionnaire to mothers or guardians of children who reported that they had seizures at some point in their lives. Of a total of 2,735 children under 15 years, 157 reported having seizures for a frequency of 5.7 percent. These results argue that the frequency of seizures in te town of Baní is low.

Keywords: Seizures, children, Baní.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Soto J, Kelly L, Alcántara R, en 1983 realizaron un estudio

para buscar la prevalencia de epilepsia en la zona urbana del municipio de Baní. Encontrando que de 6,305 personas encuestadas de todas las edades y ambos sexos 70 personas (1%) tenían sintomatología epiléptica, con un predominio por el sexo masculino en el 55,7 por ciento de los casos y una mayor frecuencia en las personas de 10-19 años (40%) y de 0-9 años (31,4%). El 55,8 por ciento tenían sintomatología *grand mal* (tónico-clónico). El 27,1 por ciento tenían antecedentes traumáticos y el 7,1 por ciento antecedentes hereditarios. En el 72,8 por ciento de los casos la sintomatología había iniciado en la edad menor de 15 años. El 70 por ciento no recibían terapia anticonvulsivante. El 11,4 por ciento no sabía nada sobre el tema.¹

Franz Chaves Sell, en 1989 realizó una revisión de 1100 expedientes de pacientes controlados en el servicio de neurología del hospital nacional de niños de Costa Rica entre 1984 y 1988, con el afán de determinar la frecuencia en la población infantil de epilepsia. «De los casos mencionados, 557 (51%) fueron pacientes epilépticos. La mayoría de las epilepsias se caracterizaron como crisis primariamente generalizadas, también se estableció que son más frecuentes las epilepsias secundarias (302) y que la causa más común de las mismas es la encefalopatía hipóxica seguida muy lejos por trastornos infecciosos y genéticos.»²

«Ramos R, Carrasco Ll, Vázquez M, Calvo M, Cassinello E, en su estudio Epidemiología de la epilepsia en la edad pediátrica: Tipos de crisis epilépticas y síndromes epilépticos, realizado prospectivamente en el año 1996 en menores de 14 años que consultaron por convulsiones en el hospital Severo Ochoa de Madrid, de 151 pacientes estudiados, se pudo evidenciar un ligero predominio de crisis convulsivas en el sexo masculino (58%), antecedentes familiares de convulsiones en el 22 por ciento de los casos, se encontró que las crisis generalizadas son más frecuentes que las parciales en los niños menores de 3-5 años (63%), sobre todo en el primer año de vida, y que la proporción relativa de crisis parciales aumenta a partir de los 5 años 4-9 (67%) y 10-14 (52%).»³

«Luis Cuello, Crislandia Espinal y Evelyn Severino en el 2008 realizaron un estudio retrospectivo en el Hospital General Plaza de la Salud buscando la frecuencia de convulsiones como causa de hospitalización en niños de 0-5 años en el periodo 2006-2007 se encontró una frecuencia de 69 casos representando un 1.9 por ciento de las causas de hospitalización en los niños de la edad descrita, afectándose ambos sexos por igual. Las edades más afectadas fueron el intervalo de 1-4 años ocupando un 78 por ciento de los casos. El 97 por ciento de los pacientes no registraron antecedentes familiares y un 92 por ciento no

*Médico general

**Pediatra neumólogo, MHP.

tenían ningún antecedente personal patológico. El 64 por ciento reportó historia de episodios paroxísticos anteriores. Las convulsiones identificadas más frecuentemente fue la de tipo tónico-clónica, en un 92 por ciento. El 56 por ciento de los casos investigados estuvieron asociados a un episodio febril. Como método diagnóstico se utilizó la tomografía axial computarizada en el 56 por ciento. Al 53 por ciento de los pacientes se les realizó electroencefalograma»⁴

«Ivonne García en el 2010 estudio el comportamiento del *estatus convulsivo* en niños atendidos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del hospital Fernando Vélez Paiz de enero 2008-diciembre 2009, la muestra fue de 16 pacientes. En relación a la edad y el sexo, el grupo más afectado fue las edades de 1- 5 años con 58 por ciento, siendo (38%) masculino y (19%) femeninas, seguidos del 6-10 años con el 19 por ciento, de estos 13 por ciento masculinos y 6 por ciento femenino. Al revisar los antecedentes patológicos personales el 38 por ciento tenía antecedentes de convulsión febril, de epilepsia en un 25 por ciento y el 13 por ciento asfixia perinatal. La principal etiología del estado convulsivo fue la epilepsia en 44 por ciento, seguida de la supresión del tratamiento anticonvulsivante y la fiebre en un 25 por ciento respectivamente. . En el tratamiento de mantenimiento el fármaco más utilizado fue la difenilhidantoina en 12 pacientes, seguido del ácido valproico en 7 pacientes y fenobarbital en 4 pacientes. Dentro de los estudios complementarios realizados en los pacientes con *estatus convulsivo*: al 75 por ciento se les realizó ionograma encontrando hipocalcemia en el 44 por ciento, e hiponatremia e hipernatremia en el 13 por ciento de los casos respectivamente. Se presentaron complicaciones en 7 pacientes, y la complicación más frecuente fueron las alteraciones electrolíticas en el 50 por ciento seguidas del edema cerebral con 35 por ciento, la hemorragia intracraneal y el infarto isquémico en el 7 por ciento respectivamente. Al momento de el egreso el 88 por ciento no tenían ninguna secuela, solo el 13 por ciento presentaron lesiones dentro de ellas hemiparesias e hipotonía.»⁵

Justificación

Cuando se habla de convulsiones muchas personas inmediatamente las asocian con epilepsia o la gota como muchos le llaman, una enfermedad milenaria que llena de vergüenza a quien la padece, es por esta razón que las convulsiones son un tema de mitos y falsedades en la población, de escasa información, lo que trae consigo que se oculte el problema y que no se busque la ayuda pertinente en el momento adecuado.

Las convulsiones no constituyen una patología en sí, son la expresión más heterogénea de una gran variedad de procesos mórbidos, que aunque su eje desencadenante principal sea un trastorno en la conducción eléctrica cerebral, su mecanismo fisiopatológico no solo está determinado por entidades puramente del sistema nervioso central. Es este gran intervalo de posibilidades etiológicas que se nos abren cuando estamos frente a una convulsión, la causante de que hayamos elegido este tema de investigación. Consideramos también que es la explicación más simple del porque no contamos con estadísticas recientes sobre la frecuencia de este problema. Con esta investigación pretendemos dar números a lo que hasta el momento es desconocido, dar a conocer la frecuencia de esta manifestación clínica en la población infantil de Baní.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal con el propósito de determinar la frecuencia de convulsiones en niños menores de 15 años en la zona urbana del municipio de Baní. El estudio abarcó el periodo comprendido de octubre a noviembre del 2011.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico el municipio de Baní, que es el municipio cabecera de la provincia Peravia, situado en la región sur de la República Dominicana, limita al norte con San José de Ocoa, al sur con el mar Caribe, al este con San Cristóbal y al oeste con Azua.

Universo y muestra

Para el estudio se tomo el 25 por ciento de los 23 barrios que conforman el municipio de Bani (6 barrios), los cuales posteriormente fueron elegidos al azar y correspondió a los barrios 30 de mayo, Santa Rosa, El Cajulito, Barrio Mejoramiento Social, Barrio INVI, La Saona, donde se encontró un total de 2,735 niños menores de 15 años que corresponde a nuestro universo. Nuestra muestra estuvo compuesta por todos aquellos niños de ambos sexos y menores de 15 años, que al momento del estudio habían presentado uno o más episodios de convulsiones y que residían en la zona urbana del municipio de Baní.

Criterios de inclusión

Fueron incluidos en el estudio aquellos niños que cumplieron con las siguientes características:

Niños de ambos sexos menores de 15 años.

Residentes en los barrios seleccionados del municipio de Baní.

Haber presentado uno o más episodios convulsivos en cualquier momento de su vida.

Madres o tutores que previa información accedieron voluntariamente a participar de esta investigación.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de la investigación los niños que cumplieron las siguientes características:

Niños que habitaban en casas que se encontraban cerradas.

Madres o tutores que previa información no accedieron ser entrevistadas.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se diseñó un formulario elaborado en formato 8½ X 11, contiene 14 preguntas 9 cerradas y 5 abiertas que incluye las variables: edad, sexo, causa de convulsiones, entre otras variables pertinentes al estudio.

Procedimiento

Tres estudiantes de último año de medicina fueron los encargados de la recopilación de los datos en base al formulario estandarizado aplicado a las personas ya señaladas, a través de visitas esporádicas casa por casa, hasta recorrer los 6 barrios en el periodo octubre- noviembre 2011. Los individuos sometidos a la encuesta fueron aquellos que al momento de la misma eran menores de 15 años y confirmaron haber presentado uno o más episodios convulsivos. El llenado del formulario se llevó a cabo en el mes de octubre - noviembre de 2011.

Tabulación

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizó el programa de computadoras: Microsoft Excel 2007.

Análisis

Se realizó un análisis estadístico con los datos obtenidos, de donde se obtuvieron frecuencias simples. Estos datos se presentan en un informe escrito, incluyendo, además tablas y gráficos de las informaciones más relevantes.

Aspectos éticos

Se informó a todos los participantes en este estudio que sus datos personales quedarán en el anonimato y que la información que proporcionen será confidencial usada con fines estadísticos.

RESULTADOS

De un total de 2,735 niños menores de 15 años, investigados en los barrios 30 de Mayo, Santa Rosa, El Cajuilito, La Saona, Mejoramiento Social, Barrio INVI de la zona urbana del municipio de Baní, se encontró un total de 157 casos de convulsiones (5,7%). (Ver tabla 1 y gráfico I)

Tabla 1. Distribución de la frecuencia de convulsiones en niños menores de 15 años. Zona urbana de Baní, Octubre – Noviembre 2011

Convulsiones	Frecuencia	%
Sí	157	5,7
No	2,578	94,3
Total	2,735	100,0

Fuente directa: Encuesta

En la tabla 2 se presenta la distribución de los niños con convulsiones según la edad y sexo, encontrándose que las edades más afectadas comprendieron las edades entre 10-14 años (38,9%). Es importante mencionar que el 53,5 por ciento de los niños habían presentado su primoconvulsión en el rango de edad comprendido de 1-4 años. Ambos sexos fueron afectados por igual con una ligera predilección por el sexo masculino (54,1%).

Tabla 2. Distribución de la frecuencia de convulsiones en niños menores de 15 años según edad y sexo. Zona urbana de Baní, Octubre – Noviembre 2011.

Edad (años)	Frecuencia	%	Sexo	
			Fem. (%)	Masc. (%)
< 1	4	2,5	2 (1,25)	2 (1,25)
1-4	34	21,7	15 (9,6)	19 (12,1)
5-9	58	36,9	29 (18,5)	29 (18,5)
10-14	61	38,9	26 (16,6)	35 (22,3)
Total	157	100,0	72 (45,9)	85 (54,1)

Fuente Directa: Encuesta

Los barrios La Saona (28,0%) y Santa Rosa (26,1%) presentaron una mayor tasa de frecuencia de niños con convulsiones en el municipio de Baní. (Ver Tabla 3)

Los ataques relacionados con fiebre (63,1%) y los traumatismos craneales (10,2%) fueron las causas que se obtuvieron con mayor frecuencia. (Ver Tabla 4)

En la tabla 5 se muestra que de los 157 niños estudiados 14 fueron identificados por la madre o tutor como epilépticos (8,9%).

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de convulsiones en niños menores de 15 años por barrios. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
30 de Mayo	33	21,0
Mejoramiento Social	5	3,2
La Saona	44	28,0
El Cajuilito	23	14,6
Santa Rosa	41	26,1
INVI	11	7,0
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

De los 157 niños estudiados solo 48 (30,6%) presentaron antecedentes familiares de convulsiones. El antecedente episodios paroxísticos en hermanos (22,9%) de los niños estudiados fue lo más común. En la tabla 6 se resume la frecuencia de la historia familiar de convulsiones.

De 157 niños con historia de convulsiones 62 casos (42,0%) fueron investigados con estudios paraclínicos. El electroencefalograma (44,5%) y la tomografía axial computarizada (42,7%) fueron los métodos diagnósticos más utilizados. (Ver tabla 7)

El uso de terapia anticonvulsivante fue descrita en 22 niños (14,0%). El medicamento más usado fue la carbamazepina (36,4%) seguido del fenobarbital (27,3%). (Ver Tabla 8)

De los 157 casos de crisis convulsivas en niños en la zona urbana de Baní un total de 22 casos (14,0%) se habían presentado en el periodo enero- octubre 2011. (Ver Tabla 9)

Tabla 4. Frecuencia de Causas de convulsiones en niños menores de 15 años. Zona urbana de Baní, Octubre-Noviembre 2011.

Causas de Convulsiones	Frecuencia	%
O Complicaciones del embarazo	5	3,2
O Traumatismo del parto y asfixia del recién nacido	8	5,1
O Enfermedades infecciosas del sistema nervioso central	7	4,5
O Ataques relacionados con fiebre	99	63,1
O Causas toxicas	-	-
O Fármacos	5	3,2
O Traumatismos craneales	16	10,2
O Trastornos Metabólicos y nutricionales	5	3,2
O Trastornos endocrinos	-	-
O Tumores craneales	1	0,6
O Malformaciones congénitas del sistema nervioso central	1	0,6
O Trastornos Circulatorios	2	1,3
O Desconocida	8	5,1
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

En la tabla 10 se muestra que el retraso mental fue determinado en 13 niños (8,3%) con historia de crisis convulsivas en el municipio de Baní.

Tabla 5. Frecuencia de epilepsia en niños menores de 15 años con historia de convulsiones. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011

Epilépticos	Frecuencia	%
Sí	14	8,9
No	143	91,1
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

Tabla 6. Frecuencia de los antecedentes familiares de convulsiones en niños menores de 15 años con crisis convulsivas. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Antecedentes fami	Frecuencia	%
Sí	48	30,6
No	109	69,4
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

Tabla 7. Frecuencia del uso de métodos paraclínicos en el diagnóstico de convulsiones en niños menores de 15 años. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Uso de estudios pa	Frecuencia	%
Sí	62	42,0
No	95	58,0
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

Tabla 8. Distribución de la frecuencia del uso de terapia anticonvulsivante en niños menores de 15 años con crisis convulsivas. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Uso de terapiavante	Frecuencia	%
Sí	22	14,0
No	135	86,0
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

Tabla 9. Frecuencia de niños menores de 15 años con crisis convulsivas en el año 2011. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Convulsiones en el año 2011	Frecuencia	%
Sí	22	14,0
No	135	86,0
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

De los 157 casos estudiados 92 de las madres o tutores (58.6%) de niños con historia de convulsiones afirmaron tener conocimiento de las causas de convulsiones. La fiebre fue la

causa que con mayor frecuencia fue identificada como causa de convulsiones (36,3%). (Ver Tabla 11)

Tabla 10. Frecuencia de Retraso mental en niños menores de 15 años con historia de convulsiones. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Retraso Mental	Frecuencia	%
Sí	13	8,3
No	144	91,7
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

Tabla 11. Distribución de las causas más frecuentes identificadas por las madres o tutores de niños menores de 15 años con historia de convulsiones. Zona urbana de Baní. Octubre- Noviembre 2011.

Conocimiento de Co	Frecuencia	%
Herencia	1	0,6
Fiebre	57	36,3
Problemas de nacimiento	1	0,6
Tumores	1	0,6
Trauma	19	12,1
Infecciones del Cerebro	3	1,9
Parásitos	3	1,9
Trastornos Cardiacos	2	1,3
Maleficio	4	2,5
Hipoglucemia	1	0,6
No la identificaron	65	41,4
Total	157	100,0

Fuente Directa: Encuesta

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la frecuencia de convulsiones en niños y niñas menores de 15 años (5,7%) resulta semejante al expresado por varios autores, Noboa F,⁷ en su artículo primoconvulsión no provocada en niños, presentado para la revista chilena de pediatría en el año 2001, establece que aproximadamente el 15 por ciento de los infantes en la edad referida presentan trastornos paroxísticos, el cual también agrega que el 10 por ciento de esos trastornos no son convulsiones, si tomamos esto como referencia tendríamos dos vertientes interesantes, que los resultados de nuestro estudio sean prácticamente iguales a lo que expresa el autor o que de esos 157 casos de convulsiones exista un 10 por ciento que correspondan a trastornos paroxísticos no convulsivos mal diagnosticados, este último enunciado puede estar sustentado debido a que en 1983 Soto J y colaboradores¹ realizaron un estudio prospectivo en la población urbana de Baní, encontrando de ese modo un 1 por ciento de personas con probable sintomatología epiléptica o convulsiva, resultados muy inferiores a los nuestros, lo que podría sugerir que la frecuencia de convulsiones es mucho menor de lo que encontramos, sin embargo, ambos estudios aunque fueron realizados en la misma zona geográfica la población a investigar era diferente, considerando su relevancia en vista de la escasez de datos epidemiológicos, lo podríamos utilizar como parámetro de referencia para afirmar

que la frecuencia de convulsiones en Baní es alta, en otro orden nuestros resultados se asemejan también a los expuestos por, Friedman M, Sharieff G,⁸ en su artículo convulsiones en niños presentado en el 2006 para la revista clínicas pediátricas de Norteamérica que establece que el 4-10 por ciento de los niños presentarían al menos un episodio convulsivo, lo que nos sugiere que la frecuencia de convulsiones no es elevada en la población general, pero si tomamos como referencia solo los niños y niñas su frecuencia es mayor.

Nuestro estudio demostró que la mayor cantidad de niños con convulsiones se encontraban en los barrios Santa Rosa (26,1%) y la Saona (28,0%), Medina G,¹⁷ en su libro Epilepsia expone que es más frecuente encontrar epilepsia en las zonas rurales que las urbanas, sin embargo el grado de pobreza y hacinamiento de esas zonas, contribuye a que la frecuencia de convulsiones haya sido mayor que en otros barrios más urbanizados.

En cuanto al sexo se aprecia una afectación similar tanto para los varones (54,1%) como para las hembras (45,9%) con cierta predilección por el sexo masculino, similar a lo expresado por Ramos R, Carrasco LI, Vázquez M, Calvo M, Cassinello E,³ en su estudio Epidemiología de la epilepsia en la edad pediátrica, donde la frecuencia de convulsiones en el sexo masculino fue de 58 por ciento por un 42 por ciento en el sexo femenino. Estos resultados no varían mucho de los presentados en el estudio realizado por Luis Cuello, Crislandia Espinal y Evelyn Severino⁴ en el 2008, en el Hospital General Plaza de la Salud buscando la frecuencia de convulsiones como causa de hospitalización en niños de 0-5 años en el periodo 2006-2007, donde se reportó que ambos sexos fueron afectados por igual, Soto J y colaboradores¹ reportaron que el 55,7 por ciento de los casos de convulsiones eran masculinos, aunque no existan una explicación del porque de ese fenómeno, es clara la susceptibilidad masculina de presentar episodios de este tipo.

En nuestra investigación las edades más afectadas fueron los intervalos de 10-15 años (38,9%) y de 5-9 años (36,9%) dichos resultados resultan diferentes a los encontrados por Ramos R, Carrasco LI, Vázquez M, Calvo M, Cassinello E,³ en el estudio ya citado, realizado prospectivamente en el año 1996, en donde las convulsiones fueron más comunes en las edades de 4-9 años (47,4%) y son difíciles de comparar con otros estudios debido a diferencias en los criterios de inclusión como es el caso del estudio citado anteriormente presentado por Luis Cuello y colaboradores⁴ donde la edad más afectada fue la de 1-4 años (78%), sin embargo su investigación solo abarcaba las edades comprendidas entre 0-5 años. Soto J, Kelly L y Alcántara R¹ coinciden con nuestros resultados ya que en su estudio el rango de edad más afectado fue el de 10-19 años. Un dato interesante y que merece ser resaltado por su semejanza con el estudio anterior, a pesar de que no forma parte directa de nuestros objetivos de investigación es que de los 157 infantes con historia de convulsión investigados en nuestro estudio 84 (53,5%) iniciaron sus convulsiones en el rango de edad de 1-4 años, en el estudio de Soto J,¹ se aprecia que el 72,8 por ciento de los casos la sintomatología había iniciado antes de los 15 años, lo que confirma la predilección de la sintomatología convulsiva en niños.

Los ataques relacionados con convulsiones febriles (63,1%) resultaron por mucho la causa más frecuente, dato que supera lo expuesto por la totalidad de los autores revisados que coinciden en que la frecuencia de convulsiones febriles oscila entre el 3-5 por ciento. Luis Cuello y colaboradores⁴

encontraron que el 56 por ciento de los casos investigados estaban asociados a un episodio febril.

La frecuencia de epilepsia en los niños estudiados fue de 8,9 por ciento. La comparación de este factor se ve limitada por la poca cantidad de estudios epidemiológicos para determinar su frecuencia en nuestro país, no obstante los diferentes autores sitúan que aproximadamente el 1 por ciento de los episodios convulsivos son por epilepsias, Franz Chaves Sell,² en 1989 hizo una revisión de 1100 expedientes y pacientes entre 1984 y 1988, encontrando que el 51 por ciento de los pacientes son epilépticos, datos que están muy superior a nuestros resultados.

En la investigación realizada la frecuencia de antecedentes de familiares de convulsiones fue de 30,6 por ciento, resultado que se asemeja a lo expuesto por Ramos R, Carrasco LI, Vázquez M, Calvo M, Cassinello E,³ en el cual el 22 por ciento de los pacientes se encontraron antecedentes de convulsiones familiares. Soto J¹ afirma que el 7,1 por ciento de los pacientes tenían antecedentes familiares de convulsiones. Estos estudios difieren de lo expuesto por Luis Cuello, Crislandia Espinal y Evelyn Severino⁴ los cuales determinaron que el 91 por ciento de los pacientes no tenían antecedentes familiares de convulsiones.

De los 157 casos con historia de convulsiones solo el 42 por ciento había sido investigado con estudios diagnósticos siendo los más frecuentes métodos el electroencefalograma (44,5%) y la tomografía axial computarizada (42,7%). Luis Cuello, Crislandia Espinal y Evelyn Severino⁴ reportaron que el 56 por ciento de los casos fueron diagnosticados con tomografía y el 53 por ciento les realizaron electroencefalograma, cifras que coinciden con nuestro estudio. Pantaleón D,²⁵ en un artículo publicado para el periódico el listín diario en septiembre de 2011 habla de que para efectuar la investigación de las convulsiones el presupuesto ronda la cifra de RD\$10,000 en estudios imagenológicos, aunado a la ignorancia de la gente sobre el problema puede ser la razón principal de que un amplio porcentaje de esas convulsiones no se hayan investigado y simplemente se hayan relacionado a un episodio febril.

El uso de terapia anticonvulsivante fue descrita en 22 niños (14,0%). El medicamento más usado fue la carbamacepina (36,4%) seguido del fenobarbital (27,3%). Pantaleón D²⁵ en el artículo ya mencionado menciona que el costo de los medicamentos anticonvulsivantes de última generación oscila entre los RD\$2,500 mensuales, además de que solo el 8,9 por ciento de los niños era considerado epiléptico, y que la mayoría de nuestras convulsiones estaban relacionadas con fiebre y según la literatura el uso crónico de anticonvulsivantes en estas situaciones no está indicado con excepción de aquellos casos de recurrencia, son consideraciones que pueden explicar la baja frecuencia de niños con terapia para prevenir sus crisis. Ivonne García⁹ en el 2010 estudio el comportamiento del estatus convulsivo en niños atendidos en la UCI-P del Hospital Fernando Vélez Paiz de enero 2008-diciembre 2009, determino que la droga de mantenimiento usada con mayor frecuencia fue la Difenilhidantoina (75%), sin embargo hay que considerar que para la realización de este estudio solo se incluyeron los niños con *estatus convulsivo*, es importante mencionar en ese aspecto que la carbamacepina y el fenobarbital son dos de los anticonvulsivantes más asequibles en el mercado, considerando las limitaciones económicas de la gran parte de la población no es una sorpresa encontrar los resultados. En ese mismo orden Soto J y colaboradores¹ reportaron en su investigación que el 70 por ciento de los pacientes no recibían terapia anticonvulsivante hecho que resulta alarmante

si tomamos como referencia la desinformación que existía en los años ochenta en cuanto al tema, además del nivel de vida de la población, podríamos encontrar una vana justificación.

En nuestro estudio podemos inferir que 22 casos (14%) se habían presentado desde enero del 2011 hasta el momento del estudio, datos que son difíciles de correlacionar.

En el 8,3 por ciento de los niños se identificó retraso mental, las convulsiones por sí solas no producen retraso mental, sin embargo existen una serie de situaciones que se correlacionan y ambas entidades clínicas pueden cursar como consecuencia de un mismo trastorno, por ejemplo, en nuestro estudio encontramos dos casos de retraso mental marcado uno debido a hiperbilirrubinemia (*kernicterus*), el otro producido por un traumatismo en el embarazo, ambas situaciones ocasionaron daños cerebrales que conllevaron a que coexistan tanto las crisis convulsivas crónicas y el retraso mental.

De los 157 niños con historia de convulsiones el 58,6 por ciento de las madres o tutores al ser cuestionadas por sus conocimientos en cuanto a las causas de las crisis de sus niños y niñas pudieron contestar de forma precisa, el 36,3 por ciento coincidían en que los episodios febriles pueden provocar convulsiones, seguido de los traumas craneales (12,1%), en menor proporción aunque no deja de ser interesante un 2,5 por ciento de madres le adjudicaron al maleficio el episodio convulsivo. Soto J¹ en su investigación reportaron que el 11,4 por ciento de la población no sabía nada sobre el tema. En nuestro proceso de investigación pudimos percatarnos de que existe mucho desconocimiento en cuanto a esta manifestación clínica, ya que no fue uno ni dos, los casos en que nos tuvimos que detenernos a explicar lo que era una convulsión, o los casos en donde confundían convulsión con congestión nasal, por presentar dos situaciones, circunstancias que consideramos contribuyeron a que se perdieran casos de convulsiones por las madres no poder identificarlas. Además ese 3,6 por ciento de personas que consideran el maleficio como causa de convulsión es importante debido a la confusión existente en los términos convulsión y epilepsia y el miedo a esta patología, así como la relación histórica de esta enfermedad a fenómenos magníficos.

REFERENCIAS

Soto J, Kelly L, Alcántara R. Prevalencia de epilepsia en la población urbana de Baní. Tesis de grado para optar por el título de doctor en medicina. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Santo Domingo (Distrito Nacional): 1983

LILACS. Chaves-Sell F. Análisis de la epilepsia dentro de la patología neurológica infantil. Neuroeje (Base de datos en internet) 1989; [Consultado 2011 Ago 24]. 7(1):4-11. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=581813&indexSearch=ID>

Ramos R, Carrasco LI, Vázquez M, Calvo M, Cassinello E. Epidemiología de la epilepsia en la edad pediátrica: Tipos de crisis epilépticas y síndromes epilépticos. *An Esp Pediatr* 1996 (Revista en línea); [Consultado 2011 Sep 15] 45(3): p. 256-260. Disponible en: <http://www.aeped.info/sites/default/files/anales/45-3-7.pdf>

Cuello L, Espinal C, Severino E. convulsiones como causa de hospitalización en niños de 0-5 años en el Hospital General Plaza de la Salud 2006-2007. Tesis para optar por el título de doctor en medicina. Universidad Autónoma de Santo

Domingo. Santo Domingo (Distrito Nacional): 2008

García I. Comportamiento del estatus convulsivo en niños atendidos en la UCI-P del Hospital Fernando Vélez Paiz de enero 2008-diciembre 2009. Tesis para obtención de título de especialista. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua: 2010.

Noboa F. Primoconvulsión no provocada en niños. *Rev. chil. Pediatr* .72 (1) Santiago: 2001. Se consigue en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000100002&lng=es&nrm=iso

Friedman M, Sharieff G. Convulsiones en los niños. *Pediatr Clin N Am* .53: 2006. Se consigue en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/1v053n0002a00948.pdf>

Medina C, Arango G, Carreño O, Uncaustegui A. Generalidades. En: Medina C. Epilepsia. Aspectos clínicos y psicosociales. Bogotá (Colombia): Editorial médica internacional, 2004

Pantaleon D. En RD hay unas 300 mil personas con epilepsia. *Listin Diario*. 21 de septiembre de 2011. La república

Alcover-Bloch E, Campishol J, Irrondo-Sanz M. Convulsiones neonatales, experiencia de la unidad. *Rev. Neurol* (Revista en línea) 2004; [Consultado 2011 Ago. 25] 38(9): 808-812. Disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/9759.pdf>.

Anónimo. Complicaciones de las convulsiones febriles (Sitio en internet). [Consultado 2011 Sep. 15]; Disponible en: <http://www.yesanswer.de/med/es/2998.html>. (Consultado 2011 Sept 15).

Anónimo. Todo sobre epilepsia. Historia de la epilepsia. (Sitio de internet). [Consultado 2011 Sep. 13]; Disponible en: http://www.todosobreepilepsia.com/index.php?option=com_content&view=section&id=7&Itemid=75

Asociación Andaluza de Epilepsia. Epilepsia mito o realidad. (Sitio en internet). [Consultado 2011 Sep. 13]; Disponible en: <http://www.apicepilepsia.org/Sociedad.htm>.

Avalos-Chávez LM. Síndrome convulsivo. (Sitio en internet). [Consultado 2011 Ago. 24]; Disponible en: <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/epilepsiaenninos.pdf>

Cameron S. Neurología. Acontecimientos paroxísticos. En: Custer J, Rau R. Manual Harriet Lane de Pediatría, para la asistencia pediátrica ambulatoria, John Hopkins Hospital. 16a ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 433-40.

Castellar-Caro I. Crisis neonatales. *Acta neurol colomb* (Revista en línea) 2008 Abril. [Consultado 2011 Ago. 21]. 24: s25-s33. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=122&id_seccion=3393&id_ejemplar=5535&id_articulo=54625

Díaz H. Crisis Convulsiva. En: Correa J, Gómez J, Posada R, Cornejo W, Vélez G, et al. Fundamentos de Pediatría, Neurología, Alergología, Inmunología, Reumatología, Otorrinolaringología y Urgencias. 2aed. Bogotá (Colombia): Corporación para Investigaciones Biológicas, 2001: p. 2111-2120

Diccionario Espasa de medicina. 1a ed. Madrid: Editorial Espasa; 2000. Convulsión; p. 282.

Easto D, Hauser-Pen M. Epilepsia en principios de la medicina. 10ma ed. Madrid (España): Editora Atip, 1998. p. 756-804.

Espinosa E, Dunoyer C, Núñez LC, Solano M, Casabuenas OL. Guías de práctica clínica basadas en evidencia. Síndrome convulsivo en niños. (Sitio en internet). [Consultado 2011 Sep. 13]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Convulsiones%20Pediaticas.pdf>

Faundez CJ. Convulsiones neonatales. *Rev. Ped. Elec*

(Revista en línea) 2005. [Consultado 2011 Ago. 24]. 2(1): p.26-35. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/5_convulsiones_neonatales.pdf

Feld V, Zavala C. Convulsiones neonatales, normas de evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* (Revista en línea). 2001. [Consultado 2011 Sep 16]. 20(3): p. 110-117. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91220304>

Fenichel G. Trastornos paroxísticos. En: Fenichel G. Neurología pediátrica clínica: un enfoque por signos y síntomas. 5ª ed., Madrid (España): Elseiver España, 2006. p. 1-46.

Friedman M, Sharieff G. Convulsiones en los niños. *Pediatr Clin N Am.* (Revista en línea). [Consultado 2011 Sep 16]. 53: 2006. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/1v053n0002a00948.pdf>

García I. Comportamiento del estatus convulsivo en niños atendidos en la UCI-P del Hospital Fernando Vélez Paiz de enero 2008-diciembre 2009. Tesis para obtención de título de especialista. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua: 2010.

García S, Sanchez-Triado MR, Tarrío FR. Actuación en urgencias ante crisis convulsivas en niños. *Emergencias* (Revista en línea). 2005. [Consultado 2011 Ago 24] 17: p. s90-s97. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol17_5/s90.pdf

Grattan-Smith P. Crisis epilépticas y episodios no epilépticos. En: Cameron P, Jelinek G, Everitt I, Browne G, Raftos J. Tratado de medicina de urgencias pediátricas. 1a ed., Madrid (España): Elseiver, 2007: p. 229-233

Guyton A, Hall J. Estados de actividad encefálica: sueño, ondas cerebrales; epilepsia; psicosis. En: Tratado de fisiología

médica 11va ed. Madrid (España): Elseiver S.A, 2003: p. 743-745.

Hales R, Yudofsky S, Gabbard G. Análisis clínico y pruebas de imágenes para la evaluación y el diagnóstico de trastornos mentales específicos. En: Tratado de psiquiatría clínica. 5a ed., Barcelona (España): Elseiver España, S.A, 2009: p. 54

Holgún J. Síndromes que simulan epilepsia. En: Uribe CS, Arana A, Lorenzana P, Borrego C, Botero D, Lopera F; *et al.* Neurología. Fundamentos de medicina. 6ª ed., Medellín (Colombia): Fondo editorial CIB, 2002: p. 329-337

Intramed. Convulsiones; (Sitio en internet). [Consultado 2011 Ago. 23]. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual1/pdf/librovirtual1_47.pdf

Johnston M. Crisis comiciales en la infancia. En: Berhman R, Kliegman R, Jenson H, Adams W, Asher D, Baltimore R, *et al.* Nelson. Tratado de pediatría. 17a ed., Madrid (España): Elseiver, S. A, 2006. p. 1993-2008.

Johnston M. Procesos que simulan crisis epilépticas. En: Berhman R, Kliegman R, Jenson H, Adams W, Asher D, Baltimore R, *et al.* Nelson. Tratado de pediatría. 17a ed., Madrid (España): Elseiver, S. A, 2006: 2009- 2011

Kandel E, Schwartz J, Jessel T. Crisis epilépticas y epilepsia. En: Kandel E, Schwartz J, Jessel T. Principios de Neurociencia 4ta ed. Madrid (España): Mc Graw-Hill, 2000: p. 910-935.

Lowenstein DH. Convulsiones y epilepsia. En: Fauci A, Karper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, *et al.* Harrison Principios de Medicina Interna. 17ma ed. México: Mc Graw-Hill, 2008: p. 2498-2512.

Lozano R. Convulsiones en el área de urgencias. (Sitio en internet). [Consultado 2011 Sep. 18]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/convulso.pdf>

CASOS CLÍNICOS

SÍNDROME POS-POLIO REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Betzaida Karina Núñez Vélez,** Carmen L. Vélez Del Rosario,* Mercedes Morales Castro,* Domingo Vásquez.**

RESUMEN

Se informa un caso de síndrome post-polio en un masculino de 28 años de edad, quien llega a emergencia con dificultad respiratoria progresiva, de 10 días de evolución, y fiebre no termometrada, sin escalofríos ni predominio de horarios, de 2 días de evolución. El diagnóstico fue realizado mediante la clínica y los antecedentes personales patológicos del paciente, el cual tratamiento con ciprofloxacina, furosemida, verapamil, hidrocortisona, clindamicina, digoxina, flumaceni. A los 20 días fue trasladado en condiciones estables, a planta donde dos días después falleció producto de un edema agudo de pulmón.

Palabras claves: síndrome post-polio. Poliomyelitis

ABSTRACT

This is a case of Post-polio syndrome in a male of 28 years old who comes to the emergency with history of progressive dyspnea, of 10 days of evolution, and fever not detected by thermometer, without shivers and predominance of schedules, of 2 days of evolution. The diagnosis was conducted by clinic and the personal pathology history of the patient, who initially received treatment with ciprofloxacin, furosemide, verapamil, hydrocortisone, clindamicine, digoxin and flumazenil. After 20 days in intensive care, he was moved to the internal medicine floor in stable conditions, where 2 days later he died due to an acute pulmonary edema.

Key words: Syndrome Post-polio. Poliomyelitis.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome post-polio (SPP) es una condición que puede afectar en un 20-80 por ciento a los supervivientes de la poliomyelitis en cualquier momento desde los 10 hasta los 40 años, después de recuperarse de un ataque inicial del virus de la poliomyelitis. Éste se caracteriza por un debilitamiento adicional de los músculos que fueron dañados anteriormente por la infección. El mismo rara vez pone en peligro la vida, la única excepción es la de los pacientes que experimentan deterioro respiratorio agudo. El grado en el que los sobrevivientes de la poliomyelitis sufrirán de SPP depende de la gravedad del primer ataque. Los pacientes que tuvieron sólo síntomas mínimos en el ataque original y que, posteriormente, adquirieron SPP experimentarán con toda probabilidad sólo síntomas leves mientras que las personas que originalmente fueron atacadas severamente por el virus pueden adquirir

un caso más agudo de la enfermedad con mayor pérdida de función muscular, dificultad en tragar y fatiga.

En este caso, pudo influir el hecho de que este paciente realizaba actividades de un joven normal ya que a pesar de sus limitaciones estaba cursando su carrera universitaria.

En 1990 Halstead propuso 5 criterios para diagnosticar SPP: Antecedentes de poliomyelitis aguda.

Estabilización posterior con un mínimo de 20 años.

Tener como primer síntoma la debilidad muscular, Atrofias de los músculos, Mialgias y artralgias.

Estudios Electromiograficos con denervacion aguda o reinervacion crónica.

Descartar otras patologías con los síntomas presentados.¹

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 28 años de edad procedente de las Palmas de Herrera quien llega a emergencia por primera vez el 6/9/07 a las 11:40 PM con historia de dificultad respiratoria progresiva, de 10 días de evolución, y fiebre no termometrada, sin escalofríos ni predominio de horarios, de 2 días de evolución. Como único antecedente patológico personal el paciente había sufrido de poliomyelitis a los 6 meses de edad. Refirió que hacía ya unos meses venía sufriendo de fatiga por lo que dejó de asistir a la universidad; al momento de su ingreso en la emergencia el paciente presentó un paro respiratorio por lo cual fue entubado y trasladado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) el 7/9/07, para monitoreo, vigilancia y ventilación mecánica.

Durante su ingreso a UCI, se le realizó un examen físico donde se encontraron como hallazgos positivos: asimetría del tórax muy marcada producto de una escoliosis como secuela de su poliomyelitis en la infancia (ver foto 1).



Foto 1. Atrofia Muscular en miembros superiores e inferiores.

* Médico general
* Médico general

Asimetría del brazo derecho debido a disminución de la masa muscular en antebrazo (ver foto 2), disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar derecho con presencia de roncus aislados agregados. También se encontró edema de + en ambos miembros inferiores. El examen neurológico no pudo ser efectuado debido al estado de sedación del paciente. En pruebas de laboratorio se encontró pH= 7.54, PCO₂ = 39.9 mmhg, PO₂= 53 mmhg, HCO₃= 34.6 Mmol/L, CO₂= 36 Mmol/L, SO₂= 91 por ciento, glicemia 110 mg/dl, BUN= 16 mg/dl y creatinina= 0.6 mg/dl. Los demás exámenes de rutina estuvieron dentro de los valores normales. En los estudios de imágenes, se observó una Rx de tórax PA, la cual reportó Atelectasia Pulmonar Izquierda. Un EKG el cual reportó Pr Corto, TRRP y taquicardia supra ventricular.



Foto 2. Tórax asimétrico por escoliosis como secuela de poliomielitis en la niñez.

DISCUSIÓN

Un informe de March of Dimes, una agencia sin fines de lucro fundada por el presidente estadounidense Franklin D. Roosevelt, expresa que hasta 20 millones de sobrevivientes de polio se enfrentan a nuevas discapacidades de 15 a 40 años pasada su enfermedad original, algo que les puede imponer la silla de ruedas y los respiradores por el resto de sus vidas. Un problema mayor al que se enfrentan millones de sobrevivientes es que muy pocos doctores en países industriales y en desarrollo reconocen esta enfermedad lenta y secundaria. La mayoría de los doctores que tienen 40 años o menos no han visto nunca un caso de polio ni reconocido un caso del SPP. El profesor de neurología de la Escuela de Medicina y Cirujanos de la Columbia University de Nueva York y presidente del Comité Directivo sobre el Síndrome Post-Polio de la March of Dimes dice que aún no se entienden las causas de esta enfermedad pero que en el álgido ataque inicial de la polio, los pacientes pueden perder hasta un 60 o 70 por ciento de sus células motoras nerviosas. Las células supervivientes tienen que encontrar fibras musculares que se les peguen y anexas a ellas para restaurar las funciones. Parece que tras 15 a 40 años, la habilidad de mantener las funciones se pierde, pero nadie sabe por qué pasa, la hipótesis más aceptable es que resulta de una degeneración de los nervios motores que hicieron nuevas conexiones años antes para reemplazar los nervios muertos por la polio, y como los nervios motores sobrevivientes han tenido que crear más fibras musculares que las naturales, se gastan más prematuramente. El proceso normal de envejecimiento y

la sobre utilización o poco uso de los músculos pueden ser factores contribuyentes en el desarrollo de este síndrome.²

Los síntomas del SPP son múltiples, y se pueden distribuir en dos grupos según Dalakas MC y su equipo: El tipo óseo muscular y la atrofia muscular post-poliomielítica. Aunque esta división se observa en los casos más extremos, la mayoría de los afectados, padece una combinación de ambos tipos: debilidad en los músculos afectados y no afectados, cansancio y fatigas anormales, problemas respiratorios.

Nuevos signos de atrofia, disfagia, poca resistencia al estrés, dificultades en la capacidad de concentración y memoria, intolerancia al frío. También se puede observar una variante respiratoria que se caracteriza por aparición de microatelectasias crónicas, enfisema pulmonar, complianza pulmonar disminuida, pared torácica apretada, hipoventilación alveolar crónica, tos y disminución en el aclaramiento de secreciones todo esto debido muchas veces a la escoliosis que los pacientes presentan como secuela de la enfermedad.³

Los médicos llegan a un diagnóstico del síndrome después de observar al paciente y preguntarle acerca de los síntomas. El SPP puede ser difícil de diagnosticar en algunos casos ya que se dificulta determinar qué componente de un déficit neuromuscular es viejo y qué componente es nuevo. Los profesionales de la salud afirman que la única forma de estar seguro es mediante un examen neurológico, ayudado por otros estudios de laboratorio que excluyan todos los demás diagnósticos posibles. Además, se debe evaluar periódicamente si la debilidad muscular es progresiva. La evaluación objetiva de la fuerza muscular en los pacientes no es fácil. Un cambio en la fuerza muscular se determina en grupos de músculos específicos, o extremidades, utilizando diversas escalas musculares, tales como la escala del Consejo de Investigaciones Médicas (MRC) o escalas que cuantifican la fuerza muscular. El futuro del tratamiento de los pacientes puede centrarse en los factores del crecimiento de los nervios. Los científicos de NINDS tienen planes de iniciar una prueba controlada, de centros múltiples, para determinar si el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) puede realzar la capacidad de las neuronas motoras para producir nuevos ramales, mantener los ramales existentes y rejuvenecer la sinapsis.⁴

Al reportar este caso clínico pretendo contribuir con el conocimiento de este síndrome ya que muchos estudiantes en sus rotaciones hospitalarias no tienen la oportunidad de presenciarlo.

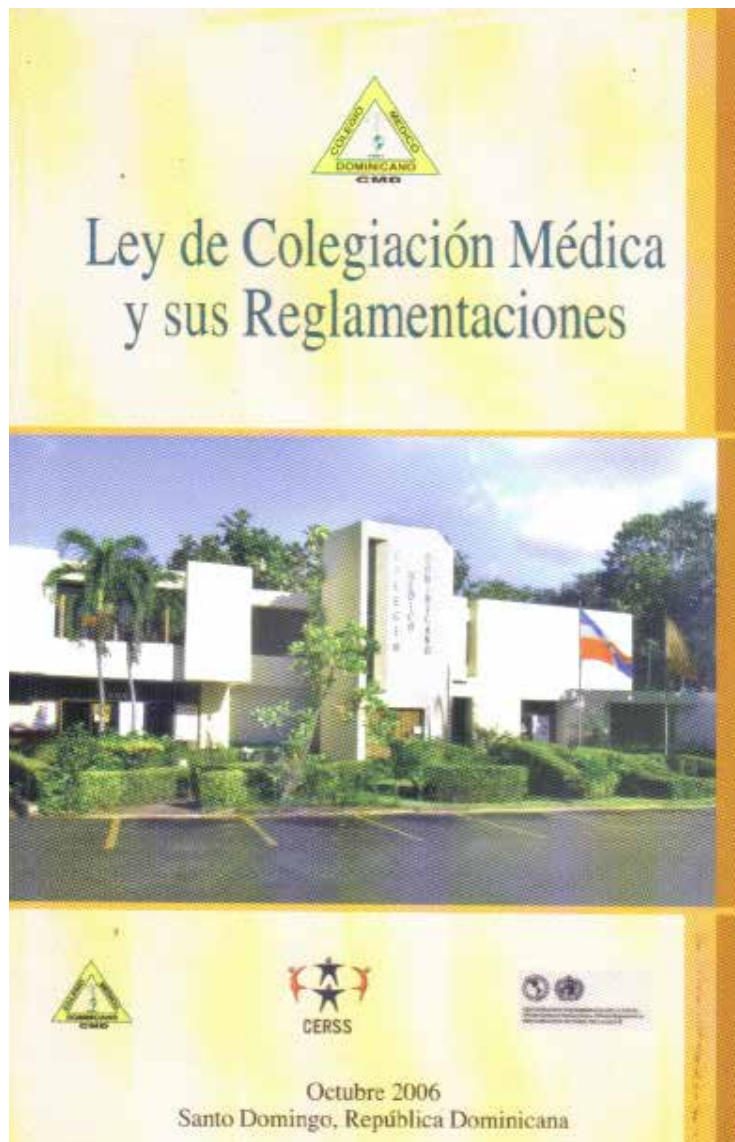
AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a la Dra. Helda Pinzón, por su apoyo y ayuda como asesora del texto motivándonos a la realización y publicación del mismo. Al Dr. David Hernández Martich, Ph.D., por su colaboración y revisión del texto. También al Dr. Domingo Vásquez Gerente de servicio médico del Hospital Marcelino Vélez Santana por su disposición y entrega permitiéndonos iniciar y terminar este proyecto.

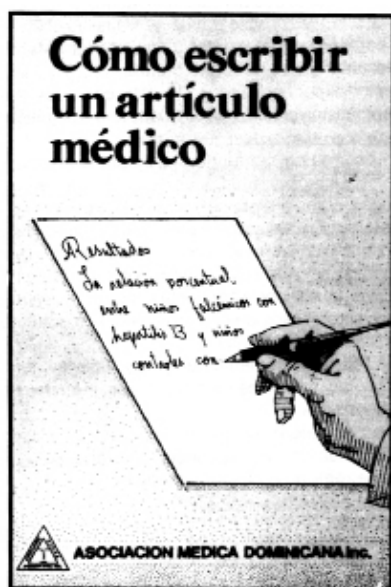
REFERENCIAS

1. Autores. *Manual de fisioterapia. Módulo II. Neurología, pediatría y Fisioterapia Respiratoria*. Edición, Ciudad (país): Editora, MAD-Eduforma, 2004: 183.
2. Informe del síndrome Pos Polio en Australia, Canadá, Francia, Alemania, Japón, Reino Unido y EE.UU., Disabilityworld, 2001; 8 (número): páginas.
3. Gudni Thorsteinsson MD. Management of Postpolio

- Síndrome. Mayo Clinic 1997; 72:627-638.
4. El Síndrome de la Pospoliomielitis. NINDS. Abril 2008.
Publicación de NIH 00-4030.



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.

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS A PROPÓSITO DE UN CASO.

Elizabeth Mejía, **Alba Hidalgo, * Julio César Altamirano.**

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente diabético, asistido en el Instituto dominicano de cardiología (IDC). Noviembre 2011. Una víctima más de las complicaciones cardiovasculares de la diabetes mellitus. Con el objetivo de resaltar que el buen manejo y control de los niveles de glucemia y del colesterol reducen al máximo las complicaciones cardiovasculares en estos pacientes.

Palabras clave: Diabetes mellitus, macrocirculación, microcirculación, glucemia, colesterol.

ABSTRACT

We report the case of a diabetic patient, victim of the cardiovascular complications of it. With the aim of highlighting the good management and control of blood glucose levels and cholesterol reduce the maximum cardiovascular complications in these patients.

Key words: Diabetes mellitus, microcirculation, microcirculation, glucose, cholesterol.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes mellitus es un síndrome de repercusión multisistémica en donde se observa afectación tanto de la microcirculación como de la macrocirculación. Esta enfermedad se considera no sólo como un factor de riesgo coronario, sino también como un antecedente de enfermedad cardiovascular, ya que los pacientes que padecen diabetes mellitus tienen mayor riesgo de desarrollar infarto agudo de miocardio con menor supervivencia tanto a corto como a largo plazo, así como también se observó que presentan dislipidemia por disminución de las HDL y aumento de las LDL favoreciendo así la aterosclerosis y un estado procoagulante.

Las enfermedades vasculares son la principal causa de mortalidad y morbilidad en los pacientes diabéticos. La diabetes produce enfermedad microvascular, como nefropatía, neuropatía y retinopatía, pero también enfermedad macrovascular (p. ej., aterosclerosis). La aterosclerosis de las arterias coronarias, cerebrales y periféricas causan un 80 por ciento de la mortalidad y un 75 por ciento de los ingresos hospitalarios en diabéticos.

En la diabetes tipo I la lesión inmunológica de los islotes pancreáticos participa probablemente en la aparición de la

enfermedad. En la diabetes tipo 2, los mediadores inflamatorios segregados por el tejido adiposo participan probablemente en la patogenia de las complicaciones cardiovasculares de esta enfermedad. El adipocito, considerado durante mucho tiempo como un depósito de almacenamiento de los triglicéridos, puede en realidad generar cantidades considerables de mediadores proinflamatorios como el factor de necrosis tumoral alfa, el cual puede provocar resistencia a la insulina y vincular de este modo a adiposidad con la diabetes de tipo 1.

El factor tumoral alfa y las citocinas proinflamatorias aliadas derivadas del adipocito pueden activar las células musculares lisas y endoteliales vasculares con disfunción vascular. De esta manera, los productos del adipocito pueden promover directamente la disfunción vascular y acelerar la aterogenia. De ahí que el buen manejo y control de los niveles de glucemia y colesterol promueven un mejor pronóstico de las complicaciones cardiovasculares a largo plazo.

La enfermedad cardiovascular en diabéticos también condiciona los recursos económicos que necesita el sistema sanitario. Los datos de organizaciones de asistencia sanitarias sobre el costo que genera el tratamiento anual de más de 85.000 diabéticos comparados con controles no diabéticos de la misma edad y sexo atribuyen la mayor proporción (17%) del exceso de costo a la enfermedad arterial coronaria. Por el contrario, la nefropatía terminal solo fue responsable del 11 por ciento de este exceso de costos.

La Insuficiencia Cardíaca que presenta el paciente diabético es causada por la cardiopatía isquémica principalmente, pero también por la miocardiopatía llegando en estadios avanzados a la disfunción diastólica y sistólica. Si el paciente además presenta otras comorbilidades, éstas no se suman sino que se potencializan, por lo que un buen control clínico y glucémico disminuirían el riesgo de hipertensión y de la dislipidemia, así como los procesos de esclerosis de las arterias. Una mejor aplicación de los tratamientos que reducen el riesgo cardiovascular en diabéticos obligaría a superar el objetivo tradicional de controlar la glucemia.

La modificación agresiva de todos los factores de riesgo puede conseguir resultados que superan el efecto aditivo del tratamiento de cada factor de riesgo por separado. En el ensayo Steno-2 aleatorizó a 160 pacientes para someterse a una modificación intensiva multifactorial de los factores de riesgo, en la que se incluyó modificación de la dieta (ingesta de grasa <30 por ciento del consumo total), ejercicio ligero moderado 3-5 veces a la semana, cursos para abandono del tabaco, inhibidores de la ECA, polivitamínicos, ácido acetilsalicílico, control intensivo de la glucemia y modificaciones de los

** Médico Internista. Gerente de servicio médico del Hospital Marcelino Vélez Santana

* Médico Residente de 4to año de medicina interna.

lípidos, lo que se comparó con un tratamiento convencional. Esta combinación de intervenciones redujo de forma significativa e intensa la frecuencia de complicaciones cardiovasculares, que pasó de 85 en los 35 enfermos de brazo tratado de forma convencional a 33 en los 19 pacientes del grupo de modificación intensiva de factores de riesgo. Los tratamientos agresivos para modificar los riesgos de enfermedad cardiovascular disminuirán las manifestaciones clínicas de la misma y se deben ampliar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 70 años de edad, mestizo, casado, desempleado, procedente de San Pedro de Macorís. El cual se presentó en la emergencia por presentar disnea, diaforésis y dolor torácico. Describiendo el cuadro clínico como la sensación de falta de aire, de inicio insidioso mientras realizaba actividad física, presentando posteriormente diaforésis, referida como sudoración profusa acompañada de dolor torácico en región precordial izquierda tipo opresivo, no irradiado, con pocos minutos de duración.

Los antecedentes personales patológicos son: HTA de más de 20 años de diagnosticada, DM 2 de más de 20 años de diagnosticada, cirugía ocular por retinopatía diabética de un año de realizada y dislipidemia en varias ocasiones en el último año. Como hábito tóxico café, actividad física sedentaria en el último año, con un hábito dietético normal, antecedentes heredo familiar por parte del padre un Cáncer de próstata, en la revisión por sistema positivo para el sistema endocrino y cardiopulmonar. Tratamiento actual pexabrel 320 mg (Valsartán), insulina NPH 30-0-10, cardioaspirina 82mg, cheltín folic (hierro más ácido fólico).

Al exámen físico: un paciente alerta, orientado, de piel fría, disneico, que luce crónica y agudamente enfermo. Con signos vitales de TA: 120/80 mmhg, FC: 80 l/m y FR: 26 r/m. corazón: Rs Cs Rs, R1- R2 de buen tono, intensidad y frecuencia con presencia de soplo sistólico, musical, 3/6 en foco aórtico, no irradiado. Pulmones: murmullo vesicular presente con crepitantes en ambos campos pulmonares desde el tercio inferior hacia las bases. Abdomen: globoso a expensa de panículo adiposo, perístasis adecuada, no masa, no dolor. Extremidades inferiores: móviles, simétricas, pulsos periféricos presentes, no soplos femorales, no edema, con cambio de coloración de piel en región periférica.

Examen de laboratorio: hemograma WBC: 3,80 $10^3/\text{mm}^3$, RBC: 4,38, $10^3/\text{mm}^3$, HGB: 12,3 g/dl, HCT: 37,3 por ciento MCV 85,2 fl, MCH: 28 pg., MCHC: 33,0 g/dl, PLT: 20110 $^3/\text{mm}^3$. Glucemia: 213mg/dl. Hb A1C: 8.6 por ciento, CPK: 322 u/l, CK-MB: 10u/l (3.1%), troponina I: 0.14, Pro-BNP: 1,282 pg/ml, urea: 34mg/dl, creatinina: 1.04mg/dl, sodio: 136 mEq/l, potasio: 4.1 mEq/l, calcio 8.6 mg/dl, TP: 14.1 seg, TPT: 38.0, INR: 1.04, colesterol total: 234mg/dl, HDL: 43 mg/dl, LDL: 175 mg/dl, triglicéridos: 83 mg/dl, uroanálisis: amarillo, turbio, densidad: 1,015, PH:7.0, proteínas positivas (+), S O trazas, células epiteliales algunas, leucocitos 1-2, hematíes 2-3 por campo, bacterias algunas, cetona negativa, urobilinógeno normal.

Procedimientos: EKG: R/S, FC 82 l/M, onda P 0.10 seg – 2 mv, PR 0.6 seg, QRS 0.06 seg, QT 0.56seg, eje -60, ondas T negativas desde v4-v6, ST infradesnivel de 1mv en v4 y de 1.5 mv en v5, sokolow 41, cornel 22. Cateterismo cardiaco normal (2008) en la actualidad (2011) arterias coronarias angiográficamente normales, circulación derecha dominante, ventriculografía izquierda con cavidad ventricular

moderadamente dilatada y con hipokinesia generalizada. FE: 35 por ciento, ausencia de gradiente valvular aórtico y de insuficiencia mitral, presión telediastólica del VI elevada en estado basal (15mmhg), lo que establece disfunción diastólica. Conclusiones: se trata de una Miocardiopatía dilatada de origen mixto (HTA-DM).

DISCUSIÓN

Este es un paciente diabético, hipertenso, con un estilo de vida últimamente de forma sedentaria, operado por retinopatía diabética hace un año, sin hábitos tóxicos más que café, el cual estuvo siendo bien tratado durante 20 años sin presentar causa de ingreso ni descompensación de su cuadro ya que el mismo contaba con seguimiento médico muy regular en la que se evaluaba la farmacoterapia y el efecto de los mismos, control rutinario de analíticas y revisión y cumplimiento de régimen dietético y de ejercicios, pero una vez abandonado estos empezaron los cambios metabólicos y vasculares que descompensaron su estado general.

La hiperglucemia que es un elemento esencial de la diabetes, afecta la función vascular y muestra una correlación directa con las complicaciones cardiovasculares. En el UKPDS (united kindgdom prospective diabetes study), las concentraciones de la hemoglobina glucocilada por encima del 6.2 por ciento se asociaron a un mayor riesgo de enfermedad macrovascular. Por cada 1 por ciento de incremento de la concentración de hemoglobina glucocilada el riesgo de cardiopatía coronaria aumenta un 11 por ciento. Este paciente al abandonar su dieta presentó un nivel hasta de 9.7 por ciento de hemoglobina glucocilada.

De igual forma presentó trastorno de los lípidos, que aunque los pacientes diabéticos suelen tener una concentración de colesterol LDL dentro de valores medios, es frecuente que tengan aumento de los triglicéridos y disminución del HDL.


El aumento del aporte de ácidos grasos libres al hígado por flujo de salida de tejido adiposo y las alteraciones en la captación del musculo esquelético incrementan la producción hepática de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y de esterios de colesterol. La sobreproducción de lipoproteínas ricas en triglicéridos y las alteraciones en la eliminación de la lipoproteína lipasa son responsables de la hipertrigliceridemia en la diabetes y de la aterosclerosis.

En conclusión la aterosclerosis y sus complicaciones producen la mayoría de las muertes y gran parte de la discapacidad de los pacientes diabéticos. El tratamiento intensivo de todo el espectro de alteraciones metabólicas, además de la propia hiperglucemia, reduce de forma significativa la frecuencia de complicaciones cardiovasculares. Al aumentar la prevalencia de pacientes con diabetes, la estrategia para garantizar el uso apropiado y agresivo del tratamiento médico contribuirán a reducir la frecuencia de muerte y discapacidad de esta población de alto riesgo.

REFERENCIAS

1. American Diabetes Association. Standars of medical care in diabetes-20011. Diabetes Care. 2011; 34(1): 1-51.
2. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2010.
3. Bergenstal R, Bailey C, and Kendall D. Type 2


- diabetes: Assessing the relative risks and benefits of glucose-lowering medications. *The American Journal of Medicine* 2010; 123(4): 9-18.
4. Braunwald, tratado de cardiología, vol 1, 8va ed, pags 1071-1148.
 5. Holman R, Paul S, Bethel A, Matthews D, y Neil A. 10-Year Follow-Up of Intensive glucose control in type 2 diabetes (UKPDS Study). *N Engl J Med* [Publicación en línea] Octubre 2008 [Consulta 25 de Octubre 2011]; 359(15) [13 pantallas 1577-1589]. Se consigue en: URL: [http:// www.nejm.com](http://www.nejm.com).
 6. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D y Jameson J. Harrison principios de medicina interna, 17ª ed, Santa Fe (México): Mc Graw-Hill Interamericana; 2008: vol. II: 2275-2304.
 7. Molina M. Hemoglobina glucosilada, del control al diagnóstico de la diabetes. *Endocr Diab y Metabol* 2009; 3(4): 5-10.
 8. Nyenwe E, Jerkins T, Umpierrez G, and Kitabchi A. Management of type 2 diabetes: Evolving strategies for the treatment of patients with type 2 diabetes. *Metabol Clin and Experim* 2011; 60: 1-23.
 9. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Publicación en línea] Junio 2008 [Consulta 25 de octubre 2011]; 358(24) [13 pantallas 2560-2572]. Se consigue en: URL: [http:// www.nejm.com](http://www.nejm.com).
 10. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group (ACCORD). Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Publicación en línea] Junio 2008 [Consulta 25 de Octubre 2011]; 358(24) [15 pantallas 2545-2559]. Se consigue en: URL: [http:// www.nejm.com](http://www.nejm.com).
 11. The Emerging Risk Factor Collaboration. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med* [Publicación en línea] Marzo 2011 [Consulta 25 de octubre 2011]; 364 (9) [14 pantallas 829-841] Se consigue en: URL: [http:// www.nejm.com](http://www.nejm.com).




¿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



DIÁLISIS TEMPORAL INFERIOR EN EL ADULTO JOVEN: A PROPOSITO DE UN CASO.

José T. De la Mota,** Dorian Jiménez Ferreira,* Aderina Maldonado Tapia,*
Rosina Negrin.****

RESUMEN

Paciente femenina de 33 años de edad, con historia de disminución de la agudeza visual en ojo derecho de un mes de evolución, sin antecedentes personales patológicos. Al examen oftalmológico se evidenció diálisis temporal inferior del adulto joven.

Palabras claves: diálisis, desprendimiento de retina

ABSTRACT

33 years old female patient, with a history of decreased visual acuity of her right eye of one month of evolution, without any personal pathological history. At the ophthalmologic exam we found the young adult infero-temporal dialysis.

Key words: Dialysis, retinal detachment.

INTRODUCCIÓN

CASO CLÍNICO.

Se trata de paciente femenina de 33 años de edad, natural y residente en Santo Domingo, sin antecedentes mórbidos conocidos, la cual acude por disminución de la agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de un mes de evolución, que describe como «que ve borroso».

Al examen físico se observa:

Refracción:

AVSC	AVCC
OD 20/60	+2.75 -0.25 x 59° = 20/60
OS 20/40	+0.50 -3.00 x 80° = 20/15

Al examen con la lámpara de hendidura no se encontraron hallazgos significativos.

En el examen fundoscópico bajo dilatación pupilar con Tropicamide/ phenileprina (TP) se observa:

OD desprendimiento de retina (DR) con involucro macular y foveal desde el meridiano de las 6 hasta las 10 horarias. Quiste en el meridiano de las 8. Diálisis temporal inferior con línea de demarcación temporal.

OI sin patología.

Realizándose el diagnóstico de diálisis temporal inferior del

adulto joven.

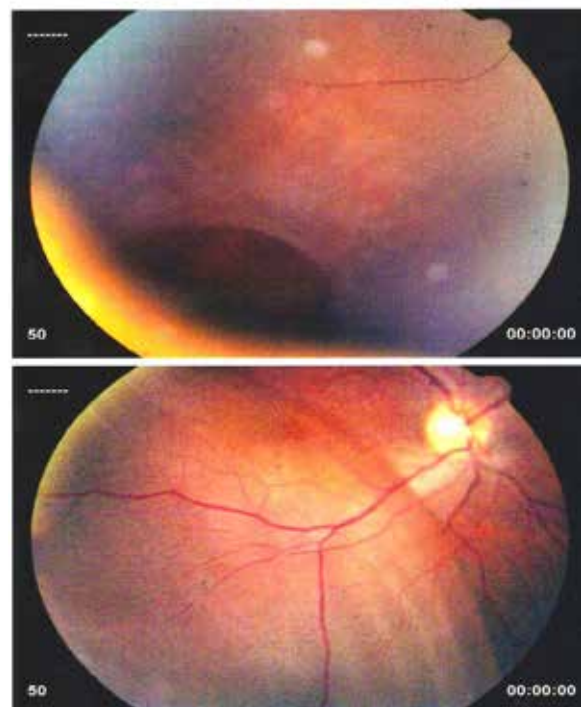
Diálisis juvenil.

Se ha denominado diálisis temporal idiopática al desprendimiento de retina a lo largo de la ora serrata en menos de tres husos horarios, sin antecedentes de traumatismo. Es un tipo característico de rotura retiniana al que se le atribuye 8 al 17 por ciento de los DR en todos los grupos de edades.

Este defecto no tiene predisposición en cuestión de género, se observa en pacientes entre 10 a 62 años y es más frecuente en razas mestizas, llevando esta a pensar en la existencia de un posible factor genético o racial predominante en latinoamericanos.

Signos clínicos.

Retinografía Digital



El DR más común se localiza en las áreas inferiores y temporales, lo que es responsable de la lentitud de la apreciación de este cuadro. La retina no sufre hemorragia

** Médico cardiólogo.
* Médico general

pues es prácticamente avascular en Ora Serrata. Se encuentran gránulos de pigmento en vítreo inferior (polvo de tabaco), sin desprendimiento de vítreo posterior. Pueden observarse quistes retinianos y degeneración micro quística periférica que refleja la cronicidad de la entidad.

Es frecuente encontrar afectación macular que cuando es separada en su totalidad se aprecia como una mancha rojiza en su lugar, efecto por retro iluminación de su delgadez, semanas más tardes se establece su degeneración cistoide y plegamiento radiado, presentes en una retina ya edematosa (otro signo de antigüedad). Puede observarse la imagen de “macula de volcán”.

En vista de que esta enfermedad se presenta en un 36 por ciento de manera bilateral es importante que el oftalmólogo lleve a cabo una revisión minuciosa en el ojo contralateral en busca de alteraciones en la Ora Serrata inferior.

En los casos en que el DR ocurra en los cuadrantes superonasal, superotemporal o infero nasal, la causa de la anomalía puede ser un traumatismo subestimado, negado o bien una anomalía del desarrollo no genética.

Con frecuencia variable aparecen pseudoquistes mayores, globosos, resultado de la coalescencia de los quistes de Blessig-Ivanov o de edema retiniano; son un dato más que nos habla de la antigüedad del padecimiento, pero estos no son exclusivos de este tipo.

Tratamiento.

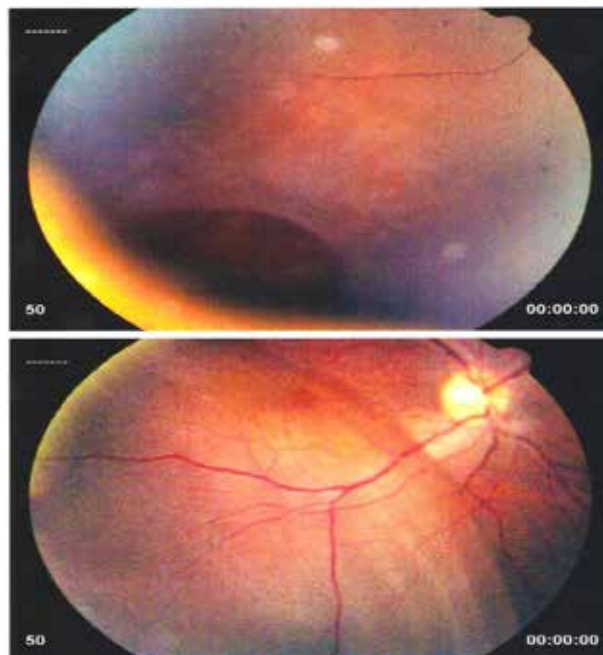
En el tratamiento de la diálisis debe de colocarse una banda circunferencial que produzca una indentación ancha para conferir soporte a la diálisis. Por lo general se establece drenaje del líquido subretiniano. El procedimiento de cerclaje se acompaña con crioterapia.

Esta cirugía tiene un alto porcentaje de éxito en la primera operación (92 por ciento) aun en casos de diagnóstico tardío.

REFERENCIAS.

1. Asociación Mexicana de Retina, A.C. Retina y Vítreo. 1ª edición. Lago Texcoco (Mexico): JGH Editores, S. A. de C. V. 2000:311-316.
2. Quiroz Mercado, Hugo, Jiménez Sierra, Juan M, *et al.* Retina diagnóstico y tratamiento. 2da edición. Cuauhtémoc (México). MacGraw-Hill Interamericana. 2004: 403-405.
3. Riordan-Eva P, Whitcher JP. Oftalmología General de Vaughan y Asbury. [Monografía en formato digital]. 14a edición. D.F. (Mexico): Manual Moderno; 2009.
4. Oftalmología clínica [Monografía en formato digital]. Kanski JJ. Elsevier. Quinta edición. Madrid (España); 2004.P.357-391.
5. Brown CG, Tasman WS. Familial retinal dialysis. Can J Ophthalmol 1980; 15: 193–195. | PubMed |
6. Flaxel CJ, Allen PJ, Leaver PK. Bilateral familial inferotemporal retinal dialyses. Eye 1998; 12: 150–152. | PubMed |
7. Verdaguer TJ, Rojas B, Lechuga M. Genetical studies in nontraumatic retinal dialyses. Mod Prob Ophthalmol 1975; 15: 34–39.
8. Hagler WS, North AW. Retinal dialyses and retinal detachment. Arch Ophthalmol 1968; 79: 376–388. | PubMed | ChemPort.

Retinografía Digital



SEPTICEMIA A HISTOPLASMA CAPSULATUM: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Chabela Peña,** Porfirio García,* Dra. Hilma Coradin,**** Dra. Josefina Fernández,** Michelle Burgos, María del Pilar Rojas.

RESUMEN

Presentamos el primer caso pediátrico de Septicemia a *Histoplasma capsulatum*, en un niño dominicano de 7 años de edad, con Desnutrición Grado II, quien evoluciona tórpidamente y fallece. Su necropsia reveló la presencia del *H. capsulatum* en todos sus órganos. Cuatro años anteriores a esta septicemia es tratado por Tuberculosis Pulmonar.

Palabras claves: *Histoplasma capsulatum*, Tuberculosis, Necropsia.

ABSTRACT

We present the first pediatric clinical case of *Histoplasma capsulatum* Sepsis, in a 7 years old Dominican child, with Malnutrition Degree II, who evolves torpidly in his last hospital admittance and ultimately dies. His necropsy revealed the presence of *H. capsulatum* in all his organs. Four years before this sepsis he's treated for Pulmonary Tuberculosis.

Key words: *Histoplasma capsulatum*, Tuberculosis, Necropsy.

INTRODUCCIÓN

El *H. capsulatum* (Figura 1) fue descubierto en 1906 por el microbiólogo Samuel T. Darling en un paciente martiniqués que trabajaba en la Zona del Canal de Panamá, llamada también enfermedad de Darling, enfermedad de los murciélagos entre otras denominaciones.^{1, 2} Es una hifa dimórfica y saprofitas que prolifera en suelos ricos en nitrato, en aéreas contaminadas por las eyecciones de aves o maderas en estado de putrefacción^{2, 5, 8, 9} que causa enfermedad por inhalación de sus esporas, siendo cerca de un 5 por ciento de los infectados los que van a presentar manifestaciones clínicas y un escaso número requerirá hospitalización, dependiendo del inóculo y la condición inmunológica del paciente.^{3, 4 y 5}

Sus formas clínicas más frecuentes son: Pulmonar Aguda, Pulmonar Crónica, Cutánea y Diseminada Progresiva. La inmunidad mediada por células es de importancia capital, ya que los casos más agresivos tienden a presentarse en inmunocomprometidos^{2, 3, 6, 7}, mientras que los casos más leves de infección son asintomáticos.

La forma diseminada se presenta en un 18 por ciento de los casos, a partir de focos pulmonares de inoculación, pudiendo invadir otros órganos por vía hematogena y

linfática. Los lactantes, inmunocomprometidos congénitos o adquiridos se afectan más frecuentemente al igual que la raza blanca. Durante los primeros meses de la enfermedad hay hepatoesplenomegalia, anemia y trombocitopenia^(2, 8, 9). Su localización pulmonar es frecuente. En su evolución progresiva puede haber afectación ósea, meníngea, endocarditis, úlceras orofaríngeas, lesión de las glándulas suprarrenales, llevando a una enfermedad de Addison.^{2, 8, 9, 10}

La presencia del *H. Capsulatum* es difícil de demostrar en órganos, líquido cefalorraquídeo y sangre. El cultivo de sangre en agar Sabouraud, incubado a 25 °C de 6 a 12 semanas⁽⁸⁾, es el método que lleva al diagnóstico definitivo, en su forma diseminada. La tinción de Wright de muestras de sangre periférica puede revelar elementos fúngicos dentro de los leucocitos^(2 y 5).

La detección por anticuerpos es la manera más rápida de obtener los resultados de infección y se basa en las rutinas de fijación del complemento e inmunodifusión de la muestra, tomándose en cuenta que puede dar falsos negativos en el caso de la histoplasmosis diseminada progresiva. Esta forma de diagnóstico utiliza la Histoplasmina para identificar los anticuerpos anti-H y anti-M^{2, 8}

La mayoría de las infecciones curan espontáneamente, las formas graves o diseminadas, y pacientes con VIH, el medicamento de elección es la Anfotericina B; el tratamiento quirúrgico sólo está indicado en fibrosis mediastínica, compresión del mediastino donde los esteroides han fracasado.^{2, 8, 9, 10}

El pronóstico dependerá del estado inmunitario de los pacientes, siendo peor en los casos de diseminación hematogena e inmunocomprometidos.^{2, 3, 5, 6, 8, 9}

CASO CLÍNICO

Masculino de 7 años de edad (Fotografía 1), conocido por la institución desde sus 3 años de edad, procedente de la Descubierta (Independencia), quien es ingresado por quinta ocasión por presentar fiebre mayor de los 40°C, pérdida de peso de 2 semanas de evolución con edema, dolor, rubor y calor de mano izquierda de 3 días de evolución.

Producto de un embarazo y parto sin complicaciones, pero sí bajo peso al nacer, con un buen desarrollo psicomotor e historia de inmunización desconocida. Pertenecía a una familia de 4 hermanos y madre sana, de bajo nivel económico y educacional, cuya salud empezó a deteriorarse a partir de sus 3 años de edad cuando se le diagnosticó Tuberculosis pulmonar por imagen radiológica pulmonar y el contacto de su padre tratado por Tuberculosis pulmonar, con baciloscopia

* Médico Pediatra, Especialista en Infectología del Hospital Infantil Robert Reid Cabral.

** Médico Residente de Pediatría del Hospital Infantil Robert Reid Cabral.

positiva y tratado como tal.

En sus cuatro ingresos anteriores se le realizaron biopsias de piel, sin datos concluyentes en las mismas, pero en ninguna se realizó tinción para investigar la presencia de hongos.

En su primer ingreso es recibido con una traqueostomía, realizada por presentar dificultad respiratoria marcada, la cual no pudo ser retirada durante el resto de su vida.

En su último ingreso, con 7 años de edad (Fotografía 2), se recibe consciente, con palidez de piel y mucosas generalizada, y edematizado, con un peso de 16 kilogramos (en <3 del percentil), talla de 125 centímetros (en el 25 percentil); con un déficit de peso del 28 por ciento, hipoactivo y triste.

Hipertrofia de la nariz de aspecto naranja y labio superior (Fotografía 3), ausencia de la úvula al examen bucofaringeo, lesiones hipocrómicas residuales en piel; úlcera necrótica en dedo pulgar y edema de mano izquierda (Fotografía 4); lesiones pustulosas en genitales, miembros inferiores y área submaxilar; herida cicatrizal en pie derecho (Fotografía 5), lesiones descamativas en ambos pies; salida de secreción amarillenta y fétida a través de la traqueostomía. Ésta vez se le ingresa con diagnóstico de: Dermatitis sobre infectada, posible Micosis Profunda, Desnutrido Grado II. (Fotografía 2). Se le realizan varios cultivos, numerosas pruebas hematológicas y examen de orina.

Su hemograma de ingreso reportó HTO en 22.8, Hb en 7.8 g/dl, VCM en $69 \mu\text{m}^3$ y HCM en 23.6 pq (anemia microcítica hipocrómica); examen de orina con albuminuria de 2 cruces, hemocultivo sin aislamiento bacteriano, cultivo de absceso de mano izquierda reportó *Escherichia Coli* y *Klebsiella Spp* (BLEE). Un PPD que fue negativo.

El informe radiográfico de la mano izquierda no presenta evidencia concluyente de patología osteoarticular activa, mientras que la radiografía de tórax PA presenta extensos infiltrados pulmonares intersticiales bilaterales, siendo el patrón predominantemente micronodular (Fotografía 6), radiografía de ambas manos, que reporta osteomielitis de dedo pulgar izquierdo (Fotografía 7).

El tratamiento al ingreso fue de Fosfomicina más Amikacina y Acetaminofen, este último SOS. A los 5 días de ingreso su cuadro clínico empeora y se suspende la Fosfomicina, se inicia manejo con Imipenem más Amikacina por empeoramiento del paciente y sensibilidad reportada a las bacterias aisladas en la secreción de úlcera en dedo medio de la mano izquierda. Se le realiza VIH, Virus de la Hepatitis B, Virus de la Hepatitis C y VDRL, pruebas de función hepática y renal sin alteraciones patológicas.

En el transcurso de su internamiento se interconsulta con las diferentes subespecialidades: Hematología, quien toma un aspirado de médula ósea y reporta normocelularidad, no presencia de células malignas; mientras que Cirugía refiere una probable osteomielitis del carpo de la mano izquierda y toma biopsia ósea de lesión de la falange media del tercer dedo de la mano izquierda (Fotografía 7), reportando *H. Capsulatum* (Figura 2).

Continua deterioro clínico del paciente, disminuyendo de manera considerable los niveles hemáticos, por lo que se transfunde con paquete globular, no se produce mejoría. A los 11 días de ingresado se le agrega Dexametasona (3 mg c/8 h EV) al pensarse en una posible colagenosis por sugerencia del Departamento de

Reumatología, la cual se mantiene hasta su defunción, a pesar de pruebas hematológicas normales.

A los 13 días, presenta hiponatremia, por lo que se corrigió

con solución de NaCl al 0.9 por ciento; además se le realizó una sonografía abdominal al presentar distención abdominal con timpanismo a la percusión, revelando derrame pleural derecho, hepatoesplenomegalia, ascitis moderada y signos de fibrosis cortical en ambos riñones.

A los 14 días, se le agrega Itraconazol (100 mg 1 cap. / 8 horas), al recibirse reporte de biopsia ósea del pulgar izquierdo y cresta iliaca derecha, revelando la presencia de *H. capsulatum* se inicia terapia con Anfotericina B (15 mg E.V.), Vitamina K de manera profiláctica y se mantienen los antimicrobianos. Continua deterioro clínico del paciente, presentó 6 episodios de rectorragia, por lo que se debió transfundir con paquete globular, aumenta la anasarca y la dificultad respiratoria. Luego de 48 horas de iniciarse la Anfotericina B, fallece (Fotografía 8). Se realiza necropsia, la cual reveló invasión a todos los órganos de la economía por *H. Capsulatum* (Figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

La histoplasmosis es una enfermedad granulomatosa, de distribución cosmopolita, la micosis profunda más frecuente y el hábitat del *H. capsulatum* es el suelo de donde se inhalan los microconidios, menos frecuentemente a través de la piel, la fuente de infección es el guano de aves domésticas y migratorias. Puede afectar a niños de corta edad e inmunocomprometidos en un 10 por ciento de los casos.

La fiebre es el signo más frecuente (Figura 5), pudiéndose prolongar durante semanas o meses, con afección de todos los órganos de la economía, como lo demuestra los datos anatomopatológicos encontrados en los órganos de nuestro paciente, pues su necropsia evidenció afectación de piel, hueso, mucosas, hígado, bazo, intestino delgado, grueso, tráquea y sistema nervioso central.

En niños no seropositivos al VIH, la patología puede presentarse como fiebre de origen desconocido, pérdida de peso, linfadenopatías y lesiones pulmonares intersticiales. La presencia de histoplasmosis diseminada es definitiva de SIDA, hasta que se demuestre lo contrario y en quienes la terapia supresora es de por vida (5, 6, 7, 10).

No existen muchos casos de SIDA e histoplasmosis diseminada en niños, extrapolar los datos del adulto a las edades pediátricas, permiten establecer una recidiva mayor del 90 por ciento en este tipo de paciente.

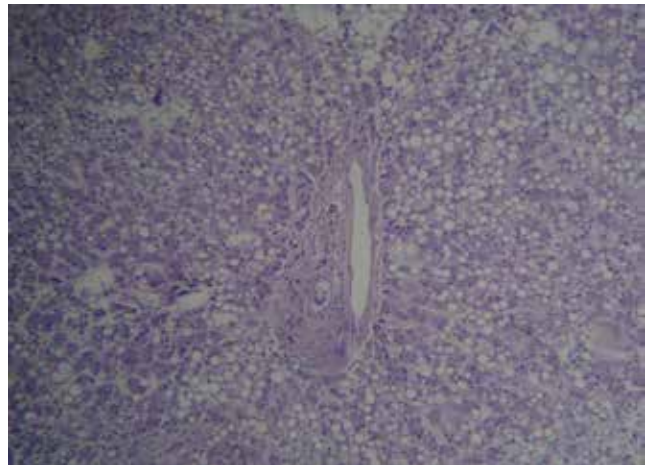
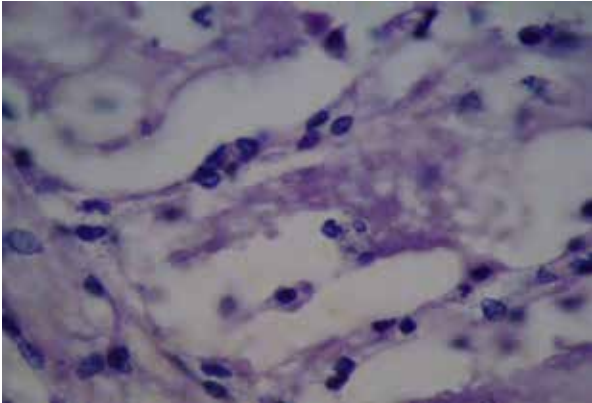
Para su profilaxis se recomienda usar mascarilla protectora, con filtro miliporo en personas expuestas al polvo, como son arqueólogos, mineros y similares.

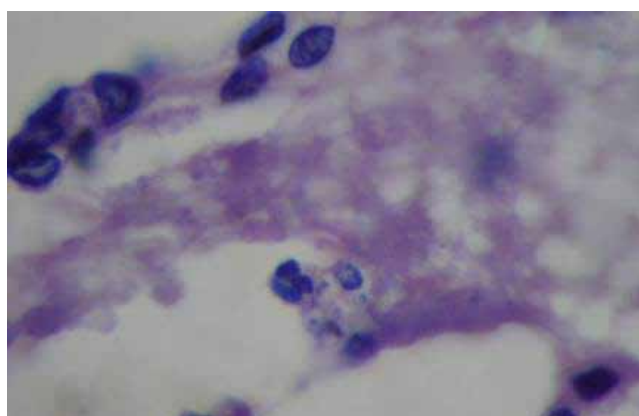
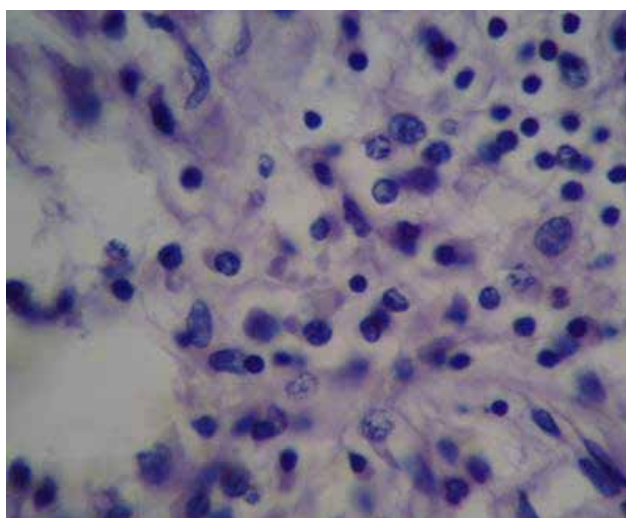
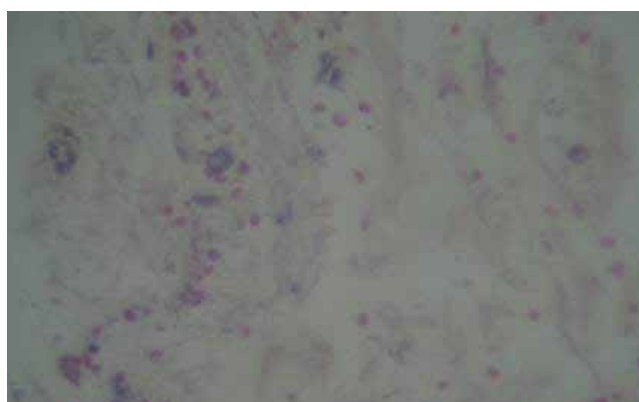
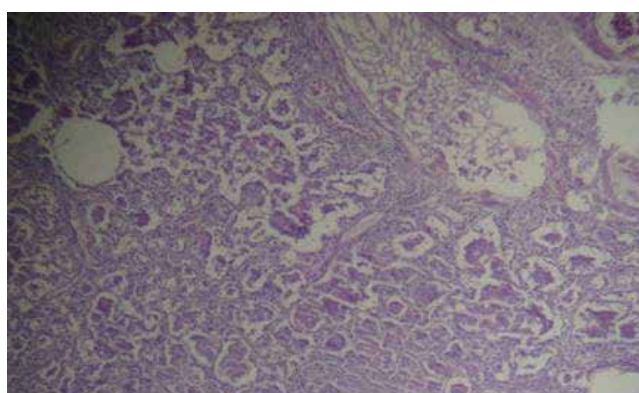
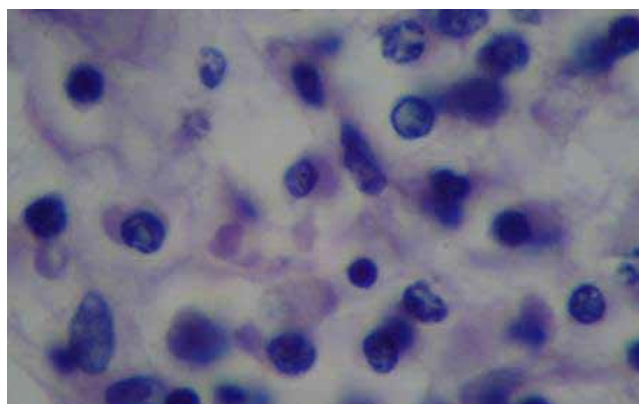
En niños la histoplasmosis diseminada no tratada es irremediamente mortal.



Creemos que el *H. capsulatum* en este niño, estuvo presente desde el momento en que se le diagnosticó tener una Tuberculosis pulmonar, que las biopsias de piel se enfocaron en demostrar el Bacilo de Koch en las mismas, sin recordar que su padre curó su Tb, que la pobreza material y educacional fueron factores de riesgo, llegando tarde a demostrar la causa de su sintomatología.

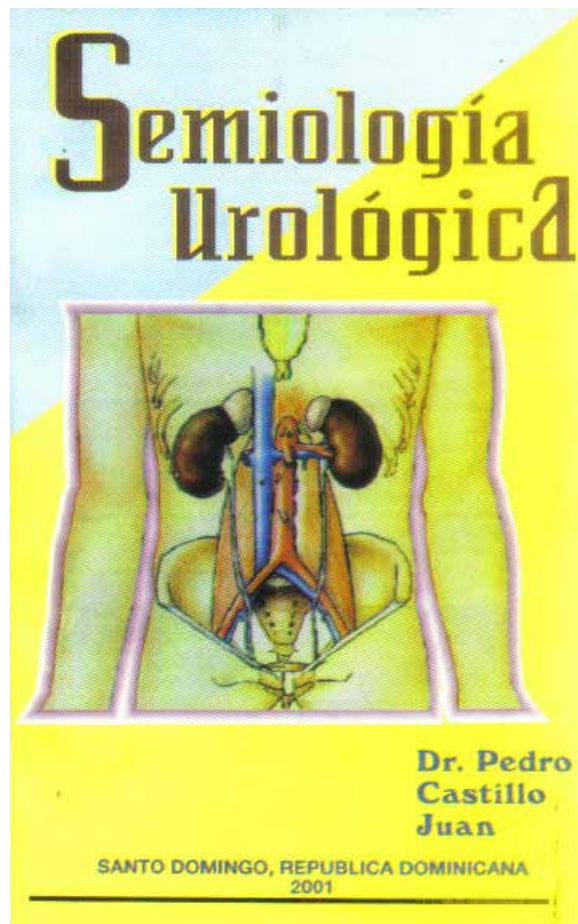
Fotografía 1





REFERENCIAS:

1. Darling, Samuel T.: **A protozoan general infection producing pseudotubercles in the lungs and focal necroses in the liver, spleen and lymphnodes.** Journal of the American Medical Association. *Año 1906, Vol. 46, No. 17, pp. 1283 – 1285.*
2. Salzman Steve H.; Robert L. Smith; Conrado P. Aranda: **Histoplasmosis in patients at risk for the Acquired Immunodeficiency Syndrome in a nonendemic setting.** Revista Chest. *Mayo de 1988, Vol. 93, No. 5, pp. 916 – 921.*
3. Kauffman, Carol A.: **Histoplasmosis, A Clinical and Laboratory Update.** Clinical Microbiology Reviews. *Enero de 2007, Vol. 20, No. 1, pp. 115 – 132.*
4. American academy of pediatrics / committee on Infectious Diseases (2003): **Red Book**, 26° Edición. Sección 3 (*Resúmenes de Enfermedades Infecciosas*), pp. 420 – 423.
5. Kliegman, Robert M.; Richard E. Behrman; Hal B. Jenson; Bonita F. Stanton (2009): Nelson, Tratado de Pediatría, 18° Edición. Cap. 235 (*Histoplasmosis*), pp. 1316 – 1318. Barcelona: Elsevier España.
6. Fernandez, Carlos M. et al: **Histoplasmosis Diseminada Progresiva en pacientes con SIDA.** Revista Cubana Médica Tropical. *Año 1996, Vol. 48, No. 3, pp. 163 – 164.*
7. Jeong hye Won et al.: **Disseminated Histoplasmosis and Tuberculosis in a patient with HIV infection.** Yonsei Medical Journal. *Año 2007, Vol. 48, No. 3, pp. 531 – 534.*
8. Guimarães, Allan J.; Joshua D. Nosanchuk; Rosely M. Zancopé-Oliveira: **Diagnosis of Histoplasmosis.** Brazilian Journal of Microbiology. *Enero de 2006, Vol. 37, No. 1, pp. 1 – 13.*
9. Crawford, Oliver W.: **The Diagnosis and Incidence of Histoplasmosis in Children.** Journal of the National Medical Association. *Noviembre de 1952, Vol.44, No. 6, pp. 437 – 439.*
10. Kasper, Dennis L.; Eugene Braunwald; Anthony S. Fauci; Stephen L. Hauser; J. Jameson; Dan L. Longo (2005): Harrison, Principios de Medicina Interna, 16° Edición. Parte VI (*Enfermedades Infecciosas*), pp. 1308 – 1309. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.



VERSATILIDAD DEL COLGAJO MIOCUTÁNEO DE PECTORAL MAYOR PARA RECONSTRUCCIÓN DE CABEZA Y CUELLO

*Severo Mercedes Acosta, ****Ramón Sabala, **, Héctor Herrand, ***Australia fragoso, ** Argeny Mercedes.*

RESUMEN

Los tumores de cabeza y cuello incluye un grupo de neoplasias malignas entre las cuales se destacan las de laringes en un 95%, el 5% restante incluyen los tumores de glándulas salivales menores, tumores neuroepiteliales, de partes blandas y raramente tumores cartilagosos en el esqueleto laringeo. En sentido general las neoplasias de cabeza y cuello corresponden a un 4 a 5 % de todas las neoplasias maligna, son más frecuente en hombre que en mujeres de 4:1. Están relacionados con el consumo de alcohol y tabaco. La cirugía reconstructiva tiene como objetivo cubrir los defectos que quedan como secuela luego de la extirpación de los tumores de cabeza y cuello para lo cual tenemos múltiples opciones, siendo la más utilizada el colgajo miocutáneo de pectoral mayor, este tiene las ventajas de ser fácil de levantar, reproducible y que requiere de un solo tiempo para su realización.

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el periodo enero 2009 a enero 2012. Se incluyeron 8 pacientes, 6 de ellos diagnosticado con cáncer de laringe y 2 pacientes con cáncer de parótida a los cuales se realizo colgajo de pectoral mayor después de su tratamiento de base. Entre los hallazgos revelados por este estudio se encuentra que todos los pacientes correspondieron al sexo masculino para un 100 %, el 75 % eran mayores de 75 años, el cáncer epidermoides fue el más frecuente para un 100%, la región reconstruida fue la región anterior del cuello en un 75%, la región preauricular derecha en un 10%, la región preauricular izquierda en un 10% y la hipofaringea en un 5 %. El factor predisponente de cáncer fue el cigarrillo para un 80%, todos fueron realizados en un solo tiempo y no se registraron complicaciones mayores.

Palabras claves: Colgajo de pectoral mayor, cáncer de cabeza y cuello

ABSTRACT

The head and neck tumors include a group of malignancies among which noteworthy are the larynx in 95%, the remaining 5% include minor salivary gland tumors, neuroepithelial tumors of soft tissue and cartilaginous tumors raramente in the skeleton laryngeal. In general the head and neck malignancies correspond to a 4 to 5% of all malignant neoplasms are more common in men than in women of 4:1. They are related to alcohol and snuff. Reconstructive surgery is intended to cover defects left in its wake after removal of the head and neck

****Jefe del Servicio Dpto. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.

***Médico Ayudante Dpto. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.

**Médico residente de 5to año de Cirugía Plástica y Reconstructiva y Estética

*Médico residente de Cirugía General

tumors for which we have multiple options, the most used being the pectoralis major miocutaneous flap, this has the advantage of being easy to lift, reproducible and requires only one time for its realization.

We performed a retrospective descriptive study in the January 2009 to January 2012. We included 8 patients, 6 of them diagnosed with laryngeal cancer and 2 patients with parotid cancer which was conducted pectoralis major flap after basic treatment. Among the findings revealed by this study is that all patients were male for 100%, 75% were older than 75 years, squamous cell cancer was the most frequent 100%, the region was reconstructed anterior neck 75%, the right preauricular by 10%, the left preauricular by 10% and 5% hypopharynx. The predisposing factor of cancer was smoking for 80%, all

were performed in one time and there were no complications mayors

Keywords: pectoralis major flap, head and neck cancer

INTRODUCCIÓN

Los tumores de cabeza y cuello que necesitan más frecuentemente la reconstrucción del cirujano plástico son de laringes extendido a piel y/o hipofaringe y el cáncer de parótida. El cáncer de laringe es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes (30-40%), excluyendo a los carcinomas derivados de la piel.^{1,2}

Es el segundo cáncer más común del aparato respiratorio después del cáncer de pulmón, con una razón hombre/mujer 10:1, que ha ido disminuyendo paralelamente al incremento del tabaquismo en la mujer.

Los tumores de las glándula salivales ocupa el 3 al 6 % de todos los tumores de cabeza y cuello, de ellos el 65 % afectan la glándula parótida de estos el más frecuente es el mucoepidermoides. En nuestro país no existen estudio relacionado y debido a esto es que realizamos este trabajo de investigación.

En esta ocasión se tiene como objetivo:

- Presentar la reconstrucción de las regiones de cabeza y cuello luego de afectación neoplásica
- Destacar la versatilidad del colgajo miocutáneo de pectoral mayor para la cobertura de defectos en cabeza y cuello.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo y de corte longitudinal en el Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética del Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el período

comprendido enero 2009- enero 2012. Las variables a tomar en cuenta fueron la edad, sexo, tipo histológico del cáncer, región topográfica reconstruida, factor predisponente del cáncer y las complicaciones



Fig.1 Defecto postquirúrgico región anterior del cuello.

Técnica Quirúrgica.

Se establece en primer lugar la posición de la rama pectoral de la arteria toracoacromial. Se dibuja una línea desde el acromion a la apéndice xifoides. La arteria pectoral discurre por esta línea después de nacer de la arteria toracoacromial. Las dimensiones del defecto se dibujan entre el esternón y el complejo areola-pezones.¹⁰

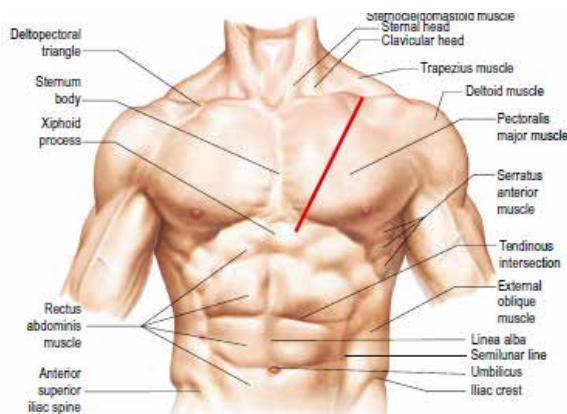


Fig. 2. Marcaje del trayecto del pedículo vascular para el colgajo mio-cutáneo pectoral mayor

Se debe dejar libre el territorio o del colgajo deltopectoral y las perforantes paraesternales del segundo y tercer espacio intercostal. Se realiza la incisión desde el borde lateral superior del dibujo hacia la axila. Es preferible que el dibujo no incluya el complejo areola-pezones¹⁰

Luego de completar la incisión, se identifica el borde lateral del pectoral mayor, a través de una disección amplia de los colgajos de piel medial y lateral. Una vez que se determina que el dibujo está localizado sobre el músculo se completa la

incisión, minimizando así la randomización del colgajo.¹⁰



Fig. 3. Vista del colgajo miopectoral antes de su elevación.

Cuando se incide el colgajo, el músculo pectoral mayor se libera de la pared costal y se disecciona hacia arriba. Mientras se va diseccionando, el aspecto medial del músculo debe liberarse del esternón y debe cuidarse la identificación del pedículo vascular que corre por debajo del mismo. El pedículo está en el aspecto medial del músculo. Se realiza un túnel subcutáneo que conecta el cuello con el tórax.



Fig.4 . Elevación del colgajo miopectoral, visualización del pedículo vascular.

El colgajo se pasa sobre la clavícula y se gira a 180 grados. Es importante asegurarse que el pedículo no se tuerza en su paso por el túnel. Se realiza un cierre primario del sitio donante en la mayoría de los casos dejando un dren a succión.¹⁰



Fig. 5. Tunelización del colgajo por encima de la clavícula.



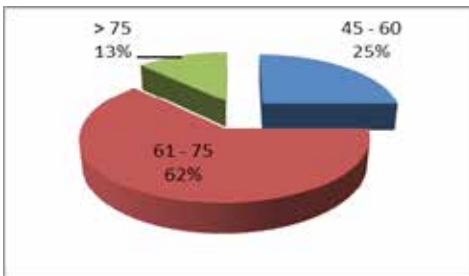
Fig. 6. Postquirúrgico inmediato. Colocación colgajo pectoral mayor, cierre directo del defecto, dren a succión.

SEXO	CASOS	%
MASCULINO	8	100

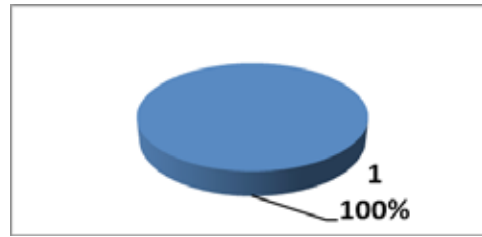
RESULTADOS:



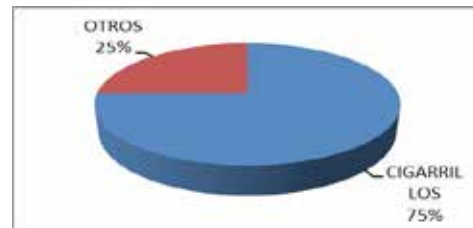
EDAD	CASOS	%
45 - 60	2	25
61 - 75	5	62
> 75	1	13



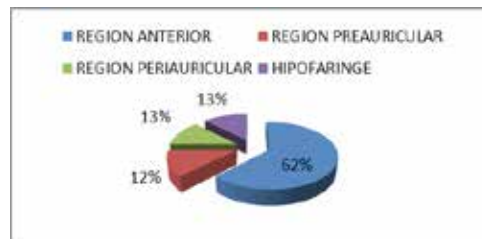
TIPO HISTOLOGICO	CASOS	%
CA EPIDERMOIDES	8	100



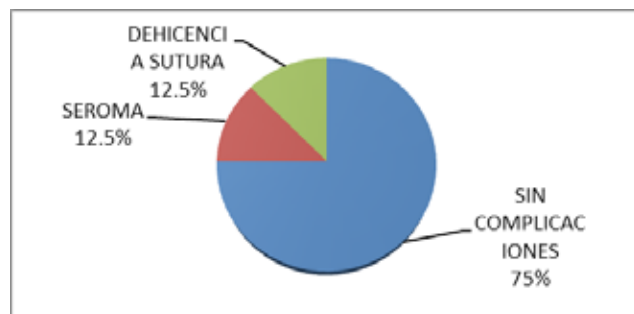
FACTOR PREDISPONENTE	CASOS	%
CIGARRILLOS	6	25
OTROS	2	75



REGION RECONSTRUIDA	CASOS	%
REGION ANTERIOR	5	62
REGION PREAURICULAR	1	13
REGION PERIAURICULAR	1	13
HIPOFARINGE	1	13



COMPLICACIONES	CASOS	%
SIN COMPLICACIONES	6	75.00
SEROMA	1	12.50
DEHICENCIA SUTURA	1	12.50



DISCUSIÓN

Para reconstruir los defectos superficiales y profundo de la cabeza y del cuello, deben utilizarse siempre colgajos de escaso espesor y de un color y textura similares a los de la piel del cuello; los tejidos de características más similares los aportan los colgajos locales y regionales como el colgajo deltopectoral, el colgajo miocutáneo de pectoral mayor y los colgajos libres (radial, lateral del muslo entre otros.)¹³

La primera descripción del colgajo miocutáneo de pectoral mayor para reconstrucción fue en 1968, pero su aplicación para cabeza y cuello no fue reportada hasta 1979 con la publicación de Ariyan. A pesar de que en los últimos tiempos los colgajos libres se han usado para la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello con excelente resultados, el colgajo miocutáneo de pectoral mayor conserva aun su importancia como una herramienta extraordinaria para la reconstrucción de estas áreas, debido a muchas razones

- 1- Técnicamente mas sencilla
- 2- Menor costo
- 3- Tiempo quirúrgico se reduce a una cuarta parte de un colgajo libre.

CONCLUSIONES

Las principales ventajas del uso del colgajo de pectoral mayor son:

- El músculo pectoral mayor como un colgajo pediculado presenta muy buena vascularidad, además de que el colgajo posee abundantes perforantes que suplen la piel suprayacente. Esto le permite sobrevivir sin importar el grado de manipulación que reciba o el sitio receptor donde sea colocado.⁹
- Los buenos resultados obtenidos en estos caso a pesar de las radiaciones recibidas por los pacientes, son debidas a que el colgajo se construye lejos del sitio de radiación, lo que nos ayuda a mantener tejido sano para la construcción del colgajo.
- Este colgajo miocutáneo de pectoral mayor nos permite mantener al paciente en una misma posición durante el procedimiento quirúrgico y provee suficiente cobertura para los defectos de cabeza y cuello.

A pesar de todas las ventajas mencionas es honesto citar algunas desventajas como son :

- En defectos muy pequeños la abundancia de tejido puede aparecer como un bulto, pero con el tiempo desaparece debido a la atrofia del componente muscular
- En pacientes femeninas la elevación del colgajo miocutáneo distorsiona la forma mamaria por lo que en este tipo de pacientes se sugiere la elevación de la porción muscular, distorsionando así la mama muy ligeramente..
- El diámetro limitado del paquete vascular limita el grado de rotación y la distancia a la que el colgajo pueda llegar. Para las reconstrucciones de cara y cuello puede alcanzar el arco cigomático, para el tórax puede alcanzar la línea axilar anterior contralateral, además de limitar su utilización como un colgajo libre.

El objetivo planteado a través de estos casos clínicos fue logrado a cabalidad como muestran las imágenes presentadas. Lo más importante es verificar la satisfacción de los pacientes, dejando atrás cualquier inconformidad en el plano estético. Y una vez más queda demostrado que la cirugía reconstructiva es la clave y base de todo el trabajo del cirujano plástico.



Figura 7. Postquirúrgico 3 meses. Vista de frente.



Figura 8. Postquirúrgico 3 meses. Vista de frente.



Figura 9. Postquirúrgico 3 meses. Vista lateral.

REFERENCIAS

1. Pare C, Pare K. *Cáncer de laringe: revisión*. Rev. Posgrado Medicina. 2009, 192: 17-22
2. Lence A, Juan J. *Tendencia de la incidencia de cáncer de laringe en Cuba*. Rev Cubana de SP 2008, 34 (3).
3. <http://www.laringeyvoz.com>
4. Valero J. *Cáncer de laringe*. Bol oncol. 2010, Parte I y III
5. Rivero T, Morales P. *Desarrollo histórico de las reconstrucciones faringoesofágicas después de una faringolaringectomía total circular*. Rev Cubana Invest Biomed 2007, 26(4).
6. Feliz A, Aviles S. *Relación del uso de tóxicos con el grado de complejidad quirúrgica ameritada en pacientes con carcinoma laríngeo*. Rev Med SMP 2005, 1 (14): 23-27 www.expertconsultbook.com Myers otohead surgery.
7. Total laryngectomy. Chapter 49
8. Rouviere. *Anatomía humana, descriptiva y topográfica*. Tomo II. Mexico: Nacional; 1999.
9. Wei W, Yu-Wei C. *Flaps and Reconstructive Surgery*. Elsevier Inc. China 2009, Cap 17: 174-192.
10. Paper I. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*. 2nd ed., US (New York); Thieme, 2002: 560-561.
11. Remacle M, Eckel H. *Surgery of Larynx and Trachea*. US (New York); Sprijen Heidelberg, 2010: 229-243.
12. Lore, Medina. *An Atlas of Hand and Neck Surgery*. 4th ed. Elsevier Inc. Vol I: 404-420.
13. Ramón Vera, J.L., Olaya Martínez, H.E. *Colgajo de piel en isla con pedículo fasciocutáneo para cuello: caso clínico*, Cir. Plást. Iberolatinoam. Abril-junio 2009, 35 (2): 159-162.



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

¿QUÉ ES?

Enfermedad diarreica producida por el vibrión colérico.

Atendiendo a los criterios establecidos para clasificatorios, se distinguen dos variedades importantes; cólico y El Tor.

El cólera ha producido importantes pandemias (solo es, epidemias globales).

CAUSAS

El cólera se transmite por vía fecal-oral; las heces contaminadas contaminan a su vez el agua de riego o bebida.

Los vibriónes del cólera se deben a una toxina, que provoca la secreción de líquido hacia el interior del tubo digestivo.

SÍNTOMAS

El síntoma cardinal es la diarrea:

Empieza tras uno a dos días

De apariencia característica:

- Acuosa

- "En agua de lavar arroz" (grisacosa, turbia, con restos de arroz)

Muy abundante (hasta 250 ml/Kg.; 15 litros para una persona de 60 Kg)

Insidiosa

Sin fiebre

Pueden aparecer vómitos

La pérdida de agua y electrolitos provoca:

Calambres musculares

Debilidad

Deshidratación

FACTORES DE RIESGO

Bebida de agua o foma de verduras y frutas sin las condiciones higiénicas adecuadas.

Hacinamiento y pobreza.

Desnutrición

PREVENCIÓN

Evitar o desinfectar el agua y las verduras y frutas de higiene dudosa:

Poner una pastilla de lejía (se venden para consumo humano y una variable cantidad de agua es las farmacias de los aeropuertos y otras) para la cantidad de agua que se vaya a tomar.

Alternativamente hervir.

Revojar la verdura o frutas crudas en agua con una pastilla de lejía durante el tiempo que aconsejan las instrucciones.

Lavarse minuciosamente las manos antes de comer o manipular alimentos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la clínica.

Puede ser necesario realizar análisis de sangre para descartar complicaciones.

Por motivos epidemiológicos puede ser útil realizar análisis de heces.

Para una información detallada en inglés, información para viajeros de la O.M.S.

Tratamiento

El fundamento del tratamiento es la adecuada rehidratación.

Medidas Generales

El paciente estará en reposo y cómodo.

Si no tiene vómitos, se repondrán líquidos mediante una solución glucosalina.

Si tiene vómitos o deshidratación severa, se le deberán administrar los líquidos por vía intravenosa inicialmente.

Medicación

No suele ser necesaria.

Actividad

Reposo hasta la recuperación.

Dieta

Ver medidas generales y prevención.

POSIBLES COMPLICACIONES

El cólera puede ser mortal, por deshidratación.

PROMÓSTICO

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUIS E. AYBAR.

Randia Pérez,** Mirna Font-Frías.****

RESUMEN

La satisfacción del paciente es esencial cuando se trata de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. El conocimiento del grado de satisfacción de los usuarios no solo permite contrastar la validez de algunos indicadores de eficiencia, sino que posibilita la mejor orientación de las políticas sanitarias y las acciones de mejora de la calidad del sistema sanitario. La presente investigación se basó en un estudio descriptivo y observacional que se desarrolló a través de una encuesta epidemiológica transversal con recolección de datos prospectivos, dirigida a los usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar; en febrero de 2012.

De los 121 usuarios encuestados, todos obtuvieron lo que buscaban para un porcentaje del 100 por ciento. Según los usuarios entrevistados tardaron menor o igual a 20 minutos para llegar al hospital, 12 usuarios para un 9,9 por ciento, 46 (38,0%) tardaron entre 30-60 minutos, 40 (33,1%) 1-2 horas, 21 (17,4%) tardó entre 3-4 horas, y 2 (1,7%) tardó más de 5 horas para llegar al hospital. Un total de 20 (16,5%) de los usuarios tuvieron que esperar menos o igual a 20 minutos; 34 (28,1%) esperaron entre 21-40 minutos, 40 (33,1%) de ellos esperaron entre 41-60 minutos, 17 (14,1%) esperaron de 61-90 minutos y 10 (8,3%) esperaron entre 81- 90 minutos.

Según el tiempo que tuvieron que esperar, 39 (33,6%) de los usuarios lo catalogaron como bueno, 31 (26,7%) dijeron que era malo, 26 (22,4%) opinaron muy bueno: 23 (15,5%) expresaron que era excelente (Cuadro 4). De los usuarios, 77 (63,6%) manifestaron estar satisfechos con la atención prestada, 27 (22,3%) dijeron estar muy satisfechos.

Un total de 95 usuarios entrevistados con el 57 por ciento, expresaron que me trato bien, 52 con un 31 por ciento, su razón fue, me atendieron rápido, 13 con el 8 por ciento dicen me escucho atentamente y 6 de los usuarios refieren respeto mi privacidad con un 4 por ciento.

La tardanza en la asistencia fue expresada con mayor frecuencia 11 usuarios con un porcentaje de 79 por ciento, 2 respondieron: me trato mal para un 14 por ciento y solo 1 no me sentía seguro con el médico con un 7 por ciento.

Palabras claves: Grado de satisfacción, usuarios, consulta externa, gastroenterología.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La satisfacción es el sentimiento de afecto y agrado que una persona desarrolla en relación con el medio y la circunstancia en que se desenvuelve.¹ La satisfacción puede referirse como mínimo tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.²

La satisfacción del paciente es esencial cuando se trata de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria; la satisfacción del paciente es, por tanto, un indicador final del éxito de la prestación del servicio. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

En tanto, las referencias bibliográficas que evalúan la satisfacción de los usuarios en República Dominicana, no están bien documentadas, o por lo menos, no encontradas en las referencias consultadas. Por lo tanto, pretendemos dar un enfoque general de grado de satisfacción de los usuarios del servicio de salud a nivel mundial y resaltar los diferentes estudios realizados en el Distrito Nacional y provincia Santo Domingo para medir la satisfacción de los usuarios de salud en sentido general.

En República Dominicana existe un problema serio de cobertura de los servicios de salud, que deja fuera una gran parte de la población, principalmente a los sectores más necesitados. De hecho la utilización de los hospitales de Salud Pública se reduce notablemente con el ingreso, la cobertura del Seguro Médico y la residencia en zona urbana.³

Algunos estudios internacionales han verificado la satisfacción en el trato con el personal sanitario. Por ejemplo, un estudio realizado en Barcelona⁴ determinó que 48,1 por ciento de los entrevistados otorgan al médico una calificación de 10, y el mismo porcentaje lo otorgan a las enfermeras. En ese mismo estudio el 29,3 por ciento de la población da una puntuación de 10 y el 3.4 por ciento una puntuaciones iguales o inferiores a cinco con relación a la satisfacción con la rapidez de la asistencia. Sin embargo, en este estudio observo que las características socio demográficas influyen en los niveles de satisfacción. La satisfacción de los pacientes de más edad tendió a ser mayor en todas las áreas del cuestionario que la de los más jóvenes. Los pacientes no escolarizados o con estudios primarios mostraron mayores niveles de satisfacción.⁴

En tanto, otro estudio realizado en España⁵ también

* Médico general

** Directora Centro de Gastroenterología. Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

demonstró que el 67,4 por ciento de los pacientes valora que ha sido bien atendido, el 32,2 por ciento se considera muy bien atendido, ningún usuario calificó la atención recibida como mala o muy mala, no sabe o no contesta un 0,4 por ciento.

Estudios realizados en otros países, encontraron una tasa de satisfacción superior al 80 por ciento, en la mayoría de los casos.⁶ Otro estudio sobre la satisfacción con los servicios de atención ambulatoria¹ en la que participaron 120 usuarios, se encontró que el grado de satisfacción de los usuarios es intermedio en 44,9 por ciento, siendo los servicios de medicina y Cirugía donde los usuarios demuestran una satisfacción más completa, encontrando la mayor deficiencia dentro del área administrativa... también encontró como principales causas de insatisfacción el sistema de citas y el tiempo de espera en los consultorios.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso. La espera previa a la consulta y las dificultades para la citación son las oportunidades a mejorar expresadas de manera mayoritaria en el apartado de sugerencias.⁷

En República Dominicana existen limitaciones institucionales que influyen en la opinión desfavorable de los usuarios de sistema de salud pública.⁸ En ese mismo contexto, un estudio realizado en el Centro de Gastroenterología del hospital Dr. Luis E. Aybar refleja que el tiempo de espera y el horario de atención de los pacientes de consulta externa fueron determinante en la opinión desfavorable por parte del paciente.⁹ Los resultados expresados por sus autores establecen en promedio el grado de satisfacción; 9,2 para la satisfacción general, 9,1 laboratorio clínico, 9,6 internamiento, y 9,3 para consulta externa.

Según la encuesta del servicio de salud y satisfacción de los usuarios⁸ la falta del acceso a los servicios médicos no parece un problema crucial para la mayor parte de la población consultados sobre si es normal, que vean al médico el día que salen del hogar con ese propósito, el 73.2 por ciento indica que siempre lo ve y el 12.7 por ciento informa que casi siempre. Solo el 2.2 por ciento que muy pocas o casi nunca logra verlo. Se cuestiono también sobre la opinión que merecen médicos, enfermeras y hospitales, independientemente del servicio utilizado. El resultado fue que, por lo general, la población tiene una imagen que no es negativa. Un 65 por ciento manifestó una opinión buena o excelente de los médicos y solo 3.3 por ciento expresó una valoración de pésima o mala.

En tanto, un estudio realizado en el hospital general de la Plaza de la Salud,¹⁰ en el cual participaron 568 pacientes, determinó que los índices de satisfacción más altos correspondieron al trato de los médicos con un índice de 0.87 y los índices de insatisfacción más bajos fue de 0.70 correspondientes al espacio físico de las emergencias, seguido de 0.71 para la sala de espera.

Ahora bien, según esta encuesta existe tres aspectos del sector salud que la población describe más negativa, son el alto costo de los servicios, los pocos recursos presupuestarios y las malas condiciones que operan los hospitales públicos...

En sentido general la población tiene una imagen relativamente positiva de los servicios de salud militares, así como de las clínicas privadas y de los seguros privados. Sin embargo su opinión es menos positiva respecto al Instituto de Seguros Social (IDSS) y facilidades de la Secretaría de Estado Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).⁸

La demanda asistencial de los servicios de consulta ha ido

aumentando en los últimos años. Algunas de las causas de este incremento podrían ser el desajuste en la relación entre niveles asistenciales, factores socio demográficos asociados a un fácil acceso y el bajo nivel económico-educacional, entre otras.⁵ Lo cierto es, que los servicios de consulta externa de los hospitales son centros de atención de alta complejidad médica que no presentan restricciones de entrada a los usuarios, por lo que muchas de estas consultas no corresponderían a problemas con riesgo significativo y por lo tanto, tampoco requerirían la atención inmediata otorgada en los servicios de urgencia.

En la relación médico-paciente, el abordaje de los aspectos psicosociales mejora la satisfacción del paciente y disminuye las demandas médicos legales.¹¹

El grado de satisfacción de los pacientes es una variable que, como la calidad de vida relacionada con la salud, es evaluada directamente por los pacientes; es el resultado de las diferencias percibidas entre lo esperado y lo experimentado en diferentes dimensiones del ámbito de la salud e incluye impresiones globales específicas sobre cosas tan dispares como la actitud del personal que les ha atendido o las características del edificio que los ha albergado.⁷

En los últimos años, los países han tenido importantes transformaciones en la organización de su sistema nacional de salud, que ha involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

La Ley General de Salud del 8 de Marzo del 2001, (Ley 42-01), establece en su artículo 11, acápite a), que el estado reconoce a los residentes en el territorio nacional, el derecho de que todas las personas dispongan de servicios de salud, a la promoción de salud, prevención de enfermedad, y a la protección, recuperación y rehabilitación de salud.¹²

La Ley sobre el sistema dominicano de seguridad social promulgada el 10 de mayo del 2001 (Ley 87-01), establece un artículo 3, que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica.¹³

La calidad de atención es un requisito fundamental de la presentación de los servicios de la salud.

La evaluación de la calidad de la atención médica no es sencilla, ya que no existe una definición de la misma aceptada en forma universal, intervienen en ella varios componentes: la estructura, recursos, organización, normas, el proceso y los resultados, los que casi siempre son valorados desde el punto de vista de directivos o el personal administrativo, algunas veces desde la perspectiva de los médicos, pero en pocas ocasiones se toma en cuenta el bienestar, satisfacción y opinión del enfermo.¹⁴

Por esto, resulta interesante indagar en los motivos por los cuales los pacientes se sienten satisfechos o insatisfechos cuando prefieren consultar el servicio de consulta externa hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo y observacional que se desarrolló a través de una encuesta epidemiológica transversal con recolección de datos prospectivos, dirigida a los usuarios que asistieron a la Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar; en febrero de 2012.

Área de estudio

El área de consulta en el primer nivel del Centro de Gastroenterología. El Centro a su vez, se encuentra en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. que se encuentra en el sector de María Auxiliadora, área 4 de la región metropolitana de salud. Está delimitado, al Sur, por la calle Federico Velásquez; al Norte, por la Osvaldo Bazil; al Este, por la Albert Thomas; y al Oeste, por la Federico Bermúdez.

Universo y muestra

Durante el periodo estudiado (febrero, 2012) acudieron a la Consulta Externa 1007 pacientes, de los cuales 122 fueron de primera vez y 785, subsecuentes. La muestra consistió en la entrevista de los pacientes en la tanda seleccionada (12:00 m-4:00 pm) por día. La entrevista fue dirigida a 240 pacientes, se obtuvo respuesta de 121 (50,4%).

Criterios de inclusión

1. Pacientes que demanden atención a la Consulta externa del Centro en la semana del 20 al 24 de febrero de 2012.
2. Aceptar participar en la entrevista.
3. Pacientes mayores de 18 años.
4. No se discriminó sexo.

Criterios de exclusión

1. Paciente con alguna afección del habla o la audición.
2. Paciente con trastorno psicológico o alteración de la conciencia.
3. Los pacientes que se negaron a participar en la entrevista.

Instrumento de recolección de la información

El instrumento de recolección de datos es una adaptación de los cuestionario utilizado por Marcos D. Iraola Ferrer, Orduñez G, *et al.* Satisfacción en el servicio de Consulta externa. Informe de usuarios. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2005; 4 (2-3). (Citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas>.

Este cuestionario, elaborado en formato 8½ x 11, contienen 20 preguntas: 18 cerradas y 2 abiertas. Contiene datos sociodemográficos del usuario, tales como: edad, sexo, escolaridad, procedencia. Además de los datos sociodemográficos, contiene preguntas relacionadas con la satisfacción del usuario por el servicio prestado. Se indagó acerca del tiempo de espera para ser atendido, valoración del mismo, satisfacción del paciente frente al personal de salud, razón de insatisfacción del usuario, entre otras.

Tabulación y análisis

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamientos, para lo cual se utilizó el paquete estadístico *Microsoft word: Epi – info, versión 3.5, Microsoft Excel 2007*.

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

Los datos que fueron susceptibles de comparación fueron procesados mediante la prueba de X^2 . El nivel de significación utilizado fue de $p < 0,05$.

VII.8. Aspectos éticos

En primer lugar se solicitó permiso al dirección y al Departamento de Investigación del Centro, para ejecutar la entrevista. Los usuarios recibieron la explicación de lugar y se les leyó un documento de consentimiento informado donde todos aceptaron participar en la entrevista, se hizo el compromiso de no incluir identificación en el formulario, y finalmente, los conceptos utilizados de otros autores se sustentan con las llamadas correspondientes.

RESULTADOS

Cuadro 1. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según sea referido de otro centro de salud, edad y sexo.

Referido	Frecuencia	%
No	98	81,0
Sí	23	19,0
Total	121	100,0
Grupo edad (años)		
≤19	04	3,3
20 - 29	09	7,4
30 - 39	13	10,7
40 - 49	18	14,9
50 - 59	56	46,3
≥60	21	17,4
Total	121	100,0
Sexo		
Femenino	97	79,3
Masculino	24	20,7
Total	121	100,0

Fuente: Directa

En el cuadro 1, se registra la satisfacción de los usuarios según sea referido de otro centro de salud, el mayor número de respuesta corresponde a que 98 usuarios no fueron referidos de otro centro teniendo este un 81,0.

De los pacientes entrevistado se pudo observar que el mayor número de usuarios correspondes a personas entre 50-59 años de edad con un total de 56 para un 46,3 por ciento, la moda observada fue de 22 años, una media de 45 años y una mediana de 29.5 años. La edad de 18 y 69 años fueron los valores mínimos y máximos observados respectivamente entre los pacientes. El menor número de usuarios correspondo a la edad menor de 20 años, para un 3,3 por ciento de los entrevistados.

El sexo con mayor frecuencia asistido fue el femenino con un total de 97 usuarios entrevistados con un 79,3.

Cuadro 2. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según persona entrevistada, procedencia y escolaridad.

Entrevistado	Frecuencia	Por ciento
Familiar	5	4,3
Paciente	116	95,7
Total	121	100,0
Procedencia		
Rural	23	19,0
Urbana	98	81,0
Total	121	100,0
Escolaridad		
Analfabeto	5	4,1
Primaria	50	41,3
Secundaria	54	44,6
Técnica	5	4,1
Universitaria	7	5,8
Total	121	100,0

Fuente: Directa

De los usuarios entrevistados 116 correspondieron a los mismos pacientes para un 97,4 por ciento, mientras solo 3 de los entrevistados fueron familiares con un 2,6 por ciento del total (Tabla II).

El mayor número de usuarios reside en la zona urbana con 107 entrevistados para un 95,7 por ciento y solo 23 residen en la zona rural con un menor porcentaje de 19,0 por ciento.

Tenemos también que 54 obtuvieron un grado de escolaridad secundario para un 44,6 por ciento, 50 llegaron hasta la primaria con un 41,3 por ciento.

Cuadro 3. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según sector laboral, si obtuvo lo buscado, tiempo de llegada al hospital y el tiempo de espera para ser atendido.

Sector laboral	Frecuencia	%
Negocio propio	12	9,9
No trabaja	42	34,7
Privado	31	25,6
Público	36	29,8
Total	121	100,0
Obtuvo lo buscado		
Sí	121	100,0
No	0	0
Total	121	100,0
Tiempo de llegada al centro en min.		
≤30	12	9,9
30 - 60	46	38,0
1 - 2 horas	40	33,1
3 - 4 horas	21	17,4
≥5 horas	2	1,7

Total	121	100,0
Tiempo espera para ser atendido en min.		
≤20	20	16,5
21 - 40	34	28,1
41 - 60	40	33,1
61 - 90	17	14,1
≥91	10	8,3
Total	121	100,0

Fuente: Directa

El Cuadro 3 se observa que en el sector productivo tenemos el mayor número de usuarios 42 no trabajan con un 34,7 por ciento, seguido de los sectores público y privado con 29,8 por ciento y 25,6 por cientos respectivamente.

De los 121 usuarios encuestados, todos obtuvieron lo que buscaban para un porcentaje del 100 por ciento. Según los usuarios entrevistados tardaron menor o igual a 20 minutos para llegar al hospital, 12 usuarios para un 9,9 por ciento, 46 (38,0%) tardaron entre 30-60 minutos, 40 (33,1%) 1-2 horas, 21 (17,4%) tardó entre 3-4 horas, y 2 (1,7%) tardó más de 5 horas para llegar al hospital.

Un total de 20 (16,5%) de los usuarios tuvieron que esperar menos o igual a 20 minutos; 34 (28,1%) esperaron entre 21-40 minutos, 40 (33,1%) de ellos esperaron entre 41-60 minutos, 17 (14,1%) esperaron de 61-90 minutos y 10 (8,3%) esperaron entre 81- 90 minutos.

Cuadro 4. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012 según la valoración del tiempo y la valoración de la atención.

Valoración del tiempo	Frecuencia	Por ciento
Bueno	39	33,6
Excelente	23	15,5
Malo	31	26,7
Muy bueno	26	22,4
Muy malo	2	1,7
Total	121	100,0
Valoración de la atención		
Insatisfecha	8	6,6
Muy satisfactoria	27	22,3
Poco satisfactoria	9	7,4
Satisfactoria	77	63,6
Total	121	100,0

Fuente: Directa

Según el tiempo que tuvieron que esperar, 39 (33,6%) de los usuarios lo catalogaron como bueno, 31 (26,7%) dijeron que era malo, 26 (22,4%) opinaron muy bueno: 23 (15,5%) expresaron que era excelente (Cuadro 4). De los usuarios, 77 (63,6%) manifestaron estar satisfechos con la atención prestada, 27 (22,3%) dijeron estar muy satisfechos.

Cuadro 5. Grado de satisfacción de los usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según la razón de la valoración positiva y negativa de la atención.

Razón de la valoración positiva de la atención	Frecuencia	%
Respeto mi privacidad	11	4
Me trató bien	85	57
Me escuchó atentamente	13	8
Me atendieron rápido	12	31
Razón de la valoración negativa de la atención		
Se tardaron en atenderme	109	90,1
No me ponía atención	0	0
No me dio medicamentos	0	0
No respeto mi privacidad	0	0
No me sentía seguro con el médico	10	78,3
Me trató mal	2	1,7

Fuente: Directa

Cuadro 5. Un total de 95 usuarios entrevistados con el 57 por ciento, expresaron que me trato bien, 52 con un 31 por ciento, su razón fue, me atendieron rápido, 13 con el 8 por ciento dicen me escucho atentamente y 6 de los usuarios refieren respeto mi privacidad con un 4 por ciento.

La tardanza en la asistencia fue expresada con mayor frecuencia 11 usuarios con un porcentaje de 79 por ciento, 2 respondieron: me trato mal para un 14 por ciento y solo 1 no me sentía seguro con el médico con un 7 por ciento.

Cuadro 6. Grado de satisfacción de los usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según la preocupación del médico, si le explicaron su problema y la valoración del servicio.

Preocupación del médico	Frecuencia	Por ciento
No	4	3,4
Sí	112	96,6
Total	116	100,0
Le explicaron su problema		
No	4	3,4
Sí	112	96,6
Total	116	100,0
Valoración del servicio prestado		
Bueno	59	50,9
Excelente	19	16,4
Malo	6	5,2
Muy Bueno	32	27,6
Total	116	100,0

Fuente: Directa

Cuadro 6. Los usuarios manifestaron en un número 112 de preocupación del médico para que estos se sintieran bien, con el mayor porcentaje de satisfacción de un 96,6 por ciento y solo 4 dijeron estar insatisfechos con la preocupación del médico con un 3,4 por ciento para el menor porcentaje.

El 96,6 por ciento de los usuarios manifestaron que el médico le explico su problema con un número de 112, con el menor porcentaje de insatisfacción solo 4 dijeron que no le explicaron su problema con un 3,4 por ciento para el menor porcentaje.

De los usuarios 59 manifestaron que el servicio prestado era bueno para un 50,9 por ciento, 32 expresaron ser muy bueno con un 27,6 por ciento, 19 dijeron ser excelente con un 16,4 por ciento, y solo 6 del total de los usuarios catalogaron el servicio prestado como malo para el menor porcentaje de 5,2 por ciento.

Cuadro 7. Grado de satisfacción de los usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según, que le gusta y no le gusta del hospital y según su opinión del área de consulta.

Que le gusta del hospital	Frecuencia	Porcentaje en los Usuarios entrevistados
Que es gratis	39	33.6
Las buenas condiciones físicas del lugar	63	54.3
El acceso fácil a la emergencia	20	17.2
Buen trato por el personal de salud	93	80.1
Atención rápida	64	55.1
Que no le gusta del hospital		
Nunca hay utensilios médicos	17	14.6
No responde	66	56.8
No atención rápida	32	27.5
Mal trato por el personal de salud	8	6.8
La falta de condiciones físicas del lugar	5	4.3
Opinión para consulta externa		
Limpio	107	92.24
Es de fácil acceso	39	33.6
El personal es amable	65	56.0
Cómodo	102	87.9

Fuente: Directo

Cuadro 7. De los usuarios 93 refieren buen trato por el personal de salud para un 80.1 por ciento del total de usuarios entrevistados, 64 le gusta la atención rápida con un 55.1 por

ciento, 63 le atrajo las buenas condiciones físicas del lugar

Con el 54.3 por ciento, 39 dijeron que es gratis con un 33.6 por ciento, y 20 de los usuarios refieren el acceso rápido a la emergencia con un 17.2 por ciento de todos los usuarios entrevistados.

De los usuarios 66 no dieron razón de insatisfacción hacia el hospital obteniendo el mayor porcentaje 56.8 por ciento, seguido de 32 con no atención rápida con un 27.5 por ciento, 17 manifestaron, nunca hay utensilios médicos con el 14.6 por ciento, 8 dijeron mal trato por el personal de salud para un 6.8 por ciento y solo 5 expresaron la falta de condiciones físicas del lugar para un 4.3 por ciento del total entrevistados.

De los entrevistados 107 usuario dijo estar limpia el área de consulta externa para un 92.24 por ciento, 102 dijo ser cómodo con un 87.9 por ciento, 65 manifestó el personal es amable para un 56.0 por ciento y 39 dijo ser de fácil acceso con un 33.6 por ciento del total entrevistado.

Cuadro 8. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según, confor de la consulta externa y si regresaría a la consulta.

Urgencias Confortable	Frecuencia	Por ciento
Si	121	100,0
No	0	0
Total	116	100,0
Regresaría a la urgencias		
No	5	4,3
Si	111	95,7
Total	121	100,0
Opinión que debería mejorar el hospital		
Disminución del tiempo de espera	42	36.2
La amabilidad del personal de salud	6	5.1
Mayor personal médico	4	3.4
No responde	49	42.2
Que los suministros médicos sean suficientes	34	29.3

Fuente: Directa

Cuadro 8. Los 116 usuarios entrevistados manifestaron ser confortable el área de consulta externa expresado con el 100 por ciento.

De los usuarios 111 expresaron su satisfacción de volver a solicitar los servicios en el área de urgencia con un porcentaje de 95,7 por ciento y solo 5 dijeron no estar satisfecho razón por la cual no regresarían al área con un 4,3 por ciento.

De los entrevistados 49 no expresaron razón de mejoría del área de urgencia con un 42.2 por ciento, 42 dijeron disminución del tiempo de espera para un 36.2 por ciento, 34

dijeron que los suministros médicos sea suficientes con un 29.3 por ciento, 6 expresaron, la amabilidad del personal de salud con el 5.1 por ciento y solo 4 dijeron mayor personal médico con un 3.4 por ciento del total de usuarios entrevistados.

Cuadro 9. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según, distribución de la escolaridad en función del sexo y valoración del tiempo en función del sexo

Sexo			
Escolaridad	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Analfabeto	1 (1)	4 (3)	5 (4)
Primaria	14 (12)	27 (23)	41 (35)
Secundaria	28 (25)	25 (21)	53 (46)
Técnica	2 (2)	3 (3)	5 (5)
Universitaria	5 (4)	7 (6)	12 (10)
Total	50 (44)	66 (56)	116 (100,0)
Valoración tiempo			
Bueno	11 (9)	28 (25)	39 (34)
Excelente	6 (5)	12 (10)	18 (15)
Malo	19(17)	12 (10)	31 (27)
Muy bueno	13 (11)	13 (11)	26 (22)
Muy malo	1 (1)	1 (1)	2 (2)
Total	50 (43)	66 (57)	116 (100)

Fuente: Directa

Cuadro 9. De los entrevistados 28 usuarios (25 %) pertenecía al sexo femenino de escolaridad secundaria, y 25 usuarios (21%) correspondía el sexo masculino de igual grado de escolaridad. En tanto, 27 usuarios (23%) masculino correspondían a la primaria. Para ambos sexos el grado de escolaridad más frecuente correspondió a la secundaria, 53 usuarios para un 46 por ciento. Cinco usuarios (4%) eran analfabeta, 3 masculinos y 1 femenino.

Un numero de 12 (10%) usuarios de sexo masculino y 6 del sexo femenino (5%) catalogaron de excelente el tiempo de espera, mientras en la valoración de muy bueno tuvieron el mismo número de usuarios en ambos sexos para un total de 26 (22%); 20 usuario del sexo femenino dijeron ser malo y muy malo para un (18%) y solo 13 usuarios de sexo masculino lo catalogaron malo o muy malo con un (16%).

Cuadro 10. De los usuarios 18 (16%) consideraron como excelente el tiempo de espera menor o igual 19 minutos; 25 (21%) usuarios catalogaron como muy bueno igual tiempo de espera. Mientras que la espera de 20 a 40 minutos fue catalogada por 17 (15%) usuarios como malo; así mismo, la espera de más de 41 minutos fue considerada como malo o muy mala por 16 (14%) usuarios.

Un total de 48 usuarios que demoraron menos o igual a 19 minutos en llegar al hospital fueron atendidos en igual o menor lapso de tiempo, en tanto 26 usuarios que llegaron en menos de 19 minutos, fueron atendidos en un tiempo de 21 a 40 minutos; mientras solo 2 usuarios tardaron más de 60

minutos en llegar al hospital pero fueron atendidos en menos o igual de 19 minutos, en contraste con 8 usuarios que llegaron en igual o menor de 19 minutos trascurrieron más de 41 minutos hasta ser atendido.

Cuadro 11 Las edades comprendidas entre 20 a 29 años fueron las mayores en frecuencia obteniendo 31 (26.7%) del sexo femenino y 25 (21.6%) del sexo masculino; 14 (12.1%) usuarios masculinos tuvieron menos o igual a 19 años y solo 3 (2.6%) fueron femenino, de 30 a 39 años tuvieron 12

(10.3%) del sexo masculino y 9 (7.8%) del sexo femenino y las edades que con menor frecuencia fue atendida es de 50 a 59 años con solo 4(3.4%) del sexo masculino y con más de 60 años 3(2.6%) usuarios femenino y solo 2 (1.7%) usuarios masculino. El sexo masculino fue el de mayor presencia en ser atendido en 20 minutos o menos, con 40 (34.5%) usuarios. En tanto, 25 (21.5%) usuarios de sexo femenino fue atendido en 20 minutos o menos.

Grupo tiempo espera						
Valoración tiempo	≤19 (%)	20 – 39 (%)	40 – 59 (%)	60 -79(%)	≥80(%)	Total (%)
Bueno	12 (10.35)	26 (22.41)	0 (0)	0 (0)	1 (0.86)	39 (33.62)
Excelente	18 (15.51)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (15.51)
Malo	1 (0.86)	10 (8.63)	10 (8.63)	6 (5.17)	4 (3.45)	31(26.74)
Muy bueno	21 (18.10)	5 (4.31)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	26 (22.41)
Muy malo	0 (0)	0 (0)	1 (0.86)	0 (0)	1 (0.86)	2 (1.72)
Total	52 (44.82)	41 (35.35)	11 (9.49)	6 (5.17)	6 (5.17)	116 (100)
Tiempo llegada						
≤19	31 (26.73)	17 (14.66)	4 (3.45)	2 (1.72)	3 (2.59)	57 (49.15)
20 - 39	12 (10.34)	17 (14.66)	5 (4.31)	1 (0.86)	2 (1.72)	37 (31.89)
40 - 59	4 (3.45)	1 (0.86)	1 (0.86)	3 (2.59)	0 (0)	9 (7.76)
60 - 79	3 (2.59)	6 (5.17)	1 (0.86)	0 (0)	1 (0.86)	11 (9.48)
≥80	2 (1.72)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1.72)
Total	52 (44.83)	41 (35.35)	11 (9.48)	6 (5.17)	6 (5.17)	116 (100)

Cuadro 10 Grado de satisfacción de los usuarios que asistieron a la consulta externa del centro febrero 2012, según tiempo de llegada en función del tiempo de espera para ser atendido y valoración tiempo en función del tiempo de espera.

Fuente: Directa

Cuadro 11 Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según la preocupación del médico y la explicación del problema.

Sexo			
Preocupación del médico	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)
No	2 (2)	2 (2)	4 (4)
Si	48 (41)	64 (55)	112 (96)
Total	50 (43)	66 (57)	116(100,0)
Explicación problema			
No	2 (2)	2 (2)	4 (4)
Si	48 (41)	64 (55)	112 (96)
Total	50 (43)	66 (57)	116 (100)

Fuente: Directa

Cuadro 12. El grado de escolaridad con mayor presencia entre los entrevistados correspondió al nivel secundario con 53 usuarios (45.6%), en el cual el grupo de edad de 20 a 29 años tuvo su mayor presencia con 28 (24.14%) usuarios, así mismo seguido a este, el nivel primario tuvo 41 usuarios en total para un 35.34 por ciento del cual los grupos de edades de mayor frecuencia fueron de 20 a 40 años con 24(20.68 por ciento) usuarios, 12 (10.34%)usuarios corresponden al nivel universitarios , y solo 5(4.3%) fueron analfabetos.

Los grados de escolaridad que mejor valoraron el servicio prestado fueron de igual manera el nivel primario y el secundario ambos con 8 usuarios con un 6,91por ciento, seguido de 16 (13.7%) usuarios del nivel secundario dijeron ser muy bueno , mientras el nivel universitario 8 (6.91por ciento) usuarios expresaron ser bueno y solo 1(0.86%) dijo ser malo; en tanto los

usuarios analfabetos 2 (1.72%) dijo ser excelente, 2 (1.72%) bueno y solo 1(0.86 %) catalogo el servicio de malo.

Tabla Cuadro 12. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según, grupo de edad en función de la escolaridad.

Grupo de edad	Escolaridad					Total (%)
	Analfabeto (%)	Primaria (%)	Secundaria (%)	Técnica (%)	Universitaria (%)	
≤19	0 (0)	5 (4.31)	12 (10.34)	0(0)	0(0)	17(14.65)
20 - 29	2 (1.73)	12 (10.34)	28 (24.14)	3 (2.59)	11 (9.48)	56(48.28)
30- 39	0 (0)	12(10.34)	6(5.17)	2(1.73)	1(0.86)	21(18.1)
40 - 49	0(0)	6(5.17)	7(6.03)	0(0)	0(0)	13(11.2)
50 - 59	1(0.86)	3(2.59)	0(0)	0(0)	0 (0)	4(3.45)
60- 67	2(1.73)	3(2.59)	0(0)	0(0)	0(0)	5(4.32)
Total	5(4.32)	41(35.34)	53(45.68)	5(4.32)	12(10.34)	116(100)
Servicio prestado						
Buen	2(1.72)	22(18.96)	27(23.27)	0 (0)	8 (6.919)	59(50.86)
Excelente	2(1.72)	8(6.91)	8(6.91)	1(0,86)	0(0)	19(16.4)
Malo	1(0.86)	2(1.72)	2(1.72)	0(0)	1 (0.86)	6(5.16)
Muy bueno	0(0)	9(7.77)	16(13.79)	4(3.44)	3 (2.58)	32(27.58)
Total	5(4.3)	41(35.36)	53(45.69)	5(4.3)	12 (10.35)	116(100)

Fuente: Directa

Cuadro 13. El grupo de edad de 20 a 29 años fue el que mejor valoró como excelente el servicio prestado con 8 (6.89%) usuarios, de igual forma este grupo de edad valoró como muy buen el servicio prestado con 16 usuarios con un 13.82 por ciento, así mismo también fue el que peor valoró el servicio con un número de 4 usuarios para un 3.44 por ciento de los entrevistados.

El sector laboral con mayor presencia entre los entrevistados correspondió a los desempleados con 42 (36.21%) usuarios, de los cuales 24 (20.68%) catalogaron al servicio prestado como bueno, 5 (4.32 por ciento) usuarios lo observaron excelente y 4 (3.45%) usuarios lo presenciaron como malo. La calificación mayor de excelente correspondió al nivel privado con 7 usuarios (6.03%). La mayor calificación de los empleados públicos, 17 (14.65 %) catalogo el servicio como bueno y solo 2 (1.72 %) dijeron ser malo.

Cuadro 13. Grado de satisfacción de lo usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según servicio prestado, grupo de edad y sector laboral.

Servicio prestado					
Grupo de edad	Bueno (%)	Excelente (%)	Malo (%)	Muy Bueno (%)	Total (%)
≤19	8 (6.89)	3 (2.58)	0 (0)	6 (5.20)	17 (14.67)
20- 29	28 (24.13)	8 (6.89)	4 (3.44)	16 (13.82)	56 (48.28)
30 - 39	13 (11.21)	2 (1.72)	0 (0)	6 (5.20)	21 (18.13)
40 - 49	4 (3.44)	3 (2.58)	2 (1.72)	4 (3.44)	13 (11.18)
50 - 59	2 (1.72)	2 (1.72)	0 (0)	0 (0)	4 (3.44)
≥ 60	4 (3.44)	1 (0.86)	0 (0)	0 (0)	5 (4.3)
Total	59 (50.83)	19 (16.35)	6 (5.16)	32 (27.66)	116 (100)
Sector laboral					
Negocio propio	5 (4.31)	3 (2.58)	0 (0)	4 (3.45)	12 (10.34)
No trabaja	24 (20.68)	5 (4.32)	4 (3.45)	9 (7.76)	42 (36.21)
Privado	13 (11.20)	7 (6.03)	0 (0)	11 (9.50)	31 (26.73)
Público	17 (14.65)	4 (3.45)	2 (1.72)	8 (6.90)	31 (26.72)
Total	59 (50.84)	19 (16.38)	6 (5.17)	32 (27.61)	116 (100)

Fuente: Directa

Cuadro 14. Grado de satisfacción de los usuarios que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Febrero, 2012, según servicio prestado en función del sexo y procedencia en función del sexo.

Sexo			
Servicio prestado	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Bueno	30 (25.86)	29 (25.0)	59 (50.86)
Excelente	5 (4.32)	14(12.06)	19 (16.38)
Malo	2 (1.72)	4(3.44)	6 (5.16)
Muy bueno	13 (11.20)	19(16.4)	32 (27.6)
Total	50 (43.10)	66(56.90)	116 (100)
Procedencia			
	Rural	Urbana	Total
Femenino	4 (3.44)	46 (39.65)	50 (43.09)
Masculino	5 (4.31)	61 (52.6)	66 (56.9)
Total	9 (7.75)	107 (92.25)	116 (100)

Fuente: Directa

Cuadro 15. La mayor valoración del servicio como excelente correspondió al sexo masculino con 14 (12.06%) usuarios y solo 5 usuarios femeninos afirmaron lo mismo. La mayor valoración del sexo femenino y masculino correspondió como bueno con 30 (25.86 %) y 29 (25 %) usuarios, correspondientemente.

La procedencia urbana fue la de mayor presencia entre los usuarios entrevistado con 107 para un 92.25 por ciento; de los cuales 61(52.6%) usuarios fueron masculino y 46 (39.65 %) correspondió al sexo femenino; solo 9 (7.75%) usuarios procedieron de la zona rural.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la satisfacción de las personas en edad comprendida entre 50-59 años de fue de 96.4 por ciento contrario a lo que expresaron Vilana González, *et al*⁴ en su estudio en el cual la satisfacción de los pacientes de más edad tendió a ser mayor que la de los más jóvenes.

En la presente encuesta se demuestra que a mayor grado de escolaridad están más satisfechos con el servicio prestado en consulta externa; Contrario a lo encontrado por Vilana González, *et al*⁴ que demostró que los pacientes no escolarizados o con estudios primarios mostraron mayores niveles de satisfacción.

Aun considerando que el tiempo de espera de los usuarios antes de ser atendido por el personal médico de consulta externa fue relativamente breve, estos expresaban opiniones considerable a disminuir del tiempo de espera, que de cierta forma incide en la opinión de satisfacción por parte del paciente, al igual que un estudio realizado en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, refleja que el tiempo de espera fue determinante en la opinión desfavorable por parte del paciente.⁹

Al igual que un estudio publicado por la encuesta del servicio de salud y satisfacción de los usuarios⁸ determinamos

que el acceso a los servicios médicos no parece un problema ya que 77,0 por ciento de los pacientes en nuestro estudio llegaron en 20 minutos o menos al hospital.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por otros autores⁸ en la cual establecieron en un 65,0 por ciento manifestó una opinión buena o excelente de los médicos y solo 3,3 por ciento expresó una valoración de pésimo o malo

Semejante a nuestro estudio Carrasco,⁹ *et al* establecen en promedio el grado de satisfacción 9,2 para la satisfacción general. En tanto hay marcadas diferencias con los encontrados por Estrella Ramia,¹⁰ *et al* que determinó que los índices de satisfacción más altos correspondieron al trato de los médicos con un índice de 0,87.

Ahora bien, según nuestra encuesta los pocos recursos médicos y la disminución del tiempo de espera fueron las condiciones negativas que más señalaron los usuarios del servicio de urgencias del hospital.

REFERENCIAS

1. Olazo V, Martínez C, Saco S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital de apoyo, noviembre 1999 a enero del 2000. Minsa, España. (Citado 2008 Jul 22). Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/espanol/>
2. De la Rosa C, Alemán M, Cañizares P, Ibarra A, Satisfacción de los pacientes con la atención médica, *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(5): 541-7. La Habana, Cuba. (citado 2008 sept 29) Disponible en: <http://bvs.sld.cu/>
3. Nova Rosa M, Carrión Báez N, Marmolejos López I. Nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del hospital general Plaza de la Salud en el periodo enero-mayo 2005. Tesis para optar por: especialista en medicina familiar y comunitaria, UNIBE, 2005.
4. Vilana González J. Hacia la madurez de la evaluación de la satisfacción de los pacientes hospitalizados. 2006. [citado 2008 Sep 28]. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org>
5. Dueso J, Hernández M. Cirugía Menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios, revista de la semgn° 52 - marzo 2003; 191-196.
6. Estrella Ramia G, Pumarol J. Percepción de la calidad de atención por los usuarios que acuden a las emergencias del hospital general Plaza de la Salud, abril-mayo 2008. Trabajo para optar por: Médico Especialista en Emergencias y Desastres. UNIBE, 2008.
7. Gómez Vaquero C, Guillamont Salvador J, Salazar A, (et al)... Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias hospital, universidad de Bellvitge, Barcelona. 2005. (citado 2008 sept 29) Disponible en: <http://bvs.sld.cu/>
8. Fundación Siglo 21. ESU-96 utilización de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios de Santo Domingo, Rep. Dom. 1997.
9. Carrasco Y, Cruz J, Paulino J. Satisfacción de los usuarios que demandan atención al centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar, Abril 2007, (tesis para optar por doctor en medicina), Universidad Autónoma de Santo Domingo, Rep. Dom. 2007.
10. Estrella Ramia G, Pumarol J. Percepción de la

- calidad de atención por los usuarios que acuden a las emergencias del hospital general Plaza de la Salud, abril-mayo 2008. Trabajo para optar por: Médico Especialista en Emergencias y Desastres. UNIBE, 2008.
11. Fernández M, Bandres M, Guevara X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Rev Med Hered* 14 (4), 2003 175, Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org>.
 12. Ley No. 42-01. Ley general de salud, promulgada el 8 de marzo, Santo Domingo, República Dominicana. 2001
 13. Ley No. 87.01 sobre el sistema dominicano de seguridad social, promulgada el 10 de mayo. Santo Domingo, República Dominicana. 2001.
 14. Gutiérrez S, Cholula G, Escarpín C. Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía General de segundo nivel, Abril-Junio 2008, *Cirujano General* Vol. 30 Núm. 2 – 2008, se consigue en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e1-indic.htm>
 15. Villarreal Amaris G, Month Arrieta E. Oportunidades perdidas de atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud sincelejo, 2003. [periódico en la Internet]. 2007. [citado 2008 Sep 28]. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org>.
 16. Pérez Camarero S, Hidalgo Vega A, del Llano Señarís J. Calidad, satisfacción y sanidad público-privada. [Periódico en la Internet]. 2007. [citado 2008 Sep 28]. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org>.
 17. Coronado J, Mateo A, Pérez N, Ramírez B, Vargas W, Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios que demandan atención a las emergencias del Hospital Dr. Luís E. Aybar (monográfico para optar por el título de Doctor en Medicina.) universidad Autónoma de Santo Domingo, Rep. Dom. 2003.
 18. Carrasco Y, Cruz JL, Paulino J. Satisfacción de los usuarios que demandan atención al Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Abril 2007. [tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD): Distrito Nacional (Rep. Dom): 2007.
 19. Gil More C, Demoraes H. Manual de gerencia de la calidad. Manual operativo PALTEX. OPS/OMS. Vol. III No. 9. 1996.
 20. Cabrero García J, Martínez M, Reig Ferrer A. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Universidad de Alicante. 1993.
 21. «Calidad». Diccionario de la lengua española. Fuente electrónica [en línea]. Madrid, España: Real Academia Española. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draef/>
 22. Lora Cepeda N, Carvajal Castro N. Impacto de la satisfacción laboral en la productividad en un departamento de ventas al detalle (tesis para optar para licenciatura en psicología industrial), Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) 1999, Santo Domingo, Rep Dom.
 23. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria.1994. (Citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://books.google.com/>
 24. Gómez I, Merán S, Oviedo S, *et al.* Grado de satisfacción de los usuarios asistidos a la consulta externa de la Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar, periodo octubre –Noviembre 2003, universidad Autónoma de Santo Domingo.
 25. Pérez Montaut M, Carrido Becera I. sistema de garantía de calidad en urgencias y emergencias, Málaga, España.1998.
 26. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias: Indicadores de calidad. España.2001.
 27. Alves de Paiva M, Ribas Gomes L, Evaluación de la satisfacción de los usuarios durante la estancia hospitalaria. Universidad de San Paulo. (citado 2008 sept 29) Disponible en: <http://bvs.sld.cu/>
 28. Luz Bascuñán R. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Universidad de Chile. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 11-6. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/>
 29. Cubero Menéndez O, Parellada Blanco J, Morejón Téllez L. Indicadores de atención al paciente grave en el Centro de Urgencia. La Habana, Cuba. 2000. (citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revista/>
 30. Espinosa de los Monteros J, Hermosilla Gago T, Briones Pérez de E, (et al)... Descripción de iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos, España. 2006. (citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revista/>
 31. Marcos LR, García S, Brown M. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del presente, Madrid: Espasa 2001. (citado 2008 Jul 22). Disponible en: www.Cochrane.com
 32. Rodríguez de Tejera N. Nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce, Junio-Julio del 2004. (citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revista/>
 33. Mara Neves F, Pereira M, Bistafa J, (et al)... Tecnologías leves como generadoras de satisfacción em usuários de uma unidade de saúde da família. Interface (Botucatu) [periódico en la Internet]. 2007 Dic [citado 2008 Sep 24]; 11(23): 515-529. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
 34. Alvarez P, Eugenio A, Pérez S, *et al.* Satisfacción que tiene el usuario de la atención brindada por un Centro de Salud de la Comuna de La Pintana. Santiago, Chile. (citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://search.bvsalud.org>
 35. Lorenzo S. La gestión de la calidad: de los modelos a la excelencia, Fundación Hospital Alcorcón. (Consultado 2008 Ago 30). Disponible en <http://db.doyma.es>
 36. Lahaba N, Santos L. La gestión del conocimiento: una nueva perspectiva en la gerencia de las organizaciones, febrero 2001. La Habana, Cuba. (Citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://bvs.sld.cu>
 37. Pérez de Alejo B, García Diez P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer* v.21 n.2 Ciudad

- de la Habana Mayo-ago 2005. (Citado 2008 Jul Disponible en: www.scielo.sld.cu)
38. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con la salud: herramientas disponibles y síntesis de la evidencia. España. (Citado 2008 Jul 22). Disponible en: www.Cochrane.com
 39. Rodríguez Trigo G, Peiró M, Fernández Nolla. Grado de satisfacción de médicos y pacientes en atención primaria con un nuevo esquema asistencial neumológico Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. 2003.
 40. Marcos D, Iraola Ferrer, Orduñez G, (et al)... Satisfacción en el servicio de urgencias. Informe de usuarios. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2005; 4 (2-3). (Citado 2008 Jul 22). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas>
 41. Plaza V, Rodríguez Trigo G, Peiró M, (et al)... Grado de satisfacción de médicos y pacientes en atención primaria con un nuevo esquema asistencial neumológico. Arch Bronconeumol 2003; 39: 57 – 61. (Citado 2008 Jul 22) disponible en: <http://www.archbronconeumol.org>
 42. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev Panam Salud Publica [periódico en la Internet]. 2006 Jun [citado 2008 Sep 24]; 19(6): 394-402. Disponible en: <http://www.scielosp.org>
 43. Rico Camejo E, Mena Pérez N, Concepción Alfonso M. Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico Pedro Borrás Astorga Pinar del Río, Cuba. [periódico en la Internet]. [citado 2008 Sep 24]. . 2002. Disponible en: <http://www.scielo.br>
 44. Chang de la Rosa M, Alemán Lage M, Cañizares Pérez M, Ibarra Ana M. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 1999 [citado 2008 Sep 24]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
 45. Andrade OlazoV, Martínez Cevallos C, Saco Méndez S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital de apoyo N.º 1 - Minsa - Cusco de Noviembre de 1999 a Enero del 2000. [Citado 2008 Sep 29]. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org>
 46. Belenguertarin M, González Cano J, Aliaga Abad F. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud junio 2002, Universidad de Valencia. Disponible en: URL:<http://www.atencionprimaria.com/revista>.
 47. Guarnizo C, Pérez J, Rodríguez E, (et al)... Satisfacción subjetiva en pacientes intervenidos de cirugía endoscópica nasosinusal, hospital general universitario de Murcia. España, 2003. (Citado 2008 Jul 22) Disponible en: www.medigraphic.com/espanol/e1-indic.htm.
 48. Gutiérrez Fernández R, Deming EW. La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad percibida, «Evaluación de la calidad, satisfacción del paciente y gasto sanitario», SESCAM. Toledo, España, 2003.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

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

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirse en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-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, Minial-Sánchez LE, Majía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se 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".