



FUNDADA EN 1902

DR-ISSN-0254-4504
ADOERBIO 001

Revista Médica Dominicana

Vol. 74

Enero/abril, 2013

Nº. 1

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 VIMONT SRL.
Tel. 809.531.2644
Miguel Ángel Monclús No.464
Bella Vista, Distrito Nacional, R.D.

© 2013

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
Dra. Bartolina Romero
Dr. Rubén Darío Pimentel
2012-2013



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. Inés 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



Revista Médica Dominicana

Vol. 74

Enero/abril, 2013

Nº. 1

CONTENIDO

EDITORIAL

5. Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina. *Rubén Darío Pimentel*

11. Prevalencia de cirugía estética de las mamas en el departamento de cirugía plástica del hospital Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana. *Severo Mercedes, Manuel Díaz, Tomas Aquino Méndez Feliz, Emmanuel Pérez Peña, Marcos Daniel Pumarol Nin.*

TRABAJOS ORIGINALES

15. Incidencia y manejo del trauma de mano en los pacientes atendidos por el departamento de cirugía plástica, reconstructiva y estética, (RENACIP), en el hospital Doctor Salvador B. Gautier. *Severo A. Mercedes Acosta, Ramón Sabala, Evelio Abel González, Yulissa Massiel Infante, Glorinil Carmina Mercedes Germán.*

19. Manifestaciones neuropsiquiátricas en una población de mujeres con lupus eritematoso sistémico. *Isanny Y. Méndez Chalas, Mercedes A. Melo Navarro, Meliza Mercedes Mercedes, Zoila Escobar, Arlette Rosa de Sarubbi.*

23. Mortalidad en agentes de la Policía Nacional en servicio. República Dominicana. *Nelson Encarnación Santanan, Juan Carlos Rondón Mejía, Crisalis Fernanda Hernández Valerio, Jorge Asjana David, Rafael Monter.*

27. Frecuencia de toxoplasmosis en adolescentes embarazadas que asistieron al hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Keysody E. Sepulveda C., Hendrix R. Tejada Álvarez, Katlien Y. Pérez Félix, Jordania Y. Vázquez Santana, Pamela F. Segura Sosa, Esmeraldo Cedeño Taveras.*

31. Complicaciones agudas de diabetes mellitus en el hospital Dr. Salvador B. Gautier, República Dominicana. *Ángela María Lora Vargas, Claribel Mateo Montilla, Gabriel Eugenio Polanco Silvestre, Héctor López Zorrilla.*

35. Diagnóstico de dengue en el hospital Dr. Antonio Musa según la nueva clasificación, 2011. *Leyni Ernesto Lazala, Carolina Aquino Santana, Juan Carlos Rondón Mejía, Miguel Polonio Reyes, German Deriel.*

39. Frecuencia y causas de histerectomías obstétricas hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. *Farah de la Cruz Naveo, Jheinson Rodríguez, Miriam Maloney Mones, Zoraya Victorino Cornielle, Starlin Guerrero, Esmeraldo Cedeño Taveras.*

43. Frecuencia de patologías abdominales diagnosticadas por sonografía en el centro de atención primaria, Villa Carmela. *Jennifer Carolina Nadal Fajardo, Juan Julio Reyes Matos,*

Carlos Enrique Ruz – Pau, Nathacha Yamilka Recio Ogando, Carmen Rodríguez.

45. Características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis aguda en pacientes de 3-15 años admitidos al departamento de cirugía pediátrica, hospital Militar Dr. Ramón de Lara. *Celeste Ninoska Rodríguez Nery, Ramón A. Camejo, María Caridad Segreo.*

49. Incidencia de asma bronquial en niños de 1-5 años, como factor predisponente de ausentismo escolar y laboral. *Celeste N. Rodríguez, Elsa M. Herrera De León, Silveria Alcántara Manzueta.*

55. Frecuencia de tromboembolismo pulmonar ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Dr. Luis E Aybar. *Francisco Felipe, Yuberlys Colome Matos, Catherine Ruthlyn Muzo Urbáez, Andreysis Licelotte Rodríguez Lopez, Robert Yeims Sobet Martínez.*

59. Evolución de los pacientes con diagnóstico de estenosis de uretra sometidos a uretrotomía interna endoscópica por el departamento de urología del hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. *Fausto Hernández, García Rodríguez Miguel, Collado Guzmán, Carlos Noel.*

63. Frecuencia y manejo terapéutico de faringoamigdalitis aguda evaluadas en la consulta y la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. *Ana Yissel Guzmán, Kariana Angelina Guzmán, Denny Prisila Mañón, Rubén Darío Pimentel.*

69. Frecuencia de diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes que acudieron a la consulta de ginecología en el hospital Central de las Fuerzas Armadas. *melanie Bárbara Pérez Caballero, Francina Toribio Blanco, Jhalime Atie, Nicole Veras, Hilda Hilario.*

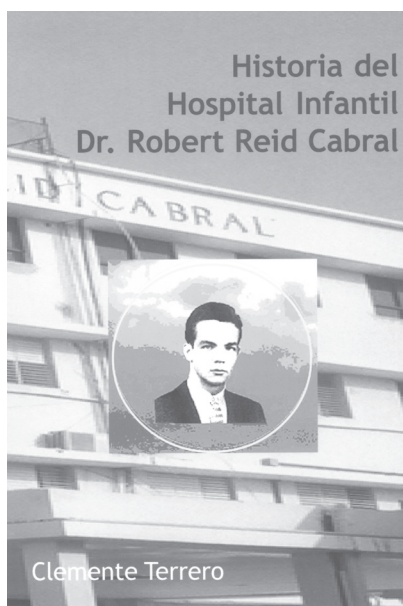
73. Perfil clínico de pacientes hipertensos crónico que acuden a consulta en la unidad de atención primaria Juana Vicenta, Samaná. *José M. Rodríguez Quezada, Lubriela De Jesús José, Cándido Guzmán Rodríguez, Sarina Dotel González, Liceluz Valera.*

77. Principales motivos de consulta en niños (as) menores de 10 años en el centro de primer nivel Marcelina Peña el Ramón, San Cristóbal. *Yocelin L. Alcántara Nivar, Vilma M. Távarez Martínez, América Migdalia González, Ana Digna Ortiz Fernández, Rafael Leopoldo Shepherd.*

81. Tiroidectomía: revisión de 1,025 casos durante 25 años en el hospital Dr. Salvador B. Gautier, IDSS. *Ymaya Jorge, Chanlatte-Baik José, Brache Ceferino, Luna Miguel, Ramírez Rolando,*

87. Conocimiento materno sobre nutrición en niños de 0 – 1 año que visitan la consulta del dispensario médico Doctora Evangelina Rodríguez. *Franklin Sasso, Patricia Acosta Espinal, María Elizabeth Germn García, Estaury Chanel Mejía Tolentino.*
91. Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el centro de cirugía plástica y especialidades Santo Domingo (CECIP). *Severo Mercedes Acosta, Carlos Regalado, Tania Medina, Glorinil Carmina Mercedes, IrwinTavarez.*
95. Factores predisponentes de hipertensión arterial en una unidad de atención primaria en la Altagracia. *miguel Antonio Pichardo Cordero, Mónica Johanna Mateo Fulcar, Jennifer Jiménez Reyes, Lucia Arredondo Gómez, Maireny Hernández Santana, María Luís Sánchez.*
99. Frecuencia de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría del hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. *francis De Óleo Reyes, Raydi Martes Milanés, Isaac Soto Santana, Rubén Darío Pimentel.*
107. Actitudes ante pornografía, masturbación, exhibicionismo y cybersexo adolescentes estudiantes de bachillerato de La Vega. *José B. Gómez C. *, Alan M. Gómez C.*
111. Conocimiento y actitudes sobre sexualidad en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel de bachillerato de la ciudad de La Vega. *José B. Gómez C. *, Alan M. Gómez C.*
117. Incidencia de la Faringo-Amigdalitis en el CPN el Maizal. *Juan Pablo Almánzar Ogando, Indhira Yohanna Santana González*
119. Abuso sexual en estudiantes de cuarto de bachillerato del liceo nocturno República de Honduras. *Fátima Vásquez, José Daniel Coronado Méndez, Fernando Sánchez Martínez, Francisco Herrera.*
123. Evolución clínica de los pacientes ingresados con diagnóstico de sepsis en la sala clínica de pediatría del hospital dr. Luis E. Aybar entre 0-5 años. *Vimary Ceballos, Taina Guerrero, Kathlien Pérez, Erick V. Félix Pérez, Edisson R. Félix Feliz.*
- CASOS CLINICOS**
129. Carcinoma escamoso de pene en la fundación hospital General el Buen Samaritano: a propósito de un caso. *Liddy A. Kiaty Figueroa, Elizabeth Valerio, Dasma Samuel Franklin Bidó, Aristóteles Bautista.*
133. Litiasis conjuntival: reporte de un caso. *claudia Virginia Hernández Rodríguez, Katherine Mercedes Rivera Fani.*
135. Esquizencefalia de labio cerrado: a propósito de un caso. *Ana Priscila Félix, Marcia Lucía Mateo, Rossi Paola Santana, Carlos W. Santoni.*
139. Intususcepción en niño de 4 meses: a propósito de un caso. *Yinel María Rossi De los Ángeles, Edinson Francisco Rosario Sánchez, Adelsis Capellán Hernández, Carolina Brito Rojas, Alberto Miguel Figueroa Monegro, Nelson Augusto Aybar Ferrando.*
143. Manejo del cáncer cérvico uterino localmente avanzado, a propósito de un caso. *Luis Moreno Sánchez, Víctor Moreno, Isabel Reyes, Lourdes Marmolejos, MSc. Franklyn Reggio.*
147. Enfermedad de takayasu: 3t a proposito de un caso. *Ivonne Brevé González, Wascar J. Suero Alcántara, Elisa Duarte, Betel Medina Medina, Waldo Suero Alcántara.*

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Historia del Hospital Infantil

Dr. Robert Reid Cabral

Autor: Dr. Clemente Terrero

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

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MIOMATOSIS UTERINA.

Rubén Darío Pimentel**

En la página 69 del presente número se incluye el artículo titulado: Frecuencia de diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología del hospital Central de las Fuerzas Armadas de los autores: Melanie Bárbara Pérez Caballero, Francina Toribio Blanco, Jhalime Atie, Nicole Veras e Hilda Hilario. Durante el mes de agosto de 2012, se estudiaron 213 pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, de las 12 (5,6%) fueron miomatosis uterina, la técnica utilizada para el levantamiento de información fue a través del registro diario de atenciones médicas.

Los miomas son una enfermedad benigna común del útero, son tumores que se inician en una sola célula de músculo liso uterino y pueden crecer en cualquier parte del útero bajo la influencia de factores de crecimiento locales, citocinas y hormonas sexuales.

La prevalencia de la miomatosis uterina en mujeres en edad fértil se calcula entre 20 y 40 por ciento, siendo más común en mujeres afroamericanas, y contando como factores de riesgo la edad, nuliparidad, tabaquismo y otros. Su incidencia acumulada para la edad de 50 años es de más del 80 por ciento en mujeres afroamericanas y 70 por ciento en mujeres caucásicas. Se han asociado con infertilidad en 5 a 10 por ciento de los casos, y se estima que se encuentran como factor único presente en 1 a 3 por ciento de los casos.

Así mismo, 12,6 por ciento de las pacientes que inician un ciclo de FIV tienen miomatosis uterina, y este número puede llegar inclusive a 25 por ciento en mujeres de edad más avanzada en ciclos de donación ovocitaria. Esto, aunado

a la probabilidad actual de prolongar la vida reproductiva con el consecuente aumento en la prevalencia de la enfermedad, la sitúa en un papel preponderante dentro del área reproductiva.

Se ha clasificado a los miomas uterinos como submucosos si distorsionan la cavidad uterina, intramurales si residen predominantemente dentro de la pared miometrial uterina y subserosos si protruyen fuera de la superficie uterina.

El número y localización de los miomas correlaciona con los síntomas y el efecto en la fertilidad. La asociación de la miomatosis uterina con la infertilidad continúa siendo controversial, al igual que su tratamiento; sin embargo, se ha observado en estudios incluyendo todos los tipos de miomas, disminución en la tasa de implantación (RR 0.75 95% IC 0.63-0.89) al compararlos con grupos de control de pacientes

infértiles.

En este ámbito se ha observado mayor efecto deletéreo en la implantación y placentación de los miomas submucosos, y los miomas intramurales que distorsionan la cavidad uterina (mayores a 5 cm de diámetro), que es el papel que juegan los miomas intramurales sin afección de la cavidad

Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina

La relación de la miomatosis uterina con la infertilidad es un tema controvertido y ampliamente revisado; sin embargo, a pesar de la cantidad de estudios en el tema, existen problemas conceptuales y de diseño que hacen difícil emitir resultados absolutos.

Se encuentran como patología asociada en 5-10 por ciento de las pacientes con infertilidad; sin embargo se observan como factor único asociado solamente en 2 a 3 por ciento de las pacientes. También a favor de las teorías que los involucran como causal de infertilidad se puede mencionar que en cohortes de pacientes con infertilidad inexplicada, pero con miomatosis uterina, 11 por ciento logran concebir a pesar de ellos, comparado con el 25 por ciento de los que no los tienen y 42 por ciento de las mujeres con miomectomía laparoscópica. No se ha evaluado adecuadamente el impacto de la miomectomía en el riesgo de pérdida gestacional, se cuenta solamente con estudios retrospectivos que muestran una tasa de aborto de 19 por ciento posterior a cirugía comparada con una tasa de 41 por ciento previa a la misma.

En estudios genéticos de pacientes con miomatosis uterina se ha observado que la expresión de los genes HOXA 10 y HOXA 11 se encuentra disminuida de manera importante en úteros con miomas submucosos, esto relacionado a la alteración en la receptividad endometrial asociada de manera teórica al padecimiento. Llama la atención a este respecto que en modelos murinos se ha asociado esta alteración con esterilidad, que en estos mismos modelos, al cultivar células endometriales cuando hay fluido procedente de hidrosalpinx, se repite el patrón referido, y que este efecto se ha observado a lo largo de toda la cavidad endometrial y no solamente en la superficie del área afectada por el mioma. Así mismo, aun cuando los miomas intramurales no se asocian a cambios significativos en estos marcadores si existen tendencias hacia menores concentraciones, por lo que se ha teorizado que pudiera deberse a que este es un efecto de una molécula de señalización originada en el mismo, y al existir una mayor distancia de su origen a la cavidad endometrial en miomas intramurales, debe existir una menor concentración de la misma, limitando su efecto final.

*Jefe Departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

Dirigir toda comunicación a Rubén Darío Pimentel. e-mail: dr.pimentelrld@gmail.com

Los síntomas de la miomatosis uterina incluyen: presión pélvica, dolor, síntomas urinarios o rectales, falla reproductiva y sangrado uterino anormal. La mayor parte de los miomas cursan asintomáticos y se ha observado que sólo 30 por ciento de las mujeres con miomatosis uterina diagnóstica endometrial, y los subserosos más controversiales. Lo anterior corresponde con tasas de embarazo e implantación muy disminuidas en pacientes con miomas submucosos y cavidades endometriales anormales, RR 0.32 (95% IC 0.13-0.70) y RR 0.28 (05% IC 0.10-0.72), respectivamente.

Los principales efectos por los que los miomas uterinos pueden influir en la infertilidad son: la interferencia con el transporte espermático (distorsión anatómica, deformación de la cavidad endometrial, alteración en la contractilidad uterina, obstrucción de ostia tubaria) y la falla en la implantación (alteración anatómica del endometrio, alteración en el aclaramiento de sangre o coágulos, alteración del desarrollo endometrial normal, inflamación endometrial crónica, factores endocrinos locales anormales). En el tratamiento de esta patología se han desarrollado múltiples opciones, desde la histerectomía en sus diversos abordajes quirúrgicos, miomectomía, que continúa siendo el patrón de referencia de tratamiento conservador de la patología, abordajes de “mínima invasión” como la embolización selectiva, la ablación ultrasonográfica guiada por ultrasonido y los tratamientos médicos.

En este documento se revisan los conceptos generales del diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina.

La relación entre miomatosis uterina e infertilidad ha sido una interrogante importante a través del tiempo, actualmente se acepta que los miomas submucosos generan alteraciones en fertilidad y que por tanto deben removerse previo a cualquier tratamiento relativo a fertilidad.

Existen diversas opciones terapéuticas conservadoras para la miomatosis uterina; sin embargo, no todas ellas son susceptibles de ser realizadas en pacientes que desean conservar la fertilidad. En este escrito se observan las comparaciones entre estos procedimientos, en busca de la mejor alternativa para pacientes infértiles.

La relación de la miomatosis uterina con la infertilidad es un tema controvertido y ampliamente revisado; sin Lineamientos en infertilidad da en estudio de imagen tenía previamente la sospecha diagnóstica establecida.

La sonohisterografía es una herramienta muy útil para determinar la posibilidad de invasión de un mioma a la cavidad uterina, y la posibilidad de resección histeroscópica del mismo. Estas dos son las modalidades diagnósticas de elección para miomas intracavitarios.

La histerosalpingografía también permite evaluar el interior de la cavidad uterina y la permeabilidad tubaria. Es de especial importancia realizarla con balón y desinflarlo al final del procedimiento, para permitir una evaluación completa y adecuada de la cavidad uterina.

El tratamiento debe ser individualizado, dependiendo del tamaño de los miomas, su número, la invasión o no a la cavidad endometrial y las necesidades reproductivas de la paciente particular. La miomectomía es la única opción terapéutica para mujeres interesadas en conservar la fertilidad y puede ser considerada para mujeres con paridad satisfecha pero que prefieren no practicarse una histerectomía.

Hasta 80 por ciento de las mujeres refiere disminución de los síntomas después de la miomectomía. Se han observado tasas más altas de recurrencia en casos con remoción de múltiples

miomas; sin embargo, se ha observado que no es necesaria la reintervención hasta 3 o más años después de la primera cirugía. Se ha observado así mismo que el número de miomas presentes es el tercer factor significativo para desenlace reproductivo, siendo la edad y adherencias tubarias el primero y segundo, respectivamente.

Recomendaciones

La calidad de las pruebas que figuran en este documento han sido evaluadas mediante los criterios de evidencia contemplados en el Informe de la «Canadiann Task Force on Preventive Health Care».

La miomatosis uterina disminuye la tasa de fertilidad y la tasa de implantación embrionaria. Así mismo, aumenta la tasa de aborto y parto pretérmino.

Los miomas subserosos no parecen afectar la fertilidad o la tasa de abortos espontáneos.

Los miomas intramurales generan disminución en las tasas de implantación y embarazo clínico, más aún los mayores a 5 cm de diámetro o que distorsionan la cavidad endometrial.

Los miomas submucosos tienen las más bajas tasas de embarazo e implantación y deben removerse antes del inicio de técnicas de reproducción asistida.

No existe consenso en relación con la miomectomía intramural; sin embargo, puesto que el tejido miometrial se recupera adecuadamente después del procedimiento y que no compromete a los tratamientos reproductivos, puede recomendarse su uso en situaciones específicas. Así mismo se ha observado mejora en la tasa de embarazos posterior al procedimiento; sin embargo, los resultados no son concluyentes.

Posterior a la miomectomía se observó una tasa de pérdida gestacional menor, y una mejora en la tasa de recién nacidos vivos.

No existe diferencia significativa en los desenlaces reproductivos de la miomectomía abierta o laparoscópica.

Lineamientos en infertilidad

Después de la miomectomía histeroscópica las pacientes logran tasas de embarazo comparables a los controles sin esta afección.

En miomectomía histeroscópica se recomienda la utilización de energía bipolar, dada la mayor seguridad de la misma, así como la menor probabilidad de generar sinequias uterinas secundarias al tratamiento.

La embolización selectiva es un proceso que no se puede recomendar a pacientes que desean preservar la fertilidad.

No se recomienda la miolisis en mujeres que desean conservar la fertilidad, dado que se asocia con formación de adherencias densas en hasta 50 por ciento de los casos.

Los principales factores para predecir buen resultado reproductivo son la edad, existencia o no de adherencias tubáricas y el número de miomas presentes.

Las teorías asociadas a la disminución de la fertilidad secundaria a miomatosis incluyen: interferencia en el transporte espermático y falla de implantación, sin embargo éstas no están corroboradas.

Existe una alteración generalizada en determinantes claves de receptividad endometrial, incluyendo toda la cavidad endometrial y no solamente un efecto local sobre el mioma submucoso.

Los miomas intramurales no se asocian con cambios significativos en estos marcadores; sin embargo, existe

una tendencia a concentraciones disminuidas de HOXA10, probablemente implicando la activación del mismo proceso de señalización que en los submucosos pero en menores concentraciones dada la distancia entre el mioma y la cavidad endometrial.

De manera general, se recomienda a las pacientes a quienes se ha practicado miomectomía, no tener trabajo de parto, programando el nacimiento por cesárea.

No existe evidencia para esta recomendación y deriva, por inferencia, de las observaciones del riesgo de ruptura uterina en pacientes con cesárea clásica.

Estas recomendaciones reflejan el conocimiento en su estado a la fecha de emisión y por tanto se encuentran sujetas a cambio. No deben interpretarse como un absoluto sino como susceptibles de modificación de acuerdo con las necesidades individuales de las pacientes y al avance científico imperante.

La aplicación de las recomendaciones en esta guía debe generar como resultados estrategias adecuadas de diagnóstico y tratamiento para la miomatosis uterina, de tal manera que se mejore el pronóstico reproductivo en las mujeres que la padecen.

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 7 DE ABRIL, 2013

El Día Mundial de la Salud se celebra el 7 de abril para conmemorar el aniversario de la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948. Cada año se elige un tema para ese día que pone de relieve una esfera de interés prioritario para la salud pública mundial.

El tema de 2013 es la hipertensión arterial



La hipertensión aumenta el riesgo de infarto al miocardio, ataque cerebrovascular e insuficiencia renal.

La hipertensión no controlada también puede causar ceguera, irregularidades del ritmo cardíaco y falla cardíaca.

El riesgo de que se presenten estas complicaciones es mayor si se dan otros factores de riesgo cardiovasculares como la diabetes.

No obstante, la hipertensión se puede prevenir y tratar. En algunos países de mayor desarrollo, la prevención y el tratamiento de la hipertensión y de otros factores de riesgo, ha hecho que disminuyan las muertes por enfermedades cardiovasculares.

El riesgo de padecer hipertensión se puede reducir:

1. disminuyendo la ingesta de sal
2. siguiendo una alimentación equilibrada
3. evitando el uso perjudicial de alcohol
4. haciendo actividad física regularmente

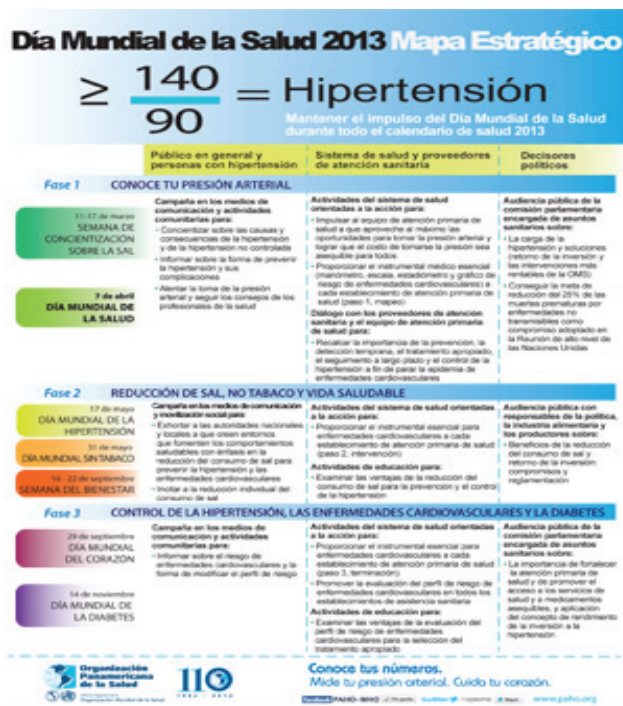
5. manteniendo un peso saludable

6. evitando el consumo de tabaco.

Tomar conciencia, conductas saludables...

El objetivo del Día Mundial de la Salud 2013 es reducir el número de infartos y ataques cerebrovasculares. Las metas específicas de la campaña son:

1. promover la toma de conciencia sobre las causas y consecuencias de la hipertensión arterial;
2. animar a la población a modificar aquellas conductas que pueden provocar hipertensión;
3. incentivar a los adultos a medir su presión arterial periódicamente;
4. aumentar el número de centros de salud en los que se pueda realizar medición de la presión arterial; y
5. alentar a las autoridades nacionales y locales a crear entornos que favorezcan comportamientos saludables.



DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS 2013 ALTO A LA TB EN MI GENERACIÓN

Historia del Día Mundial de la Tuberculosis



El 24 de marzo de 1882, el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento de *Mycobacterium tuberculosis*, la bacteria

causante de la tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés). Durante esa época, la tuberculosis causaba la muerte de una de cada siete personas en los Estados Unidos y Europa. El descubrimiento del Dr. Koch fue el paso más importante que se tomó en la lucha para el control y la eliminación de esta mortal enfermedad.

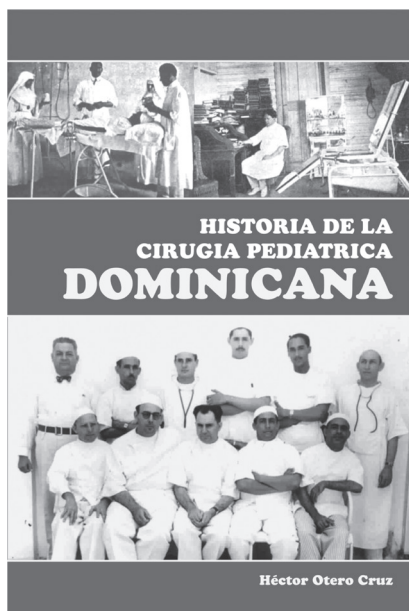
En 1982, un siglo después del anuncio del Dr. Koch, se realizó el primer Día Mundial de la Tuberculosis patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTER). El objetivo de este evento fue educar al público sobre las devastadoras consecuencias económicas y de salud que causa la tuberculosis, su efecto en los países en desarrollo y su impacto continuo y trágico en la salud global.

En la actualidad, el Día Mundial de la Tuberculosis se celebra en todo el mundo y se llevan a cabo actividades tan diversas como los sitios donde se conmemora. Sin embargo, aún se puede hacer más para aumentar la concientización sobre los efectos de la tuberculosis. Entre las enfermedades infecciosas, la tuberculosis sigue siendo la segunda causa principal de muerte en los adultos en el mundo con más de dos millones de muertes relacionadas con la enfermedad anualmente.



Mientras no se logre controlar la tuberculosis, el Día Mundial de la Tuberculosis no podrá ser una celebración. Pero aún así, es una oportunidad valiosa para educar al público sobre los efectos devastadores de la tuberculosis y la forma en que se puede controlar.

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.

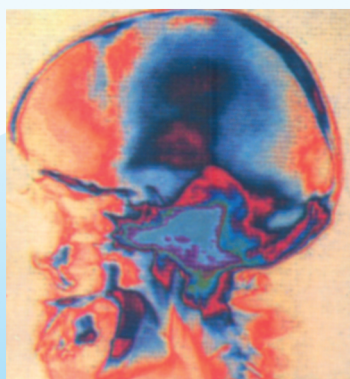
TRABAJOS ORIGINALES



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

PREVALENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE LAS MAMAS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER, SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA.

Severo Mercedes, *Manuel Díaz, **Tomas Aquino Méndez Feliz, ***Emmanuel Pérez Peña, ***Marcos Daniel Pumarol Nin.***

RESUMEN

Esta investigación fue de carácter retrospectivo, observacional y descriptivo, realizada durante el período Julio 2009 - Julio 2011. La investigación se basó en una recolección de datos en el centro de salud mencionado anteriormente.

Una vez allí, se recogieron los datos por medio de un protocolo creado por los autores, trabajando directamente con los records del Área de cirugía Plástica e historiales médicos de pacientes que se realizaron la cirugía estética de las mamas.

El tipo de cirugía estética de la mama más utilizada fue la de Mamoplastia de reducción con un 65.07 por ciento. Las cirugías estéticas en las mamas realizadas durante el periodo estudiado varía en un rango de edades que van de 15 a 75 años siendo las pacientes entre 30 a 40 años las que más se realizan estas cirugías mientras que las que van de 60 a 70 años las que menos se la realizan.

La técnica que más se utiliza en la Mastopexia es L-J mientras que en la Mamoplastia de reducción es de T-invertida.

Palabras claves: Cirugía plástica, Cirugía estética, Mamas, Prevalencia.

ABSTRACT

This research was a retrospective, observational, descriptive study realized during the period July 2009 - July 2011. The research was based on data collection in the health center mentioned above. Once there, we collected data through a protocol created by the authors, working directly with the records of the Department of Plastic Surgery and medical records of patients who underwent surgery cosmetic breast.

The type of cosmetic surgery was the most common breast reduction mammoplasty with 65.07 por ciento. The cosmetic surgeries performed in the breast over the period varies in a range of ages ranging from 15 to 75 years as the patients aged 30 to 40 years the most performed these surgeries while ranging from 60 to 70 years least it made.

The most commonly used technique in mastopexy is LJ while breast reduction is T-inverted.

Keywords: Plastic Surgery, Cosmetic Surgery, Breast,

INTRODUCCIÓN

Las mamas son glándulas sudoríparas modificadas y especializadas que se encuentran localizadas sobre los músculos pectorales. Están compuestas por tejido adiposo,

* Jefe del Departamento de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética Hospital Salvador B. Gautier.

** Cirujano Plástico.

*** Médico General.

fibroso y una aponeurosis llamada ligamento de Cooper que es un ligamento de suspensión de las mamas.

Las mamas se componen de 15 a 20 glándulas túbuloalveolares. Durante la sexta semana de gestación una cresta mamaria aparece en el embrión en forma de un engrosamiento ectodérmico desde cada una de las axilas a la ingle. En una mujer adulta se extienden desde la segunda a la sexta costillas y del borde esternal a la línea axilar anterior o media. La base del tejido glandular es circular, salvo una extensión hacia la axila llamada cola de Spencer.¹

La prevalectia de la cirugía estética de las mamas va en aumento debido a que cada día más mujeres solicitan la mejora estética de estas, por considerarlas antiestéticas.

El incremento de cirugías mamarias dentro de la cirugía plástica se ha convertido en un tema de interés, especialmente, la investigación de cuales procedimientos son los más realizados y a su vez conocer la técnica más utilizada en ella.

El motivo de realizar esta investigación fue determinar la prevalectia en la Cirugía Estética de las Mamas en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Dr. Salvador B. Gautier destacando las técnicas utilizadas y el rango de edades de las mujeres que se realizan estas cirugías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación fue de carácter retrospectivo, observacional y descriptivo, realizada durante el período Julio 2009 - Julio 2011. La investigación se basó en una recolección de datos en el centro de salud mencionado anteriormente. Una vez allí, se recogieron los datos por medio de un protocolo creado por los autores, trabajando directamente con los records del Área de cirugía Plástica e historiales médicos de pacientes que se realizaron la cirugía estética de las mamas.

Los criterios de Inclusión son las cirugías estéticas de las mamas en el Hospital Salvador B. Gautier. Los criterios de exclusión fueron los pacientes masculinos atendidos de Cirugía estética de las mamas en el hospital mencionado anteriormente. También se excluyen otros tipos de cirugías estéticas realizadas las cuales no sean de las mamas.

La población y muestra estudiada fuerontodas las pacientes operadas de cirugía estética de las mamas en el Departamento de Cirugía Plástica de dicho hospital.

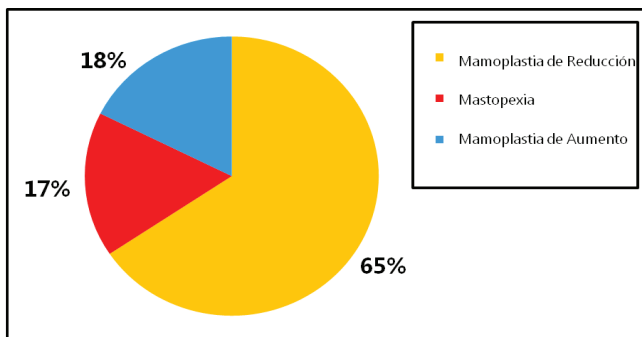
Con los datos recolectados se realizaron gráficas que representan la prevalectia de las técnicas más utilizadas y el rango de edades de las mujeres que se realizaron la cirugía estética de las mamas en el Hospital Salvador B. Gautier durante el periodo Julio 2009 – Julio 2011. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente mediante Microsoft Word

junto con Microsoft Excel versión office 2007.

RESULTADOS

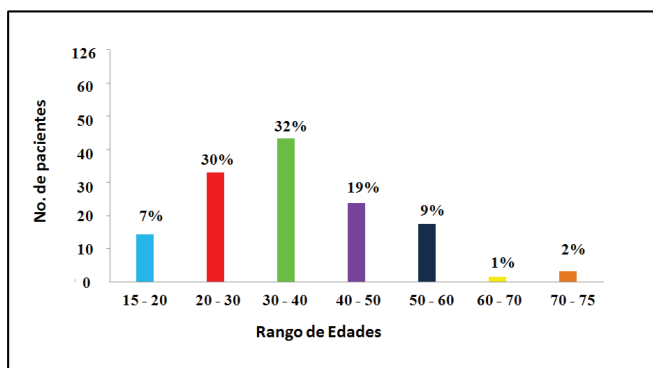
Esta gráfica muestra los tipos de cirugías estéticas en las mamas en una población de mujeres atendidas. En la misma se presenta el porcentaje total de los tipos de cirugías estéticas en las mamas aplicados en la población total del estudio compuesta por 126 pacientes en el departamento de cirugía Plástica del Hospital Salvador B. Gautier. La gráfica se clasifica según tres cohortes, aplicación de la Mamoplastia de reducción, Mastopexia y Mamoplastia de aumento. Se observa la utilización de un 65 por ciento de Mamoplastia de Reducción que representa 81 pacientes atendidas. Además, un 18 por ciento en la aplicación de la Mamoplastia de Aumento que representa 25 pacientes atendidas. De igual forma un 17 por ciento de la aplicación de la Mastopexia que representa 20 pacientes atendidas. Ver grafico 1.

Gráfica 1. Tipos de cirugías estéticas utilizadas. (N=126).



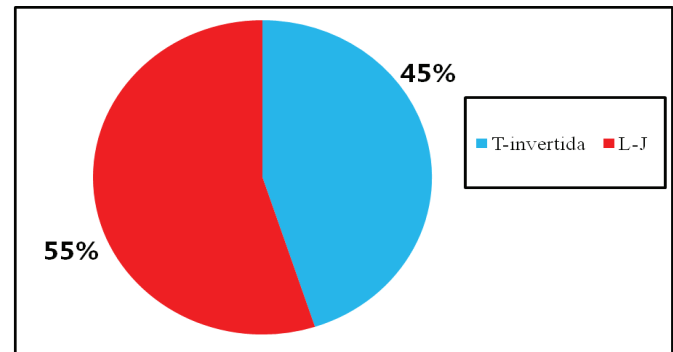
La presente gráfica muestra el rango de edades de las mujeres que se realizaron Cirugía Estéticas en las mamas en una población de mujeres atendidas. Por consiguiente, se puede observar que la mayoría de las mujeres que se aplicaron esta cirugía van de 30 a 40 años mientras que la minoría va de 60 a 70 años; La gráfica se clasifica según siete cohortes, aplicación de cirugía estética en las mamas entre 15 a 75 años de edad.; entre 20 a 30 años con un 30 por ciento que representa 38 pacientes atendidas; entre 30 a 40 años con un 32 por ciento que representa 41 pacientes atendidas; entre 60 a 70 años con un 1 por ciento que representa una paciente atendida y entre 70 a 75 años con un 2 por ciento que representa dos pacientes atendidas. Ver grafica 2.

Gráfica 2. Rango de edades de las mujeres que se realizaron Cirugía Estéticas en las mamas. (N=126).



La presente gráfica muestra las cicatrices finales utilizadas en la Mastopexia que se realizaron en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Salvador B. Gautier. En la misma se clasifica según dos cohortes, la cicatriz final de L-J y la cicatriz final de T-invertida. Por consiguiente, se puede observar que el 55 por ciento de las cirugías realizadas fueron con la cicatriz de L-J que representa una cantidad de 12 pacientes operadas. El 45 por ciento de las cirugías realizadas fueron con la cicatriz de T-invertida que representa la cantidad restante de 8 pacientes operadas. Ver Grafico 3.

Gráfica3. Frecuencia de cicatriz final en la Mastopexia. (N=126).



DISCUSIÓN

En el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Salvador B. Gautier se realizaron 126 cirugías estéticas de las mamas en un período de 24 meses (Julio 2009 – Julio 2011), lo que revela un promedio de 5.25 cirugías al mes.

Según un estudio publicado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), la Mamoplastia de aumento es la cirugía más demandada en 2009 (18), lo que marca una diferencia entre los resultados de la presente investigación que arroja que la cirugía mamaria más demandada es la Mamoplastia de reducción.

Según el estudio mencionado anteriormente en el 2009 las cirugías estéticas de las mamas tenían más demanda en jóvenes menores de 30 años (18), lo que marca una diferencia en la presente investigación que presenta que las cirugías de las mamas tiene más demanda en mujeres entre los 30 a 40 años de edad.

Según los resultados obtenidos en la presente investigación la mayoría de las pacientes que se realizan la cirugía estética de las mamas van de 30 a 40 años de edad mientras que el grupo etario que menos se la realizan van de 60 a 70 años.

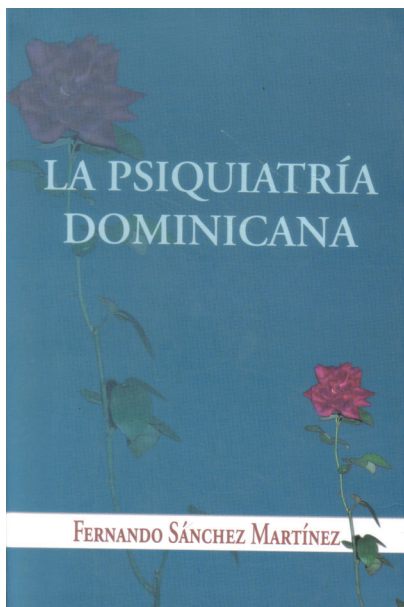
El tipo de cirugía estética de las mamas más requerida es la Mamoplastia de reducción mientras la menos demandada es la Mastopexia.

REFERENCIAS

1. Schwartz SI, Brunnicardi FC, Andersen DK. Schwartz's Manual of Surgery. In: Brunnicardi C, Andersen Dk, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE, editors. The Breast. 8 ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2006.344-367.
2. Guridi RG, Arriagadas JS. Augmenting Mammoplasty. Revista Médica Clínica Las Condes. Ene 2010.107-112.
3. Bostwick J. Estándar de aumento inframamario subpectoral. En: Bostwick J III, editor de Cirugía Plástica y Reconstructiva de mama, 2001. 331.

4. Castillo DP, Troncoso RA, Villaman GJ, Fuentes FP. Areolar approach in augmentation mammoplasty. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamérica*; 2007. 91-95.
5. Libra CE, Libra JR. Aumento de senos transumbilical (TUBA): Selección de los pacientes, la técnica y la experiencia clínica. *Clinicas de Cirugía Plástica*, Julio 2001. 597.
6. Burns JL, Blackwell SJ. Plastic surgery. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008.73.
7. Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. Dec2007.110-117.

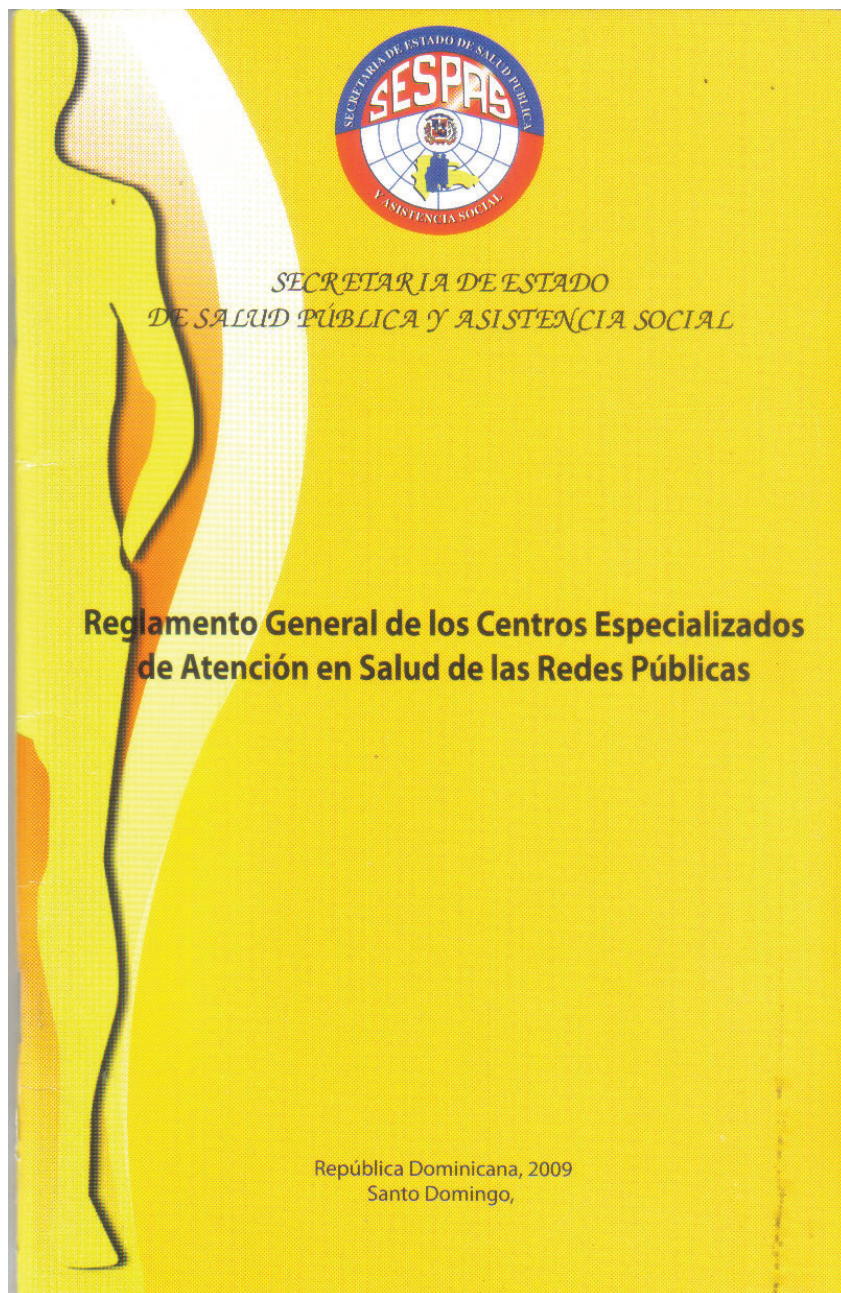
LIBROS · LIBROS · LIBROS



La psiquiatría Dominicana

Autor: Dr. Fernando Sánchez Martínez

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



INCIDENCIA Y MANEJO DEL TRAUMA DE MANO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA, (RENACIP), EN EL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Severo A. Mercedes Acosta,** Ramón Sabala,**** Evelio Abel González,*****
Yulissa Massiel Infante,*** Glorinil Carmina Mercedes Germán,*****

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de tipo descriptivo y retrospectivo en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el periodo de Enero 2011- Diciembre 2012. Dado que la mano es la porción del cuerpo humano que se lesiona con mayor frecuencia, y que más del 10 por ciento de todos los pacientes evaluados en los servicios de emergencias a nivel mundial, son tratados por lesiones agudas de de dicho miembro, y en vista de que en nuestro hospital no contamos con las estadísticas de estos casos, decidimos realizar esta investigación. Revisamos 105 expedientes de pacientes atendidos con trauma de mano, en el tiempo mencionado, y utilizamos un formulario que contenían las variables objeto de estudio. El sexo predominante fue el masculino con 70 pacientes (71.4%), la edad afectada con mayor frecuencia fue entre 20-29 años (28.50%). El mecanismo de trauma más frecuente fue cortante en (97.15%). El miembro más lesionado fue el derecho en (52.38%), en cuanto al lado de la mano mas injuriado, correspondió a la cara volar, en un (53.90%). Los tendones más afectados fueron los flexores en un (30.48%), respecto al manejo dado a los pacientes, a (30.48%) se les realizó tenorrafia flexora, y se les practico ferulización a (85.6%). Consideramos que para obtener una evolución satisfactoria, ante un Trauma de mano, lo ideal es realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento correcto del mismo.

Palabras claves: Trauma de mano, pacientes.

ABSTRACT

An analytical study is descriptive and retrospective Salvador Welcome Gautier Hospital in the period January 2011-December 2012. Because the hand is the portion of the human body that is most commonly injured, and that over 10 percent of all patients evaluated in the emergency services worldwide are treated for acute injuries such member, and in view that in our hospital we do not have the statistics of these cases, we decided to conduct this research. We reviewed records of 105 patients treated with hand trauma at the time mentioned, and use a form containing the variables under study. The male sex was predominant with 70 patients (71.4%), the most commonly affected age was between 20-29 years (28.50%). The most common trauma mechanism was shear (97.15%). The member was injured in the right

(52.38%), as the next most injured hand, corresponded to the volar, in (53.90%). Tendons affected were flexor in (30.48%), regarding the management given to patients, (30.48%) underwent tenorrhaphy flexor, and underwent splinting to (85.6%). We believe that to obtain a satisfactory outcome, before a hand trauma, the ideal is to make an early diagnosis and proper treatment of it.

Keywords: hand trauma, patients.

INTRODUCCIÓN

La mano es la región que más frecuentemente se lesiona, debido a que es un instrumento para la ejecución de tareas, y al ser posicionada en el espacio por todo el resto del miembro superior, al sorprenderse de un peligro inminente de accidente y querer cambiar de posición, la mano será el último elemento anatómico en retirarse, por lo que es común que se afecte más que el antebrazo, codo, brazo y hombro. Las lesiones traumáticas de la mano ocupan el primer lugar como causa de incapacidades por accidentes de trabajo. Las lesiones en la mano en ocasiones no producen daño mayor, pero en la mayoría de los casos como veremos a continuación, comprometen sistema tendinoso, estructuras nerviosas, pudiendo provocar fracturas Oseas, además de lesión muscular. Se realiza el estudio en el hospital Salvador Bienvenido Gautier, por ser un hospital docente de 3er nivel de atención, donde posee un departamento de Residencia de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, y al ser este uno de los hospitales con una considerable afluencia de pacientes.

Ya que atreves de las manos, nos desenvolvemos en el ambiente, es de vital importancia un correcto manejo en caso de trauma de las mismas, para así poder evitar las graves secuelas que en ocasiones se presentan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio analítico, descriptivo y de fuente secundaria, retrospectivo, realizado con el objetivo de determinar la incidencia y el manejo trauma de mano en el Hospital Salvador B. Gautier en el periodo Enero 2011- Diciembre 2012. La población estuvo constituida por todos los pacientes que fueron atendidos durante el periodo objeto de estudio por traumatismo de mano que fueron 105 pacientes. Fueron incluidos estos pacientes en la investigación ya que contenían expedientes completos. Los criterios de inclusión fueron aquellos pacientes que contaron con expedientes completos. Cabe destacar que los traumas de punta de dedo que fueron incluidos fueron aquellos que requirieron

* Jefe Servicio y Coordinador Residencia Nacional de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética (RENACIP).

** Médico Ayudante Departamento de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.

*** Residente 4to. Año Cirugía General.

**** Médico General.

procedimiento en quirófano. El estudio tuvo como escenario el Departamento de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética (RENACIP) del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, ubicado en el ensanche la Fe, en la calle Alexander Fleming, esquina Pepillo Salcedo, Santo Domingo. La información fue recolectada mediante un formulario, el cual contiene las variables que fueron llenadas con información obtenida en los expedientes de los pacientes encontrados en el archivo del hospital y que tuvieron los requisitos de nuestros criterios de inclusión. Los datos recopilados fueron resumidos por medio de un proceso de tabulación, la cual presentamos a través de tablas y graficas, luego una discusión donde destacamos los principales hallazgos.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los casos por grupo etareo

Grupo de edad (años)	Cantidad	%
< 20	15	14.3
20-29	30	28.5
30-39	25	23.8
40-49	15	14.2
50-59	7	6.6
≥ 60	13	12.6
Total	105	100,0

Fuente: Directa.

Tabla 2. Distribución de los pacientes por sexo

Sexo	Cantidad	%
Masculino	75	72
Femenino	30	28
Total	105	100

Fuente: Directa.

Tabla 3. Distribución del Miembro Superior afectado

Categoría	Cantidad	%
Derecho	55	52.4
Izquierdo	45	42.9
Ambos	5	4.6
Total	105	99.9

Fuente: Directa.

Tabla 4. Distribución del tipo de trauma

Tipo de trauma	Cantidad	%
cortante	102	97.5
No cortante	3	2.85
Total	105	100

Fuente: Directa.

Tabla 5. Distribución del área anatómica afectada

Área anatómica	Cantidad	%
Punta de dedo	5	4.7
Mano Volar	55	53.9
Mano Dorsal	30	28.5
Antebrazo volar	6	5.3
Antebrazo dorsal	4	2.9
Combinado	5	4.7
Total	105	100,0

Fuente: Directa.

Tabla 6. Distribución de acuerdo al tipo de lesión

Tipo de lesión	Cantidad	%
Flexora	32	30.4
Extensora	20	19.1
Vascular	6	5.7
Fractura	10	9.5
Nerviosa	29	27.6
Extensora-flexora	4	3.8
Amputación	4	3.8
Total	105	100,0

Fuente: Directa.

Tabla 7. Distribución del Manejo dado a los pacientes

Manejo	Número de casos	%
Tenorrafia Flexóra	32	30.4
Tenorrafia Extensóra	22	20.9
Reducción abierta – fijación interna	7	6.66
Reducción cerrada – fijación interna	3	2.85
Neurorrafia	28	26.5
Arteriorrafia	7	6.7
Miorrafia	2	1.9
Amputación	4	3.8
Total	105	100,0

Fuente: Directa.

DISCUSIÓN

La edad con mayor frecuencia con traumatismo de mano en nuestro estudio fue el grupo entre 20 a 29 años, con 30 pacientes para un 28.5 por ciento, seguido por el grupo comprendido entre 30 a 39 años, con 25 paciente para un 23.80 por ciento. Según nuestra investigación el sexo con mayor frecuencia que padeció de trauma de mano fue el masculino con 75 pacientes, para un 71.4 por ciento. El mecanismo de Trauma más frecuente fue el cortante con 102 pacientes, para un 97.1 por ciento. El miembro superior más lesionado fue el derecho en 55 pacientes para un 52.38 por ciento, mientras que solo 5 pacientes presentaron afección de

ambos miembros para un 4.57 por ciento. El área anatómica predominante fue la cara volar de la mano en 55 pacientes, para un 53.9 por ciento, y cabe señalar que solo en 5 pacientes de evidencio lesión combinada, tanto en la cara volar como en cara dorsal, correspondiente a un 4.7 por ciento. El tipo de lesión más frecuente fue flexora en 32 pacientes, para un 30.4 por ciento, mientras que 28 pacientes tuvieron lesión nerviosa correspondiente a un 26.7 por ciento. A los 32 pacientes que presentaron lesión flexora, se les practico tenorrafia flexora, para un 30.4 por ciento, a 90 pacientes luego de ser llevados a cirugía se les realizo ferulización constituyendo un 85.6 por ciento.

De los datos obtenidos en nuestra investigación encontramos que una población de 105 pacientes presento traumatismo de mano desde el 1ero de Enero del 2011-hasta el 31 de Diciembre del 2013, los cuales constituyeron nuestra muestra. El grupo etario más afectado fue de 20 a 29 años, con un 28.5 por ciento, seguido por el grupo de 30 a 39 años, con 25 pacientes para un 23 por ciento. El sexo más afectado fue el masculino con 75 pacientes para un 72 por ciento, el cual coincide con algunas literaturas revisadas, relacionándolos al estilo laboral de este sexo. El miembro Superior derecho fue el más lesionado en 52.38 por ciento, así lo describe Carlos Ramirez, en su artículo *Trauma De Mano, Diagnóstico Y Manejo Inicial*, publicado en Colombia el 5 junio 2088. Llegamos a la conclusión que el mecanismo de trauma más frecuente fue el abierto en 97.15 por ciento, así lo escribe Pedro G. Quiñones en su libro *Cirugía de Mano*, publicado en Maracay 2005. El área anatómica más afectada fue la mano volar en un 53.90 por ciento, lo cual se explica porque el individuo ante una agresión intenta defenderse con la mano en la cara dorsal, lo antes dicho lo describen las literaturas revisadas.

RECOMENDACIONES

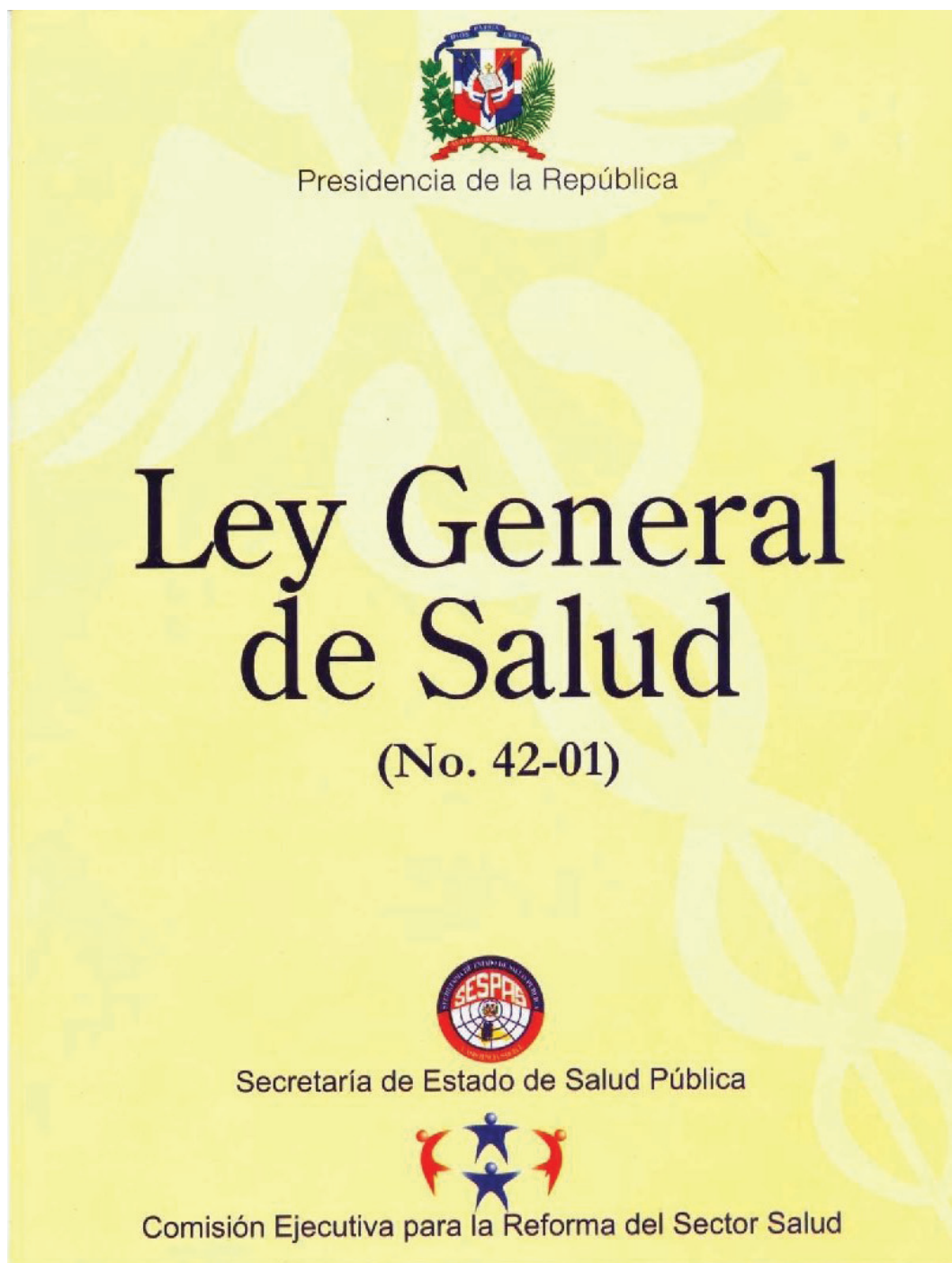
- Realizar campañas de prevención de accidentes laborales, sobre todo en las instituciones donde el trabajo se realiza con maquinaria pesada.

- Educar a la población especialmente a los jóvenes para disminuir la violencia, ya que un gran elevado número de pacientes con trauma de mano, son a causa de conflictos personales.

REFERENCIAS

1. Alpert BS, Buncke HJ, Brownstein M. Replacement of damaged arteries and veins with vein grafts when replanting crushed, amputated fingers. *Plast ReconstrSurg.* 1978;61:17.
2. Bunnell Sterling (1951) *Cirugía de la mano*. Barcelona España. Publicaciones Médicas José Janes editor 1951.p. 459-519.
3. Elliott Ray A. (1992) Reparación del tendón extensor. En: Mc Carthy Joseph G. May James Editor: *Cirugía plástica. La Mano*. Madrid España. Vol. 1 Editorial Médica Panamericana SA. 1992. p. 395- 404.
4. Greenberg BM, Cuadros CL, Jupiter JB. Interpositional vein grafts to restore the superficial palmar arch in severe devascularizing injuries of the hand. *J Hand Surg.* 1988;13A:753.
5. Gómez Correa Luis. (1976) *Cirugía de la mano*. México. Editorial Diana. 1976. p.71-80.
6. Ramirez Carlos. (2008) trauma de mano, diagnóstico y manejo inicial. Colombia. Revista científica.
7. Suarez Carreño Luis Cañadell Carafi Jose. (1967). Traumatismos recientes de la mano. Ponencia Española del LV Congreso Luso-español Valencia España 1967. P.18-29.
8. Weeks Paul M. (1992) Principios generales de cirugía de la mano. En: McCarthy Joseph G. May James Editor. *Cirugía Plástica. La Mano*. Madrid España Editorial Medica Panamericana SA 1992.p.41-57.
9. Weinzweig J. (ed). *Secretos de la Cirugía Plástica*. 1ra Edición (traducción). México: McGraw-Hill Companies, 2001.





MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Isanny Y. Méndez Chalas,* Mercedes A. Melo Navarro,* Meliza Mercedes Mercedes,* Zoila Escobar,** Arlette Rosa de Sarubbi,***

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal con el objetivo de identificar las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico en mujeres en el Hospital Dr. Luis E. Aybar durante el período marzo 2010 junio 2012, ubicado en Santo Domingo, República Dominicana. La población estuvo compuesta por 155 expedientes de pacientes diagnosticadas con lupus eritematoso sistémico, con una muestra de 5 expedientes de mujeres con manifestaciones neuropsiquiátricas. Se revisaron los expedientes médicos para la recolección de datos a través de un formulario. El síntoma neurológico más frecuente fue la cefalea con un 50 por ciento. El rango de edad más frecuente es de 20-24 años con una frecuencia de 2 pacientes para un 40 por ciento. La afección emocional más frecuente fue el llanto con un 43 por ciento. El trastorno psiquiátrico más frecuente fue la depresión con un 40 por ciento. Los síndromes del Sistema Nervioso Central presentados fueron el síndrome de hipertensión intracraneal benigna y el síndrome de Guillain Barré con un 50 por ciento respectivamente.

Palabras claves: Manifestaciones Neuropsiquiátricas, Lupus Eritematoso Sistémico, mujeres.

ABSTRACT

Was conducted a retrospective, cross-sectional and descriptive study in order to identify neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus in the female patients of "Dr. Luis E. Aybar Hospital" during the period March 2010 - June 2012, in Santo Domingo, Dominican Republic. The population consisted of 155 cases of patients diagnosed with systemic lupus erythematosus, with a sample of 5 records of women with neuropsychiatric manifestations. Medical records were reviewed to collect data through a form. The most common neurological symptom was headache with 50 percent. The most common age range is 20-24 years with a frequency of 2 patients to 40 percent. The most common emotional condition was crying, with 43 percent. The most common psychiatric disorder was depression, with 40 percent. The Central Nervous System syndromes presented were benign intracranial hypertension syndrome and Guillain Barré with 50 percent respectively.

Keywords: neuropsychiatric manifestations, lupus erythematosus, women.

* Médico general.

** MSP

*** Neuróloga.

INTRODUCCIÓN

La afección del sistema nervioso y las manifestaciones neuropsiquiátricas son las expresiones clínicas menos comprendidas del lupus eritematoso sistémico. El lupus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico incluye¹ síndromes neurológicos del sistema nervioso central, periférico y autónomo, así como manifestaciones psiquiátricas en pacientes en quienes se descartaron otras causas.

Es propio de mujeres en edad fértil, sin embargo, se producen casos en varones, ancianos y niños. El marcado predominio femenino² global de la enfermedad (9:1) se atenúa en estas situaciones (5:1 en la infancia y 3:1 en mayores de 65 años).

El propósito que se persigue con este trabajo de investigación es identificar las manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, debido a que esta enfermedad se puede presentar con sintomatologías muy diversas.

En vista de que las manifestaciones neuropsiquiátricas en la mayoría de los pacientes pasan de manera inadvertidas se pretende dar a conocer las presentaciones de cada una de estas; con la finalidad de que al momento de abordar al paciente, más que limitarse en las manifestaciones específicas tales como: (Articulares, Lesiones Cutáneas, Renales, etc.). Se investiguen datos que orienten a daños neurológicos.

Martínez F, Ordi-Ros J, Vilardell-Torres M. hicieron referencia en 2009³ sobre la publicación del comité formado por la ACR (American College of Rheumatology) en 1999, quienes definieron 19 síndromes clínicos entre los cuales están: la disfunción cognitiva, el delirium (estado confusional agudo), el trastorno de ansiedad, el trastorno del humor y la psicosis. Al utilizar la aproximación diagnóstica de la ACR de 1999 se ha observado que un 41 por ciento de todas las alteraciones de la esfera neuropsiquiátrica que se pueden ver en los pacientes con lupus eritematoso sistémico se debe a causas diferentes a la enfermedad de base.

En un estudio realizado por los doctores Carlos Solís Sánchez, Jaime Castillo, Rocío Santibáñez, publicado en 2005; reportaron⁴ que de un 25 a 75 por ciento de los enfermos con lupus eritematoso sistémico presentan afección en el Sistema Nervioso Central (SNC). Diferentes aspectos de este cuadro sindrómico se han discutido en múltiples artículos y revisiones desde su nomenclatura: la determinación de los signos y síntomas neurológicos, la progresión temporal de los mismos, el diagnóstico topográfico, la validez de la imagenología como aporte diagnóstico, la inmunopatogenia asociada, hasta el diagnóstico diferencial referido.

Un estudio retrospectivo realizado por Becerra y colaboradores en 1995⁵, estudiaron 29 pacientes, que constituyen el 35 por ciento de los casos de la población lúpica. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: cefaleas 83 por ciento, convulsiones 62 por ciento, trastornos intelectuales 55 por ciento, hemiparesia 52 por ciento; sin embargo las manifestaciones fueron múltiples y muy variadas incluyendo mielitis transversa y corea.

El conocimiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematosos sistémico es necesario debido a la importancia de la misma con la finalidad de poder identificarlas durante el transcurso de la evaluación del paciente y así buscar la forma más eficaz de evitar complicaciones secundarias de esta enfermedad cuyas manifestaciones suelen aparecer en la etapa más avanzada.

Existen diversas razones que impulsan a dar a conocer este tema: el ver cómo pasan inadvertidas dichas manifestaciones, siendo conocidas en etapas tardías luego de haber múltiples complicaciones dando lugar a un mal pronóstico, al ser las más afectadas mujeres en edad fértil con el lupus eritematoso sistémico establecido, la falta de conocimientos de las pacientes sobre su situación, Así como la poca importancia y seguimiento que se les da a las manifestaciones neuropsiquiátricas.

Se busca que las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico sean estudiadas y difundidas con el propósito de evitar más que daños orgánicos están implicados en estas mujeres la afectación en su vida personal, familiar, laboral y social, debido a secuelas dejadas por este tipo de manifestaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal que abarcó a todas las mujeres con diagnóstico de lupus eritematoso, en el periodo marzo 2010- junio 2012. Con el propósito de identificar las manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus eritematoso sistémico en el Hospital Dr. Luis E. Aybar.

El estudio tuvo lugar en el “Hospital Dr. Luis E. Aybar”, un centro de salud especializado del país, situado en el barrio María Auxiliadora delimitado por las calles; al Norte por la calle Osvaldo Bazil, al Sur por la calle Federico Velásquez, al Este por la calle Albert Thomas, y al Oeste por la calle Federico Bermúdez. Distrito Nacional. República Dominicana.

Con un tiempo de realización de 8 meses (Noviembre 2011 - Julio 2012).

La población estuvo constituida por 155 expedientes médicos de mujeres diagnosticadas con Lupus Eritematoso sistémico en la consulta del Departamento de Reumatología en el periodo marzo 2010- junio 2012.

La muestra estuvo comprendida por 5 expedientes seleccionados de manera intencional al cumplir con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Solo 5 de los 155 expedientes de mujeres diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas en la consulta del Departamento de Reumatología en el periodo marzo 2010- junio 2012.

Los criterios de inclusión fueron todos los expedientes médicos de mujeres diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico que presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas en el periodo marzo 2010- junio 2012. Hospital Dr. Luis E. Aybar cuyos expedientes médicos están completos.

Los criterios de exclusión pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico que no presentaron manifestaciones

neuropsiquiátricas, otros que aunque presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas los expedientes médicos estaban incompletos.

Se utilizó como fuente de recolección de datos los expedientes médicos de las pacientes

Se utilizó como instrumento un formulario elaborado por las sustentantes.

Después de obtener el permiso del “Hospital Dr. Luis E. Aybar” para abordar los expedientes médicos de las pacientes que asistieron a la consulta del Departamento de Reumatología, se procede a la recolección de datos a través de un formulario elaborado por las sustentantes, aplicándolo a los expedientes médicos de las pacientes que cumplen las condiciones para el estudio, tomando en cuenta las variables de la investigación a fin de lograr la medición de los objetivos previamente formulados.

Se les informó a las autoridades del “Hospital Dr. Luis E. Aybar” en especial al director de dicha institución que los datos obtenidos en la investigación serán de uso científico y de confidencialidad exclusivamente.

RESULTADOS

Cuadro 1. Síntomas neurológicos en las Mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Marzo 2010- junio 2012.

Síntomas neurológicos	Frecuencia	%
Cefalea	2	50
Convulsiones	1	25
Vértigos	1	25
Total	4	100

Fuente: Expedientes Médicos de las pacientes del Depto. Reumatología del Hospital Dr. LUIS E. AYBAR.

Cuadro 2. Distribución según la edad en Mujeres con Manifestaciones Neuropsiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Marzo 2010- junio 2012

Edad (años)	Frecuencia	%
20-24	2	40
30-34	1	20
35-39	1	20
≥40	1	20
Total	5	100

Fuente: Expedientes Médicos de las pacientes del Depto. Reumatología del Hospital Dr. Luis E. Aybar.

Cuadro 3. Distribución según afectación emocional en Mujeres con Manifestaciones Neuropsiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Marzo 2010- junio 2012

Afectación emocional	Frecuencia	%
Tristeza	2	28.5
Llanto	3	43
Aislamiento	2	28.5
Total	7	100

Fuente: Expedientes Médicos de las pacientes del Depto. Reumatología del Hospital Dr. Luis E. aybar.

Cuadro 4. Distribución según trastornos psiquiátricos en Mujeres con Manifestaciones Neuropsiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Marzo 2010- junio 2012

Trastornos psiquiátricos	Frecuencia	%
Delirium	1	20
Trastorno de ansiedad	0	0
Trastorno del estado de ánimo	0	0
Trastorno bipolar	1	20
Trastorno psicótico	1	20
Depresión	2	40
Total	5	100

Fuente: Expedientes Médicos de las pacientes del Depto. Reumatología del Hospital Dr. Luis E. Aybar.

Cuadro 5. Distribución según síndromes del Sistema Nervioso Central en Mujeres con Manifestaciones Neuropsiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Marzo 2010- junio 2012

Síndromes del SNC	Frecuencia	%
Meningitis aséptica	0	0
Síndrome desmielinizante	0	0
Trastornos Cerebrovasculares	0	0
Hipertensión intracraneal benigna	1	50
Síndrome de Guillain Barré	1	50
Total	2	100

Fuente: Expedientes Médicos de las pacientes del Depto. Reumatología del Hospital Dr. Luis E. Aybar.

DISCUSIÓN

Durante el período de marzo 2010 – junio 2012 se evaluaron 155 expedientes de pacientes diagnosticados con lupus eritematoso sistémico que asistieron a la consulta de Reumatología del “Hospital Dr. Luis E. Aybar” de los cuales 5 expedientes de pacientes presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas, representando un 3.2 por ciento, en literaturas mencionadas en el presente estudio señalan que las manifestaciones neuropsiquiátricas se presentan de un 25-75 por ciento, en esta investigación se arrojan resultados muy por debajo a los ya mencionado debido a que en el Hospital Dr. Luis E. Aybar en la mayoría de los casos no se registran las manifestaciones neuropsiquiátricas que presentan muchas de las pacientes.

La cefalea representó el 50 por ciento y las convulsiones un 25 por ciento; al compararlo con un estudio realizado en el año 1995 por Becerra y colaboradores quienes estudiaron 29 pacientes que constituye el 35 por ciento de los casos, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron cefaleas 83 por ciento, y convulsiones 62 por ciento. Estos resultados son similares en especial la cefalea a los encontrados en el presente estudio.

Se observó que el 40 por ciento de las pacientes diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico que presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas, pertenecen al rango de edades de 20-24 años, seguido del 20 por ciento correspondiente a los rangos de edades de 25-40 años y más, comparado con el estudio de Santana M, Liriano J, Castillo J. manifestaciones clínicas del Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes atendidos en el “instituto Dermatológico y cirugía de la piel. Dr. Huberto Bogaert Díaz”. Enero 2008- Enero 2011 quienes concluyeron que el rango de edad comprendido entre 24-34 años representó el 26 por ciento.

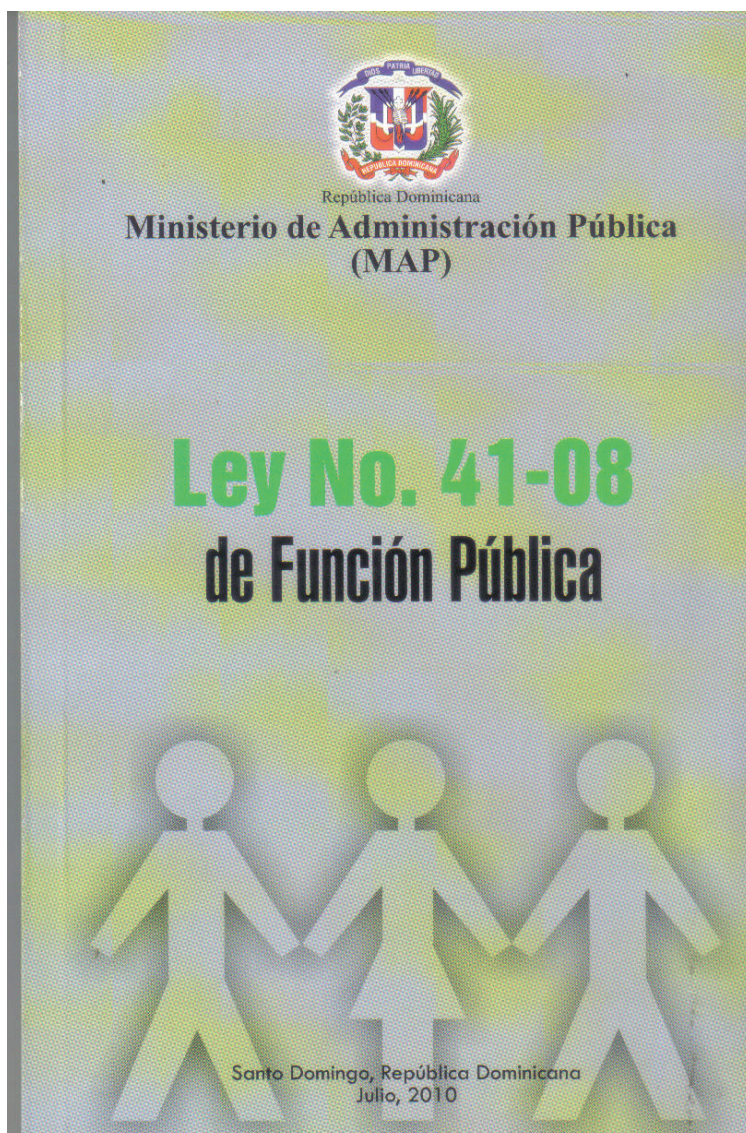
En el presente estudio la afectación emocional más frecuente fue el llanto con un 43 por ciento, seguido de tristeza y aislamiento con 28.5 por ciento respectivamente.

De acuerdo a estudios publicados por María Coin en 2008⁶ se han encontrado deterioros funcionales en diferentes zonas que están relacionadas con determinadas funciones cognitivas, también Bogaert Díaz en su libro de Dermatología destaca que la función cognitiva es la manifestación neuropsiquiátrica más frecuente detectada, este estudio de investigación arrojó que las pacientes diagnosticadas con manifestaciones neuropsiquiátricas presentaron diferentes trastornos psiquiátricos ocupando la depresión el 40 por ciento seguido del delirium con un 20 por ciento.

Vera Lastra O. En su libro padecimiento reumático, publicó¹ que la afección del sistema nervioso central predomina sobre el sistema nervioso periférico; puede presentarse tanto como una enfermedad difusa o focal (enfermedad cerebrovascular con un 5-18 por ciento); En este estudio no se evidenció en pacientes ninguna enfermedad cerebrovascular, arrojando Hipertensión intracraneal benigna y síndrome de Guillain Barré con un 50 por ciento respectivamente.

REFERENCIAS

1. Vera Lastra O. Directora. Temas de medicina interna: padecimientos reumáticos. México: colegio de medicina interna; 2010: 51
2. Caraballo M., Liriano J., Castillo J. Manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico en pacientes atendidos en el instituto dermatológico y cirugía de la piel. Dr. Huberto Bogaert Díaz, enero 2008-enero2011 [tesis doctoral]. Santo Domingo, UASD; 2012.
3. Martínez F, Ordi J, Vilardell M. Manifestaciones Neuropsiquiátricas en el lupus eritematoso sistémico [internet] Med Clin [acceso 25 de noviembre 2011] 2009; 132(20): 797-801. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v132n20a13138352pdf001.pdf>
4. Solís C, Castillo J, Santibáñez R. Síndrome Neuropsiquiátrico en Lupus Eritematoso Sistémico. Rev. Ecuat. Neurol. 2005 Vol. 14, 1-3. http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol14_n13_2005/articulos_revision/sindromea.htm
5. Becerra F, Rhorl E, Ugante C, Segami I, Chávez J, Díaz R, et al. Hospital Nacional E. Rebagliatti IPSS. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Revista Peruana de Reumatología: 1995 Vol 1 (1).
6. Coin M. Alteraciones Neuropsicológicas en Lupus Eritematoso Sistémico. Universidad de Granadana; 2008.



MORTALIDAD EN AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL EN SERVICIO.
REPÚBLICA DOMINICANA.

Nelson Encarnación Santanan,* Juan Carlos Rondón Mejía, Crisalis
Fernanda Hernández Valerio, Jorge Asjana David,**Rafael Monter: ***

RESUMEN

Se realizó un Estudio descriptivo, de fuente retrospectiva, de corte transversal, con objetivo de determinar la mortalidad de los agentes de la Policía Nacional que murieron en servicio durante los años 2004 a 2009. La información se obtuvo a través de las notas informativas suministrada por el Departamento de Estadística del palacio de la Policía Nacional. Se demostró que durante el periodo 2004-2009 murieron en servicio 71 policías, siendo un 98,6 por ciento del sexo masculino, un 25 por ciento tenía el rango de Cabo. La mayoría de las muertes fueron causadas por armas de fuego con un 73 por ciento. De acuerdo a los resultados anteriores se concluye que, aunque la mortalidad de los agentes de la Policía no va en aumento al pasar los años, se ven momentos de declives y momentos de picos elevados. Por lo que se recomienda: Aumentar las medidas de seguridad de los agentes durante los servicios, utilizando los instrumentos de protección de reglamento y fomentar el uso del dialogo por parte de los agentes masculinos en situaciones de estrés llevando a su agresor a la reflexión si es posible.

Palabras claves: Agentes de la Policía Nacional, mortalidad, servicio.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, cross section study was realized, aiming to determine the mortality of the National Police agents who died in service during the years 2004-2009. The information was obtained through documents provided by the Statistics Department of the National Police Office. It showed that during the period 2004-2009 71 policemen died in service, 98.6 percent were male, and 25 percent had de rank of cabo. Most deaths were caused by firearms to 73 percent. According to the above results it is concluded that even though the mortality of the police officers is not increasing over the years, are moments of declines and moments of high peaks. It is recommended to increase security measures during agent services using the tools of protection, promote the use of dialogue by male actors in situations of stress and bring her attacker to reflection if it is possible.

Keywords: National Police Agents, Mortality, Service.

INTRODUCCIÓN

La Policía Nacional se encarga de velar por el orden público,

las propiedades y la integridad física y moral de los ciudadanos, esta función conlleva una serie de riesgos laborales ya que tienen que encarar los actos delincuenciales a los que está expuesta la población dominicana, tal responsabilidad trae como resultado que muchos agentes de la policía sean víctimas de homicidio, accidentes de tránsito, riñas y otros; lo que representa una tasa de mortalidad importante en muchos países del mundo y de lo que no está exento República Dominicana.

Se realizó un estudio en Abril del 2002 en Argentina el cual revelo que la mortalidad en agentes policiales ha tenido un aumento considerable; dicho estudio reporta que para el año 1996, 22 agentes de la policía fallecieron, en el 1997 descendió el número a 18, más sin embargo hubo un notable aumento en 1998 con una cifra de 28, la cual se mantuvo en 1999. Volviendo a aumentar en el 2000 con 32 casos, e incrementándose aun más en el 2001 con una cifra muy superior de 51 muertos, mostrando así, esta revisión un aumento importante en los últimos años.¹

En España se investigó sobre el abuso de alcohol, el consumo de drogas y las duras condiciones de trabajo de los policías, determinaron que estas guardan una estrecha relación con la exposición a peligros. Por otro lado, cabe reseñar que la incidencia del cáncer en los profesionales de la policía es superior a la media de la población total.²

Se pretende con este trabajo de salud ocupacional, determinar la mortalidad en agentes de la Policía Nacional en República Dominicana, identificar si hay un aumento al pasar los años y si están relacionadas con las diferentes variables que se estudiarán, para aportar informaciones precisas acerca de la criminalidad y contribuir así a la disminución de los factores de riesgo que ponen en peligro la vida de los agentes del orden.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio: Descriptivo, de fuente retrospectiva, de corte transversal.

Demarcación geográfica: República Dominicana, teniendo como referencia las regiones de Salud Pública.

Tiempo de realización: Noviembre 2009- agosto 2010.

Población: 71 Agentes de la Policía Nacional que fallecieron durante el periodo de Enero 2004 hasta Diciembre 2009, estando en servicio.

Criterios de inclusión: Ser agente de la Policía Nacional, estar en servicio en el momento de la muerte, que las muertes ocurrieran entre 2004 y 2009, que los expedientes estén completos y disponibles.

Criterios de exclusión: Ser civil o miembro de otra institución militar.

* Médico general.

** Cirujano general.

*** Médico epidemiólogo.

Fuentes de información: Notas informativas suministrada por el Departamento de Estadística del palacio de la Policía Nacional.

Procedimiento: Después de contar con el permiso de la oficina de tesis de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y el Departamento de Estadística de la Policía Nacional, se procedió a recolectar las notas informativas para realizar esta investigación, sobre la Mortalidad en Agentes de la Policía Nacional fallecidos en servicio durante el periodo 2004-2009. Luego pasamos a elaborar un instrumento para recolectar las variables del estudio y posteriormente pasamos a la tabulación y el análisis de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Tabla 1. Agentes policiales muertos en servicio por año República Dominicana 2004-2009.

Años	Frecuencia	%
2004	6	8.5
2005	17	23.9
2006	15	21.1
2007	6	8.5
2008	13	18.3
2009	14	19.7
Total	71	100.0

Fuente: Notas informativas y formulario de recolección de datos.

Nota: Por ciento expresado en base a la cantidad de muertos, no a la cantidad de policías existentes.

Tabla 2. Agentes policiales muertos en servicio por año según rango República Dominicana 2004-2009

Rango	Años												Total	
	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%		%
Raso	2	3	3	4	2	3	-	-	3	4	2	3	12	17
Cabo	2	3	5	7	2	3	3	4	5	7	1	1	18	25
Sargento	-	-	3	4	4	6	1	1	-	-	5	7	13	18
Sargento Mayor	1	1	1	1	4	6	2	3	3	4	2	3	13	18
2do.Teniente	-	-	3	4	2	3	-	-	1	1	2	3	8	11
Primer Teniente	-	-	2	3	1	1	-	-	-	-	2	3	5	7
Capitán	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Tte. Coronel	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1
Total	6	8	17	24	15	21	6	8	13	18	14	20	71	100

Fuente: Notas informativas y formulario de recolección de datos.

Tabla 3. Número de agentes policiales muertos por año según sexo República Dominicana 2004-2009

Años	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
2004	-	-	6	8
2005	-	-	17	24
2006	-	-	15	21
2007	-	-	6	8
2008	1	1.4	12	17
2009	-	-	14	20
Total	1	1.4	70	98.6

Fuente: Notas informativas y formulario de recolección de datos.

Tabla 4. Agentes muertos según causa de la muerte República Dominicana, 2004-2009.

Años	Causas de la muerte			
	Arma de fuego	%	Otro trauma	%
2004	6	8	-	-
2005	17	24	-	-
2006	12	17	3	4
2007	6	8	-	-
2008	13	18	-	-
2009	12	17	2	3
Total	66	93	5	7

Fuente: Notas informativas y formulario de recolección de datos.

Tabla 5. Número de agentes muertos por año según regiones de salud República Dominicana 2004-2009.

Región de salud	Años												Total	
	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%		
0	4	6	11	15	8	11	2	3	7	10	6	8	38	54
I	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	3	4	6	8
II	1	1	2	3	1	1	-	-	-	-	-	-	4	6
III	1	1	2	3	-	-	1	1	2	3	2	3	8	11
IV	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1
V	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	2	3
VI	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	2	3
VII	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3	3	4
VIII	-	-	2	3	3	4	1	1	-	-	1	1	7	10
Total	6	8	17	24	15	21	6	8	13	18	14	20	71	100

Fuente: Notas informativas y formulario de recolección de datos.

DISCUSIÓN

Ante el presente estudio, realizado en Agentes de la Policía Nacional que fallecieron estando en servicio durante el período de enero 2004 a diciembre 2009 en República Dominicana, se encontró que según el número de muertos por años en el 2004 y 2007 hubo una cantidad igual de muertos, a diferencia de los dos años consecutivos a estos, 2005, 2006 y 2008, 2009, respectivamente en los cuales la mortalidad fue el doble o casi el triple, lo que refleja momentos de picos elevados y tiempos de declive, aunque la mortalidad no refleje un aumento en este estudio, existe un patrón inestable de casos de aumento y disminución, es diferente a los demás países, en los que se ha reportado un aumento constante en las muertes de los agentes policiales al pasar de los años, como por ejemplo: México, Colombia y Argentina.

En este estudio se observó que según los rangos existentes en la policía nacional, los más afectados son los alistados, tales como los cabos quienes representan un 25,0 por ciento, seguido de los sargentos con un 18,0 por ciento y los rasos con un 17,0 por ciento cabe destacar que estos tres rangos son los que tienen la responsabilidad directa en el puesto de guardia y las actividades de patrullaje.

En relación a la causa encontramos que el 93,0 por ciento fueron ocasionadas por armas de fuego, lo cual concuerda con el estudio "Homicidios y Armas de Fuego en la República Dominicana", realizado por la Dra. Mayra Brea de Cabral 2005 en el cual se evidencia que las muertes en los agentes de la Policía Nacional son las mismas que en la población civil en estos últimos años.

Los datos obtenidos de la mortalidad según la región de salud se encontró que la más afectada es la región cero, compuesta por las provincias de Santo Domingo y Monte Plata con un 54,0 por ciento, lo cual está relacionado con la mayor población y la mayor cantidad de policías concentrados en estas provincias.

REFERENCIAS

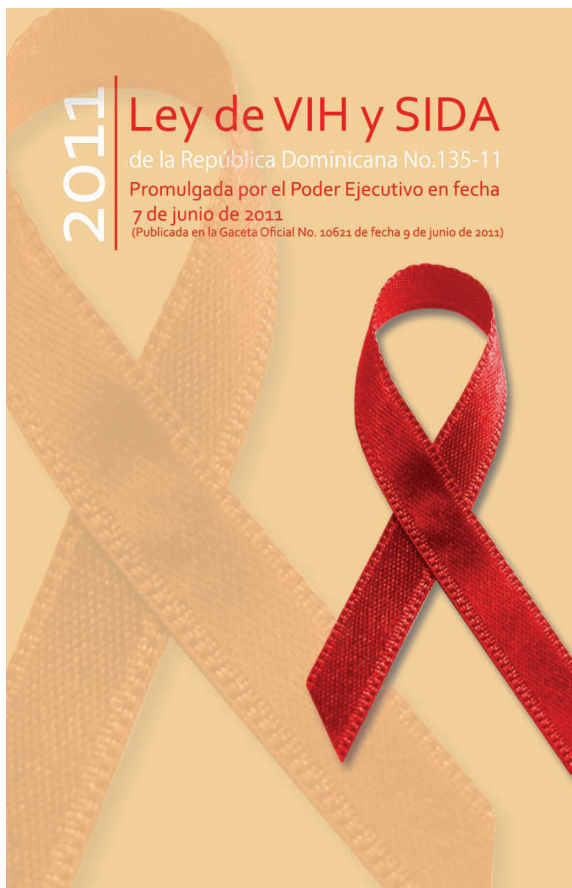
1. Estudio realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) de Argentina (Civiles y policías muertos en enfrentamientos de los que participaron

miembros de la Policía Federal Argentina Años 1996-2001)

2. Estudio realizado por la Comisión europea encargada de riesgos laborales, Gobierno español, 10 años después de promover la ley de riesgos laborales creada en 1995.
3. Brea Mayra, Homicidios y armas de fuego en la República Dominicana. www.psicologiacientifica.com. [seriada en línea] 2006; [] disponible en URL: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-70-1-homicidios-y-armas-de-fuego-en-la-republica-dominicana.html> Consultado junio 14, 2010
4. Castañeda a. encuentro de mujeres policías de alto rango de Centroamérica y el Caribe. 2001 [5 páginas]. Disponibles en: URL: <http://www.gtzgenero.org/ni/publicacion/Resoluciones%20III%20Encuentro.pdf.pdf> Consultado mayo 6, 2010
5. Castro Ramírez Pablo Antonio. La Policía Nacional dominicana. La Policía Nacional Desde 1936 En Adelante. [seriada en línea] 2005; 20(04)[25 páginas] disponible en URL http://www.policianacional.gob.do/html/system/contenido.php?id_cat=44.html Consultado enero 14, 2010
6. Los enfrentamientos entre policías y manifestantes contra la OTAN terminan con 300 detenidos y 2 policías heridos. glovedia.com [Seriada en línea] 2010; 03(4) [1 Páginas] disponible en: <http://do.glovedia.com/tag/policias-heridos.html> Consultado diciembre 20, 2010
7. Mejía Hipólito. Ley Institucional De La Policía Nacional. Ley Inst. PN, No. 96-04[seriada en línea] 2004; 12(1) [36 páginas] Disponible en URL http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_repdom_sc_anexo_5_sp.pdf Consultado enero 14, 2010
8. Palmieri Gustavo F, Ales Cecilia L. Donza Eduardo. Violencia y enfrentamientos policiales. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) Abril de 2002, [seriada en línea] 2002.[16 páginas] Disponible en URL <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/pegoraro/Materiales/Violenciayenfrentamientos.pdf> Consultado enero 21, 2010

9. Requisitos para ingresar a la Policía Nacional, recursos humanos. [1 pagina]. Disponible en: [URL:http://www.policianacional.gob.do/html/system/noticias.php?id_prod=398.html](http://www.policianacional.gob.do/html/system/noticias.php?id_prod=398.html)
Consultado mayo 2, 2010
10. Santis m, Muertes policiales, petunias y procreación. Women justice center. [seriada en línea] 2000; 1(1): [4 páginas]. Disponible en URL: http://www.justicewomen.com/pw_petunias_sp.html
Consultado abril 6, 2010
11. Unidad de políticas y sistemas de salud. Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana. Org panamericana de la salud [seriada en línea] 2002; 1(1): [55 páginas]. Disponible en: URL: http://www.google.com.do/#hl=es&q=analisis+de+la+reforma+del+sector+salud+de+la+subregion+de+centroamerica&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=3b5cb6939e206240.pdf
Consultado: abril 2, 2010
12. Victimización policial. 2007 [4 páginas]. Disponibles en: URL: <http://blog.comunidadessegura.org/policiaesociedade/files/2009/01/sintesis-vitimizacoa.pdf>
Consultado mayo 10, 2010

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



FRECUENCIA DE TOXOPLASMOSIS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

Keysody E. Sepulveda C.,* Hendrix R. Tejada Álvarez,*Katlien Y. Pérez Félix,*Jordania Y. Vázquez Santana,*Pamela F. Segura Sosa, *Esmeraldo Cedeño Taveras. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal; con el objetivo de determinar la frecuencia de la toxoplasmosis en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante octubre 2010-abril 2011. La población de estudio fue 815 adolescentes embarazadas a las cuales se les realizó pruebas de toxoplasmosis y la muestra fue de 25 adolescente embarazadas que resultaron seropositivas. Se reporta una frecuencia de 3.1 por ciento, el 2.8 por ciento resultó ser IgG seropositiva, mientras que el 0.2 por ciento fue IgM seropositivas, de las 23 embarazadas a las cuales se les detectó IgG, el 65.2 por ciento tenía más de 17 años, el 52 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad, un 44 por ciento vivía en unión libre, el 64 por ciento tenía 1 gestación, en el 64 por ciento existían gatos en la vivienda, y perro en un 56 por ciento y en 60 por ciento de los casos el toxoplasma gondii fue detectado en el segundo trimestre del embarazo.

Palabras claves: Adolescente, embarazada, Toxoplasmosis.

ABSTRACT

It was study retrospective, descriptive and cross-sectional; in order to determine the frequency of toxoplasmosis in pregnant adolescents who go to Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia during october 2010-april 2011. The study population was 815 pregnant teenagers which underwent testing for toxoplasmosis and sample 25 pregnant teenager who were HIV-positive. reported a rate of 3.1 percent, 2.8 percent turned out to be HIV-positive igG, while 0.2 percent was HIV-positive IgM, the pregnant 23 which detect them IgG, 65.2 per cent had more than 17 years, 52 per cent had a basic level of education, 44 percent lived in free union 64 percent had 1 gestation, at 64 per cent were cats in housing, and dog in a 56 percent and in 60 percent of cases the toxoplasma gondii was detected in the second trimester of pregnancy.

Keywords: pregnant teen, toxoplasmosis, internal medicine.

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una infección producida por el protozoario intracelular *Toxoplasma gondii* (Tg), este protozoario fue descubierto en 1908 por Charles Nicolle y Louis Herbert Manceaux, en un roedor africano, usado en el Instituto Pasteur de Túnez en investigaciones sobre Leishmaniasis. Es

un parásito que vive en los líquidos o tejidos corporales del huésped; pertenece al Phylum Apicomplexa, clase Esporozoa, subclase Coccidea, orden Eucoccidiida, subfamilia Eimeriina, familia Sarcocystidae y género *Toxoplasma*. El *Toxoplasma gondii* es uno de los agentes infecciosos en humanos más ampliamente distribuidos en todo el mundo, su ciclo de vida está estructurado en cinco fases fundamentales, todas ellas se producen en el gato.¹

La prevalencia de anticuerpos frente a la toxoplasmosis varía de unas series de estudios a otras entre un 25-75 por ciento. La infección cursa la mayoría de las veces de forma asintomática. La frecuencia de transmisión aumenta a medida que avanza la gestación. En el primer trimestre es aproximadamente del 10 por ciento, llegando a un 50-60 por ciento en el tercer trimestre.²

En el 2006, Zambrano y colaboradores llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de estudiar la prevalencia de toxoplasmosis en 279 embarazadas que asistieron a control prenatal al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala en los meses de junio y julio del año 2004, reportando que el 69.9 por ciento presentó anticuerpos IgG contra *T. gondii*. La proporción de embarazadas con serología positiva para *T. gondii* fue de un 35.6 por ciento para las edades comprendidas entre los 15-19 años.³

Jacome, en el 2007 realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la prevalencia de infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas en Valledupar Cesar, Colombia. De las 300 madres estudiadas se encontraron 174 positivas y 126 negativas, lo cual nos dio una prevalencia de 58 por ciento de mujeres positivas con anticuerpos específicos IgG para *Toxoplasma gondii*, un 17.8 por ciento correspondió al grupo de adolescentes, el 80,6 por ciento eran amas de casa y vivían en unión libre el 78 por ciento, y el 38 por ciento no alcanzó terminar la primaria.⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal; con el objetivo de determinar la frecuencia de la toxoplasmosis en adolescentes embarazadas que acuden al Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante octubre 2010-abril 2011, el universo estuvo constituida por 815 adolescentes embarazadas y la muestra fue de 25 embarazadas positivas a la toxoplasmosis.

Para tales fines se aplicó un instrumento de recolección de información (cuestionario) a todos las pacientes, diseñado por los autores y el asesor, el cual contenía las siguientes variables:

* Médico general

** Epidemiólogo

Edad, estado civil, antecedentes obstétricos, factores de riesgo y trimestre de embarazo y anticuerpo anti-toxoplasmosis.

La información obtenida se analizó mediante el método estadístico, utilizando la técnica de distribución y frecuencia absoluta y relativa. Finalmente los resultados se expresan mediante cuadros y gráficos para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Durante el período octubre 2010-abril 2011 fueron realizadas un total de 815 pruebas para detectar toxoplasmosis en adolescentes embarazadas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, observándose que el 3.1% resultaron positivas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de toxoplasmosis en adolescentes embarazadas analizadas en el laboratorio clínico del Hospital de maternidad nuestra señora de la Altagracia. Octubre 2010-abril 2011

Adolescente embarazadas analizada durante el período de toxoplasmosis	Frecuencia	%
Negativa	790	96.1
Positiva	25	3.1
Total	815	100.0

Fuente: Expedientes clínicos y libros record de adolescente embarazada

De acuerdo a los resultados de la IgG e IgM se observó que un 2.8 por ciento resultó positiva a la IOgG y un 0.2 por ciento a la IgM (Cuadro 2).

Cuadro 2. Resultado de la igg e igm en adolescentes embarazadas analizadas en el laboratorio clínico del Hospital de maternidad nuestra señora de la Altagracia Octubre 2010-abril 2011.

Resultados	IgG	%	IgM	%
Positivos	23	2.8	2	0.2
Negativos	792	97.2	813	99.8
Total	815	100.0	815	100.0

Fuente: Expedientes clínicos y libros record de adolescente embarazada

Con relación a la edad y las pruebas de IgG e IgM, se encontró que la IgG resultó positiva en un 65.2 por ciento en edades de 17-19 años y la IgM resultó positiva en un 50 por ciento a partir de los 14 años (Cuadro 3)

Al analizar los factores de riesgo se encontró que los gatos en las casas representaron el 64 por ciento, mientras que el perro estuvo presente en el 56 por ciento (Cuadro 4).

Con relación al trimestre de embarazo que fueron realizadas las pruebas se observó que en un 60 por ciento se detectó en el segundo trimestre de embarazo (Cuadro 5).

Cuadro 3. Distribución de la edad de las adolescentes embarazadas positivas a toxoplasmosis analizadas en el laboratorio clínico del hospital de maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Octubre 2010-abril 2011.

Edad (años)	Pruebas			
	IgG		IgM	
	No.	%	No.	%
10 – 13	1	4.3	0	0.0
14 – 16	7	30.4	1	50.0
17 – 19	15	65.2	1	50.0
TOTAL	23	100.0	2	100.0

Fuente: Expedientes clínicos y libros record de adolescente embarazada

Cuadro 4. Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas positivas a toxoplasmosis analizadas en el laboratorio clínico del hospital de maternidad nuestra señora de la Altagracia octubre 2010-abril 2011.

Factores de Riesgo	Frecuencia.	%(n=25)
Gatos en la casa	16	64.0
Perros en la casa	14	56.0
Consumo de agua sin hervir	8	32.0

Fuente: Expedientes clínicos y libros record de adolescente embarazada

Cuadro 5. trimestre de embarazo en las adolescentes embarazadas positivas a toxoplasmosis analizadas en el laboratorio clínico del hospital de maternidad nuestra señora de la Altagracia octubre 2010-abril 2011.

Trimestre de Embarazo	Frecuencia.	%
Primero	5	20.0
Segundo	15	60.0
Tercero	5	20.0
Total	25	100,0

Fuente: Expedientes clínicos y libros record de adolescente embarazada

DISCUSIÓN

Durante el período octubre-abril del 2011 fueron realizadas un total de 815 pruebas de toxoplasmosis en adolescentes embarazadas que asistieron al Laboratorio Clínico del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, donde se obtuvo una frecuencia de 3.1. Al comparar este hallazgo con autores como Zambrano⁵ y cols. Los cuales cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de la frecuencia de toxoplasmosis en 279 embarazadas que asistieron a control prenatal al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala en los meses de junio y julio del año 2006. Reportando que el 69.9 por ciento presentó anticuerpos IgG contra *T. gondii* y con Jacome⁴, el cual realizó una investigación sobre la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas en Valledupar Cesar, Colombia, donde se reporta una prevalencia de un 58 por ciento. El porcentaje encontrado en este estudio es muy bajo con respecto a ambos autores.

Al analizar los resultados de la IgG y de la IgM se observó

que la inmunoglobulina IgG, se encontraron más elevados que la IgM. Señala Júbiz¹ y cols., en el 2009 en su estudio sobre las complicaciones médicas y quirúrgicas de la gestación, que el tamizaje con IgG para detectar pacientes que no han adquirido la infección por toxoplasma debe llevarse a cabo en el periodo preconcepcional. Esto permite detectar a las mujeres que tienen títulos positivos de IgG específica para el parásito y que por tanto ya han sido infectadas antes del embarazo. Este grupo de pacientes no requiere estudios adicionales para toxoplasma luego de embarazarse. En cambio, a toda gestante sin niveles de IgG conocidos contra *Toxoplasma gondii* se le debe hacer pruebas para la detección de IgG contra el parásito desde el inicio del embarazo. Si el resultado es negativo, significa que la gestante aún no ha adquirido la infección, por lo cual debe solicitarse una prueba de IgG cada tres meses y educar a la paciente con miras a prevenir la primoinfección, como son, la higiene y cuidado con respecto al consumo de los alimentos, medidas higiénicas generales y evitar la exposición a felinos.

Al analizar los grupos de edad se encontró que todos los casos se observaron a partir de los 14 años de edad. Autores como Ory³ y cols., en sus estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal del 2009, que existe un incremento de la seroreactividad en los grupos de mayor edad, debido a que hay más posibilidad de adquisición de la infección por la exposición progresiva al parásito proveniente tanto de animales domésticos como de alimentos contaminados.

Con relación a los factores de riesgo se observó que la presencia de gatos (64%) y perros (56%) en las casas fueron factores muy asociados a la infección por el toxoplasma *gondii*, señalando Kasper⁶ en el Principios de Medicina interna de Harrison, del 2008, que la principal forma de infección es a través de la ingestión de ooquistes excretados por el gato o de los quistes de animales infectados al ser consumidos son considerados como factores de riesgo para adquirir la infección en mujeres embarazadas. En cuanto al consumo de agua para beber o preparar bebidas como factor predisponente, se encontró que el 32 por ciento de las embarazadas no la hierve. El consumo de agua directamente de la llave se ha demostrado en estudios que se han hecho en otros países que sí constituyen un factor de riesgo para adquirir la toxoplasmosis.

Al analizar El trimestre de embarazo en el cual se detecto la toxoplasmosis, un 60 por ciento fue detectado en el segundo trimestre, aunque llama la atención el hecho de que el 20 por ciento se detecto en el primer trimestre del embarazo. Autores Hirt⁷ en su investigación sobre la fuente de infección y mecanismo de transmisión del 2008, se señala que la tasa de transmisión materno-fetal varía de acuerdo a la edad gestacional y al momento de la infección materna. La infección materna posterior a la quinta (5ta) semana del embarazo puede ocasionar una transmisión fetal que varía en un rango <5->

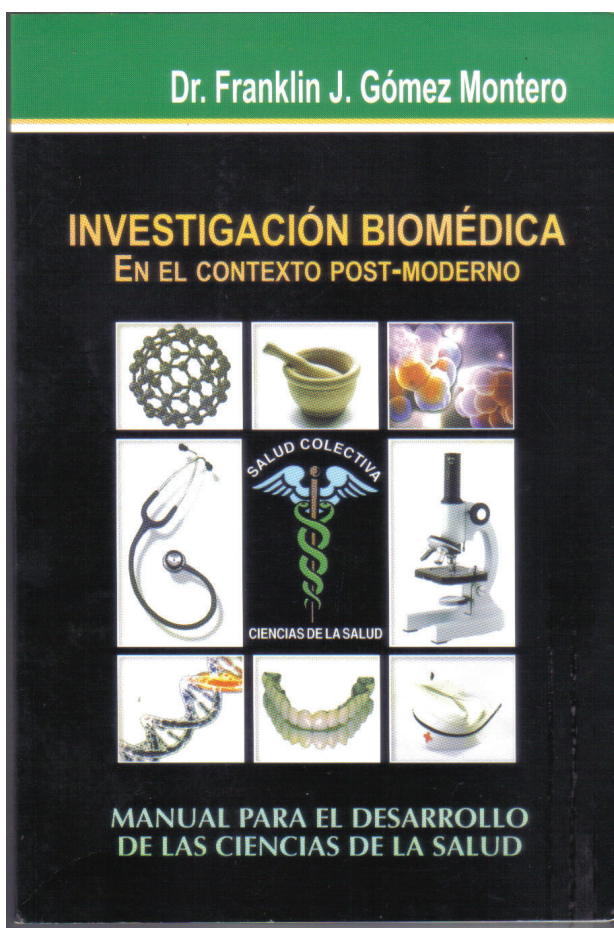
80 por ciento al final del embarazo. Aproximadamente el 15 por ciento de los infantes infectados con *Toxoplasma gondii* pueden presentar defectos estructurales importante, tales como hidrocefalia, coriorretinitis y calcificaciones cerebrales.

REFERENCIAS

1. Júbiz A, Restrepo O, Pinilla E. Complicaciones médicas y quirúrgicas de la gestación. En: Botero J, Júbiz A, Henao G, editores. Obstetricia y ginecología. Texto integrado. 9ª ed., Bogotá: Quebecor World-Bogotá; 2009:249-283.
2. Holland GN. Ocular toxoplasmosis: la influencia en persona de edad. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009;104:351-7.
3. Ory F, Delgado A, Fuentes A, García I, Sierra M. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal (García-Bermejo I, coord). En: Cercenado E, Cantón R (eds). Procedimientos en Microbiología Clínica, num 7a. Madrid: Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2009:56-62.
4. Jacome J. Prevalencia de infección por toxoplasma *gondii* en mujeres embarazadas, en valledupar, cesar año 2007. Tesis de post-grado Universidad del Magdalena en Convenio con la Universidad Nacional de Colombia Santamarta, 2007:17-21
5. Acha PN, Szyfres B. Toxoplasmosis. En: Acha PN, Szyfres B (eds). Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 2da ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008:646-658.
6. Kasper LH. Infección por *Toxoplasma*. En: Fauci AS, editor. Harrison, Principios de Medicina Interna. 17ª edición. New York (NY): McGraw-Hill; 2008:1243-1247.
7. Zambrano P. Prevalencia de Toxoplasmosis en mujeres embarazadas que asisten a la maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis de grado, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. 2006:23-27.
8. Bartolomé J, Martínez M, Moreno L, Lorente S, Crespo M.D. Prevalencia e incidencia de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres en edad fértil en Albacete (2001-2007). Rev Esp Salud Pública, 2008; 82:333-42
9. López Ch, Díaz J, Gómez JE. Factores de riesgo en mujeres embarazadas, infectadas por *Toxoplasma gondii* en Armenia Colombia. Rev Salud pública 2005; 180-190
10. D'Agostino LE. Diagnóstico serológico de toxoplasmosis. Actualización. Acta Bioquím Clín Latinoam, 2007;28(3):399-403
11. Gómez JE. Vientos favorables para un mejor control de la toxoplasmosis en Colombia. Infectio 2007; 11(3):103-107.

Aviso a los autores

Se les recuerda que, para poder ser considerados, los trabajos enviados a la oficina de publicaciones del CMD, deben cumplir con el Reglamento de Publicaciones y con las informaciones para los autores que se editen en cada número de la Revista Médica Dominicana, que a su vez son los Requisitos Uniformes de Vancouver y de la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas (ADOERBIO)



COMPLICACIONES AGUDAS DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER, REPÚBLICA DOMINICANA.

Ángela María Lora Vargas,* Claribel Mateo Montilla,* Gabriel Eugenio Polanco Silvestre,* Héctor López Zorrilla.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de fuente retrospectiva de información, con el objetivo principal de determinar la frecuencia de las complicaciones agudas de diabetes mellitus en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana, 2010. La población estuvo formada por 350 pacientes diabéticos que fueron ingresados en el hospital. La muestra la constituyeron 64 pacientes diabéticos, de los cuales 42 fueron masculinos para un 66 por ciento. Se utilizó el cuestionario como método de recolección de datos para la investigación. Los datos más relevantes de la investigación mostraron que de las complicaciones agudas, la hipoglucemia fue la más frecuente y se observó en treinta y nueve pacientes 61 por ciento, seguidos de la cetoacidosis diabética en siete pacientes 11 por ciento y del estado hiperosmolar no cetósico con tres pacientes 5 por ciento. Así mismo, el factor desencadenante más frecuentes con veintitrés pacientes 41 por ciento fue el uso de hipoglucemiantes orales. Los datos demuestran que las personas de la tercera edad son los de más alto riesgo a estas complicaciones debido a diferentes razones: falta de asistencia y cuidado por parte de los familiares, descuido en la forma de administración de los medicamentos, condiciones generales de salud. A pesar de que la hipoglucemia fue la complicación más frecuente, es la que más podría incidirse a fin de prevenirla; como factores que inciden a su aparición están los culturales, sociales y/o educacionales. Tanto la cetoacidosis diabética como el estado hiperosmolar no cetósico tuvieron baja frecuencia.

Palabras claves: diabetes mellitus, complicaciones agudas, cetoacidosis diabética, estado Hiperosmolar no cetósico, Hipoglucemia.

ABSTRACT

It was performed a study with descriptive cross-sectional and retrospective source of information, with the main objective of determining the frequency of acute complications of diabetes mellitus at the Hospital Salvador Bienvenido Gautier, Dominican Republic, 2010. The population consisted of 350 diabetic patients who were admitted to the hospital. The sample was composed of 64 diabetic patients, of whom 42 were male for a 66 percent. A questionnaire was used as a method of data collection. The most relevant findings showed that of all the acute complications the hypoglycemia was the most frequent and was observed in thirty nine patients 61 percent, followed by the diabetic ketoacidosis in seven

patients 11 percent and the ketotic hyperosmolar state with three patients 5 percent. Likewise, the most common precipitating factor of twenty-three patients 41 percent was the use of oral hypoglycemic drugs. The data showed that the older people are at highest risk of these complications due to various reasons: lack of assistance and care from family members, oversight in the form of drug administration and the general health conditions. Although hypoglycemia was the most common complication, it is the one with the easiest modes of prevention, as factors affecting its occurrence are the cultural, social and / or educational. Both diabetic ketoacidosis as non ketotic hyperosmolar state had low frequency.

Keywords: diabetes mellitus, acute complications, diabetic ketoacidosis, non ketotic hyperosmolar state, hypoglycemia.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus puede definirse como un trastorno del metabolismo causado por una disminución o la pérdida total de la capacidad del páncreas en la producción de la insulina, la cual es una hormona que permite que la glucosa fuente de energía para el organismo, pueda pasar de la sangre a la célula y así poder metabolizarse. En este trastorno metabólico están implicados factores genéticos, nutricionales y socioculturales.

En nuestro país hay alrededor de un millón de individuos de diferentes edades que padecen de diabetes mellitus, de los cuales el 50 por ciento, es decir unas 500 mil no saben que sufren de la enfermedad, de acuerdo con el doctor Rafael Fernández Lázala, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Se desconoce si la enfermedad sigue el curso que lleva en la sociedad dominicana para el año 2015 cerca del 15 por ciento de la población, o sea más de un millón de individuos serán diabéticos, según los especialistas del Instituto de la Diabetes y Nutrición (INDEN) Lucía de los Santos e Ivette Aybar. Para el director de la fundación Dominicana de Endocrinología y Diabetes (FUNDOMED) Doctor Félix Manuel Escaño, la enfermedad en el país cada día es más frecuente en virtud de que tenemos factores genéticos y ambientales, entre ellos la obesidad y el sobrepeso, que aumentan el riesgo de sufrir de diabetes mellitus.

En un estudio descriptivo y retrospectivo en la unidad de cuidados intensivos polivalentes del Hospital Militar Central: Dr. Carlos J. Finlay de Cuba en el periodo de septiembre del 2007 a octubre del 2008 para intentar caracterizar la morbilidad y la mortalidad por diabetes mellitus que abarcó a 1836 usuarios. Hubo un predominio del sexo femenino: 39.5

* Médico pasante.

** Gastroenterólogo.

por ciento al ingreso y al egreso: 21 por ciento. Fue la mayor en el grupo de 75 años en adelante tanto para los ingresados (28.9%) como para los fallecidos con un 21 por ciento. Entre las complicaciones apareció un franco predominio en la hiperglucemia que estuvo presente en todos los usuarios y también dentro de ellas la cetoadicidosis con 21 usuarios: 55.3 por ciento. Se recogió más pacientes con diabetes mellitus en las mujeres mayores de 75 años, tanto en los egresados vivos como en los fallecidos y la mayor complicación fue la cetoadicidosis diabética.

En otro estudio prospectivo, que abarcó 654 pacientes diabéticos del nivel primario de salud procedentes de las áreas de los policlínicos "Federico Capdevila", "Reñe Bedía" y "Mario Muñoz" Del municipio Boyeros; "Louis Pasteur" y "Turcios Lima", del municipio "10 de Octubre", así como "Bernardo Ponce" del municipio de San Miguel del Padrón, en el período comprendido de enero de 1987 a diciembre del 2000. El grupo etáreo más frecuente fue el de 45 a 64 años (47%), así como la duración clínica mayor de 10 años (51%). Predominó la obesidad femenina en el 49.2 por ciento, y la diabetes tipo II en el 91.4 por ciento. El tratamiento más utilizado fue la glibenclamida (39%), y el grado de control satisfactorio fue el más elevado (38%). La educación diabetológica deficiente fue expresada en que el 24.5 por ciento acudió a cursos de diabetes. La frecuencia de complicaciones de la serie fue la siguiente: cetoadicidosis 5.5 por ciento, retinopatía 23 por ciento, nefropatía 7.3 por ciento, neuropatía 12 por ciento, hipertensión arterial al 52.2 por ciento, cardiopatía coronaria 29 por ciento y amputación 3 por ciento. Hubo 14 pacientes (2.1%) que presentaron ceguera unilobal o bilateral.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en el Hospital Regional General Benito Juárez García de México, marzo a agosto del 2003. El universo estuvo conformado por 877 usuarios diabéticos que ingresaron al área de urgencias del mismo por presentar algunas de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus. La muestra se calculó con base en el universo y el menor porcentaje de alguna de las complicaciones agudas se tomó como prevalencia, en este caso el estado hiperosmolar no cetótico, fue de 1 por ciento. Se obtuvo una muestra de 277 pacientes, con índice de confianza del 95 por ciento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte trasversal y de fuente retrospectiva de información.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier, el cual se encuentra ubicado en el sector Ensanche La Fe de esta ciudad capital en la calle Alexander Fleming, esquina Pepillo Salcedo. Limitado al norte con la calle Genaro Pérez Justo (donde se encuentra el taller encargado del mantenimiento de los vehículos de la presidencia) al sur con la calle Alexander Fleming y al este con la calle N°39.

Tiempo de realización

El proyecto se llevó a cabo en septiembre 2011 a marzo 2012.

Universo

Todos los pacientes con antecedentes de diabetes mellitus del Hospital Salvador Bienvenido Gautier durante el año 2010 cuya historia clínica reúna todos los caracteres de inclusión de este estudio.

Muestra

Compuesta de 64 pacientes del Hospital Salvador Bienvenido Gautier que presentaron complicaciones agudas de diabetes mellitus durante el año 2010 y su historia clínica reunía los criterios de inclusión de la investigación.

Criterios de inclusión

Pacientes con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

Pacientes con historia clínica detallada de la inclusión de signos y síntomas de presentación, datos generales, antecedentes personales, datos de laboratorio, tratamiento.

Criterios de exclusión

Aquellos pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Procedimientos

Seleccionado el tema se procedió a realizar la investigación del mismo con la búsqueda de fuentes de información, luego se presentó la investigación para su aprobación, después de ser aprobada se solicitó la carta de permiso para asistir al Hospital Salvador Bienvenido Gautier y de esa forma iniciar con el trabajo de campo.

Técnicas de recolección de datos

Revisión bibliográfica y exploración de archivos del Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva y se calcularon los porcentajes, las frecuencias y las medidas de tendencia central.

Materiales

Se realizó un cuestionario estándar basado en los objetivos de investigación y una vez recolectada la información se tabuló y graficó, para luego analizar los resultados, se presentaron las conclusiones y recomendaciones.

Principios éticos

Toda la información obtenida en la investigación de los expedientes del archivo del Hospital Salvador Bienvenido Gautier se mantuvo con la mayor confidencialidad y no hubo discriminación por motivos de raza, sexo, religión, ideas políticas o posición social para la investigación.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de complicaciones agudas según el rango de edades en pacientes con diabetes mellitus, del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana 2010.

Edades	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90
N (%)	0 (0%)	5 (8%)	9 (14%)	14 (22%)	25 (39%)	11 (17%)	0 (%)

Fuente: cuestionario aplicado a expedientes clínicos.

Cuadro 2. Complicaciones agudas según el sexo en pacientes con diabetes mellitus del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana 2010.

sexo	Hombres	Mujeres
	42 (66%)	22 (34%)

Fuente: cuestionario aplicado a expedientes clínicos.

Cuadro 3. Factores desencadenantes más frecuentes de las complicaciones agudas en pacientes con diabetes mellitus del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana 2010.

Factores desencadenantes	N (%)
Enfermedad vasculo cerebral	5 (8)
Omisión de alimentos	7(11)
Sobredosis de insulina	13 (20.3)
Infarto agudo al miocardio	5 (8)
Infecciones	9 (14)
Hipoglicemiantes orales	26 (41)

Fuente: cuestionario aplicado a expedientes clínicos.

Cuadro 4. Relación de las complicaciones agudas según el tipo de diabetes, en pacientes del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana 2010.

Complicaciones agudas.	Cetoacidosis diabética	Estado hiperosmolar	Hipoglucemia
DM1 /N (%)	1 (1.5)	-	-
DM2 /N (%)	7 (11)	3(5)	39 (61)

Fuente: cuestionario aplicado a expedientes clínicos.

Cuadro 5. Tratamiento más utilizado en complicaciones agudas de diabetes mellitus del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana 2010.

Tratamiento Utilizado	N (%)
Insulinoterapia	12 (19)
Biguanidas	3 (5)
Reposición de líquidos	14 (22)
Reposición de niveles de glucemia	40 (62.5)

Fuente: cuestionario aplicado a expedientes clínicos.

DISCUSIÓN

En este estudio las complicaciones agudas de diabetes mellitus fueron más frecuente en hombres (66%) que en mujeres (34%), hecho que concuerda con la Encuesta Nacional De Salud (ENSA, 2000) la cual mostro una prevalencia global del 10.7 (%), con predominio en el sexo masculino con 50.5 (%).

La hipoglucemia fue la complicación aguda más frecuente encontrada en este estudio con un porcentaje de 61 por ciento, hecho que muestra relación con un estudio realizado en México en el cual entre las complicaciones agudas apareció un franco predominio de hipoglucemia con un 29.60 por ciento. La hipoglucemia fue notoria en sujetos de edad avanzada y en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tratados con hipoglicemiantes orales lo que demuestra que los pacientes de edad avanzadas son más susceptibles a dicha complicación por diferentes razones: falta de orientación por parte del personal de salud, descuido por parte de los familiares y las condiciones generales del paciente Observándose en este estudio que la diabetes mellitus tipo 2 fue más frecuente que la tipo uno,

Los signos y síntomas más frecuentes de las complicaciones agudas fueron diaforesis 44 por ciento, visión borrosa 39 por ciento y fatiga 33 por ciento.

El rango de edad más frecuente fue entre 70-79 años con un 39 por ciento hecho que concuerda con un estudio realizado, en la Unidad De Cuidados Intensivos Polivalentes Del Hospital Militar Central de Cuba, se observo un predominio en el grupo de 75 años para los ingresos en pacientes con complicaciones agudas de diabetes mellitus.

CONCLUSIONES

Por medio de los resultados del estudio, se concluyó:

1. La hipoglucemia (61%) fue la complicación aguda más frecuente de diabetes mellitus en el hospital Salvador Bienvenido Gautier en el año 2010.
2. El rango de edad más afectado fue el de 70-79 años con un (39%).
3. El sexo más afectado fue el masculino con un (66%).
4. El factor desencadenante más frecuente fue el uso de hipoglicemiantes orales para un (41%).
5. Los signos y síntomas más frecuentes fueron en orden descendente: Diaforesis (44%), visión borrosa (39%) y la fatiga (33%).
6. La cetoacidosis diabética se presentó más frecuentemente en la diabetes mellitus 2 (11%) así como el estado hiperosmolar hiperglucémico (5%) y la hipoglucemia (61%).
7. La reposición de niveles de glucemia (62%) fue el tratamiento más utilizado.
8. El tratamiento más utilizado en la hipoglucemia fue reposición de los niveles de glucemia con soluciones de glucosa con un (64%), reposición de las pérdidas de líquidos para un (39%), en la cetoacidosis fue la administración de insulina para un (12.5%), el estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico fue insulina con un (3.1%) y reposición de líquidos para un (3.1%)

REFERENCIAS

1. American Diabetes Association, implications of the diabetes control and complications clinical practice recommendations diabetes, care 2000;23: 27-31.
2. Anthony s. Fauci, MD, Dennis L. Kasper, MD. Dan

- L. Longo. MD, Eugene Brauwld, MD, Sthepen L. Hauser, MD, J. Larry Jameson, MD PhD, Joseph Loscalzo, MD, PhD principios de medicina interna Harrison Mc Craw Hill 17 edición en español México D.F 2009.
3. American Diabetes Association (2004). Nephropathy in diabetes. Clinical Practice Recommendations 2004. Diabetes Care. 27(Suppl 1): p 79-83
 4. American Diabetes Association, diabetes de la z ed norma 1997, p 249.
 5. Akbar DH. IS hypertension common in hospitalized type2 diabetic patients saud; Med j 2001; 22(2): 139-141.
 6. American Diabetes Association position statement: hyperglycemc crises in patients with diabetes mellitus. Diabetes care 2004; 27 (suppl 19): s94-s1025.
 7. Balasubramanyam A, nalin R, hamper CS, Maldonado M. sndrome of ketosis-prone diabetesmellitus endocr rev 2008;29: 292-302.
 8. Carlos J. Castro Sansores, Orlando Cimè Akè, Sergio Pérez Herrera, Maria del R. González Losa. Medicina Interna de México, julio- agosto 2005, V.21 n.4 : 259-65
 9. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la Diabetes Mellitus. Rev Esp Cardiol 2002; 55:528-35.
 10. Cryer PE. Hypoglicaemia: the limiting factor in the glycaemic management of type1 and 2 Diabetes. Diabetologia 2002; 45: 937-48.
 11. Cryer PE, Davis SN, Shamoon H. hypoglycemia in diabetes care 2003; 26: 1902-12.
 12. Escobar Jiménez F, Javier Tebar F, la diabetes mellitus en la práctica clínica, buenos aires, Madrid, ed medica panamericana, 2009.
 13. Eledrisi MS, Alshanti MS, shah MF et al. overview of the diagnosis and management of diabetic ketoacidosis. Am j Ned sci 2006; 331:243-251.
 14. [Elizabeth Almeida Correa,](#) [Ernesto Bárbaro López Rodríguez,](#) [Jorge Luis Toro.](#) Diabetes mellitus, c omportamiento en la u nidad d e c uidados i ntensivos polivalentes R
Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_4_09/mie03409.htm consultado enero 28 2012
 15. Fortuna A Rivera J, protocolo de atención del paciente grave, ed. médica panamericana, s.a 2008.

FE DE ERRATA

De la página 131 a la 133 del número 1, del volumen 73 del año 2012, de la Revista Médica Dominicana (Rev Méd Dom) fue publicado el artículo: Conocimiento que tienen los pacientes acerca de la hipertensión arterial de la consulta de cardiología. Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello. Los doctores: Miguel Antonio Pichardo, María Ysabel Manzueta y Odalis De Jesús, fueron los sustentantes de este trabajo que correspondió a su tesis de grado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, con la cual obtuvieron su título de doctor en medicina, asesorados por la Lic. María Luis Sánchez. Sin embargo, en dicha publicación obviaron al Dr. Miguel Antonio Pichardo y aparecen los doctores: Bienvenida Sánchez Martínez, Wilna De la Rosa Brito y Johanna Muñoz Gómez.

En este sentido se hace constar que los verdaderos autores del trabajo son: Miguel Antonio Pichardo, María Ysabel Manzueta, Odalis De Jesús y Lic. María Luis Sánchez.

DIAGNÓSTICO DE DENGUE EN EL HOSPITAL DR. ANTONIO MUSA SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACION, 2011.

Leyni Ernesto Lazala,* Carolina Aquino Santana,* Juan Carlos Rondón Mejía,* Miguel Polonio Reyes,** German Deriel. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de corte transversal con recopilación de datos retrospectivos para conocer el Diagnóstico y Tratamiento de Dengue, según la nueva clasificación. Los datos se obtuvieron del uso de instrumentos y formularios que contenían todas las variables a investigar en el estudio correspondiente, luego se procedió a la revisión, calificación y revisión de los resultados. El universo estuvo conformado por 52 pacientes que fueron atendidos en dicho periodo, con una muestra 21 pacientes con edades de 6 a 12 años. Se demostró que el sexo femenino fue el más afectado, siendo el grupo de edad más comprendido entre los 6 y 8 años, por otro lado la procedencia en una gran mayoría era urbanos en 90 por ciento de los casos. Además de que el principal factor de riesgo es el almacenamiento de agua, para un 52 por ciento y que el 100 por ciento fueron tratados con acetaminofen y manejo de los líquidos. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio establecemos las siguientes conclusiones; Respecto a las características sociodemográficas en la provincia de San Pedro de Macorís, el sexo femenino fue quien se vio más afectado, siendo el grupo de edad más comprendido entre los 6 y 8 años, por otro lado la procedencia en una gran mayoría era urbanos en 90 por ciento de los casos.

El dengue sin signos de alarma para un 71.43 por ciento, las pruebas serológicas se le realizaron a 17 de los 21 pacientes en estudio representa el 80.5 por ciento. Sobre la prevención el control del mosquito representa un 67 por ciento y el suministro de agua potable que llega a nuestros pacientes en estudio es extradomiciliaria para 71.43 por ciento. los Signos de alarma con más frecuencia son Derrames serosos / hipoalbuminemia 42,86 por ciento. El dengue grave se observó en un 4.76 por ciento, siendo un porcentaje muy bajo con relación al número de casos.

Se recomienda que Promover la organización de la comunidad, involucrando a todos los sectores: adulto, juvenil e infantil, para programar actividades educativas y de capacitación. También orientar e informar a la población con relación a la enfermedad del dengue, para que puedan participar conscientemente en el control del mosquito transmisor del dengue. Reorientar las campañas de prevención contra el Dengue (mantener campañas de saneamiento ambiental durante todo el año). Incrementar los recursos económicos para promover y promocionar la lucha contra el Dengue. Diseñar estrategias dirigidas a la Comunidad que despierten

la conciencia de los mismos. Abastecer a los laboratorios clínicos del municipio de San Pedro de Macorís de equipo y reactivos necesarios para el diagnóstico de los casos agudos.

Palabras claves: Dengue, Diagnóstico, tratamiento, niños, clasificación.

ABSTRACT

We performed a longitudinal study was cross-sectional with retrospective data collection to know the diagnosis and treatment of dengue, according to the new classification. The data were obtained from the use of instruments and forms containing all variables to investigate in the corresponding study, then proceeded to review, rating and review of results. The universe consisted of 52 patients who were treated in this period, with a sample of 21 patients aged 6-12 years. It showed that female gender was the most affected, with the age group between 6 and 8 years, on the other hand the sources in a large urban majority was 90 percent of the cases. Besides the main risk factor is the storage of water, 52 percent and 100 percent were treated with acetaminophen and fluids management. With the results of our study establish the following conclusions; Regarding sociodemographic characteristics in the province of San Pedro de Macoris, the female was the one who was most affected, with the age group between 6 and 8 years, moreover the sources in a large urban majority was 90 percent of the cases.

The dengue without warning signs for a 71.43 percent, serological tests were performed on 17 of the 21 patients in the study is 80.5 percent. On preventing mosquito control represents a 67 percent and water supply that reaches our study patients extradomiciliary to 71.43 percent. The warning signs are most often serous effusions / hypoalbuminemia 42.86 percent. The severe dengue was observed in 4.76 percent, with a very low relative to the number of cases.

It is recommended that promote community organization, involving all sectors: adult, youth and children, to schedule training and educational activities. Also guide and inform the population regarding dengue disease, to participate consciously in controlling dengue mosquito. Reorient prevention campaigns against Dengue (maintaining sanitation campaigns throughout the year). Increasing the financial resources to promote and advertise the fight against dengue. Design strategies for the Community that raise awareness of them. Clinical laboratories supplying the municipality of San Pedro de Macoris equipment and reagents necessary for the diagnosis of acute cases.

* Médico general.

** Médico pediatra.

*** Médico epidemiólogo.

Keywords: Dengue, diagnosis, treatment, children, classification.

INTRODUCCIÓN

El dengue es un problema creciente para la Salud Pública mundial, debido a varios factores: el cambio climático, el aumento de la población mundial en áreas urbanas de ocurrencia rápida y desorganizada, la insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos, la inadecuada recolección de residuos y la gran producción de recipientes descartables que sirven como criaderos de mosquitos al igual que los neumáticos desechados. A esto se suman el aumento de viajes y migraciones, fallas en el control de los vectores, y la falta de una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad.

En la provincia de San Pedro de Macorís, se han presentado brotes de forma cíclica con un alto índice en la población pediátrica, los cuales asisten en una buena proporción al Hospital Dr Antonio Musa, San Pedro de Macorís.

Se cree que en una buena proporción de los casos son mal diagnosticados por no tener claro el diagnóstico diferencial y la fisiopatología de dicha enfermedad y es por esta razón que se ha formulado esta investigación.

Hernán R. Sanabria. Realizo un estudio sobre Aislamiento e Identificación de los virus Dengue en la República Dominicana, en el año 2002: el estudio permitió aislar por primera vez al virus dengue en la isla así como confirmar la circulación del virus DEN-1, DEN-2 Y DEN-4 en la zona estudiada hasta 1997. Para el año 2002, República Dominicana ya aisló el DEN-3, con lo que completó los 4 tipos.

El dengue es una patología de alto poder epidémico que en los últimos años se ha venido presentando en sus formas clásica y hemorrágica en una gran parte del territorio nacional debido a la alta dispersión del vector en el país, constituyéndose en un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

Este trastorno repercute en la dinámica nacional y social al causar pérdida de vidas humanas, considerados gastos para la familia y jornadas de trabajos perdidas. Conlleva al deterioro de la imagen de un destino turístico saludable y al aumento de los reclamos de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de corte transversal con recopilación de datos retrospectivos.

Demarcación Geográfica: Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís.

Tiempo de Realización: Enero-Junio 2011

Población: Está conformado por 52 pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís en el Periodo Enero-Junio 2011

Criterios de Inclusión: Todos los Pacientes con diagnóstico con dengue con edades de 6 a 12 años que fueron atendidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, en el Periodo Enero-Junio 2011.

Criterios de Exclusión: Todos los Pacientes cuyos diagnóstico clínico con dengue que asistieron de otro centro de salud o de la misma área del estudio, pero fuera del periodo de tiempo seleccionado por el mismo y en otro rango de edades.

Fuentes de Información: Los datos se obtuvieron del uso de instrumentos y formularios que contenían todas las variables a investigar en el estudio correspondiente, luego se procedió a la revisión, calificación y revisión de los resultados.

Procedimiento: Se le solicitó a la escuela de medicina una autorización para poder llevar a cabo nuestro estudio de investigación en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís y se procedió a la recolección de los

datos de expedientes de los periodos solicitados donde allí seleccionamos todos los expedientes objetos de estudio para coleccionar los datos.

RESULTADOS

Cuadro 1. Edad según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Edad (años)	Frecuencias	%
6 a 8	16	76.2
9 a 11	4	19.1
12	1	4.7
Total	21	100,0

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 2. Distribución Edad, Según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Sexo	Frecuencias	%
Femenino	15	71
Masculino	6	29
Total	21	100

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 3. Distribución Procedencias según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa.

Procedencia	Frecuencias	%
Urbana	19	90
Rural	2	10
Total	21	100

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 4. Tipos de Dengue según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Tipos de dengue	Frecuencias	%
Sin signos de Alarma	15	71.4
Con signos de Alarma	5	23.8
Dengue grave	1	4.8
Total	21	100,0

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 5. Factores de riesgos según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Factores de Riesgos	Frecuencias	%
Nutrición deficiente	4	19
Pobreza extrema	6	29
Almacenamiento de agua	11	52
Total	21	100

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 6. Diagnóstico Clínico según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Diagnóstico Clínico	Frecuencias	%
Las pruebas serológicas (IGg, IGm)	17	80.5
Signos y síntomas (Fiebre, Cefalea y Artralgias)	21	100

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 7. Tratamiento según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Tratamiento	Frecuencias	%
Acetaminofen	21	100
Hidratación (Ringer Lactato)	21	100
Total	21	100

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 8. Suministro de Agua Potable según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Suministro de agua potable	Frecuencias	%
Intradomiciliaria	6	28.6
Extradomiciliaria	15	71.4
Total	21	100,0

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

Cuadro 9. Signos de Alarma según Diagnóstico de Dengue Según la Nueva Clasificación en el Hospital Dr Antonio Musa

Signos de alarma	Frec.	%
Dolor abdominal intenso o sostenido	6	28.6
Derrames serosos / hipoalbuminemia	9	42.9
Sangrado mucoso	2	9.5
Hepatomegalia	3	14.3
Aumento brusco del hematocrito asociado a descenso brusco de plaquetas	1	4.8
Total	21	100,0

Fuente: Hospital Regional Dr. Antonio Musa

DISCUSIÓN

Los pacientes en su mayoría eran de sexo femenino 71 por ciento lo que concuerda con el estudio realizado por Aridia Mercedes Fersola Mejía, donde el sexo predominante fue el femenino en 32.7 por ciento. Siendo la zona urbana la de mayor frecuencia en 90 por ciento.

Al expresar los factores de riesgo, el más común es el almacenamiento de agua 52 por ciento.

El tratamiento es con acetaminofen e hidratación (Ringer Lactato). La prevención es el control del mosquito, ya que es de características diurnas, de agua limpia y cerca de las casas y de las personas, una de las principales medidas para la eliminación del mosquito es la destrucción de los criaderos como son aguas estancadas, basura acumulada y todo donde el mosquito pueda poner sus huevos.

Derrames serosos / hipoalbuminemia es el mas frecuente en

nuestro estudio y ninguno refirió hemorragia, lo cual coincide con estudios realizados a nivel mundial, en los que caracterizan al Dengue sin signos de alarma, como un cuadro de fiebre, cefalea intensa, dolor de huesos que puede presentar exantema y probabilidad de fenómenos hemorrágicos menores.

Del el suministro de agua potable que llega a nuestros pacientes en estudio a la conservación del agua extradomiciliaria, es esta carencia de agua potable en ciertas regiones que conlleva a la necesidad de almacenar agua que constituyen criaderos potenciales del mosquito.

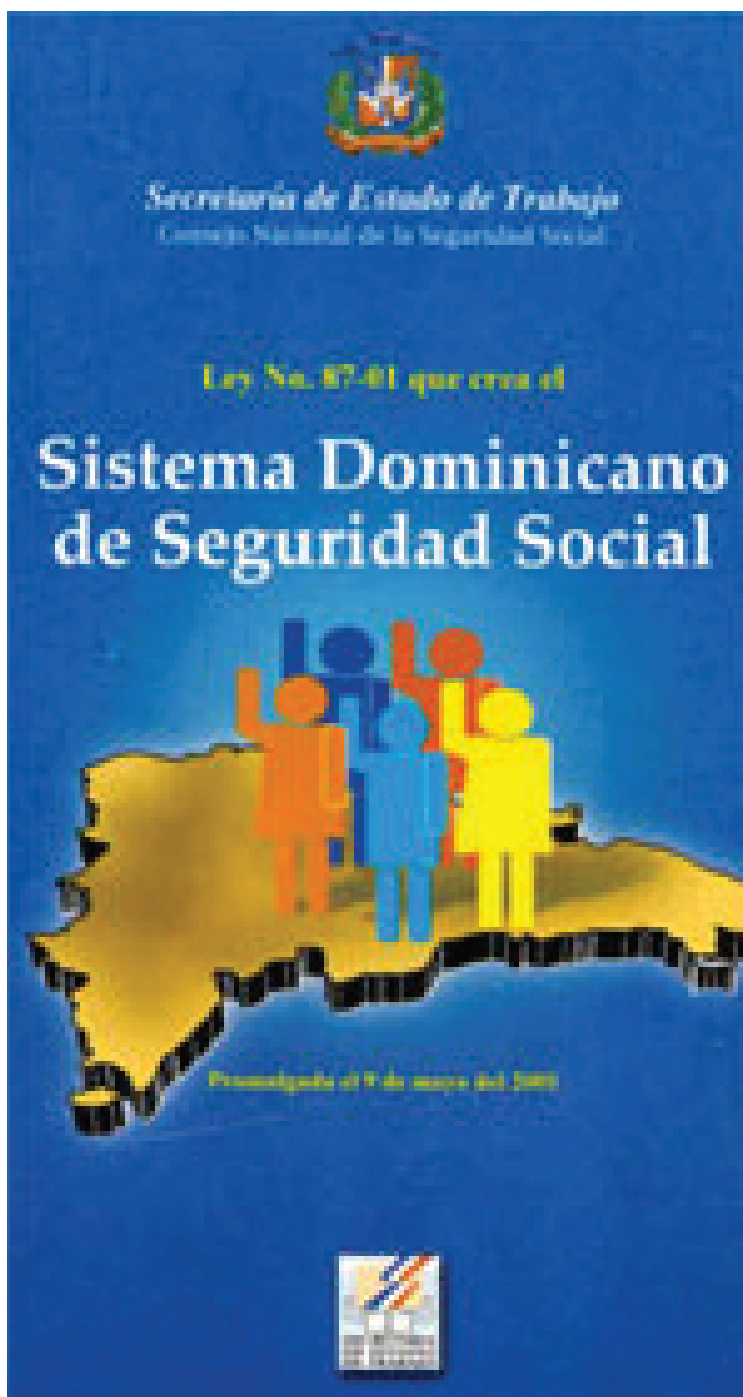
Finalmente el estudio nos permite señalar que el brote de dengue de estos últimos años, demuestra una vez más que esta enfermedad aparece en aquellas áreas, donde las medidas de control del vector se deterioran, por lo cual es necesario mantener medidas de control vectorial y de vigilancia epidemiológica.

REFERENCIAS

1. Academia Nacional de Ciencias: El dengue. Vol.7. Editora Grafo S.A. San José, Costa Rica.2001.
2. Bhamarapavati N.: Pathology of dengue infections. p. 115-132. In D.J. Gubler and G. Kuno (eds.). Dengue and dengue hemorrhagic fever. CAB International, London, United Kingdom, 2003.
3. Caballero Hoyos y Cols. Sobre Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México 2007
4. Clemente Terrero (2010) la Enfermedad del Dengue, 3.era. edición
5. Dr. Feris Iglesias, Jesús. Dengue y dengue hemorrágico, oct.-dic. 1988.
6. Dr. Cipriano García Gutiérrez, en el Centro Interdisciplinario de Investigación para el Desarrollo Integral Regional (CIIDIR), Unidad Guasave, Sinaloa, del Instituto Politécnico Nacional (IPN) ENERO 9, 2011
7. Emilio Mena-Castro y colaboradores realizaron un estudio sobre Dengue en la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Brote epidémico del año 2006,
8. Estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Miércoles 4 de noviembre de 2009
9. Fersola Mejía, Aridia Mercedes. Niveles de conocimientos sobre el dengue, en una población barrial de Santo Domingo, , ene.-dic. 1996,
10. Guía para la Organización de la Atención y Manejo de los Pacientes con Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico. Caja Costarricense de Seguro Social. 2002,

CONSULTE

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



FRECUCENCIA Y CAUSAS DE HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS HOSPITAL
MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Farah de la Cruz Naveo,* Jheinson Rodríguez,* Miriam Maloney Mones,*
Zoraya Victorino Cornielle,* Starlin Guerrero,* Esmeraldo Cedeño Taveras.**

RESUMEN

Se realizó de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, cuyo propósito consistió en determinar la frecuencia y las causas de las histerectomías obstétricas practicadas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante los años 2008-2009. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que hayan tenido parto (vaginal o cesárea) ingresadas en el referido centro asistencial durante los años en estudio y la muestra fue de 39 paciente. Se reporta una frecuencia de histerectomía obstétrica en el posparto en el durante los años en estudio fue de 1.0 por ciento, el 51.3 por ciento estaba comprendidas entre los 20-29 años, con un 51.3, de estado civil unión libre, para un 74.4 por ciento, en el 41 por ciento de los casos la vía de desembarazo fue la cesárea, en el un 64.1 la causa de la histerectomía obstétrica fue la atonía uterina, con un 64.1 por ciento, seguido por un 17.9 por ciento representado por la rotura uterina, en el 94.9 por ciento la clase de histerectomía practicada fue la total, de los 5 casos de DPPNI causante de histerectomías obstétricas en ninguno se relacionó con hipertensión arterial.

Palabras claves: Histerectomía obstétrica, causa, ginecología.

ABSTRACT

It was took place a descriptive, retrospective, cross-sectional study, whose purpose was to determine the frequency and causes of the widely practiced obstetric hysterectomies at the maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia during the years 2008-2009. The universe was formed by all patients who have had birth (vaginal or c-section) entered in the referral care center during the years in study and the sample was of 39 patient. reported a frequency of obstetric hysterectomy in the postpartum in the during the years in study was 1.0 percent, 51.3 per cent was comprised between 20-29 years, with a 51.3, of State civil union free a 74.4 per cent, in 41 percent of the cases the expedition via caesarean section, was in the a 64.1 the cause of obstetric hysterectomy was uterine atony with a 64.1 percent, followed by a 17.9 per cent represented by breaking uterine in the 94.9 per cent practised hysterectomy class was the total, 5 cases of causative DPPNI of obstetric hysterectomies in any it related to hypertension.

Key words: obstetric hysterectomy, cause, Gynecology.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se extirpa el útero de manera total o parcial, sin importar las causas que conlleven a ella; la misma suele llevarse a cabo a través de la vagina o del abdomen. La histerectomía es un procedimiento que tiene sus bases anatómicas, siendo ésta muy cuidadosa, así como una secuencia lógica de los pasos a seguir durante el procedimiento, despertando meticulosamente los detalles, como la preocupación de evitar las complicaciones trans y postquirúrgicas y así presentar una evolución clínica satisfactoria.¹

Una histerectomía efectuada con las indicaciones adecuadas puede restaurar la salud e incluso salvar la vida de una paciente. Sin embargo, en la práctica de ginecología es frecuente observar innumerables mujeres en las que se ha recomendado la histerectomía sin indicaciones apropiadas. Dentro de la histerectomía se encuentra la obstétrica, la cual se refiere solamente a aquellas extirpaciones uterinas que se realizan de urgencia por indicación médica, ante una complicación del embarazo, el parto o el puerperio, o por agravamiento de una enfermedad preexistente y que debe ser resuelta en este período.²

Con frecuencia, constituye un recurso importante que puede salvar la vida de una mujer. Siempre que la experiencia del cirujano y el estado general de la paciente lo permitan, debe preferirse la histerectomía total; no obstante, casi siempre por modificaciones de las relaciones anatómicas, se puede realizar una histerectomía subtotal. La decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede conducir a la muerte de la paciente.

Navia, *et al*, realizaron un estudio donde se analizaron 52 casos de histerectomía obstétrica en el Serv Obstet Ginecol Hosp. Felix Bulnes Cerda entre 2006-2008 reportando que las principales causas fueron la inercia uterina con un 57.7 por ciento y el DPPNI, con un 23,6 por ciento.³

El presente estudio tiene por objetivos determinar las causas y las complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Centro Materno-Infantil San Lorenzo de Los Mina durante los años 1999-2002.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, cuyo propósito consistió en determinar la frecuencia y las causas de las histerectomías obstétricas practicadas en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante los años 2008-2009. El universo estuvo constituido por todas las pacientes que hayan tenido parto

* Médico general

** Epidemiólogo

(vaginal o cesárea) ingresadas en el referido centro asistencial durante los años en estudio y la muestra fue de 39 paciente.

Para tales fines se aplicó un cuestionario el cual contenía las siguientes variables: edad, procedencia, estado civil, antecedentes patológicos, vía de desembarazo, causa, duración y tipo de histerectomía.

La información obtenida se analizó mediante el método estadístico, utilizando la técnica de distribución y frecuencia absoluta y relativa. Finalmente los resultados se expresan mediante cuadros y gráficos para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Se pudo observar que a 39 pacientes les fue practicada histerectomía obstétrica, lo que arroja una frecuencia de 1.0 por ciento (Cuadro 1).

Al analizar los grupos de edad, se evidenció que un 51.3 por ciento estaba comprendida entre 20-29 años y el 7.9 por ciento eran menores de 20 años (Cuadro 2).

De acuerdo al estado civil se puede notar que 7 pacientes correspondiente al 17.9 por ciento eran soltera, 3 para un 7.7 por ciento se encontraban casadas y 19 igual al 74.4 por ciento vivían en unión libre con s pareja (Cuadro 3).

Al analizar las causas de las histerectomía apreciamos que 5 igual al 12.8 por ciento se debieron a DPPNI, 25 correspondiente al 64.1 por ciento fueron ocasionadas por atonía uterina, 7 para un 17.9 por ciento se debieron a rotura uterina y 2 igual al 5.1 por ciento por infección puerperal (Cuadro 4).

Se apreció que 37 histerectomía correspondiente al 94.9 por ciento fueron clasificada como total, mientras que 2 para el 5.1 por ciento como sub-total (Cuadro 5).

Cuadro 1. Frecuencia de histerectomía obstetrica hospital maternidad nuestra señora de la altagracia 2008-2009

Cantidad de partos realizados durante los años 2008-2009	Frecuencia	%
Con histerectomía obstétrica	39	1.0
Sin histerectomía	39121	99.0
Total	39160	100.0

Fuente: Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Cuadro 2. Distribución de los casos de histerectomía obstetrica según edad, hospital maternidad nuestra señora de la Altagracia 20008-2009

Edad (años)	No. de casos	%
< 20	7	17.9
20 – 29	20	51.3
30 – 39	12	30.8
Total	39	100.0

Fuente: Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Cuadro 3. Distribución de los casos de histerectomía obstétrica según estado civil, hospital maternidad nuestra señora de la Altagracia 2008 - 2009

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	7	17.9
Casada	3	7.7
Unión libre	29	74.4
Total	39	100.0

Fuente: Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Cuadro 4. Distribución de los casos de histerectomía obstétrica según causas, hospital maternidad nuestra señora de la Altagracia. 2008 - 2009

Causas de histerectomía Obstétrica	Frecuencia	%
DPPNI	5	12.8
Atonía uterina	25	64.1
Rotura uterina	7	17.9
Infección puerperal	2	5.1
TOTAL	39	100.0

Fuente: Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Cuadro 5. Tipo De Histerectomía Obstetrica, Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia. 2008 - 2009

Tipo de Histerectomía	No. de casos	%
Total	37	94.9
Sub-total	2	5.1
Total	39	100.0

Fuente: Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

DISCUSIÓN

Durante los años 2008-2009 se produjeron en nuestro centro 39,160 partos, de éstos, 13,662 terminaron por cesáreas para un índice de 34.9 por ciento, 25,498 por vía vaginal para un índice de 65.1 por ciento y se realizaron 39 histerectomías obstétricas, lo que arroja una frecuencia de 1.0 por ciento, hallazgo éste que se relaciona con todas las literaturas consultadas.^{1,2,4} Así mismo se pudo observar que un poco más de la mitad (51.3%) fueron realizadas en pacientes comprendidas entre los 20-29 años, correspondiéndose éste hallazgo con las literaturas revisadas^{5,6,7}, teniendo esto su razón de ser en el hecho de que es el grupo donde ocurren la mayoría de los embarazos, aunque no deja de llamar la atención el hecho de que casi una quinta parte correspondieron al grupo de las adolescentes y todos sabemos las secuelas psicológicas que acarrea el dejar castrada a una mujer a esas edades.

Sobre las causas de la histerectomía se concluye que en nuestro medio la atonía uterina es la causa fundamental (25 casos, para un 64.1%). Siguiendo a la atonía, la rotura uterina, el DPPNI y por último la infección puerperal, que se ajusta a lo reportado por otras causas.

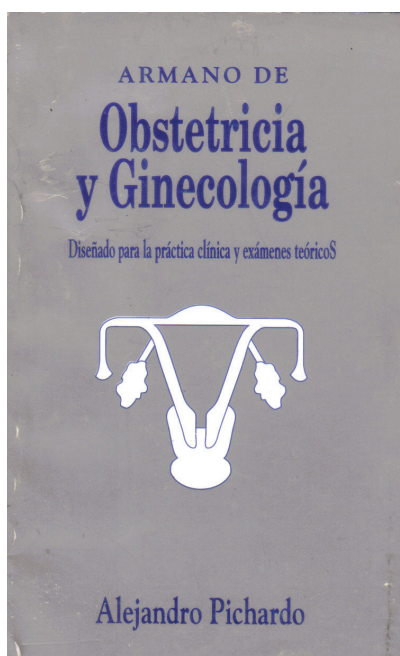
Se realizó la histerectomía total en el 94,9 por ciento de los casos, lo que se corresponde con los estudios revisados, y en los casos en que no se realiza este proceder prevalecieron condiciones en la paciente durante el preoperatorio y el transoperatorio, en el cual el tiempo quirúrgico resultaba determinante.\

Durante el desarrollo de esta intervención (histerectomía puerperal) se produjeron pocas complicaciones, en las cuales predominaron las sepsis, lo que corresponde con los hallazgos de los autores revisados. Es de destacar que dichas complicaciones en ocasiones eran combinadas.

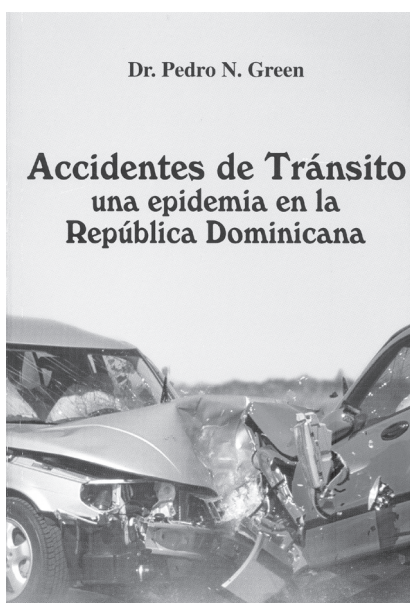
Al recibir la conclusión del estudio anatomopatológico hay que destacar el alto número de endometrio desnudo poscesáreas, lo que coinciden con lo recogido en la literatura. En orden de frecuencia le siguieron la cervicitis crónica y las necrosis hemorrágicas.

REFERENCIA

1. Kaser, O. Atlas de cirugía ginecológica: Histerectomía abdominal e histerectomía vaginal. 5ª ed., Madrid, 2007: 123-151.
2. López J. Histerectomía vaginal en la mujer menor de 35 años. Acta Ginecol, 2005; 12 (4): 117-122.
3. Navia F, Histerectomía obstétrica. Serv Obstet Ginecol Hosp. Félix Bulnes Cerda. 2006:3-8.
4. Castelo-Branco, O.....”y col”. Histerectomía vaginal mediante suturas mecánicas: resultados de un estudio piloto. Acta Ginecol, 2007; 14 (6): 177-180.
5. Colectivo de Autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y Perinatología. LA Haban, 2007:488-491.
6. Cunningham, FG. Williams obstetricia. 8ª ed., Barcelona, Masson, S.A., 2006:591-595.
7. Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología. 8ª ed., México, D.F., Mcgraw-Hill Interamericana, 2006:489-490.
8. Gabbe, SG. Obstetricia: Normalidad y complicaciones en el embarazo. 5ª ed., Madrid, Editora Morban, Libros, S.A., 2008:271-272.
9. Iglesias G. Avances en obstetricia y ginecología. 9ª ed., Madrid, 2006:127-371.
10. James, Unger. Vaginal hysterectomy in women with history of previous cesarean delivery. Am J Obstetr. 2008;179 (6):3-6.
11. Kably A. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia: Estudio crítico y comparativo con histerectomía vaginal y abdominal en el Hospital. A.B.C. de la ciudad de México. Ginecol Obstetr Mex. 2007;65:362-367.
12. Kaser, O. Atlas de cirugía ginecológica: Histerectomía abdominal e histerectomía vaginal. 5ª ed., Madrid, 2003:123-151.
13. Rivera-Díaz, R. Histerectomía puerperal: Nuestros resultados. Rev Cub Obstet Ginecol, 2005; 23(1):49-52.



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.

FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS ABDOMINALES DIAGNOSTICADAS POR SONOGRAFÍA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA, VILLA CARMELA.

Jennifer Carolina Nadal Fajardo, * Juan Julio Reyes Matos, * Carlos Enrique Ruz – Pau, * Nathacha Yamilka Recio Ogando, * Carmen Rodríguez.**

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en 146 pacientes seleccionados en consulta externa del Centro de Atención Primaria, Villa Carmela, Santo Domingo, República Dominicana, a los cuales se les indicaron sonografía durante los meses mayo - noviembre 2012. La muestra tomada al azar fue de 54 casos referidos a centros de mayor resolución con indicaciones de sonografía abdominal para descartar patologías de medicina interna.

Palabras claves: Sonografía abdominal, medicina interna, patología abdominal.

ABSTRACT

We to try descriptive and retrospective study reference at 146 extern consultant patient indication ultrasonographic, selected from Villa Carmela Primary Centre Santo Domingo, Dominican Republic at May - November 2012. The population object for study was 54 with indication abdominal ultrasonographic, to reference at Hospital for pathology abdominal discard of interne medicine.

Keys words: Abdominal ultrasonographic, interne medicine, pathology abdominal.

INTRODUCCIÓN

La medicina interna ha encontrado un gran aliado en la sonografía para lograr diagnóstico más certeros y oportunos. La sonografía es una prueba de diagnóstico por imagen. Este procedimiento no invasivo aporta al médico de atención primaria una herramienta para el diagnóstico que permite evaluar los órganos, flujos sanguíneos y estructuras anatómicas en distintas partes del cuerpo. En la sonografía abdominal se visualiza el abdomen, (intestinos, hígado, vesícula biliar, páncreas, conductos biliares, bazo, aorta abdominal, riñones) mamas, región pélvica, testículos próstata, tiroides, embrión, feto y cualquier otra estructura que el médico necesite profundizar el diagnóstico. Ante las primeras sospechas de patologías abdominales, ⁷ cuando se tiene un paciente con alteración de las pruebas hepáticas, palpar una hepatomegalia, la sonografía permite excluir lesiones focales, descartar

causas obstructivas, en cuanto a las presentaciones intestinales la sonografía resulta útil en descartar obstrucción, isquemia masas, apendicitis, entre otras, descartar las patologías renales como litiasis, pseudo riñón con valiosas informaciones para el médico. Las indicaciones en un nivel de atención primaria generalmente requieren un referimiento a un hospital, siendo útil para obtener informaciones ⁴ diagnosticas con resoluciones de mayor complejidad. El médico de atención primaria puede orientar al paciente sobre precauciones previa a la realización de la sonografía como no orinar en horas previas, no comer nada en las horas anteriores al estudio para evitar flatulencias, bolsas de gases en los intestinos que pueden dificultar la visualización de algunas estructuras intraabdominal, contaminado el diagnóstico. Donde se realiza el procedimiento se coloca al paciente en una camilla, cercana al sonógrafo, en la zona del cuerpo que se quiere explorar se aplica un gel transparente cuya función es aumentar la conducción de los ultrasonidos a través de la piel, en esa misma zona se apoya sobre la piel el transductor que genera ondas ultrasónicas. Los resultados en las imágenes ecográficas pueden contener grado de modificación ligero, moderado y severo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio explora de una manera descriptiva y retrospectiva en los casos de presentación de patologías abdominales con indicaciones sonográficas en un centro de atención primaria. El objetivo de este estudio fue aportar a la medicina interna desempeñada por los médicos que laboran en atención primaria. El universo estuvo conformado por 146 pacientes con indicaciones de sonografía la muestra estuvo compuesta por 54 casos referidos a centros de mayor resolución con indicaciones de sonografía abdominal para descartar patologías de medicina interna. Se procedió a aplicar un cuestionario con las variables nombre, edad, sexo signos y síntomas presentados, diagnóstico, una vez obtenida la información se procedió a análisis de los datos y se presentan en cuadros.

RESULTADOS

Las variables seleccionadas en este estudio se muestran en los siguientes cuadros:

* Médico general.
** Médico familiar.

Cuadro 1. Distribución según edad y sexo de los pacientes con indicaciones de sonografía abdominal 2012.

Edad: años	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
<15	1	1	2
15 - 19	3	1	4
20 - 24	5	3	8
25 - 29	1	-	1
30 - 34	2	-	2
35 - 39	2	2	4
40 - 44	5	1	6
45- 49	3	1	4
≥ 50	15	8	23
Total	37	17	54

Fuente: expediente clínico.

Cuadro 2. Distribución según localización de signos y síntomas abdominales en los pacientes con indicaciones de sonografía abdominal 2012.

Localización abdominal	Frecuencia	%
Cuadrante superior derecho	23	43
Cuadrante superior izquierdo	8	15
Mesogastrio	4	7
Hipogastrio	7	13
Cuadrante inferior derecho	5	9
Cuadrante inferior izquierdo	7	13
Total	54	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 3. Distribución de modificaciones ecográficas presentadas en los pacientes con indicaciones de sonografía abdominal Villa Carmela. 2012.

Modificaciones ecográficas	Frecuencia	%
Leves o ligeras	28	52
Moderadas	17	31
Severas	9	17
Total	54	100

Fuente: expediente clínico

DISCUSIÓN

Un estudio realizado en Cuba sobre hígado graso, ⁵ en 2006 – 2001 se pudo concluir que predominó el sexo masculino; el patrón ecográfico que caracterizó la fue el hiperecogénico difuso, atenuación posterior del sonido y no visualización de vasos porta para los grados mayores de modificación y la no visualización del hemidiafragma homolateral para los severos. En República Dominicana existen pocas publicaciones sobre imágenes sonográficas abdominales

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio los datos relevantes respecto al sexo el femenino alcanzó el 69 por ciento, en cuanto a la edad el 23 por ciento tenía \geq 51 años, seguido del 8 por ciento en los grupos de 21 – 25 y 6 por ciento en las edades de 41 -45 años.

El cuadro No. 2 revela que la mayor frecuencia de presentación de los signos y síntomas ocurrieron en el cuadrante superior derecho, en un 43 por ciento de los casos, seguidos de la localización en el cuadrante superior izquierdo en un 15 por ciento, en hipogastrio el 13 por ciento, de igual manera en el cuadrante inferior izquierdo.

El cuadro No. 3 las modificaciones ecográficas en el 52 por ciento fueron leves o ligeras, 31 por ciento moderadas y 17 por ciento severas.

REFERENCIAS

1. Argente, H. Semiología médica. Patologías abdominales. 2005: 106 – 107.
2. Domínguez, J. diagnóstico de síntomas digestivo, 2008: 49 – 51
3. Gómez, R, Ultrasonografía convencional en la enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Revista Española de Ecografía Digestiva 1999;1:41-46.
4. Guía de actuación diagnóstica terapéutica. Muñoz 2009: 24 – 26
5. Macías, M. ecografía abdominal. Ed. Norma 2005: 39
6. MEDISAN 2008;12(3) Hígado graso, cuba : 67
7. Muñoz, M. localización del dolor abdominal. 2003 : 102 -104 \
8. Ortega, A. Ecografía trans abdominal en patologías gastrointestinales. 2004
9. Rodríguez, M. patologías abdominales. 2007: 98
10. Santana. C. signos y síntomas abdominales. 2004:67
11. Ufre, M. Trauma abdominal 2003: 79

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.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES DE 3-15 AÑOS ADMITIDOS AL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL MILITAR DR. RAMÓN DE LARA.

Celeste Ninoska Rodríguez Nery,* Ramón A. Camejo,** María Caridad Segreo.*

RESUMEN

La apendicitis aguda sigue siendo la causa más frecuente a nivel mundial de dolor abdominal agudo en los servicios de Cirugía General en los distintos centros hospitalarios, constituyendo la apendicetomía, el 1 por ciento de todas las operaciones quirúrgicas. Si bien el peligro de muerte en la actualidad ha disminuido hasta menos del 1 por ciento la morbilidad es alta, constituyendo desde 10 por ciento en todos los casos de apendicitis hasta 47 por ciento en las apendicitis gangrenosa o perforada de los cuales la infección de la herida quirúrgica corresponde a la tercera parte de todos los casos.¹

Es en atención a esto que se realizó el primer estudio retrospectivo observacional y descriptivo, con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis aguda en niños de 3-15 años admitidos en el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Militar Dr. Ramón De Lara F.D.A. Santo Domingo Este, República Dominicana, 2008 – 2009.

Nuestro universo estuvo comprendido por todos los pacientes pediátricos que fueron asistidos por el departamento de Cirugía pediátrica con diagnóstico de abdomen agudo p/b apendicitis aguda, nuestra muestra es representada por todos los pacientes con diagnóstico post quirúrgico de apendicitis aguda en el

Hospital, Militar Dr. Ramón de Lara F.A.D., en el Periodo comprendido.

Encontramos que de un total de 60 pacientes ingresados con diagnóstico de abdomen agudo, 29 correspondieron a diagnóstico de apendicitis aguda, representando un (48.33%).

Observamos otros diagnósticos que son diferenciales de dicho cuadro, tal como la parasitosis con un (30%), la infección de las vías urinarias un (15%) y ya luego con un caso cada uno, para un (1.67%) respectivamente el quiste de ovario hemorrágico, adenitis Mesentérica, pancreatitis y Dengue.

El diagnóstico post quirúrgico y que fue corroborado con la clínica, observando que (48%) fue intervenido en la etapa focal aguda, (41%) para la supurativa y para la perforada y la perforada con un y dos casos para un (3.5%) y (6.90%) respectivamente.

Palabras claves: morbilidad, mortalidad, apendicitis aguda, intervención quirúrgica, infección de la herida quirúrgica, epidemiología.

ABSTRACT

Acute appendicitis remains the most common cause worldwide of acute abdominal pain in general surgery services

in different hospitals, constituting the appendectomy, 1 percent of all surgical operations. While the risk of death has now fallen to less than 1 percent morbidity is high, constituting from 10 percent in all cases of appendicitis to 47 percent in gangrenous or perforated appendicitis in which the infection surgical wound corresponds to a third of all cases.¹

It is in response to this that the first study was retrospective, observational and descriptive, with the objective of determining the clinical and epidemiological features of acute appendicitis in children aged 3-15 in the Military Hospital Dr. Ramón De Lara FDA Santo Domingo, Dominican Republic. 2008 – 2009

Our universe was comprised of all pediatric patients who were assisted by the department of pediatric surgery with a diagnosis of acute abdomen p / b appendicitis, our sample is represented by all patients with post-surgical diagnosis of acute appendicitis in the Hospital, Military Dr. Ramon de Lara F.A.D in the period.

We found that out of 60 patients admitted with a diagnosis of acute abdomen, 29 were for acute appendicitis, representing (48.33%).

Observe other differential diagnoses that are of that table, as the parasites with a (30%), infection of the urinary tract one (15%) and then as a case each for one (1.67%) respectively the cyst hemorrhagic ovarian, mesenteric lymphadenitis, pancreatitis and Dengue.

The post surgical diagnosis was confirmed with the clinic, noting that (48%) underwent surgery in acute focal stage, (41%) for suppurative and for perforated and perforated with one and two cases for one (3.5%) and (6.90%) respectively.

Keywords: morbidity, mortality, acute appendicitis, surgery, surgical wound infection, epidemiology.

INTRODUCCION

La apendicitis aguda es una de las principales causas de abdomen agudo en la edad pediátrica. Esta patología quirúrgica es sumamente rara en la lactancia y en la edad preescolar, tiende a prevalecer en jóvenes adolescentes y en la edad madura temprana. Se produce más frecuentemente en el sexo masculino con respecto al femenino una proporción de 4:1. El diagnóstico de apendicitis aguda en recién nacidos y lactantes puede pasar inadvertido ya que las sintomatologías confunde con otras patologías más frecuentes como diarreas e infecciones de vías urinarias, por la dificultad al obtener la historia clínica y exploración física. La evaluación a menudo es apoyada con exámenes de laboratorio y gabinete que puede cambiar la interpretación diagnóstica. Se presentan alrededor

* Peditra.

** Cirujano peditra

de 25 casos por cada 10 mil niños.²⁻³

Su frecuencia se calcula en 4/1.000 niños menores de 14 años al año. Sus causas aun no son bien conocidas existiendo incluso una cierta predisposición familiar a ella. Es más frecuente en varones y tiene alzas de frecuencia durante otoño y primavera.⁴

La Dra. Yudelka Peralta presentó para noviembre-diciembre 1994 un estudio sobre la Apendicitis Aguda con 216 casos (72.9%) como la principal causa de cirugía de emergencia, emergencias quirúrgicas en un hospital de niños de Santo Domingo.⁵⁻⁶

En enero.-abril. 1997. el Dr. Otero Cruz, Héctor et cols publicaron el artículo Apendicitis en menores de tres años en los archivos Dominicano de Pediatría. La apendicitis en menores de tres años es poco frecuente, siendo su diagnóstico difícil. En este estudio se presentó la experiencia de la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo, durante el periodo 1993-1996.

En el hospital Dr. Ramón de Lara es la principal causa de Cirugía por abdominal agudo quirúrgico en niños por lo que surge la inquietud de determinar las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes con la finalidad de obtener protocolos definidos en el manejo de esta patología en niños, además de iniciar una estadística formal, siendo esta la primera a realizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo y observacional.

Área de estudio

Departamento de cirugía pediátrica del Hospital Militar Dr. Ramón de Lara. F.A.D. C/Dávila Quezada, Base Aérea San Isidro. Santo Domingo Este. Republica Dominicana.

Universo y muestra

Comprendido por todos los pacientes pediátricos que fueron asistidos por el departamento de Cirugía pediátrica con diagnóstico de abdomen agudo p/b apendicitis aguda. Nuestra muestra está representada por todos los pacientes con diagnóstico post quirúrgico de apendicitis del Hospital, Militar F.A.D. Dr. Ramón de Lara, 2008- 2009.

Criterios de inclusión

Todos los pacientes pediátricos que fueron asistidos por el departamento de Cirugía pediátrica con diagnóstico post quirúrgico de apendicitis aguda, del Hospital, Militar «FAD» Dr. Ramón de Lara, en el Periodo enero 2008- diciembre 2009.

Criterios de exclusión

Todos los pacientes pediátricos que fueron asistidos por el departamento de Cirugía pediátrica con diagnóstico post quirúrgico distinto a apendicitis aguda.

Instrumento de recolección de la información.

Ficha conteniendo los datos generales del paciente.

Procedimiento

Se realizó llenado de la ficha de recolección de datos a través de la revisión de los expedientes de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.

Tabulación

Método de tabulación computarizado en Word Excell, microsof.

Análisis

Se analizaron los datos del paciente, tomando en cuenta la edad, el sexo, los signos y síntomas sugestivos de apendicitis aguda, método diagnóstico, etapas de la macroscópica de la apendicitis y las complicaciones relacionadas.

Aspectos éticos

Solicitud de permiso formal al jefe de enseñanza y al sub. Director científico del hospital, Militar F.A.D. Dr. Ramón de Lara para acceder a la información institucional.

Consentimiento informado.

Es un estudio en que se revisaron los expedientes por lo que la identidad y caso no está afectado.

RESULTADOS

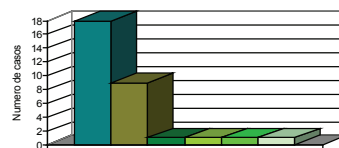
Cuadro 1. Distribución de los diagnósticos correspondientes para abdomen agudo en las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis en niños de 3-15 en el Hospital Militar Dr. Ramón De Lara En El Periodo Enero 2008- Diciembre 2009.

Diagnóstico	Egreso	%
Apendicitis Aguda	29	48.3
Parasitosis	18	30.0
Infección de Vías Urinarias	9	15.0
Quiste Hemorrágico	1	1.7
Adenitis Mesentérica	1	1.7
Pancreatitis	1	1.7
Dengue	1	1.7
	60	100,0

Fuente: Hospital Militar Dr. Ramón De Lara

En este grafico observamos como los diagnósticos diferenciales superan el de apendicitis aguda como tal con solo un (4%).

Grafico 2. Distribución de los diagnósticos diferenciales de apendicitis, en las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis en niños de 3-15 en el Hospital Militar Dr. Ramón De Lara En El Periodo Enero 2008- Diciembre 2009

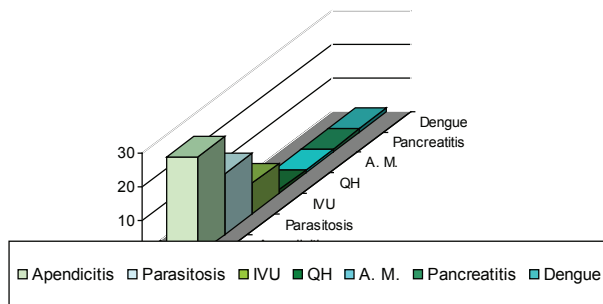


Parasitosis	18
Infeccion de vias urinarias	9
Quiste hemorragico	1
Adenitis m.	1

■ Parasitosis	■ Infeccion de vias urinarias	■ Quiste hemorragico
■ Adenitis m.	■ Pancreatitis	□ Dengue

Fuente: Hospital Militar Dr. Ramón De Lara

Grafico 3. Principales causas de abdomen agudo en las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis en niños de 3-15 en el Hospital Militar Dr. Ramón De Lara En El Periodo Enero 2008- Diciembre 2009



Fuente: Hospital Militar Dr. Ramón De Lara *IVU: Infección de vías urinarias. Q.H.: Quiste hemorrágico. A.M.: Adenitis mesentérica.

Cuadro 2. Distribución de los grupos de edad en las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis en niños de 3-15 en el Hospital Militar Dr. Ramón De Lara En El Periodo Enero 2008- Diciembre 2009

Edad (años)	Cantidad	%
8-11	33	55.0
3-7	18	30.0
12-15	9	15.0
	60	100,0

Fuente: Hospital Militar Dr. Ramón De Lara

Cuadro 3. Distribución de los signos y síntomas en las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis en niños de 3-15 en el Hospital Militar Dr. Ramón De Lara En El Periodo Enero 2008- Diciembre 2009.

Signos y síntomas	Cantidad	%
Dolor adominal	60	35.09%
Anorexia	48	28.07%
Fiebre	32	18.71%
Diarrea	17	9.94%
Vómito	14	8%
	171	100%

Fuente: Hospital Militar Dr. Ramón De Lara

Cuadro 4. Distribución del diagnóstico post quirúrgico, según la etapa de la apendicitis las características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis en niños de 3-15 en el Hospital Militar Dr. Ramón De Lara En El Periodo Enero 2008- Diciembre 2009

Estado apendicitis	Cantidad	%
Focal aguda	14	48.3
Supurativa	12	41.4
Perforada	2	6.9
Gangrenada	1	3.5
	29	100,0

Fuente: Hospital Militar Dr. Ramón De Lara

DISCUSIÓN

De un total de 60 pacientes ingresados con diagnóstico de abdomen agudo, 29 correspondieron a diagnóstico de apendicitis aguda, representando un (48.33%) otros diagnósticos que son diferenciales de dicho cuadro, tal como la parasitosis con un (30%), la infección de las vías urinarias un (15%) y ya luego con un caso cada uno, para un (1.67%) respectivamente el quiste de ovario hemorrágico, adenitis Mesentérica, pancreatitis y Dengue.

Del porcentaje total de los casos que correspondieron a diagnóstico diferencial encontramos que de 31 casos que serian el (100%) 18 casos representan (58%) con las parasitosis, un (29%) para las infecciones de vías urinarias, y un (3.2%) respectivamente para el quiste de ovario hemorrágico, adenitis mesentérica, pancreatitis y Dengue. Por los diferentes grupos de edad, en donde los que cursaron con la mayor parte con datos de abdomen agudo fueron los de 101-11 años para un (55%)

En este cuadro queda explicada la distribución del diagnóstico post quirúrgico y que fue corroborado con la clínica, observando que (48%) fue intervenido en la etapa focal aguda, (41%) para la supurativa y para la perforada y la perforada con un y dos casos para un (3.5%) y (6.90%) respectivamente.

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos llegamos a la conclusión de que la primera causa de dolor abdominal en niños es la apendicitis, y que por lo tanto se convierte en el primer motivo de cirugía por abdomen agudo en esta población.

La causa secundaria de dolor abdominal es la parasitosis ver cuadro 1. , luego las infecciones de las vías urinarias, seguida por la pancreatitis, dengue y quiste hemorrágico cada uno con 1.67 por ciento.

El grupo de edad más afectado son los de 8-11 años con (55%). Cuadro 2.

El (100%) de los casos curso con dolor abdominal dentro de la sintomatología principal, seguido por anorexia, diarrea, fiebre y vomito. Cuadro No. 3.

La etapa encontrada de los 29 casos de apendicitis confirmados por cirugía correspondió a la etapa focal aguda para un 48.28 por ciento, segunda por la etapa supurativa con un 41.38 por ciento, etapa perforada (6.90%), y gangrenada solo 3.45% por lo que se concluye que en esta institución hubo un adecuado y oportuno diagnóstico y tratamiento.

Coincidimos con estudios realizados en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral y Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina así como estudios internacionales en cuanto a lo ya mencionado.

Según los datos generales en cuanto a perspectiva y meta del trabajo no se tomó en cuenta el sexo, específicamente en los diagnosticados con apendicitis, que no se separó el grupo de edad de los que presentaron abdomen agudo y en quienes además se encontró apendicitis.

Se concluye además que tal como lo dice en la hipótesis que las características clínicas y epidemiológicas en el paciente pediátrico sometido a cirugía por apendicitis, son escasas, esto secundario a debilidad en el sistema de archivo.

RECOMENDACIONES

- En cuanto a los resultados obtenidos cabe resaltar que en esta institución el diagnóstico de apendicitis se realiza de manera oportuna por lo que:

- Continuar tomando en cuenta la clínica del niño probable apendicitis
- Implementar la utilización de escalas tal como la de Alvarado
- Además de la clínica corroborar el diagnóstico con laboratorio de imágenes complementarias en que no esté solo la radiografía, sino que también se pueda contar con monografía y tomografía axial computarizada de abdomen en los casos más difíciles.
- Motivar la continua realización de este tipo de investigaciones cada año, con la finalidad de tener datos estadísticos confiables y actualizados.
- Que dentro de la ficha general de datos del paciente consten un mayor número de datos, con respecto a este.

REFERENCIAS

1. Otero Cruz H., Rodríguez D.: Certeza diagnóstica en apendicitis. Aplicación del protocolo de Alvarado. Rev. Med. Dom. 001. Vol. 62, N° 1. Enero-abril 2001. Rev. Méd.Dom.
2. Strange Gary R., Dobiesz Valerie A., Arhens William R. Pediatric Emergency Medicine Just de facts. McGraw Gill publications 2004.
3. Dr. Gerardo Flores-Nava et cols. Apendicitis en la etapa pediátrica: correlación clínico-patológica Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.62 n.3 México may./jun. 2005.
4. E Dagostino J. Common abdominal emergencies in children. Emerg Med Clin North Am 2002; 20(1): 139.
5. Otero Cruz H, J. De Los Santos L, Bidó J, Francisco I. Apendicitis Aguda Perforada: Análisis Prospectivo. Rev Med Dom 1988; 49(3): 69-73
6. Rodríguez-L. F.J. Características clínicas y diagnósticas del abdomen agudo. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985. p. 30-32
7. Otero Cruz H, Medrano P. S, Suarez C. P, Canario M. Causas Orgánico-Quirúrgicas Del Dolor Abdominal En Niños Preescolares Y Mayores. Arch Dom. Pediat 1994; 30(2): 41-44
8. Fernández Busot P, Martínez García C, Mederos Guzmán T, López Sánchez R, Muñoz Escarpenter J, Hernández Alonso J. Morbimortalidad por apendicitis aguda infantil en 5 años. Rev Medicentro 1998; 4(2): 323-9
9. Sabiston DC. Apendicitis. In: Sabiston DC., Lysterly HK. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Pennsylvania: W.B. Saunders Company; 1998
10. López-Boado MA. Valor del ingreso para observación en el diagnóstico de apendicitis aguda. Siete Días Médicos 2000; 74
11. Logan MT, Nottingham JM. Amyand's Hernia: A case reports of an incarcerated and perforated appendix wiyhin an inguinal hernia and review the literature. Am Surg 2001; 67(7): 628-9
12. Clearinghouse. House MG, Goldin SB, Chen H. Perforated Amyand's Hernia. South Med J 2001; 94(5): 496-8
13. vidence based clinical practice guideline for emergency appendectomy. Cincinnati Children's hospital Medical Center; 2002 Oct.9 p. National Guideline
14. Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry Historia de la cirugía pediátrica Gac Méd Caracas v.110 n.2 Caracas abr. 2002
15. Paulsen Erick K., Mathew F. Kalaby, Pappas Theodore. Suspected apendicitis NEJM 2003; 348(3): 237-248
16. Esmer-Sánchez DD. Tumores apendiculares. Revisión clínico-patológica de 5307 apendicetomías Cir Ciruj. 2004; 72(5):375-8.
17. Kharbanda AB, Taylor GA, Fishman SJ. A clinical decision rule to identify children at low risk of apendicitis. Pediatrics 2005; 116(3):709-716
18. Jorge A. Covaro Apendicitis Aguda Influencia De La Demora Diagnóstica En Los Resultados Rev. Argent. Cirug., 2006; 91 (1-2): 65-76
19. E, García Ne Y Cols. Apendicitis Aguda En La Infancia. Factores Asociados Al Retraso Diagnóstico. Urgencias De Pediatría. Hospital De Cruces. Baracaldo 2006; 18: 151-155.
20. Bundy David G., Byerley Julie S., Liles Allen. Does this child have apendicitis? JAMA 2007; 298(4): 438-451
21. Principio del formulario
22. Principio del formulario
23. Puntuación Diagnóstica De Apendicitis Aguda En Niños Realizada Por Pediatras De Las Unidades De Emergencia. Rev. Chil. Pediatr. V.78 N.6 Santiago Dic. 2007
24. Marcelo Beltrán A. Rol del recuento de leucocitos y de la proteína C reactiva en niños con apendicitis. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - N° 1, Febrero 2007; págs. 38-45
25. Ferrer Robaina. Apendicitis Aguda: Estudio Estadístico De 214 Casos Operados. Rev Cubana Invest Bioméd V.26 N.3 Ciudad De La Habana Jul.-Sep. 2007
26. Rodríguez HG. Revisión de casos operados con diagnóstico clínico de apendicitis aguda en pacientes. Acta Med Costarr. 2003; 45: 62-7.
27. Vázquez Rma, Monteruel. Incidencia De Apendicectomia En Pacientes Pediátricos Mayo/ Agosto, 2007 Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 1 Enero-Febrero, 2009
28. Velázquez Mendoza et cols. Evaluación prospectiva de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda. Cirujano General Volumen 32, Núm. 1 Enero-Marzo 2010.
29. Schwartz SI. Appendix. En Schwartz, Shires y Spencer (Eds.) Principles of Surgery. New York McGraw-Hill. 1994 1307-1318.
30. 4. Nelson tratado de pediatría. 17va. Edición. Dr. Richard E. Behrman, Robert Kliegman.
31. 5. Urgencia de pediatría, 5ta edición, Dr. Romeo Rodríguez, Dr. Pedro Valencia.

Página Web

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

INCIDENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 1-5 AÑOS, COMO FACTOR PREDISPONENTE DE AUSENTISMO ESCOLAR Y LABORAL 2007– 2008

Celeste N. Rodríguez,* Elsa M. Herrera De León,** Silveria Alcántara Manzueta.*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo observacional y descriptivo, en el que se pretende determinar cuál es la frecuencia de ingresos de niños menores de 5 años con asma bronquial, así como factor predisponente de ausentismo escolar y laboral, en el Hospital Militar Dr. Ramón de Lara F.A.D., Santo Domingo Este, República Dominicana 2007-2008.

El asma afecta al 18 por ciento de los niños dominicanos y es la principal causa de ausentismo escolar en los niños y laboral en los adultos, según especialistas de las vías respiratorias¹.

Nuestro universo fueron todos los pacientes vistos por emergencia para un total de 1,126 pacientes asmáticos, asma remitidos 1,048 (93%), ingresados 78 (7%). Siendo más predominantes los ingresos para el sexo masculino con un 55%, la edad promedio oscilo en 2.9 años, la nacionalidad 100 por ciento de los pacientes fueron dominicanos, la zona rural predomino a la urbana con un 70%, los afiliados predominaron con un 84 por ciento.

En cuanto al tratamiento ambulatorio el ambroxol + clenbuterol fue el más utilizado para un 55 por ciento sobre el resto de los medicamentos, la mayor parte de los pacientes no presentaron complicaciones como infecciones sobre agregadas para un 57.6 por ciento.

El 100 por ciento de los niños ingresados se ausentaron de sus respectivas escuelas y colegio, con una media de 2.5 días, un promedio de 2 ingresos por año, el 85 por ciento de las madres que laboran se ausentaron de sus respectivos trabajos, durante los días de hospitalización.

Palabras claves: Asma bronquial, crisis de hiperactividad bronquial, factores predisponentes, ausentismo escolar y laboral.

ABSTRACT

A retrospective study was observational and descriptive, which is to determine the frequency of admissions of children younger than 5 years with asthma, as well as a predisposing factor of absenteeism from school and work, at the Military Hospital Dr. Ramón de Lara FAD, Santo Domingo, Dominican Republic from 2007 to 2008.

Asthma affects 18 percent of Dominican children and is the leading cause of school absenteeism in children and adults labor as respiratory specialists.

Our universe were all emergency patients seen by a total of 1,126 asthma patients, asthma remitted 1.048 (93%) admitted

78 (7%).

Receipts being more prevalent in males with 55 percent, mean age 2.9 years fluctuated, nationality 100 percent of patients were Dominicans, rural to urban dominance with 70 percent, members prevailed with 84 percent.

With regard to outpatient treatment + ambroxol clenbuterol was more used to 55 percent over other drugs; most of the patients had no complications like infections on aggregate to 57.6 percente.

100 percent of the children admitted were absent from their schools and school, with an average of 2.5 days, an average yearly income of 2, 85 percente of mothers who work are absent from their jobs during the day hospitalization.

Keywords: Bronchial asthma, bronchial hyperactivity crisis, predisposing factors, school and work absenteeism.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que da lugar a una obstrucción episódica del flujo de aire.²

Las crisis asmáticas severas son emergencias relativamente frecuentes en las salas de urgencias. A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico y tecnológico se ha incrementado la morbi-mortalidad por asma a nivel mundial³. Un estudio realizado en Colombia por varias asociaciones encontró una prevalencia aproximada de asma infantil de 18,8 por ciento.⁴

El estado asmático se define como una condición clínica caracterizada por la progresión de los síntomas iniciales, aumento de la insuficiencia respiratoria y un estado refractario al uso adecuado y oportuno de tratamiento estándar; no incluye un tiempo determinado. Una posible explicación de este fenómeno sería un bloqueo de receptores B2 adrenérgicos condicionado por infecciones, acidosis, taquifilaxia, desequilibrio hidroelectrolítico o hipotermia.^{5,6}

La definición de criterios predictores de asma fatal ha sido difícil, porque algunos estudios encontraron que cerca de una tercera parte de los niños que mueren por asma, habían sido clasificados previamente como asma leve. Martin⁷ encontró como factores prevenibles los siguientes:

Retardo en recibir atención médica 10 por ciento, retardo en solicitar atención médica 67 por ciento, atención médica inmediata 87 por ciento, automanejo inadecuado 58 por ciento, seguimiento clínico no óptimo 76 por ciento.

Como factores de riesgo para asma fatal se han asociado: una historia de intubación por asma, ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por asma, historia de exacerbaciones severas

* Peditra

** Neumóloga – peditra F.A.D.

agudas, dificultad para percibir severidad de los síntomas, uso frecuente e incremento de beta-agonistas inhalados sin mejoría, dependencia de dosis altas de cortico esteroides para control de síntomas, 4-5 visitas al departamento de emergencias en las últimas 24 horas, estrato social bajo o problemas psicosociales severos.⁸

Históricamente hay un evento que antecede a la crisis: una infección respiratoria alta, discontinuar los medicamentos, estrés o contacto con algún alérgeno o irritante. Los síntomas frecuentemente duran días o semanas, típicamente hay un aumento gradual de síntomas y del uso de medicamentos de rescate de 5 a 7 días antes de que la crisis se desarrolle.

En un episodio agudo de asma hay un aumento no uniforme de la resistencia de la vía aérea, causada por la inflamación, edema, espasmo del músculo liso bronquial y tapones de moco. Como resultado hay disminución del flujo de aire, cierre prematuro de la vía aérea, hiperinsuflación o aumento de volumen pulmonar que, si es notable, ayuda a colapsar los bronquios que permanecen abiertos; hay aumento del trabajo respiratorio, cambios en el retroceso elástico del pulmón porque cada vez es más difícil de insuflar; todo lo anterior lleva a una alteración en la relación ventilación/perfusión.⁹

En obstrucción severa hay consecuencias cardíacas significativas con evidencia de hipertensión pulmonar por el aumento de la resistencia vascular pulmonar; hipotensión y pobre perfusión periférica por gasto cardíaco bajo, debido al aumento de la presión intratorácica negativa y aumento de pre y pos carga del ventrículo izquierdo.

En este estudio se indaga sobre el aspecto clínico epidemiológico, así como el manejo de los niños asmático menor de 5 años, siendo esta una importante causa de ausentismo escolar y laboral por parte de sus padres o tutores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo observacional y descriptivo, en el que se pretende determinar cuál es la frecuencia de ingresos así como el manejo del asma bronquial en niños menores de 5 años en el Hospital Militar Dr. Ramón de Lara F.A.D., Santo Domingo Este, Republica Dominicana.

Universo y muestra

Estará conformado por todos los niños asistidos en emergencia por el departamento de Pediatría con asma bronquial.

Criterios de inclusión

Todos los pacientes pediátricos ingresados con asma bronquial del, 2007-2008.

Casos se definieron por la presencia de tos, dificultad respiratoria, opresión torácica tos de predominio nocturno, propuestos por el Global Initiative for Asthma¹⁰), Centers Disease Control and Prevencion (CDC).

Criterios de exclusión

Niños con patología distinta o con la patología en estudio y fuera del periodo de estudio.

Instrumento de recolección de la información

Formulario elaborado por la sustentante, con la supervisión de los asesores conteniendo los datos generales del paciente.

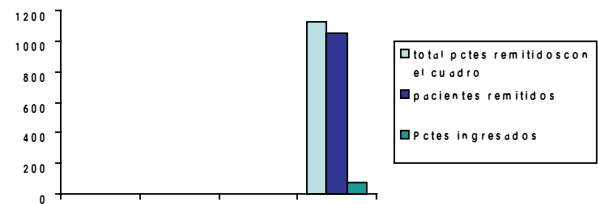
Método de tabulación computarizado en Word Excel, Microsoft.

Análisis

Análisis de los datos tomando en cuenta las siguientes variables edad, sexo, nacionalidad, procedencia, zona de habitad, presencia de enfermedades concomitantes, signos y síntomas de la enfermedad, manifestaciones clínicas menos frecuentes, método diagnóstico, el tiempo de estada, tratamiento, complicaciones, ausentismo escolar y laboral, condiciones de egreso.

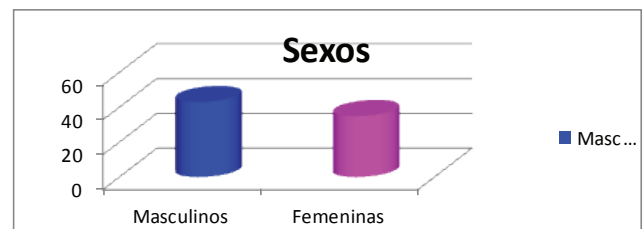
RESULTADOS:

Gráfico 1. Total niños asmáticos atendidos en emergencia



Pacientes vistos por emergencia para un total de 1,126 pacientes asmáticos, asma remitidos 1,048 (93%), ingresados 78(7%) pacientes en el Departamento de Pediatría, Hospital Dr. Ramón de Lara Duran 2007-2008

Gráfico 2. Distribución de los pacientes asmáticos, según el Sexo.



De los 78 pacientes admitidos 43 correspondieron al sexo masculino, para un 55 por ciento y 35 fueron femeninas para un 45por ciento, lo que concuerda con literaturas consultadas.

Gráfico 3. Clasificación del sexo según su edad Promedio.



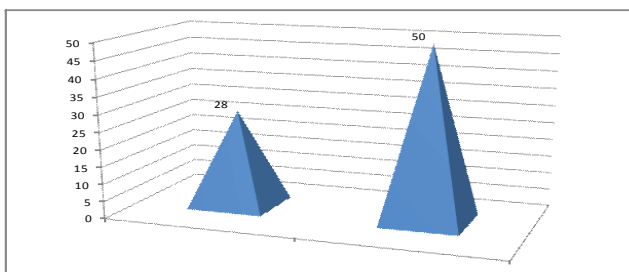
De los 78 pacientes admitidos 43 correspondieron al sexo masculino la edad promedio fue de 2.9 años y 35 fueron femeninas con una edad promedio de 2.1 años.

Grafico 4. Clasificación de los pacientes asmáticos según su nacionalidad.



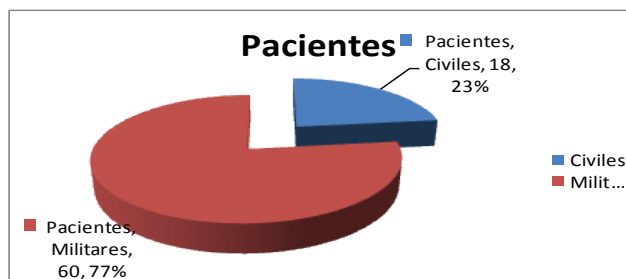
La nacionalidad 100% de los pacientes fueron dominicanos.

Grafico 5. Distribución geográfica de los pacientes asmáticos por su procedencia



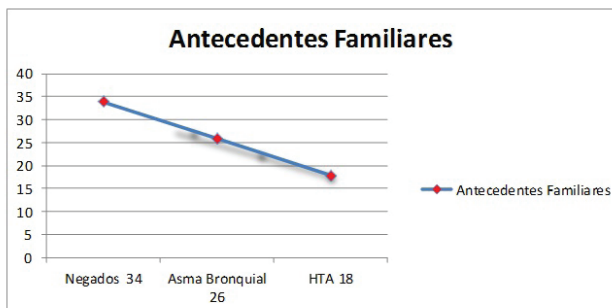
La zona rural predominó a la urbana con un 70%, mientras que el 30% de los pacientes asmáticos provenían de la zona urbana.

Grafico 6. Distribución de los pacientes asmáticos, según su afiliación.



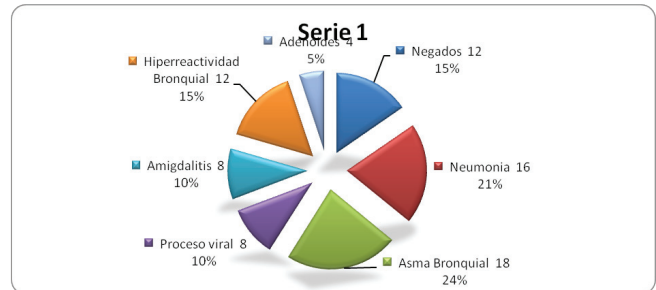
Los afiliados predominaron con 60 pacientes para un 84 por ciento, mientras que los no afiliados correspondieron a 18 casos para un 26 por ciento.

Grafico 7. Antecedentes Familiares Patológicos



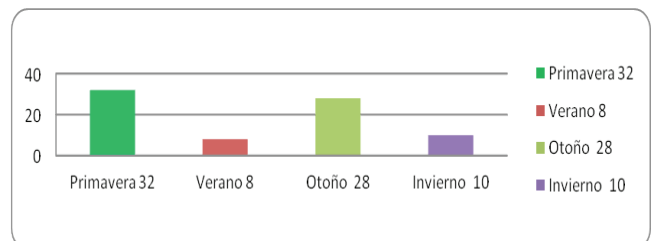
De los 78 pacientes asmáticos 34 negaron algún antecedente familiar patológico, para el 43.6 por ciento; 26 tenían antecedente de asma bronquial para un 33.3 por ciento, 10 de alergias, para un 12.8 por ciento y 8 de dermatitis atópica para un 10.25 por ciento.

Grafico 8. Antecedentes Personales Patológicos



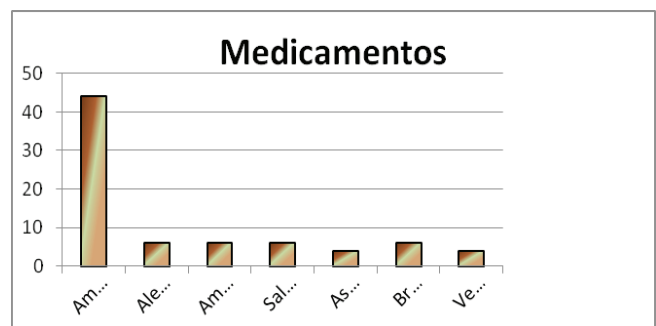
De los niños asmáticos 18 ya tenían el antecedente de asma bronquial para un 24 por ciento de los casos, 16 casos con neumonía para el 21 por ciento, 12 negaron algún antecedente patológico para un 15 por ciento, 12 cursaron con hiperreactividad bronquial para un 15 por ciento, procesos gripal y amigdalitis cada uno con 8 casos para un 10 por ciento respectivamente y 4 casos con hipertrofia de adenoides para un 5 por ciento.

Grafico 9. Distribución de la enfermedad según la estación del año en que se presente.



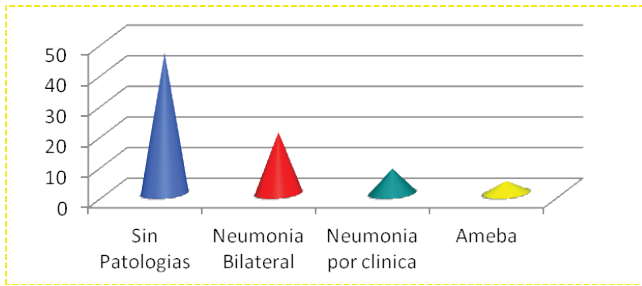
La mayoría de los casos se presentaron en primavera con 32 pacientes (41%), seguido del otoño con 28 (36%), invierno con 10 casos (13%) y verano con 8 casos (10%).

Grafico 10. Medicamentos Utilizados de forma ambulatoria



El tratamiento existió un predominio notable con respecto a las demás medicaciones siendo el ambroxol + clenbuterol el más utilizado para un 55 por ciento sobre el resto de los medicamentos.

Grafico 11. Complicaciones presentadas en los pacientes asmáticos hospitalizados.

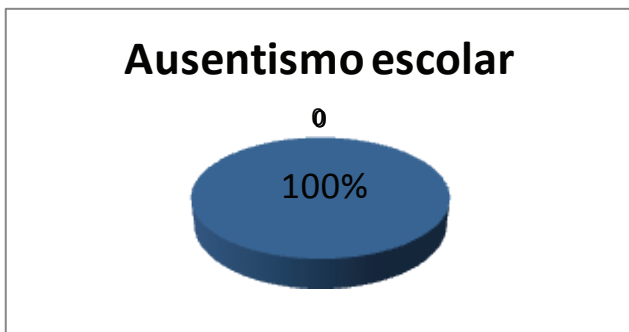


La mayor parte de los pacientes no presentaron complicaciones sobre agregada a la patología para un 57.6 por ciento (45/78), con neumonía bilateral un 25.6 por ciento (20/78), neumonía por clínica el 10.2 por ciento (8/78), amebiasis intestinal el 6.4 por ciento (5/78).

Grafico 12. Relación según los días promedios de hospitalización



Los pacientes con asma tuvieron un promedio de 2.5 días de ingreso.



DISCUSIÓN

Este estudio revela que de todos los pacientes visto por emergencia 1,126 con asma bronquial solo se ingresaron 78/7 por ciento, siendo este más del segundo ingreso por asma bronquial en 18 casos, en los demás el cuadro remitió.

El sexo más afectado fue el masculino con un 54 por ciento, lo que corresponde con literaturas consultadas, la edad promedio osciló en 2.9 años, la nacionalidad 100 por ciento de los pacientes fueron dominicanos.

La zona rural predominó a la urbana con un 70 por ciento, lo que no corresponde con lo consultado ya que la urbanización está relacionada con la contaminación ambiental es reconocida como uno de los factores de riesgo de más trascendencia en la etiología del asma a nivel mundial.

Los afiliados predominaron con un 84 por ciento. El 26 por ciento de los pacientes tenían antecedentes familiares patológicos y con antecedentes personales patológicos fue de un 24 por ciento, 16/21 por ciento con neumonía, 12/15 por ciento negaron algún antecedente patológico, 12/15 por ciento cursaron con hiperreactividad bronquial, procesos gripal y amigdalitis cada uno con 8/10 por ciento respectivamente y 4/5 por ciento con hipertrofia de adenoides. De los niños asmáticos 18/24 por ciento ya tenían el antecedente de asma bronquial. Esta relación puede ser explicada por estudios realizados a gemelos, los que determinan al asma como una enfermedad hereditaria, de origen poli genético, usando marcadores relacionados con sub fenotipos como titulaciones de inmunoglobulinas E elevadas en sangre, hipersensibilidad bronquial, atopia; son características que aparecen en miembros de una misma familia.

Las estaciones del año que predominaron fueron primavera 32/41 por ciento: trimestre con ascenso de temperatura, en esta época empieza a florecer todo lo devastado por el invierno pasado. Coincidiendo con las literaturas donde la mayoría de los casos se encuentran en esta estación debido a la polinización. Segundo por el otoño: trimestre con descenso de temperatura, en esta época se empiezan a caer las hojas de los árboles y plantas.

El ambroxol + clenbuterol fue el tratamiento más utilizado para un 55 por ciento, siendo este administrado de forma ambulatoria, en ocasiones por poco tiempo para tratar la enfermedad, corriendo el riesgo de de presenta recaídas frecuentes. Los días de estada, tuvieron un promedio de 2.5 días de ingreso. Ausentándose el 100 por ciento de los niños de sus respectivas escuelas y colegios durante estos días. El 85 por ciento de las madres que trabajan se ausentaron de sus labores, el resto permaneció con un tutor.

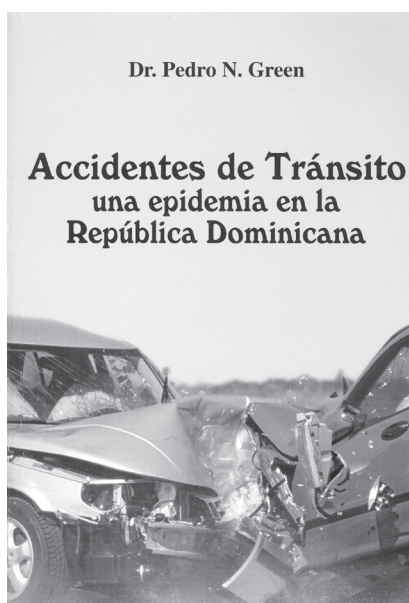
REFERENCIAS

1. <http://www.listindiario.com/la-republica/2012/4/28/230563/El-asma-causa-ausentismo-escolar-y-laboral-en-Republica-Dominicana>.
2. Nelson. Tratado de Pediatría 18va. Edición, 2009. pg 953-969.
3. Morb Mort Wkly Rep. Mortalidad por asma y la hospitalización entre los niños y los adultos jóvenes- Estados Unidos, 1980-1993. 1996; 45: 350-353.
4. Dennis R, Caraballo L et al. Estudio de prevalencia de asma, rinitis y dermatitis atópica en Población Colombiana. 2002. Publicar pecado.
5. Jagoda A, S Moore Sheperd, MM Joseph. El asma

- refractaria. *Ann Emerg Med* 1997; 29: 262-281.
6. Cohen NH, Eigen H, Shaughnessy TE. Status asmático. *Crit Care Clin* 1997; 13: 459-476.
 7. Martin A. J. et al. Características de asma casi fatal en la infancia. *Pediatric Pulmunology*. 1995; 20: 1-8.
 8. De Nicola, LK Gayle MO, Kisson N. Tratamiento del estado de mal asmático crítico en los niños. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41: 1293-1324.
 9. Avila FJ. Infecciones Respiratorias en Pediatría 117,246.
 10. McFaden. El asma agudo severo. *Am J Resp Crit Care Med*. 2003; 168: 740-759.
 11. Werner H. Estado asmático en niños. *Chest* 2001; 119: 1913-1929.
 12. M. Silverman Taussing M. *Am J Med Cuidado Crítico Resp*. 1995; 151: 51-54
 13. Wood et al. Un sistema de puntuación clínica para el diagnóstico de filure respiratorio: informe preliminar sobre el estado asmático infancia. *Am J Dis Child*. 1972; 123: 227-228.
 14. Levison et al. Los signos físicos en el asma childhodd. *Pediatrics*. 1976, 58: 537-542
 15. Ramos P et al. Nebulización continua con salbutamol. Experiencia en la ONU Servicio de pediatría. *Revista Mexicana de Peditría*. 2003; 2: 68-72.
 16. Camargo CA, Spooner CH, Rowe BH. Continua versus intermitente beta-agonistas para el asma aguda. *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2004. Oxford: actualización de software.
 17. Salmeron et al. Albuterol nebulizada contra intravenosa en el asma aguda hipercapnic: un estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 1466-1470.
 18. Cruz. M. *Tratado de Pediatría*, 2008; 2:1311-1320.
 19. Menengelo, *Manual de pediatría*.
 20. Karan Bechara. *Neumología Pediátrica*.



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.

FRECUENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DR. LUIS E AYBAR.

Francisco Felipe,* Yuberlys Colome Matos,** Catherine Ruthlyn Muzo Urbáez,* Andreyxis Licelotte Rodríguez Lopez,* Robert Yeims Sobet Martínez.*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal para determinar la frecuencia de Tromboembolismo Pulmonar ingresado en la unidad de cuidados intensivos en el hospital Dr. Luis E. Aybar en el período enero-diciembre 2012, la muestra representó un total de 7 pacientes. El estudio determinó que el porcentaje de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos fue de un 2 por ciento. El sexo más afectado fue el masculino con un 57 por ciento de los casos, la edad más afectada fue el intervalo comprendido entre 61 a 80 años con un 43 por ciento de los casos, los factores de riesgo más presentados fueron los estados postquirúrgicos, la hipercolesterolemia y las cardiopatías con un 29 por ciento de los casos y la disnea con un 43 por ciento de los casos fue la sintomatología más presentada.

Palabras claves: Tromboembolismo pulmonar. Frecuencia. Unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

We performed a retrospective, cross-sectional descriptive to determine the frequency of pulmonary embolism admitted to the intensive care unit at the hospital Dr. Luis E. Aybar in the period January to December 2012, the sample represented a total of 7 patients. The study found that the percentage of patients admitted to the intensive care unit was 2 percent. Sex was the most affected male with 57 percent of cases, the most affected age range was between 61 to 80 years with 43 percent of cases, the risk factors were presented postoperative states, the hypercholesterolemia and heart disease with 29 percent of cases and dyspnea with 43 percent of the cases was filed more symptoms.

Key words: Pulmonary embolism. Frequency. Intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) se puede considerar como la expresión clínica del enclavamiento de un trombo en el árbol pulmonar, no es una entidad primaria, se origina a partir de múltiples factores y enfermedades. Constituye un gran reto para los médicos y particularmente para el intensivista. Es el resultado de obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un embolo procedente, en la mayoría de los casos (95 %) del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores (grandes venas proximales) y en

menor frecuencia de las pélvicas. La tromboembolia pulmonar (TEP) es una enfermedad frecuente, con una incidencia estimada en Europa de 95 casos por 100.000 habitantes al año y una alta mortalidad asociada; fallecimientos que se producen en su mayoría horas tras el ingreso hospitalario.³ La frecuencia de presentación aumenta con la edad hasta la séptima década. Es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, con mayor diferencia a partir del los 40 años, a pesar del uso de anticonceptivos.

Los factores de riesgo conocidos están en relación con la clásica triada que Virchow describe el siglo pasado (éstasis venoso, hipercoagulabilidad sanguínea y lesiones en las paredes vasculares), entre ellos destacan: la edad avanzada, antecedentes de TEP, embarazo con pico de riesgo durante el parto, cirugía ortopédica, neurológica y abdominal, politraumatizados, inmovilizaciones prolongadas, estancias en cuidados intensivos, ortopedia o ictus, neoplasias, los estados de hipercoagulabilidad (déficit de proteína C y S, antitrombina III y plasminógeno, aumento del inhibidor del activador del plasminógeno, policitemia, síndromes antifosfolípicos y homocistinuria), administración de estrógenos y anticonceptivos en general y condiciones cardiovasculares como el infarto agudo del miocardio (IMA) y fallo cardiaco. También se asocian antecedentes como obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión.

El TEP se puede presentar con un amplio espectro clínico, desde apenas síntomas hasta shock o inestabilidad hemodinámica, variables en función de la gravedad. Los síntomas más habituales son disnea, que puede ser de reposo o de esfuerzo, y dolor torácico de características pleuríticas. Otros síntomas son tos, generalmente irritativa, aunque se han descrito casos con esputo mucoso y purulento, dolor o edema en extremidades inferiores, hemoptisis, dolor torácico anginoso, ortopnea y palpitaciones.

El diagnóstico de TEP es difícil y puede pasarse por alto debido a que no tiene una presentación clínica específica. Sin embargo, el diagnóstico precoz es fundamental, ya que el tratamiento inmediato es altamente efectivo. Dependiendo de la presentación clínica, el tratamiento inicial se dirige principalmente a restablecer el flujo por las arterias pulmonares ocluidas o prevenir recurrencias precoces potencialmente mortales. Tanto el tratamiento inicial como la anticoagulación a largo plazo que se requiere para la prevención secundaria deben estar justificados en cada paciente de acuerdo con una estrategia diagnóstica adecuadamente validada. El objetivo de esta investigación fue establecer la frecuencia de tromboembolismo pulmonar ingresado en la unidad de

* Médico Internista, cardiólogo.

** Médico general.

cuidados intensivos en el hospital Dr. Luis E. Aybar en el periodo enero-diciembre 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de tromboembolismo pulmonar ingresado en la unidad de cuidados intensivos en el hospital Dr. Luis E. Aybar.

Demarcación geográfica: El estudio fue realizado en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, ubicado en la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar del sector Maria Auxiliadora en Santo Domingo, Republica Dominicana, cuyos límites geográficos son:

Al norte: la calle Osvaldo Bazil.; Al sur: la calle Federico Velasquez; Al oeste: la calle Federico Bermudez; Al este: la calle Albert Thomas.

Tiempo de realización: Los datos fueron recolectados desde el 7 al 18 de enero del 2012.

Universo: El universo estuvo constituido por el total de pacientes que fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos por el servicio de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar en el periodo enero-diciembre 2012, correspondiendo a un total de 321 pacientes.

Muestra: Se tomaron del universo, todos los pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar en la unidad de cuidados intensivos por el servicio de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar en el periodo enero-diciembre 2012, correspondiendo a un total de 7 pacientes.

Criterios de inclusión: Fueron incluidos en este estudio todos los expedientes cuyos pacientes cumplieron con el siguiente requisito:

- a) Todo paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar.

Fuente de información: Los datos de esta investigación fueron obtenidos de la historia clínica del paciente.

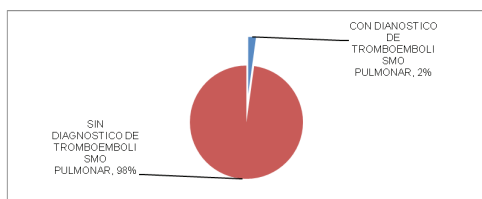
Método: se basó el uso de formularios los cuales fueron llenados a partir de la historia clínica.

Procedimientos: Se procedió a ir al centro de salud donde se realizó la investigación para solicitar el permiso que autorizó la recolección de datos, ya otorgado el permiso se empezó la revisión de los expedientes clínicos ya archivados. Para obtener dichos datos se aplicó un formulario constituido por preguntas mixtas a los expedientes de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos en el periodo ya especificado. Las informaciones contenidas en dicho formulario fueron llenados de los expedientes clínicos.

Principios éticos: Las informaciones obtenidas en el Hospital Dr. Luis E. Aybar fueron utilizadas con confidencialidad, exclusivamente para este estudio.

RESULTADOS

Grafico 1. Frecuencia de Tromboembolismo Pulmonar ingresado en la unidad de cuidados intensivos.



Fuente: Archivo de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar

Cuadro 2. Tromboembolismo pulmonar según edad

Edad (años)	Casos	%
<20	1	14
20-39	1	14
40-59	1	14
60-79	3	43
≥80	1	14
Total	7	100

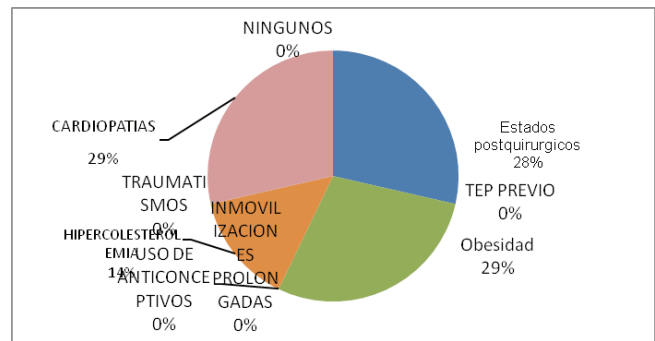
Fuente: Archivo de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar

Cuadro 3. Tromboembolismo pulmonar según sexo

Sexo	Casos	%
Femenino	3	43
Masculino	4	57
Total	7	100

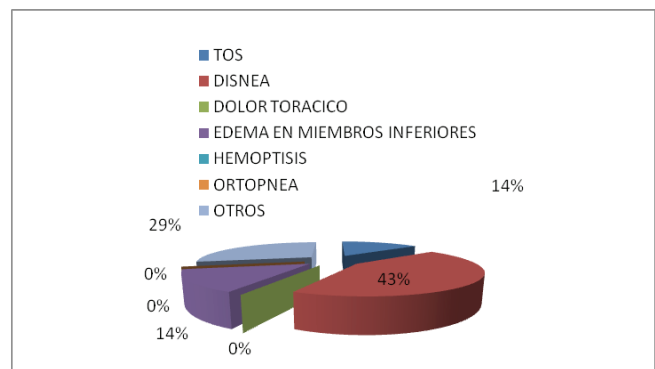
Fuente: Archivo de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar

Grafico 4. Distribución porcentual de los factores de riesgo



Fuente: Archivo de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar

Grafico 5. Distribución porcentual de la sintomatología asociada a Tromboembolismo pulmonar.



Fuente: Archivo de medicina interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar

DISCUSIÓN

Concerniente al género, los hallazgos que revelaron en esta investigación el sexo más afectado fue el masculino con un 57 por ciento de los casos y un 43 por ciento para el femenino. Esto confirma lo establecido en el estudio realizado por Martínez donde el sexo más afectado fue el masculino.

En cuanto a la edad, el intervalo más afectado fue de 61 a 80 años con un 43 por ciento de los casos en ambos casos, lo cual

concuerta con el estudio realizado por Tallón donde la edad fue la de 61 años sin distinción de sexo.

En cuanto a los factores de riesgo, en esta investigación se obtuvo que los factores de riesgo de mayor presentación fueron los estados postquirúrgicos, la hipercolesterolemia y las cardiopatías con un 29 por ciento de los casos en cada uno. Esto difiere con el estudio realizado por Martínez donde la inmovilización fue el factor de riesgo de mayor presentación.

Concerniente a la sintomatología, la disnea fue el síntoma que mas predominó con un 43 por ciento de los casos, corroborando lo establecido por Telemin donde la disnea fue el síntoma de mayor presentación.

CONCLUSIONES

La frecuencia de Tromboembolismo ingresado en la unidad de cuidados intensivos fue de un 2 por ciento.

Concerniente al género, los hallazgos que revelaron en esta investigación el sexo más afectado fue el masculino con un 57 por ciento de los casos y un 43 por ciento para el femenino.

En cuanto a la edad, el intervalo más afectado fue de 61 a 80 años con un 43 por ciento de los casos en ambos casos.

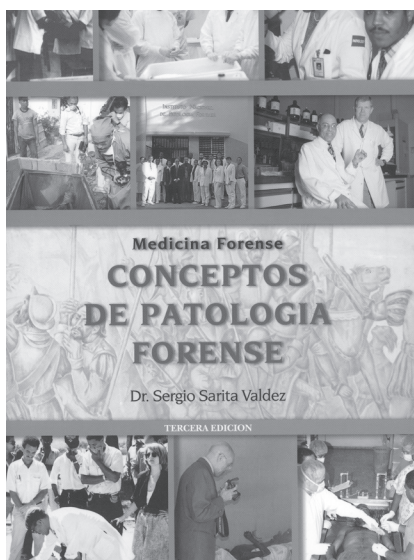
En cuanto a los factores de riesgo, en esta investigación se obtuvo que los factores de riesgo de mayor presentación fue los estados postquirúrgicos, la hipercolesterolemia y las cardiopatías con un 29 por ciento de los casos en cada uno.

Concerniente a la sintomatología, la disnea fue el síntoma que mas predominó con un 43 por ciento de los casos.

REFERENCIAS

1. Caballero López A. Terapia intensivo [monografía en Internet]. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007 [citado: 23 de enero de 2010] Disponible: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/terapia_intensiva02/indice_p.htm
2. Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JJ, Bergqvist D, Brecht JG, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* 2007;98:756-64.
3. Kucher N, Goldhaber S. Risk stratification of acute pulmonary embolism. *Semin Thromb Hemost.* 2006; 32: 838-47.
4. Bounameaux H, Perrier A. Diagnosis of pulmonary embolism in transition. *Curr Opin Hematol.* 2006; 13(5):344-50.
5. Pollack C, Schreiber D, Goldhaber S, Slaterry D, Fanikos J, O'Neil B et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57: 700-706.
6. Stein P, Beemath A, Matta F, Weg J, Yusef R, Hales C et al. Clinical characteristic of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPE II. *Am J Med* 2007; 120: 871-879.
7. Roy PM, Meyer G, Vielle B, Le Gall C, Verschuren F, Carpentier F, et al. Appropriateness of diagnostic management and outcomes of suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med.* 2006;144:157-64
8. Martínez D, Portelles N. Variables epidemiológicas en pacientes con tromboembolismo pulmonar atendidos en los servicios clínicos del Hospital Vladimir I Lenin. 2012; 16(2)
9. Tallon P, Arenas J, Et Al. Diagnóstico casual de Tromboembolismo pulmonar. Descripción de las características clínicas y neurológicas y su evolución. 2008. Disponible en el URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2595205>
10. Martínez M, Payan O, Et Al. Presentación clínica del Tromboembolismo pulmonar: Comparación con estudios previos. 2010, 22:113-116
11. Telemin O, Mansito C, Et Al. Diagnóstico, frecuencia y manejo de Tromboembolismo pulmonar en pacientes de 50-80 años con fractura de huesos largos y pelvis, junio 2009-julio 2010. Vol. 2, Pag 12-16

LIBROS · LIBROS · LIBROS

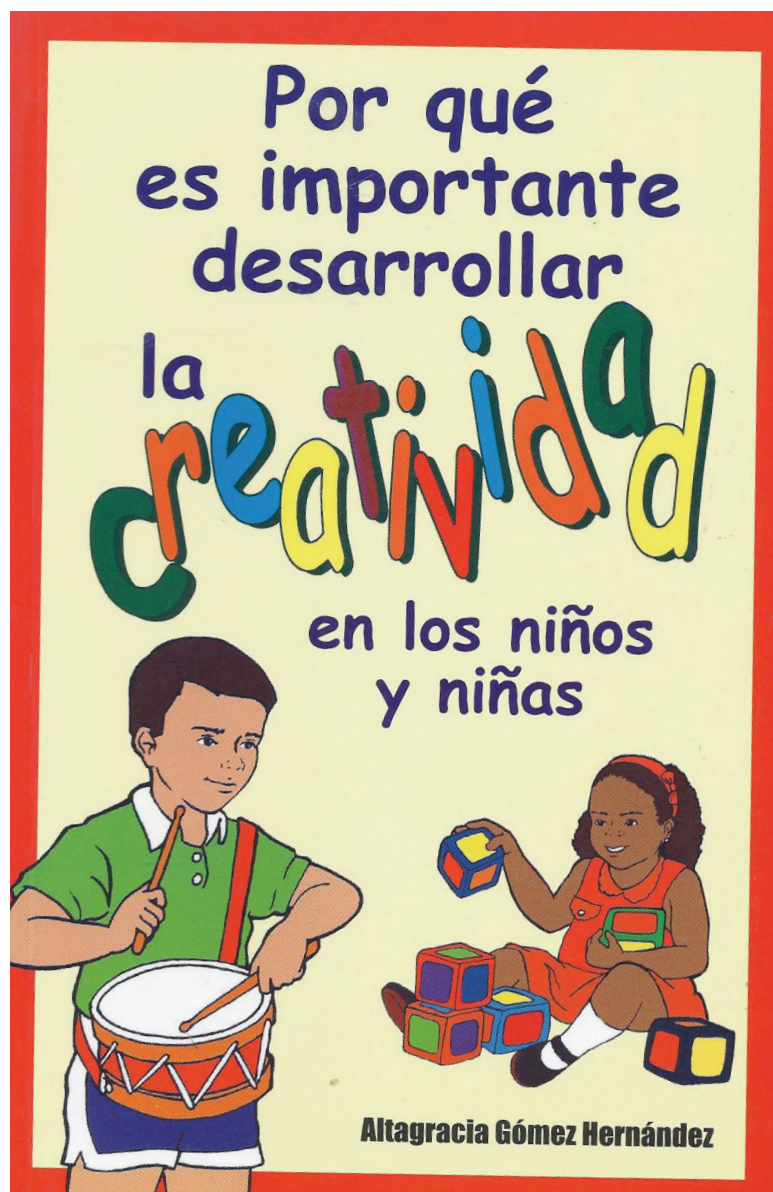


Conceptos de patología Forense

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.



EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESTENOSIS DE URETRA SOMETIDOS A URETROTOMÍA INTERNA ENDOSCÓPICA POR EL DEPARTAMENTO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ.

Fausto Hernández, *García Rodríguez Miguel, **Collado Guzmán, **Carlos Noel.**

RESUMEN

Introducción: La estenosis uretral es un estrechamiento anormal del conducto que lleva la orina fuera del cuerpo desde la vejiga (uretra). Puede ser causada por inflamación o tejido cicatricial a raíz de una cirugía, enfermedad o lesión. También puede ser causada por la presión de un tumor en crecimiento cerca de la uretra, aunque esto es infrecuente. Ha sido uno de los problemas que por más de 2,500 años se ha registrado en la historia. La literatura más antigua que habla de este padecimiento se encuentra en el Ayurveda (600 años A.C) donde se utilizaban dilatadores de metal o madera como parte del tratamiento. En 1817, Civialie es quien diseña el primer prototipo de uretrotomía interna, posteriormente Maysonnueve en 1848 concibe la idea de una guía filiforme la cual se introduce a la uretra.

Métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, retro prospectivo, donde se evaluaron los resultados de la uretrotomía interna endoscópica realizada en los pacientes con diagnóstico de Estenosis de Uretra ingresados en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez durante el período Enero 2011-Enero 2012, en la ciudad de Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

Conclusiones: El grupo etario más afectado por estenosis de uretra fue de 26-45^a, la etiología más frecuente de presentación de estenosis fue la mala técnica de colocación de sondaje, el nivel de presentación dentro de la uretra más presentado fue la región bulbar, la mayoría de los pacientes solo permanecieron ingresados dentro de un período de 24-48h. En su mayoría de los pacientes no se presentó ninguna complicación, se encontraron reestenosis en la mayoría de los pacientes, siendo estas presentadas más frecuentemente en el 3er mes posterior a la cirugía, en mayor presentación los pacientes reestenosados cayeron en programa de dilatación, estando en menor frecuencia los pacientes que tuvieron que someterse a una segunda intervención quirúrgica.

Resultado: La localización más frecuente para encontrarse estenosis de uretra fue en la región bulbar con un 53.8 por ciento, seguida de la región péndula con un 23.1 por ciento, en menor escala se encuentran las estenosis concomitantes en la región péndula-bulbar con un 19.2 por ciento, en menor proporción encontramos la posición prostática con un 3.8 por ciento. Se determinó que a mayor escala no hubo complicaciones posteriores a la uretrotomía interna endoscópica, ya que el 69.2 por ciento de los pacientes no presentaron ninguna complicación. Pero, ya analizando las

complicaciones surgidas, resultado que complicación más común posteriores a la uretrotomía interna endoscópica fue la Infección de las vías urinarias con un 26.9 por ciento, siendo la menor la fiebre con un 3.8 por ciento. De los pacientes que reestenosaron que fueron el 53.8 por ciento, en su mayoría lo hicieron al tercer mes de evaluación con un 26.9 por ciento, el 15.4 por ciento lo hicieron al 1er mes de evaluación, y en su minoría lo hicieron a 6to mes con un 11.5 por ciento. El tiempo de internamiento que estuvieron los pacientes ingresados en su mayoría fue de 24-48 horas con un 50 por ciento de los mismos, en segundo lugar está el periodo de >72 horas con el 26.9 por ciento de los pacientes. Se determinó que el 100 por ciento de los pacientes que sufrieron su estenosis por causa traumática, específicamente por caída en ahorcada desarrollaron una estenosis en la región péndula, mientras que el 50 por ciento de los pacientes que desarrollaron su estenosis mediante herida de arma encontraron una posición para la estenosis en la región bulbar, el otro 50 por ciento en la región prostática. En este mismo sentido en su mayoría con un 64.7 por ciento los pacientes con generación e estenosis por mala técnica de colocación de sondaje desarrollaron estenosis en la región bulbar. Lo que determina que la causa de origen de la estenosis influye de manera directa en la posición que esta se desarrolla dentro de la uretra. Solo el 71.4 por ciento de los pacientes que reestenosaron cayeron a programa de dilatación, de manera que se haga posible una curación definitiva de su padecimiento. El 28.6 por ciento de los pacientes aplicaron para practicársele una segunda intervención quirúrgica, ya que recidivaron con estenosis mayores de 2 cms.

Palabras claves: Estenosis de uretra, sonda, región bulbar, región péndula, uretrotomía interna, reestenosis.

ABSTRACT

Introduction: Urethral stricture is an abnormal narrowing of the tube that carries urine out of the body from the bladder (urethra). It can be caused by inflammation or scar tissue from surgery, illness or injury. It may be caused by the pressure of a tumor near the urethra, although this is rare. It was one of the problems for more than 2,500 years have witnessed in history. The older literature speaks of this condition is in the Ayurveda (600 BC) where they used wood or metal stents as treatment. In 1817, Civialie is who designed the first prototype of internal urethrotome later Maysonnueve in 1848 conceived the idea of a filiform guide which is introduced into the urethra.

Methods: A descriptive, prospective retro, which evaluated the results of internal urethrotomy performed in patients with

* Urólogo.

** Médico general

a diagnosis of urethral stricture admitted to the Regional Hospital Universitario José María Cabral y Baez during the period January 2011-January 2012, in the city of Santiago de los Caballeros, Dominican Republic.

Conclusions: The age group most affected by urethral stenosis was 26-45 years, the most common cause of stenosis presentation was poor placement probing technique, the presentation layer within the urethra was presented bulbar region, the most patients were hospitalized only within a period of 24-48h. The majority of patients did not show any complications, restenosis was found in most patients, these being submitted more frequently in the 3rd month after surgery, most patients presenting reestenosis fell expansion program, being in less frequently patients had to undergo a second surgery.

Results: The most common location for urethral stricture was found in the bulbar region with 53.8 percent, followed by pendulous region with 23.1 percent, on a smaller scale are concomitant strictures in the pendulous-bulbar region with 19.2 percent, find lesser extent prostate position with 3.8 percent. It was determined that a larger scale there were no complications after internal urethrotomy, since 69.2 percent of patients experienced no complications. But, analyzing the complications, it turned out that most common complication after internal urethrotomy was urinary tract infection with 26.9 percent, the lowest being fever with a 3.8 percent. Of patients who were reestenosaron 53.8 percent, mostly did the third month of evaluation with a 26.9 percent, 15.4 percent did the 1st month of assessment, and in his minority did to 6th month with a 11.5 percent. The duration of hospitalization in patients who were mostly was 24-48 hours with 50 percent of them, second is the period of > 72 hours in 26.9 percent of patients. It was determined that 100 percent of patients who suffered traumatic because its stenosis, specifically developed by drop stenosis hanged on the pendulous region, while 50 percent of patients who developed his wound stenosis through a position for weapon found stenosis in the bulbar region, the other 50 percent in the prostate area. In this sense mostly with a 64.7 percent patients with stenosis due to poor generation and placement probing technique developed bulbar stricture in the region. What determines the root cause of the stenosis directly influences the position in which this takes place within the urethra. Only 71.4 percent of patients who fell reestenosaron expansion program, so as to make possible a definitive cure for his condition. The 28.6 percent of patients practicársele applied for a second surgery, and who relapsed with stenosis greater than 2 cm.

Keywords: urethral stenosis, probe, bulbar region, region pendula, internal urethrotomy, restenosis.

INTRODUCCIÓN

La estenosis uretral es una entidad conocida desde la Antigüedad. Existen datos que prueban que los egipcios y otras civilizaciones ya conocían y trataban este problema. Las múltiples aproximaciones terapéuticas a este problema son consecuencia de la no existencia de un procedimiento que proporcione una tasa adecuada de resoluciones, basado en criterios anatómicos y etiopatogénicos.

Desde más de 2500 años se viene hablando en la historia de estenosis de uretra. Donde, en la literatura en al Ayurveda 600 años AC se conocía de esta entidad. Es una enfermedad tan antigua como la historia misma, existiendo descripciones

de ella que datan de la época de los faraones egipcios. De la misma época son también los intentos por resolverlas y los dilatadores uretrales podrían ser considerados como los instrumentos más antiguos de la cirugía.

En 1957 Ravasini describe la uretrotomía interna bajo visión directa, pero no es hasta 1971 que Sachse introdujo el uretrótomo con hoja afilada que corta en frío bajo visión directa, obteniendo un 88 por ciento de resultados exitosos en los procedimientos realizados para 1974, técnica que se ha convertido en tratamiento inicial de la mayoría de la estenosis de uretra hasta los últimos días.

A pesar de los logros obtenidos en el perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas efectivas y seguras para el tratamiento de la estenosis uretral, en la actualidad aún se continúa innovando en desarrollo de técnicas y tecnología que permitan disminuir más la morbilidad de los procedimientos ya conocidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Descriptivo, retro prospectivo, donde se evaluaron los resultados de la uretrotomía interna endoscópica realizada en los pacientes con diagnóstico de Estenosis de Uretra, la población objeto de estudio estuvo constituida por la totalidad de pacientes con estenosis de uretra manejados con uretrotomía interna endoscópica en el período de tiempo estipulado y que cumplieren con los criterios de inclusión y exclusión de: pacientes con diagnóstico mediante cistoscopia y Uretrografía retrograda de estenosis de uretra, pacientes mayores de 18 años, pacientes de sexo masculino, pacientes con permeabilidad uretral y, por último, pacientes que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio de investigación y que han dado su consentimiento informado para la investigación. Para los fines propuestos se utilizó un cuestionario con preguntas múltiples, previamente sometidos a pruebas de campo (piloto) y verificado por especialista del área siendo los datos procesados en Microsoft Word, y expresados en tablas de frecuencia y cruce, así como también en gráficos para mayor ilustración de los mismos.

RESULTADOS

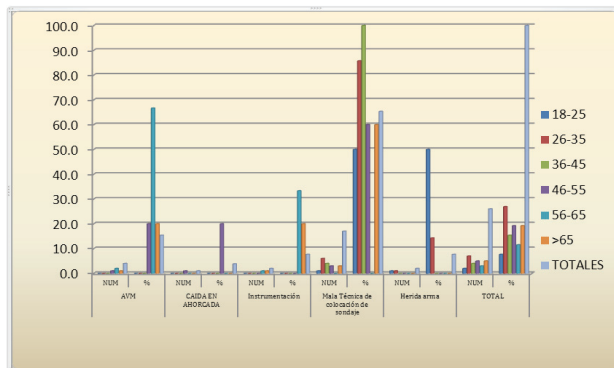
En el gráfico número 1 puede observarse en mayor ilustración que la causa que originaron las respectivas estenosis en los pacientes que acudieron al Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero 2011- Enero 2012, varía en cuanto a la edad de los pacientes. Observándose que las causas que primaron en la generación de la Estenosis de uretra en los pacientes de 18 a 25 años de edad fue la mala técnica de colocación de sondaje con un 50 por ciento, así como también con el mismo porcentaje de un 50 por ciento está la causa de herida de arma, entre los pacientes incluidos en un rango de edad de 26 a 35 años se encontró que la principal causa de generación de estenosis fue la mala técnica de colocación de sondaje con un 85.7 por ciento, seguido de herida de armas con un 14.3, con los pacientes en un rango de edades entre 36 a 45 años esta la única y principal causa la mala técnica de colocación de sondaje con un 100 por ciento, por otra parte se pudo observar que en pacientes con edades entre 46 a 55 años de edad la principal causa fue al de mala técnica de colocación de sondaje con un 60 por ciento, seguida de AVM con un 20 por ciento y por último con un 20 por ciento también se debió a caída en ahorcada, para los pacientes comprendidos en un rango de edad de 56 a 65 años de edad se vio como causa principal de la estenosis AVM con un 66.7 por ciento, seguido de instrumentación con 33.3 por

ciento, por último con los pacientes mayores de 65 años se pudo observar que la principal causa de estenosis fue la mala técnica de colocación de sondaje con un 60 por ciento, seguida de instrumentación con un 20 por ciento y AVM con un 20 por ciento. En conclusión se puede observar que para todos los pacientes evaluados en este estudio la principal causa de estenosis fue la de mala colocación de sondaje con un 65.4 por ciento, seguido de AVM con un 15.4 por ciento, obteniendo instrumentación y herida de arma el mismo porcentaje de un 7.7 por ciento, y por último caída, y siendo la menos común caída en ahorcada con un 3.8 por ciento. (El cuadro y gráfico número 2) de esta investigación asocia tanto el mecanismo de producción de la estenosis, como la localización de la misma, tratando de encontrar alguna relación directa con la causa que lo produce y la localización de la misma, arrojando los siguientes resultados; Se evidenció que para la causa de AVM primó la región péndula-bulbar con un 50 por ciento, seguido por la región bulbar con un 25 por ciento, al igual que la péndula con otro 25 por ciento. Para las demás causas, las cuales no se ilustran en el cuadro por su baja presentación, se encuentra la de Caída en ahorcada donde encontró que la única posición afectada fue la región péndula con un 100 por ciento. Para la causa de instrumentación esta la posición de la región prostática con un 50 por ciento, obteniendo el mismo resultado de un 50 por ciento la región bulbar. Para la causa de la mala técnica de colocación de sonda se encontró como principal región afectada la región bulbar con un 64.7 por ciento, seguida de la región péndula con un 23.5 por ciento, y con menos frecuencia la región péndula-bulbar con un 11.8 por ciento. Para la causa de herida de arma blanca se encontró el 50 por ciento en la región bulbar, y el otro 50 por ciento en la péndula-bulbar. En conclusión y de manera general, se observó que la región bulbar sigue en primer lugar como zona de mayor presentación de Estenosis con un 53.8 por ciento, seguido de la región pendular con un 23.1 por ciento, la región péndula-bulbar con un 19.2 por ciento y, por último, la región prostática con un 3.8 por ciento. (El cuadro y gráfica número 3) evalúa el total de pacientes reestenosados, comparándolo con el total de pacientes que se sometieron a un programa de dilatación, dando como resultado que del 100 por ciento solo acudieron a programa de dilatación el 71.4 por ciento, el otro 28.6 por ciento aplicaron para ser sometidos a una segunda intervención quirúrgica.

Cuadro 1. Edad Vs Mecanismo de Producción de la estenosis de uretra presentada en los pacientes evaluados vía consulta del departamento de Urología en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero 2011 - Enero 2012.

MECANISMO DE PRODUCCION VS LOCALIZACION								
MECANISMO PRODUCCION	BULBAR		PENDULA		PENDULA Y BULBAR		TOTAL	
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%
AVM	1,0	25,0	1,0	25,0	2,0	50,0	4,0	15,4
CAIDA EN AHORCADA	0,0	0,0	1,0	100,0	0,0	0,0	1,0	3,8
INSTRUMENTACION	1,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	7,7
MALA TECNICA DE COLOCACION DE SONDAJE	11,0	64,7	4,0	23,5	2,0	11,8	17,0	65,4
HERIDA DE ARMA	1,0	50,0	0,0	0,0	1,0	50,0	2,0	7,7
TOTALES	14,0	53,8	6,0	23,1	5,0	19,2	26,0	100,0

Gráfico No. 1 Edad vs Etiología de la estenosis de uretra presentada en los pacientes evaluados vía consulta del departamento de Urología en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero 2011 - Enero 2012.



Cuadro No. 2 Mecanismo de Producción vs Localización de la estenosis de uretra presentada en los pacientes evaluados vía consulta del departamento de Urología en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero 2011 - Enero 2012.

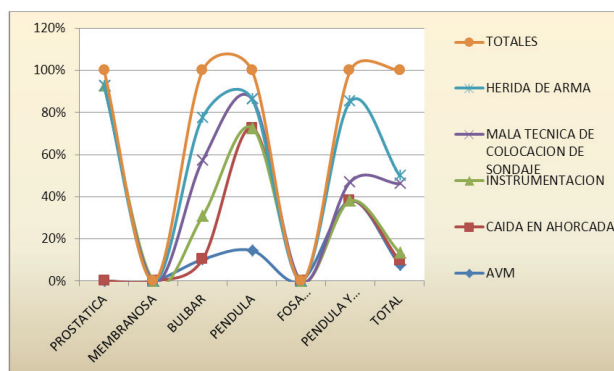
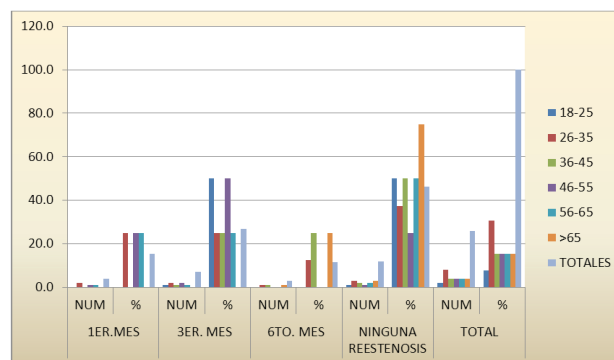


Gráfico No. 3 Tiempo de reestenosis Vs pacientes sometidos a programa de dilatación presentado en los pacientes evaluados vía consulta del departamento de Urología en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero 2011 - Enero 2012.



DISCUSIÓN

En el estudio llevado a cabo se observó que la mayoría de

los pacientes que acudieron al Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero 2011-enero 2012 por presentar estenosis de uretra están comprendidos entre un rango de edades de 26 a 35 años de edad, obteniendo este un por ciento de 26.9 por ciento, siguiéndole los pacientes comprendidos entre un rango de edades de 46-55 años de edad, en menor medida está el rango de pacientes entre 18-25 años con un 7.7 por ciento. En conclusión se evidencia una edad promedio de 47 años para todos los pacientes en general. Datos semejantes a estos fueron arrojados en un estudio realizado por Francisco Javier Patrón Escalante, María Rojas Esquivel y Martín Landa Soler donde realizaron estudio retrospectivo de 160 pacientes, en edades que oscilaron entre 21 a 89 años de edad, el tiempo de seguimiento fue de 1 a 9 meses. Por otra parte se pudo observar que en pacientes con edades entre 46 a 55 años de edad la principal causa fue al de mala técnica de colocación de sondaje con un 60 por ciento, seguida de AVM con un 20 por ciento y por último con un 20 por ciento también se debió a caída en ahorcada., para los pacientes comprendidos en un rango de edad de 56 a 65 años de edad se vio como causa principal de la estenosis AVM con un 66.7 por ciento, seguido de instrumentación con 33.3 por ciento, por último con los pacientes mayores de 65 años se pudo observar que su principal causa de estenosis fue la mala técnica de colocación de sondaje con un 60 por ciento, seguida de instrumentación con un 20 por ciento y AVM con un 20 por ciento. En conclusión se puede observar que para todos los pacientes evaluados en este estudio la principal causa de estenosis fue la de mala colocación de sondaje con un 65.4 por ciento, seguido de AVM con un 15.4 por ciento, obteniendo instrumentación y herida de arma el mismo porcentaje de un 7.7 por ciento, y por último caída, y siendo la menos común caída en ahorcada con un 3.8 por ciento. Estudio similar fue arrojado por los DRS GÓMEZ R, RAMOS C, MARCHETTI P, quienes hicieron estudios de 92 UIE en 46 pacientes (edad promedio 42,1 años). Arrojando los siguientes resultados: Etiología postraumática en 56, post sonda Foley en 20, post-inflamatoria en 8, postquirúrgica en 7 y congénita en 1.

REFERENCIAS

1. Basurto s. et al. Uretrotomía interna en el tratamiento de la estenosis de uretra. Experiencia en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos Rev. Mex Urol. 1999;59(5):219
2. Heyns, CF, Marais Dc. Prospective Evaluation of the American Urological Association Symptom Index and Peak Urinary Flow Rate Fort he Follow-up of Men with Know Urethral Stricture Sisease. J Urol. 2002;168(5):2051-4
3. Jiménez, A. Estenosis de Uretra masculina. Rev. Mex Urol. 1983;43:1
4. Vargas R, Vargas F. Tratamiento de la estrechez uretral por la uretrotomía interna endoscópica. Rev. Chil Urol 1976; 39:75
5. Martínez C, Del Campo F. Uretrotomía interna en estrechez uretral. Rev. Chil Urol 1979;42:61
6. Kamei, J. Uretrotomía interna endoscópica. Experiencia de 46 pacientes controlados con uroflujometría. Rev Chil Urol 1985;48:23-6
7. Guralnick M, Webster G. The augmented anastomotic urethroplasty. Atlas urol Clin 2003;11:43-9
8. Greenwell T, Castle C, Andrich D Et Al. Repeat Urethrotomy and dilation for the treatment of urethral stricture are neither clinically effective nor cost-effective. J Urol 2004;172:275-7
9. Heyns C, Steenkamp J, De Kock M, Whitaker P. Treatment of male urethral strictures: is repeated dilation or internal urethrotomy useful? J Urol 1998;160:356-8
10. ansadoro V, Emiliozi P. Internal urethrotomy in the management of anterior urethral strictures: long term, follow-up. J Urol 1996;156:73-5
11. Santucci RA, Joyce GF, Wise M Male. Urethral Stricture Disease. J Urol.2007;177(5):1667-74
12. Zambrano N, Campor R, Schatloff O, Kerrigan N, GAbrielli M, Bustos M, Domnech A, Figuereo A, Hinrichs A, Krebs A, Coz F. Uretroplastia Interna En el manejo de la estenosis de uretra. Servicio de Urología, Hospital Militar Santiago, Rev Chilena Urol. 2005;240:243-4



El tabaco es perjudicial para la salud.

FRECUENCIA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EVALUADAS EN LA CONSULTA Y LA EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. LUÍS EDUARDO AYBAR.

Ana Yissel Guzmán,* Kariana Angelina Guzmán,* Denny Prisila Mañón,*
 Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y de cortes transversal con la finalidad de conocer la frecuencia y manejo terapéutico de faringoamigdalitis aguda evaluada en la consulta y emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. La población de estudio estuvo compuesta por 881 niños, la muestra correspondió a 219 niños diagnóstico con faringoamigdalitis aguda. La frecuencia de 25 por ciento. El grupo comprendido entre 1-4 años fue el más frecuente con 99 casos para un 45.2 por ciento. El sexo más frecuentemente afectado fue el masculino con 138 casos para un 63.0 por ciento. La residencia más frecuentemente afectada el Distrito Nacional con 172 casos para un 78.5 por ciento. Las manifestaciones clínicas más frecuentes tenemos la inflamación de la faringe y amígdalas con 219 casos para un 100 por ciento, seguido de fiebre con 197 casos para un 90 por ciento, de los cuales 116 casos eran masculinos para un 58.9 por ciento y 81 casos eran femeninos para un 41.1 por ciento. El analgésico exclusivo fue el acetaminofén con 142 casos para un 64.8 por ciento. El antiinflamatorio exclusivo fue el diclofenac con 31 casos para un 14.2 por ciento. El antibiótico más frecuente fue la ampicilina benzatinica 633 con 144 casos para un 65.8 por ciento.

Palabras claves: Frecuencia, faringoamigdalitis, manejo, consulta, emergencia.

ABSTRACT

We performed a prospective, descriptive and cross-cuts in order to determine the frequency and therapeutic management of acute pharyngitis evaluated in the clinic and hospital pediatric emergency Dr. Luis Eduardo Aybar. The study population consisted of 881 children, the sample consisted of 219 children diagnosed with acute pharyngitis. Frequency of 25 percent. The age group between 1-4 years was the most frequent with 99 cases for 45.2 percent. The most frequently affected sex was male in 138 cases for 63.0 percent. The residence more frequently affected the National District with 172 cases for 78.5 percent. The most frequent clinical manifestations have inflammation of the pharynx and tonsils with 219 cases to 100 percent, followed by fever with 197 cases for 90 percent, of which 116 cases were male for 58.9 percent and 81 cases were female for 41.1 percent. The pain reliever acetaminophen was exclusive to 142 cases for 64.8 percent. The unique anti-inflammatory diclofenac was 31

cases to 14.2 percent. The most frequent antibiotic ampicillin benzathine 633 with 144 cases for 65.8 percent.

Key words: Frequency, pharyngitis, management, consultation, emergency.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Pamela Ercira, Pol Paulino, Esperanza Katuska González Sapeg, Yudelka Vargas Soné, Félix Ernesto Méndez H. Estudiaron la frecuencia de amigdalitis aguda en una clínica rural de la provincia San Cristóbal en la República Dominicana, realizaron un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal desde Enero a Junio del 2001. De un total de 1840 pacientes que asistieron a la consulta en dicho centro de salud, tuvieron que 152 pacientes presentaron amigdalitis aguda para un frecuencia de 8.26 por ciento. El sexo más afectado fue el femenino con 99 casos para un 65.1 por ciento, el mes donde mayor número de casos se presentó fue Mayo con 55 casos, para un 36 por ciento, la edad más afectada fue el grupo de 1-4 años con 81 casos para un 53.2 por ciento. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre con 99 pacientes (65.1%), hipertrofia de las amígdalas con 83 pacientes para un 54.6 por ciento, y dolor de garganta en 79 pacientes con un 56.9 por ciento.

Ochoa Sangrador, Vilela Fernández, Cueto Baelo, Eiros Bouza, J. Inglada Galiana. Estudiaron la adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. Realizaron un estudio descriptivo de unas series de pacientes pediátricos diagnosticados con faringoamigdalitis aguda en los servicios de urgencias de 11 hospitales Españoles. Revisaron 1716 casos diagnosticados de faringoamigdalitis aguda en el 80.9 por ciento de ellas se prescribieron antibióticos, en su mayoría siguiendo criterios empíricos. Los antibióticos más empleados fueron: amoxicilina (36.0%), amoxicilina-acido clavulánico (22.5%), cefixima (6.6%), azitromicina (5.8%), y cefuroxima (5.2%). El 39.5 por ciento correspondían a menores de tres años, de los que el 75.9 por ciento recibieron tratamiento empírico. El 22.8 por ciento de las prescripciones se clasificaron como de primera elección, el 22.4 por ciento de uso alternativo y el 54.8 por ciento inapropiadas. Concluyeron que en la mayoría de las faringoamigdalitis se prescribió tratamiento antibiótico y en casi todos los de forma empírica y también se utilizaron antibióticos diferentes a los considerados idóneos para la enfermedad.

Sebastián Muñoz C, Marcela Córdova A, Viera Morales M y Lorena Cifuentes A. Estudiaron el empleo del estudio etiológico y de antimicrobianos de la faringoamigdalitis

* Médico general.

** Pediatra neumólogo, MSP.

estreptocócica en dos centros universitarios pediátricos. Se trabajó en forma retrospectiva con los registros clínicos de la Unidad de Morbilidad Aguda Pediátrica del Centro Médico San Joaquín de la Pontificia Universidad Católica de Chile (grupo A) y de la Unidad de Urgencia Pediátrica del Hospital Clínico de la misma universidad (grupo B). La revisión abarcó desde enero del 2002 a marzo del 2003 en el grupo A y desde enero del 2002 hasta diciembre del 2002 en el grupo B. Se seleccionaron aquellos registros que tenían el diagnóstico de faringitis, FA o amigdalitis, y a quienes se les había solicitado un test inmunológico o cultivo bacteriológico para *S. pyogenes*. En el grupo A se revisó la totalidad de registros clínicos del periodo, en el grupo B no se tuvo acceso a todo el periodo; por esta razón sólo se conoció la frecuencia de consulta por faringitis, amigdalitis y FA en el grupo A. Se consignaron las siguientes manifestaciones clínicas, presencia de fiebre (>de 38°C, adenopatías submandibulares sensibles, exudado faríngeo y odinofagia. Se describen aspectos clínicos, del diagnóstico y tratamiento de faringitis en pacientes pediátricos, 421 en un centro ambulatorio y 289 en la unidad de emergencia de un hospital universitario, que consultaron en un periodo de 14 meses. En los centros respectivos hubo 65 y 76 por ciento de pacientes en que se realizaron exámenes para documentar la etiología estreptocócica. Se demostró la existencia de *Streptococcus pyogenes* en 37 por ciento de los explorados, siendo similar en ambos centros, con una incidencia máxima de 50 por ciento en el grupo etario de 6 a 10 años. En 217 pacientes no se realizó estudio etiológico, de éstos 162 pacientes (75%) recibieron tratamiento antimicrobianos enfatiza la importancia de los exámenes de confirmación bacteriológica para la correcta indicación de antimicrobianos en esta patología.

Madurell Jordi, Gómez Mónica, Balague Montse, Cots JM. Llor Carles. Realizaron un estudio descriptivo donde se reveló la baja precisión con que la clínica es capaz de diagnosticar la faringoamigdalitis estreptocócica, que el exudado amigdalares es un predictor para que el clínico piense en etiología bacteriana y que los antibióticos prescritos no son los de elección, aun peor, hay una alta prescripción de amoxicilina- clavulánico, cuando el estreptococo *Pyogenes* no tiene ni produce Betalactamasas. Encontraron complicaciones como la fiebre reumática y la glomerulonefritis post estreptocócica. Tampoco la eritromicina es el antibiótico de elección en las alergias a betalactamicos por su alta tasa de resistencia a macrólidos de 14-15 átomos, por lo que se recomienda los de 16 átomos como la Josamicina o las Lincosamidas como la clindamicina con baja tasa de resistencia a este microorganismo. Se concluye que el beneficio de los antimicrobianos en faringoamigdalitis aguda estreptocócica es modesto, y al tratarse de una afección autolimitada parece que el uso de antibacterianos no debería recomendarse de forma general.

Justificación

La faringoamigdalitis aguda es una inflamación habitualmente de origen infeccioso, viral o bacteriana de las formaciones linfoides de la orofaringe y principalmente de las amígdalas palatinas. La alta frecuencia de faringoamigdalitis aguda en el hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, la ansiedad que este cuadro le produce a las madres de los niños, las necesidades de establecer un manejo médico que cubra las expectativas de la familia de los niños, la importancia de las complicaciones y el manejo terapéutico a veces incorrecto de esta enfermedad, justifican nuestro estudio. Por lo antes citado nos hemos

planteado llevar a cabo una investigación sobre frecuencia y manejo terapéutico de la faringoamigdalitis agudas evaluadas en la consulta y la emergencia de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Diciembre- Enero 2012. El objetivo de este estudio es hacer una breve caracterización clínica de los niños evaluados en las consultas para determinar la frecuencia de faringoamigdalitis aguda y establecer el manejo terapéutico en pacientes con diagnósticos clínicos de faringoamigdalitis agudas y así mismo ofrecer datos que avalen sobre la situación actual del problema en Republica Dominicana, esperamos que los resultados obtenidos de esta investigación pueda aportar información que contribuyan al afianzamiento de los profesionales de la salud a través de la organización mundial de la salud y el hospital seleccionado en esta investigación, con el fin de recomendar medidas en la tomas de decisiones sobre el tema en estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal que se realizó con el fin de indagar la frecuencia y el manejo terapéutico de faringoamigdalitis aguda en niños menores de 15 años que fueron evaluados en la consulta y emergencia de pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

Área de estudio

El Hospital doctor Luis Eduardo Aybar, actualmente conocido con el nombre de Morgan fue fundado el 20 de abril del 1946 por el presidente Rafael Leónidas Trujillo Molina hoy el centro es popularmente conocido como el Morgan está ubicado en el sector María Auxiliadora Al Norte de la capital Dominicana, limitado Al Este Calle Albert Thomas, Al Oeste por la Calle Federico Bermudas, Al Norte por la Calle Osvaldo Bazil y Al Sur por la Calle Federico Velásquez por donde está la entrada principal.

Población

Está constituido por 881 pacientes que asistieron a la consulta y a la emergencia de pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Diciembre-enero 2012.

Criterios

De inclusión

1. Todos los pacientes evaluados en la consulta y emergencia de pediatría
2. Los pacientes con signos y síntomas de faringoamigdalitis aguda
3. No se discriminará sexo
4. Pacientes menores de 15 años

De exclusión

1. Pacientes mayores de 15 años
2. Pacientes sin signos y síntomas de faringoamigdalitis aguda

Instrumento de recolección de los datos

Se aplicó un cuestionario a los pacientes que asistieron a la consulta y a la emergencia de pediatría con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.

Procedimiento

Previa autorización del director del Hospital Dr. Luís

Eduardo Aybar nos dirigimos a la consulta y a la emergencia de pediatría y luego del consentimiento informado de los doctores, padres o tutores de cada niño, procedimos a llenar un formulario a aquellos niños que fueron diagnosticados con faringoamigdalitis aguda.

Tabulación

Luego de recogida la información se procede a organizar los formularios para realizar la tabulación mediante los programas Microsoft Word y Excel y se presentaron los resultados en forma literal, en cuadros y gráficos para su mejor interpretación.

Análisis

La información fue presentada en frecuencia simple. Las variables que sean susceptibles de comparación serán sometidas a la prueba del chi-cuadrado (X^2) y se consideró de significación estadística $p < 0.05$.

Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se contó con la autorización del director del hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, además del consentimiento informado de los doctores de la consulta y la emergencia y de los padres o tutores de cada niño y se respetó el derecho de confidencialidad de la identidad de esos niños.

RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de Faringoamigdalitis aguda evaluadas en la consulta y la emergencia de pediatría del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar. Diciembre-Enero 2012.

	Frecuencia	%
Faringoamigdalitis	219	25
Otros diagnósticos	662	75
Total	881	100

Fuente: Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar.

De un total de 881 niños evaluados en la consulta y emergencia de pediatría del Hospital Dr. Luís E. Aybar, 219 (25,0%) presentaron faringoamigdalitis aguda (Tabla 1).

Tabla 2. Frecuencia de faringoamigdalitis aguda evaluadas en la consulta y emergencia de pediatría según edad y sexo:

Edad (años)	Total	%	Sexo			
			Masc.	%	Fem.	%
< 1	14	6,4	10	7,25	4	4,94
1-4	99	45,2	58	42,03	41	50,62
5-9	65	29,7	41	29,71	24	29,63
10-14	41	18,7	29	21,01	12	14,81
Total	219	100,0	138	100	81	100

Fuente: Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar.

La edad más afectada es de 1-4 años con 99 casos para un 45,2 por ciento. El sexo más afectado es el masculino con 138 casos para un 63 por ciento.

Tabla 3. Frecuencia de faringoamigdalitis aguda evaluadas en la consulta y emergencia según residencia:

Residencia	Frecuencia	%
Distrito Nacional	172	78,5
Sto. Dgo. Norte	5	2,3
Sto. Dgo. Este	41	18,7
Sto. Dgo. Oeste	1	0,5
Total	219	100,0

Fuente: Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar.

De los 219 casos con faringoamigdalitis aguda evaluada en la consulta y emergencia de pediatría del Hospital Luís E. Aybar, el 78,5 por ciento de los casos se registraron en el Distrito Nacional, el 18,7 por ciento en Santo Domingo Este, seguido de Santo Domingo Norte con 2,3 por ciento y para el menor de los Santo Domingo Oeste con 0,5 por ciento.

Tabla 4. Frecuencia de faringoamigdalitis aguda evaluada en la consulta y emergencia de pediatría según las características clínicas:

Características clínicas	Frec.	%	Sexo			
			Masc.	%	Fem.	%
Fiebre	197	90.0	116	58,9	81	41,1
Cefalea	47	21.5	29	61,7	18	38,3
Náuseas	33	15.1	25	75,8	8	24,2
Vómitos	52	23.7	29	55,8	23	44,2
Dolor abdominal	20	9.1	12	60,0	8	40,0
Inflamación de faringe y las amígdalas	219	100.0	138	63,0	81	37,0
Exudado en parches	77	35.2	47	61,0	30	39,0
Linfadenopatía cervical anterior	15	6.8	10	66,7	5	33,3

Fuente: Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar.

En las características clínicas los síntomas más afectados fueron la inflamación de faringe y las amígdalas con 219 casos para un 100 por ciento seguido de la fiebre para 197 casos para un 89,95 por ciento.

Tabla 5. Determinar el manejo terapéutico de faringoamigdalitis aguda evaluada en la consulta y emergencia de pediatría del Hospital Luis E. Aybar según la edad.

Manejo terapéutico	Frec.	%	Edad			
			< 1	1-4	5-9	10-14
Acetaminofén	142	64,8	14	70	31	27
Diclofenac	31	14,2	1	9	11	10
Penicilina benzatínica 633	144	65,8	14	80	42	8
Penicilina benzatínica 1,2	41	18,7	-	2	13	26
Azitromicina	16	7,3	-	8	4	4
Amoxicilina + Acido clavulánico	19	8,7	1	11	5	2

Fuente: Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

Con relación al manejo terapéutico el más utilizado es la Penicilina benzatínica 633 con 144 para un 65,8 por ciento, seguido de acetaminofén con 142 para un 64,8 por ciento.

DISCUSIÓN

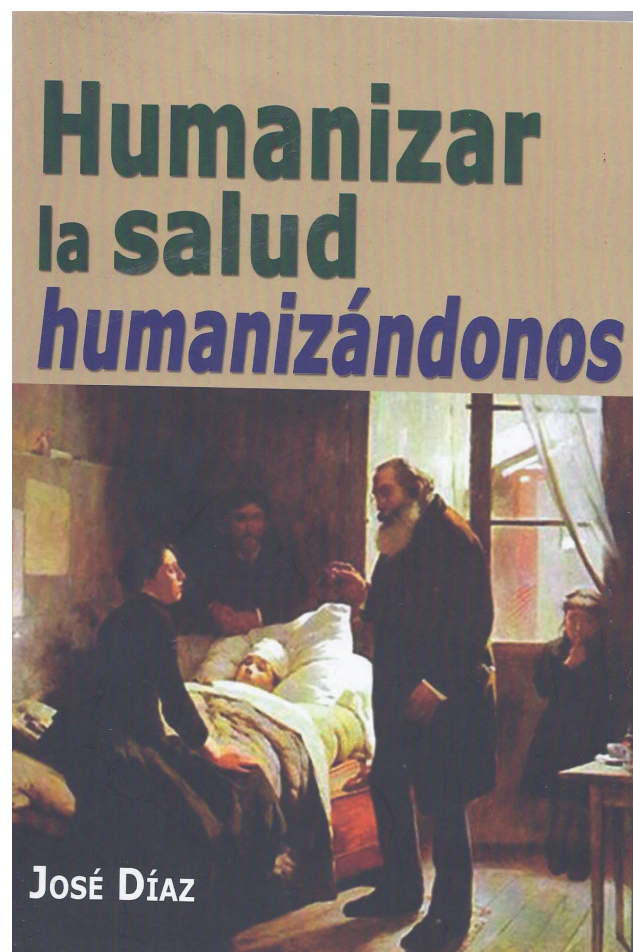
La presente investigación permitió conocer la frecuencia de faringoamigdalitis en el hospital Dr. Luis E. Aybar, que resultó ser de 25,0 por ciento. G. Rubinstein, B. Bavdaz, S. De Bunder, N. Blázquez, estudiaron la incidencia de faringitis por en un hospital Argentino reportando un 24,7 por ciento, por tanto prácticamente similar a la incidencia nuestra.

REFERENCIAS

1. Pol P, González E, Vargas Y, Méndez F, Polanco G. Frecuencia de amigdalitis aguda en una población rural. *Rev Med Dom.* 2002; 63 (1): 34-36.
2. Sangrador O, Fernández V, Baelo C, Bouza E, Galiana I. Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. *Anales de pediatría.* 2003; 59 (1): 31-40.
3. Muñoz S, Córdova M, Morales V, Cifuentes L, Faringitis aguda estreptocócica Empleo del estudio etiológico y de antimicrobianos en dos centros pediátricos universitarios. *Rev Chil Infetctol.* 2005; 22 (2): 147-153.
4. Maduren J, Gómez M, Bague M, Cots J, Carles Ll. diagnóstico clínico y terapéutico de la faringoamigdalitis estreptocócica. *Rev aten primaria.* 2008; 40(04): 40-215.
5. Fernández I, Padilla M, Julián A. infección de las vías respiratorias altas. En: Julián Jiménez A, editor. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias.* 2ª ed. Madrid: Nilo Gráficos; 2005. P. 627-636.
6. Pol P, González E, Vargas Y, Méndez F, Polanco G. Frecuencia de amigdalitis aguda en una población rural. *Rev Med Dom.* 2002; 63 (1): 34-36.
7. Agudelo, A. *et al.* *Manual de Pediatría Ambulatoria.* Editorial Médica Internacional. Primera edición. Bogotá, 2008.

8. Ania J. Atención especializada del instituto Catalán de la Salud III. 4ªed. España: MAD, S.L; 2005.
9. Baker C. Atlas de enfermedades infecciosas en pediatría. 1ª edición. Buenos aires, 2007.
10. Calcedo Y, Reyes M. faringoamigdalitis. En: Álvaro Garrido, editor. *Infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño.* 5ªed. Bogota: editorial médica panamericana; 2006:181-191
11. Del Pont Marco. Faringoamigdalitis en pediatría. *Conexión pediátrica.* 2008; 1(4): 1-5.
12. Fernández E, Hernández A, Marín M. *Manual de urgencia de pediatría.* Madrid. Ergon; 2011.
13. Fernández I, Padilla M, Julián A. infección de las vías respiratorias altas. En: Julián Jiménez A, editor. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias.* 2ª ed. Madrid: Nilo Gráficos; 2005: 627-636.
14. Fernández M, Valcarce C. Las 50 principales consultas en pediatría de atención primaria. Un abordaje practico basado en la evidencia. Madrid. Trigaphis S. L; 2008: 33-35.
15. Fernández M, de la Rosa F, Infecciones estreptocócica. En: Ruiz A, Guillen M, directores. *Tratado de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.* Madrid: medica panamericana; 2005:263-282.
16. Forbes B, Sahn D, Wessfeld A. *Diagnóstico microbiológico.* 12ªed. Buenos Aires: medica panamericana; 2009.
17. García G, Mosquera C. faringoamigdalitis. En: Álvaro Garrido, editor. *Guías de pediatría practica basadas en la evidencia.* 2ªed. Bogota: editorial médica panamericana; 2009:174-181.
18. García R, Ortega C, del Álamo P, Gil E. Faringitis. En: Carlos Suárez Nieto, coordinador. *Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.* 2ªed. Editorial médica panamericana; 2008: 2385-2399.
19. García C, Bhatal B, Poch J. patologías inflamatoria aguda de la faringe. En: J. Poch Broto, coordinador. *Otorrinolaringología y patología cervicofacial.* Madrid: medica panamericana; 2005:215-226.
20. Gómez L, Fernando G, Quevedo A. Amigdalofaringitis aguda por estreptococo Beta hemolítico A. Pautas de tratamiento en pediatría. 4ª ed. Colombia: universidad de Antioquia; 2008: 46-49.
21. González F, Juan M, Sánchez L. faringoamigdalitis aguda. En: Alfonso Delgado Rubio, coordinador. *Protocolos Diagnósticos terapéuticos de la asociación Española de Pediatría.* España: 2008:28-38.
22. Gutiérrez I, Domínguez A, Acevedo J. Principales problemas clínicos y su tratamiento basado en la evidencia. México: medica panamericana; 2007.
23. Muñoz S, Córdova M, Morales V, Cifuentes L, Faringitis aguda estreptocócica Empleo del estudio etiológico y de antimicrobianos en dos centros pediátricos universitarios. *Rev Chil Infetctol.* 2005; 22 (2): 147-153.
24. Maduren J, Gómez M, Bague M, Cots J, Carles Ll. Diagnóstico clínico y terapéutico de la faringoamigdalitis estreptocócica. *Rev aten primaria.* 2008; 40(04): 40-215.
25. Marcelo T. Atlas de enfermedades infecciosas en pediatría. Argentina. Editorial médica panamericana; 2009.
26. Moore Keith, Arthur F, Dalley II. Anatomía con

- orientación clínica. 5ªed. México: editorial médica panamericana; 2007:1099-1100.
27. Mosby. Diccionario de odontología. 2ª ed. España: Elsevier; 2009
 28. Pol P, González E, Vargas Y, Méndez F, Polanco G. Frecuencia de amigdalitis aguda en una población rural. Rev Med Dom. 2002; 63 (1): 34-36.
 29. Reyes M, Duque A, Leal F. neumología pediátrica: infección alergia y enfermedad respiratoria en el niño. 5ª ed. Bogotá: editorial médica panamericana; 2006.
 30. Rivas M. Manual de urgencias. 2ªed. Madrid: editorial médica panamericana; 2010:743.
 31. Rodríguez U, Mejía N. Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. 2ªed. Bogotá: editorial médica panamericana; 2009.
 32. Pérez D, Martín F, (2006). Faringoamigdalitis Aguda en Pediatría. Edika Med.
 33. Porter R, Kaplan J, Homeier B. Manual Merck de signos y síntomas del paciente: diagnóstico y tratamiento. México: medica panamericana; 2010.
 34. Swpan N, Sanjay R. Microbiología basada en la resolución de problemas. España: Elsevier; 2007
 35. Sangrador O, Fernández V, Baelo C, Bouza E, Galiana I. Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. Anales de pediatría. 2003; 59 (1): 31-40.





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

¿QUÉ ES?

Enfermedad diarreica producida por el vibrión colérico.

Atendiendo a los criterios empleados para clasificarlos, se distinguen dos variedades importantes; clásico y El Tor.

El cólera ha producido importantes pandemias (esto 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 síntomas 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" (grisácea, turbia, con restos de moco)

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

Indolora

Sin fiebre

Pueden aparecer vómitos

La pérdida de agua y electrolitos provoca:

Calambres musculares

Debilidad

Deshidratación

FACTORES DE RIESGO

Bebida de agua o toma 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 en las farmacias de los aeropuertos y otras) para la cantidad de agua que se vaya a tomar.

Alternativamente hervir.

Remojar 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.

PRONÓSTICO

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.

Melanie Bárbara Pérez Caballero, *Francina Toribio Blanco, **Jhalime Atie, Nicole Veras, ** Hilda Hilario. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, la muestra estuvo representada por 213 pacientes asistidos en la consulta de Ginecología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, de las cuales 3 pacientes correspondieron a miomatosis uterina, la técnica utilizada para el levantamiento de información fue a través del registro diario de atenciones médicas. Los resultados obtenidos en esta investigación sobre la frecuencia de Miomatosis Uterina que acudieron a consulta en este centro de salud, correspondió a 3 casos del total de pacientes lo que representa 1.4 por ciento; el 100 por ciento de las pacientes afectadas estuvieron comprendidas en el rango de edad 25- 45 años.

Palabras claves: Ginecología, Miomatosis Uterina, Frecuencia.

ABSTRACT

We performed a retrospective study of cross section; the sample was represented by 213 patients treated at Hospital Central de las Fuerzas Armadas of which 3 were uterine fibroids patients, the technique used for the collection of information was through the journal of medical care. The results obtained in this study on the frequency of uterine fibroids who attended the gynecologist office at this health center corresponded to the total of 3 patients representing 1.4 percent; 100 percent of the affected patients were within the age range 25 - 45 years.

Keywords: Gynecology, Uterine Fibroids, Frequency.

INTRODUCCIÓN

Los miomas son los tumores más frecuentes de todo el tracto genital femenino y, probablemente, el tumor más habitual en la mujer. Es un tumor de origen mesodérmico, derivado de fibras musculares lisas, histológicamente es un leiomioma, benigno, que se desarrolla en forma de nódulos, de consistencia firme, y que se puede ubicar en cualquier parte, pero lo hace principalmente a nivel del cuerpo uterino, pueden ser únicos o múltiples y de tamaño variable.

Según datos del National Health Interview Survey, de los Estados Unidos, los miomas uterinos ocupan la tercera posición de afecciones ginecológicas con aproximadamente 9,2 de cada 1.000 mujeres afectadas. Las patologías más comunes corresponden a las enfermedades de los anexos (trompas y ovarios) y las alteraciones menstruales.

A los mismos les corresponde el 95% de las neoplasias ginecológicas. Es la neoplasia uterina más frecuente. Son la primera causa de cirugía ginecológica. La edad de máxima incidencia es entre los 35 y 54 años (supone 88% de los casos). Suelen ser múltiples en la mayoría de las ocasiones.

Se desconoce la etiopatogenia de los miomas, aunque se acepta que tanto los estrógenos como la progesterona aumentan el tamaño de los miomas al aparecer en la edad fértil, presentar crecimiento en el embarazo e involucionar tras la menopausia.

Según su localización los miomas se clasifican en:

Miomas intramurales: Son los más frecuentes (55%) y proliferan en la porción central del miometrio. **Miomas subserosos:** (40%) situados bajo el peritoneo visceral uterino. Pueden alcanzar gran tamaño, siendo por su localización poco sintomáticos.

Miomas submucosos: (5-10%) Hacen protrusión en la cavidad uterina, por lo que son los más sintomáticos. Pueden ser pediculados y prolapsarse a través del orificio cervical (mioma parido).

Para el diagnóstico de miomas se requiere; Historia clínica y exploración física, la sintomatología orienta y, por tacto bimanual, se detecta tamaño, forma y consistencia. Se palpan mejor los miomas subserosos; La ecografía, es el método más útil, ya que es posible determinar tamaño, localización y muchas de sus complicaciones. Se puede completar el estudio con resonancia, sobre todo si se planea utilizar la embolización como tratamiento; Histeroscopia, sirve para el diagnóstico y el tratamiento de los miomas submucosos.

El propósito de esta investigación es determinar Frecuencia de diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes que acudieron a la consulta de ginecología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas y poder realizar un diagnóstico diferencial de embarazo inicial, masas anexiales y adenomiosis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, con el objetivo determinar la Frecuencia de diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes que acudieron a la consulta de ginecología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, durante el mes de agosto 2012. El Hospital Central de las Fuerzas Armadas está ubicado en la calle Heriberto Pieter #1, Esq. Ortega & Gasset; Santo Domingo, República Dominicana.

Población y muestra.

Este universo fueron todas las pacientes que asistieron al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital Central

* Médico pasante.

** Médico general.

*** Médico Gineco-obstetra.

de las Fuerzas Armadas en el mes de agosto del año 2012, nuestra muestra fue de 213 pacientes, que eran aquellas que asistieron a la consulta de ginecología.

Criterios de inclusión.

Se tomaron en cuenta como criterios de inclusión aquellas pacientes que fueron atendidas en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en la consulta de ginecología.

Criterios de exclusión.

Igualmente se excluyeron aquellas pacientes cuyo motivo de consulta era obstétrico.

Instrumento de recolección de la información. La misma fue recolectada del registro diario de atenciones médicas.

Procesamiento y análisis.

El procesamiento de los datos se ha efectuado de forma manual (método de palotes), utilizando como recurso de apoyo Microsoft Word y Microsoft Excel 2007.

Principios éticos.

Los datos recopilados y expuestos en la presente investigación, obtenidos de los expedientes clínicos son y serán utilizados solo para fines de estudio y no serán reproducidos para otros fines sin previa autorización de los implicados, en atención a los principios éticos de No maleficencia y confidencialidad.

RESULTADOS

Después de recolectar los datos del protocolo de estudio de investigación de las pacientes que acudieron a la consulta de ginecología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas; Santo Domingo, República Dominicana; durante el mes de agosto 2012. Se encontró una distribución del total de pacientes consultados en el periodo seleccionado igual a 213 pacientes que es el universo a estudiar, de los cuales 3 se diagnosticaron con miomatosis uterina, siendo estos la muestra.

Distribución por motivos de consulta de las pacientes estudiadas

Motivo de Consulta	Cant.	%
Citología exfoliativa	59	27.6
Vaginitis	53	24.6
Consulta General	26	12.2
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	23	10.7
Miomatosis Uterina	12	5.63
Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC I y II)	11	5.16
Ovarios Poliquísticos	9	4.22
Disuria	7	3.2
Hiperplasia Endometrial	6	2.8
Displasia fibroquísticas de las mamas	4	1.87
Mastitis	3	1.4
Total	213	100,0

Distribución por edades en pacientes diagnosticadas de miomatosis uterina en la consulta

Edad	Número de casos	%
25 –29	2	16.6
30 – 34	5	41.6
35 –39	3	25
40 -44	2	16.6
Total	12	100

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos son tumores benignos del miometrio, con alta incidencia en la mujer en edad reproductiva. Su etiología no es completamente entendida. La sospecha clínica puede ser confirmada por sonografía, agregando la imagen por resonancia magnética para una mayor precisión de la localización del tumor dentro del miometrio antes de la intervención.

La confirmación histológica a partir del diagnóstico clínico no es necesaria debido a que su mayor parte son asintomáticas y usualmente se les puede dar seguimiento sin ninguna intervención.

Se investigaron 213 expedientes médicos de pacientes consultados en ginecología; de las cuales se notificaron un total de 12 miomatosis uterina para una prevalencia de 5.63 por ciento presentaron miomas en el útero.

En cuanto a la edad, encontramos que el 100 por ciento de las pacientes pertenecen al rango 25 -45 años; comprendía la mayor frecuencia entre los 30 -35 años de edad con 41.6 %.

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos constituyen el tumor pélvico más común en las mujeres, con un bajo grado de transformación maligna. Su origen es mesodérmico, predominantemente de las células del musculo liso del útero y en algunos casos de células del musculo liso de los vasos uterinos. Como fue expuesto, la edad principal de pacientes con miomatosis uterina oscila entre los 30-35 años (41.6%), siendo la primera causa de histerectomía en mujeres sanas. Los síntomas más frecuentes vistos en las pacientes que asistieron a la consulta, resalta la hipermenorrea como síntoma común, acompañado de dolor pélvico, estreñimiento, dispareunia, abortos a repetición y distención abdominal. El crecimiento de dichos tumores, se relaciona con la exposición de la paciente a estrógenos circulantes, aumentando en mujeres de edad reproductiva y disminuyendo en la menopausia, a no ser que sea contrarrestada con el uso de terapia hormonal sustitutiva. El diagnóstico es eminentemente clínico, auxiliándose de exámenes como ultrasonografías e histerosalpingografía. Los más frecuentes son los intramurales, siendo los subserosos los que más sangren y más síntomas clínicos presenten.

En cuanto a su tratamiento, depende del tamaño y la localización de los miomas, así como también de la severidad de los síntomas, se opta por miomectomía o histerectomía total.

Se revisaron 213 expedientes de pacientes que asistieron a la consulta en el mes de agosto 2012, de los cuales 12 fue el número de pacientes vistas con diagnóstico de miomatosis uterina, para un 5.35% de las consultas de ese mes, lo cual coincide con porcentajes reportados en diferentes textos de gineco-obstetricia que la sitúan entre un 0.3 a 7.2% (3).

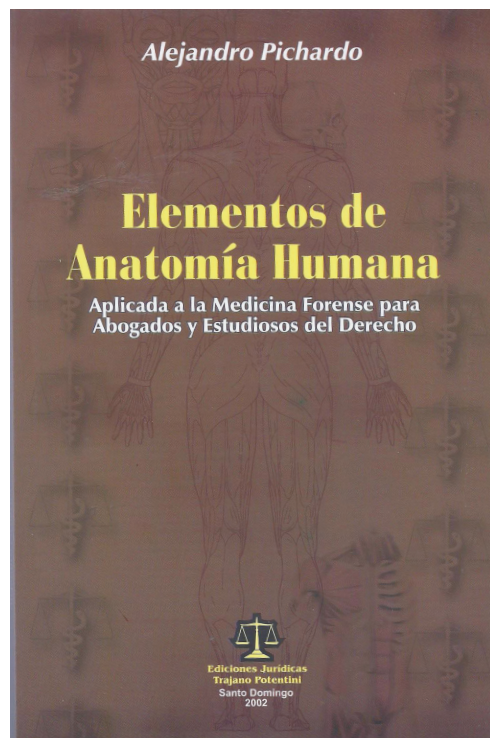
Según los datos encontrados las edades predominantes para la aparición de miomas uterinos oscila entre los 30-35 años con un 41.6% de las pacientes vistas. Con esto podemos ver la frecuencia de estos tumores en pacientes en edad reproductiva, siendo el menor porcentaje en la edades de 40-45 años con un 16.6% de las pacientes vistas.

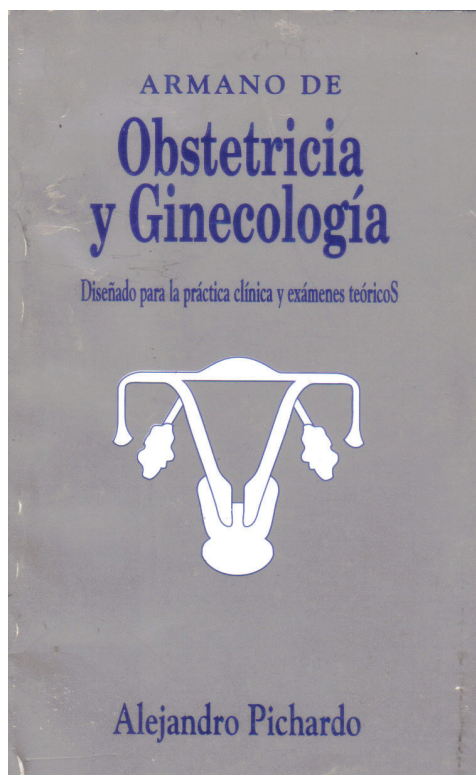
Por otra parte, se recomienda a toda mujer de edad fértil y que oscile entre los 30-35 años a someterse a chequeos ginecológicos de rutina, ya que este tumor tiende a ser más frecuentes en estas edades y en la mayoría de los casos suele ser asintomático.

Un diagnóstico a tiempo hace la diferencia entre un buen y mal pronóstico para cualquier paciente.

REFERENCIAS

1. González- Merlo J, González Bosquet E: Ginecología. 8va edición, Mason. Barcelona, 2006.
2. Usandizaga JA, De la Fuente P: Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2da edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2004.
3. Singhabhandhu B, Akin JT, Ridly JH. Giant leiomyoma of the uterus. *Am Surg.* 1973;39:391-7
4. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet* 2001; 357-389.
5. Edward E. Wallach, MD, and Nikos F. Vlahos, MD. Uterine myomas: An overview of development, clinical features, and management. *Obstetrics Gynecology* 2004; 104 (2): 393-404.
6. Stanley J. Robboy, Rex C. Bentley, Kelly Butnor, Malcolm C. Pathology and pathophysiology of uterine smooth-muscle tumors. *Environmental Health Perspectives Supplements* 2000;108 (S5).
7. Cohen DT, Oliva E, Hahn PF, Fuller AF Jr, Lee SI. Uterine Smooth-muscle tumors with unusual growth patterns: Imaging with pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 2007; 188(1): 246-255.
8. Katz VL. Benign gynecologic lesions: Vulva, vagina, cervix, uterus, oviduct, ovary. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007:chap 18.
9. Peddada SD, Laughlin SK, Miner K, et al. Growth of uterine leiomyomata among premenopausal black and white women. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2008 Dec 16;105(50):19887-92. Epub 2008 Dec 1.
10. Van Voorhis B. A 41-year-old woman with menorrhagia, anemia, and fibroids: review of treatment of uterine fibroids. *JAMA.* 2009;30:82-93.
11. Viswanathan M, Hartmann K, et al. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. *Evid Rep Technol Assess.* 2007;154:1-122





PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HIPERTENSOS CRÓNICO QUE ACUDEN A CONSULTA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA JUANA VICENTA, SAMANÁ.

José M. Rodríguez Quezada,* Lubriela De Jesús José,* Cándido Guzmán Rodríguez,* Sarina Dotel González*, Liceluz Valera.**

RESUMEN

El presente trabajo consiste en un análisis descriptivo de carácter prospectivo, que se desarrolló entre los pobladores del sector Juana Vicenta, Samaná. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario tipo entrevista, y toma de los niveles tensionales, en el mes de Abril 2012. La muestra fue seleccionada de forma intencional, representada por 18 pacientes hipertensos crónicos que poseían el seguro nacional de salud. La mayor cantidad de pacientes de sexo masculino afectado estuvo comprendido entre los rangos de 51-60 años (22.22%); mientras que el sexo femenino fueron mayores de 60 años (27.72%). El (85.71%) no presentaron otros antecedentes patológicos. El 50 por ciento de los pacientes no tenían hábitos tóxicos. El (55.55%) de los pacientes usaban más de un medicamento antihipertensivo, para el manejo de los niveles tensionales. El (71.42%) no había presentado sintomatología desde el diagnóstico de hipertensión.

Palabra claves: Hipertensión, hipertenso crónico, antihipertensivo.

ABSTRACT

The present work consists of a descriptive analysis that has been developed between people in the settlers Juana vicenta sector, Samaná. Data were obtained through a standardized questionnaire interview and takes pressure levels in the month of April 2012. The sample was selected internationally, represented by 18 hypertensive patients who had chronic national health insurance. Most affected male patients were between the ranges of 51-60 years (22.22 percent); while female were older than 60 years (27.72 percent). The (85.71 percent) said they did not have other medical history. The 50 percent of patients used more of an antihypertensive drug for management of pressure levels. The (71.42 percent) had not report symptoms from the diagnosis of hypertension.

Key words: hypertension, chronic hypertension, antihypertensive.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante en los países desarrollados. Es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones letales si no recibe tratamiento.

Se ha definido hipertensión arterial como una enfermedad común, a menudo asintomática, caracterizada por un aumento

de los niveles tensionales que excede persistentemente los 140-90 mmHg. La hipertensión esencial, es tipo más frecuente, no tiene causas conocidas, pero el riesgo para padecerla aumenta con la obesidad, con la concentración elevada de sodio en plasma, con la hipercolesterinemia y con una historia familiar de hipertensión. No existe un umbral rígido establecido de tensión arterial por encima del cual el individuo este expuesto a sufrir las complicaciones. En la mayoría de los casos la hipertensión se mantiene a niveles moderados y estables por años.

La prevalencia de la hipertensión depende tanto de la composición racial de la población estudiada como de los criterios empleados para definir el proceso. La prevalencia en las mujeres se relaciona estrechamente con la edad y aumenta considerablemente a partir de los 50 años. Probablemente, este incremento depende de los cambios hormonales de la menopausia. Así pues, la relación de la hipertensión entre el sexo femenino y masculino pasa de 0.6 a 0.7 a los 30 años a 1:1 a los 65.

En un estudio realizado por los doctores Polanco J, et al. Control de la presión arterial en pacientes diagnosticados con hipertensión en la comunidad rural de Senador. Octubre 2010. En el que se llegó a la conclusión que el 70 por ciento de pacientes correspondió al sexo femenino. El 87 por ciento de los pacientes tenían un hábito tóxico. La gran mayoría de los pacientes presentaban hipertensión en estadio I. El 54 por ciento no tuvieron antecedentes mórbidos conocidos. El principal antecedente fue la diabetes Mellitus con 21 por ciento.

En el estudio hipertensión arterial en pacientes diabéticos. Hospital Luis Morillo King. Agosto- Noviembre 2010. Por los doctores: Rosario D, et al. Llegaron a la conclusión que de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, el 46 por ciento presento hipertensión grave.

Otro estudio realizado fue Incidencia de hipertensión arterial en el Hospital San Bartolomé de Neyba, 2010. Por los doctores: Jiménez Y, et al. La edad más afectada fue de 50- 59 años con 35,7 por ciento. Entre los signos y síntomas más presentado por los pacientes estaba la cefalea, el 59.6 por ciento.

El paciente hipertenso no tratado corre un gran riesgo de insuficiencia ventricular izquierda incapacitante o mortal, infarto de miocardio, hemorragia o infarto cerebral o insuficiencia renal, de forma precoz. El control médico eficaz de la hipertensión arterial evitara o detendrá muchas complicaciones y prolongara la vida del paciente. Por la cual hemos realizado dicha investigación, para el conocimiento

*Médico general.

**Asesor.

de las características relacionada con los pacientes y el cumplimiento por estos de las medidas terapéuticas, el comportamiento de los niveles tensionales de estos paciente, los grupos de edades más afectado en cada sexo, así como los síntomas relacionado con el padecimiento después de su diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Universo y muestra

La población estuvo constituida por 768 pacientes que acudieron a consulta en el mes de abril. De los cuales se escogió una muestra de 18 pacientes hipertenso crónico, con seguro nacional de salud, que acudían con frecuencia a la unidad de atención primaria.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario tipo entrevista inspirado por los sustentante, así como la toma de los niveles tensionales. El cuestionario conteníadatos relacionados con el trastorno hipertensivo, además datos sociodemográficos (edad, sexo, hábitos tóxicos, etc.). El cuestionario fué elaborado en formato 8½ por 11.

Procedimiento:

Una vez evaluada la viabilidad del formulario de recolección de las informaciones y la facilidad de la obtención de las mismas, se procedió a la búsqueda de las informaciones mediante el llenado de formulario y toma de los niveles tensionales en la consulta.

Tabulación y análisis

Los datos se presentaron en frecuencia simple y cruzados, para lo cual se emplearon los programas Microsoft Word y Microsoft Excel.

RESULTADOS

Tabla I. Distribución de la población hipertensa crónica según sexo y edad, en pacientes hipertensos crónicos que acuden a consulta en la unidad de atención primaria Juana Vicenta, Samaná. Abril 2012.

Edad (años)	Masculino		Femenino	
	Cantidad	%	Cantidad	%
<20	-	-	-	-
21- 29	-	-	-	-
31- 39	-	-	-	-
41- 49	1	5.55	3	16.66
51- 59	4	22.22	3	16.66
>60	2	11	5	27.72
Total	7	38.7	11	61.09

Fuente: cuestionario tipo entrevista de recolección de datos y toma de los niveles tensionales.

Tabla II. Distribución de los pacientes hipertensos crónicos según sus antecedentes personales patológicos, en pacientes que acuden a consulta en la unidad de atención primaria Juana Vicenta, Samaná. Abril 2012.

Patología	Cantidad	%
Diabetes mellitus	1	5.55
Insuficiencia cardiaca	-	-
Hipercolesterinemia	1	5.55
Sin otra patología conocida	16	88.88
Total	18	100

Fuente: cuestionario tipo entrevista de recolección de datos y toma de los niveles tensionales.

Tabla III. Distribución de los hábitos tóxicos, en pacientes hipertensos crónicos que acuden a consulta en la unidad de atención primaria Juana Vicenta, Samaná, República Dominicana. Abril 2012.

Hábitos	Cantidad	%
Café	3	16.7
Alcohol	-	-
Te	4	22.2
Tabaco	2	11,0
Ningunos	9	50,0
Total	18	100,0

Fuente: cuestionario tipo entrevista de recolección de datos y toma de los niveles tensionales.

Tabla IV. Distribución de los pacientes hipertensos crónicos, según el uso de uno o más fármaco para el control de la hipertensión, en la unidad de atención primaria Juana Vicenta, Samaná, República Dominicana. Abril 2012.

Terapia	Cant. de pacientes	%
Monoterapia	8	44.4
Terapia antihipertensiva multifarmaco	10	55.6
Total	18	100,0

Fuente: cuestionario tipo entrevista de recolección de datos y toma de los niveles tensionales.

Tabla V. Distribución de pacientes según la presencia de algunos síntomas después del diagnóstico de hipertensión, en la consulta de unidad de atención primaria Juana Vicenta, Samaná, República Dominicana. Abril 2012.

Padecimiento	Frecuencia	%
Cefalea	3	16.7
Trastornos Visuales	-	-
Vértigo	1	5.6
Ningunos	14	77.8
Total	18	100,0

Fuente: cuestionario tipo entrevista de recolección de datos y toma de los niveles tensionales.

Tabla VI. Distribución de los pacientes según los niveles tensionales en el momento que se entrevistaban, en consulta de atención primaria Juana Vicenta, Samaná, República Dominicana. Abril 2012.

Niveles de tensión arterial	Cant. de pacientes	%
Sistólica <120/ Diastólica <80mmhg	3	16.6
Sistólica 120-139/ Diastólica 80-89mmhg	11	61.1
Sistólica 140-159/ Diastólica 90-99mmhg	3	16.6
sistólica >160/ Diastólica >100mmhg	1	5.6
Total	18	100,0

Fuente: cuestionario tipo entrevista de recolección de datos y toma de los niveles tensionales.

DISCUSIÓN

El rango de edad más afectado en el sexo masculino estuvo entre 51-60 años, con 4 casos (22.22%); mientras para las femeninas el mayor número de caso se registró en la población >60 años con 5 casos (27.72 %). Según Hauser K *et al*, la prevalencia en las mujeres se relaciona estrechamente con la edad y aumenta considerablemente a partir de los 50 años.

En su mayoría los paciente no tenían otros antecedentes mórbidos conocidos, representando 16 casos (88.88 %). Estos resultados coinciden con lo expuesto por Polanco J, et al. Control de la presión arterial en pacientes diagnosticados con hipertensión en la comunidad rural de Senador. Octubre 2010. En el que 54 por ciento de los pacientes no tuvieron antecedentes mórbidos conocidos.

Un total de 14 personas (71.42%), no presentó ningún síntoma relacionado con el diagnóstico de hipertensión; mientras que 3 pacientes presentaron cefalea (21.42%). Lo cual es compartido por Gómez E. *et al*, En la investigación incidencia de hipertensión arterial en mayores de 30 años asistidos en una clínica de atención primaria. El padecimiento que más frecuentemente se presentó en la consulta fue la cefalea con 31 casos (16.66 %).

En la toma de los niveles de tensión arterial, la mayor parte de los pacientes manejaron niveles sistólicos comprendidos entre 120-139 mmhg y a la vez niveles diastólicos de 80-89mmhg, representando 11 casos (61.11 %). El menor número de caso estuvo representado por los niveles Sistólica >160 / Diastólica >100mmhg, con el total de 1 caso (5.55 %) en el momento de la entrevista. Estos resultados difieren de los presentados por Polanco J, Rincón J, García A, et al. Control de la presión arterial en pacientes diagnosticados con hipertensión en la comunidad rural de Sonador. Octubre 2010. Estos expusieron que los niveles de tensión arterial estuvieron altos en pacientes mayores de 60 años (70 %); el resto pacientes (30 %), estuvieron entre los grado de

prehipertenso, hipertensión grado I, II.

En los antecedentes familiares patológico, 15 pacientes (83.33 %) afirmaron tener un familiar hipertenso, y 3 pacientes (16.66%) desconocían sus antecedentes familiares. Esto coincide con el estudio, *prevalencia de hipertensión sistémica y factores asociados realizado por Ovalles F. et al*, establecieron que más del 50 por ciento de los pacientes tenían un familiar de primer grado afectado.

Un total de 10 (55.55 %) pacientes investigados tenía terapia antihipertensiva multifarmacológica, solo 8 (44.44 %) usaban terapia monofarmacológica.

La Joint National Committee, expuso que en la valoración y tratamiento inicial de Hipertensión, se recomienda como fármaco de primera elección los diuréticos, bloqueadores beta, un antagonista de los canales de calcio, o un antagonista de la enzima convertidora de angiotensina. La selección del fármaco va a depender de diversos factores.

El total de los pacientes recibieron orientaciones para realización de ejercicios físicos, pero solo 38 por ciento de los pacientes realizaban ejercicios físicos de esparcimiento, esto coincide con el trabajo realizado por Cabral M. et al. Intervención de enfermería en pacientes con hipertensión arterial de 40-60 años que acuden a consulta de medicina interna. En la cual menos de la mitad (50%) de los pacientes realizaban ejercicio de esparcimiento, para un mejor control de los niveles tensionales.

REFERENCIAS

1. Houser K, Longo, Fauci J, Longo B. Principio de Medicina Interna. 16va edición, electrónico, p. 8006.
2. Álvarez, J. Diccionario Mosby. 5ta ed. España, editora Harcourt. Edición Electrónica. Ramzi S, Vinay Kumar, Trucker C, et al. Patología Estructural y funcional, Robbins. 6ta ed. Mc Granw. P 536
3. Polanco J, Rincón J, García A, et al. Control de la presión arterial en pacientes diagnosticados con hipertensión en la comunidad rural de Sonador. Octubre 2010. Rev. Medica Santo Domingo, 2011. vol. 1- P.158-161.
4. Rosario D, Castillo J, Encarnación S, et al. Hipertensión arterial en pacientes diabéticos. Hospital Luis Morillo King. Agosto- Noviembre 2010. Rev. Medica Santo Domingo, 2011. vol. 1, P.155-157.
5. Gómez E, Beltré Y, Zapata N, et al. Incidencia de hipertensión arterial en mayores de 30 años asistidos en una clínica de atención primaria 2010. Rev. Dominicana vol.20: 45-46.
6. Ovalles F, Rosado J, Luna M. Prevalencia de hipertensión sistémica y factores asociados en pacientes de 15-24 años que asistieron a la consulta general del hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. 15 noviembre-15 diciembre 2010. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2010.
7. Álvarez Medizabal J. Manual Merck. Novena edición. Madrid. Ediciones Harcourt. 1992: 463.

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



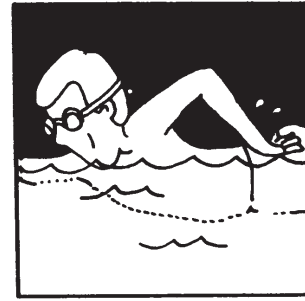
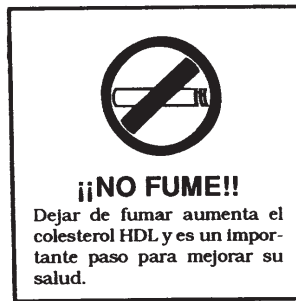
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN NIÑOS (AS) MENORES DE 10 AÑOS EN EL CENTRO DE PRIMER NIVEL MARCELINA PEÑA EL RAMÓN, SAN CRISTÓBAL.

Yócelin L. Alcántara Nivar, Vilma M. Távarez Martínez,* América Migdalia González,* Ana Digna Ortiz Fernández,* Rafael Leopoldo Shepherd.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar los principales motivos de consulta en niños (as) menores de 10 años en el Centro de Primer Nivel Marcelina Peña el Ramón, San Cristóbal, Septiembre – Octubre 2012. El universo Estuvo fue 541 pacientes que asistieron a la consulta general del Centro de Primer Nivel Marcelina Peña, Septiembre – Octubre 2012. La población fue 168 pacientes menores de 10 años que fueron atendidos en el lugar y tiempo de estudio. La técnica de recolección de datos fue el cuestionario. El motivo de consulta más frecuente fue infecciones respiratorias altas (IRA) con 96 casos para un 57.1 por ciento; donde el sexo masculino obtuvo la mayoría de los casos (62.5%) dejando en segundo lugar las dermatosis con 18 casos (10.7%) y en tercer lugar las parasitosis con 12 casos (7.1 %).

Palabras claves: motivo de consulta, IRA, dermatosis, Parasitosis

ABSTRACT

A retrospective and cross-cutting study was performed in order to determine the main consultation reasons for children less than 10 years at the Centro de Primer Nivel Marcelina Ramón Peña, San Cristobal, September - October 2012. The universe was 541 patients attending the general consultation at the Centro de Primer Nivel Marcelina Ramón Peña, September-October 2012. The population was 168 patients younger than 10 years who were treated at the scene and study time. The technique of data collection was the questionnaire. The most frequent reason for consultation was upper respiratory infections (ARI) with 96 cases for 57.1 percent, where males obtain the majority of cases (62.5 percent) leaving second dermatoses with 18 cases (10.7 percent) and thirdly parasitosis with 12 cases (7.1 percent).

Keywords: consultation reasons, ARI, dermatoses, Parasitosis

INTRODUCCIÓN

La Republica Dominicana cuenta con una población de 9, 378,818, según los datos preliminares del noveno censo nacional población y vivienda y el 34 por ciento de esta población son menores de 14 años. Las principales enfermedades que afectan a la población pediátrica en nuestro país están representadas por una serie de enfermedades oportunistas, las cuales juegan un papel de trascendencia en la

morbimortalidad de esta población.

Arlyn Espinosa Díaz, Tomás Ventura Martínez, Angelina Trinidad De León, Bernardo Hilario. Juana Arias realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el propósito de determinar los principales motivos de consulta en niños menores de 6 años que asistieron a las clínicas rurales de las comunidades de Copey de Guayabín, Bohío Viejo y Carbonera, de la provincia de Montecristi, República Dominicana, durante el periodo enero-diciembre del año 2001. Dentro de los principales motivos de consulta se encuentra: procesos virales (49%) amigdalitis (16%), enfermedad diarreica aguda EDA (10.5%), dermatosis (7.4%), parasitosis (5.4%) El sexo más afectado fue el femenino. La edad más afectada fue la de dos años. Las condiciones socioeconómicas y ambientales son las causas de que estas enfermedades oportunistas hagan blanco en la población infantil de estas comunidades.

Josefina Rodríguez Peña, Caria Núñez Vargas, Solcires Beltré, Aimee Cecilia Suero Moquete, Blanca Tolari Mañón estudiaron por su parte las principales causas de consultas en menores de 5 años en el dispensario médico la Guayiga en el Municipio santo Domingo Oeste durante enero del año 2002. De 148 casos atendidos, el sexo masculino correspondió a 80 casos (54%). El motivo de consulta más frecuente fueron las infecciones respiratorias agudas (IRA) con 55 casos (37%). La mayoría de los casos fueron en el grupo de 2 -11 meses de edad con 56 casos (38%). La IRA y la EDA persistente como importantes motivos de consulta y se asocian a una alta prevalencia.

Las principales enfermedades que afectan a la población pediátrica en República Dominicana están representadas por una serie de enfermedades oportunistas, las cuales juegan un papel de trascendencia en la morbimortalidad de esta población, por tal motivo es de suma importancia conocer las condiciones de salud de dicho núcleo poblacional Partiendo de que conocer las principales causas que convierten a los niños en nuestros pacientes y La atención oportuna y eficaz de las enfermedades (como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas) con una alta prevalencia en los niños permite evitar defunciones especialmente en menores de 5 años nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los principales motivos de consulta en niño(a)s menores de 10 años atendidos en el centro de primer nivel Marcelina Peña, EL Ramón, San Cristóbal, Septiembre- Octubre 2012?

* Médico general

** Pediatra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se trató de un estudio Descriptivo, Retrospectivo, y de Corte Transversal. Con el objetivo de determinar los principales motivos de consulta en niños(as) menores de 10 años atendidos en el centro de primer nivel Marcelina Peña, El Ramón, San Cristóbal, Septiembre-Octubre 2012. Demarcación Geográfica: El Centro de Primer Nivel Marcelina Peña está ubicado en la carretera Jamey, Distrito Municipal Hato Damas de la provincia de San Cristóbal, República Dominicana. Tiempo de Realización: El período de tiempo en el cual se desarrolló este estudio fue Septiembre – Octubre 2012. Universo: Estuvo constituido por 541 pacientes que asistieron a la consulta general del Centro de Primer Nivel Marcelina Peña el Ramón, San Cristóbal, Octubre-Septiembre 2012. Población/Muestra: Estuvo conformada 168 pacientes menores de 10 años que fueron atendidos en el centro durante el tiempo de estudio. Criterios de inclusión: Todo paciente menor de 10 años que asistió al centro y tiempo de estudio. Criterios de exclusión: Todo paciente mayor de 10 años que asistió a la consulta general del CPN Marcelina Peña, Octubre- Septiembre 2012. Unidad de análisis: Correspondió a 168pacientes menores de 10 años atendidos en el centro y el tiempo de estudio. Variables en estudio: motivo de consulta, sexo, edad. Métodos, técnicas y procedimientos: Se solicitó a las autoridades del Centro de Primer Nivel Marcelina Peña de manera escrita su autorización para acceder a los archivos del centro. Se procedió junto con la secretaria a la búsqueda y obtención de los registros de consulta correspondientes a Septiembre y Octubre del 2012. Luego de obtener los registros se procedió a seleccionar la unidad de análisis basada en los criterios de inclusión. Una vez obtenidos los pacientes el

equipo de trabajo procedió a llenar el cuestionario. Tras la finalización del llenado del cuestionario de investigación, se procedió a analizar los datos, registrarlos, tabularlos y graficarlos mediante el uso de dos programas simultáneamente (Microsoft Word y Microsoft Excel 2010). Aspectos Éticos: Las informaciones obtenidas fueron exclusivamente utilizadas para la realización de esta investigación tomando en cuenta la confidencialidad, el respeto y la moral, dándole un carácter de uso científico, durante y después.

RESULTADOS

Cuadro 1. Principales Motivos de consulta en niños (as) menores de 10 años en el centro de Primer Nivel Marcelina Peña El Ramón, San Cristóbal, Rep. Dom.

Septiembre- Octubre 2012		
Motivo de consulta	No. Casos	Porcentaje
Conjuntivitis	5	2.9
IRA (infección respiratoria alta)	96	57.1
Dermatosis	18	10.7
Parasitosis	12	7.1
Reacción Alérgica	7	4.2
Otras	30	17.8
Total	168	100,0

Fuente: Registro de consulta de Septiembre - Octubre 2012 CPN Marcelina Peña

Cuadro 2. Principales Motivos de consulta en niños menores de 10 años, según relación motivo de consulta con sexo, en el centro de Primer Nivel Marcelina Peña El Ramón, San Cristóbal, Rep. Dom. Septiembre – Octubre 2012.

Motivo de Consulta	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Conjuntivitis	1	20	4	60	5	2.9
IRA (infección respiratoria alta)	36	37.5	60	62.5	96	57.1
Dermatosis	15	83.3	3	16.6	18	10.7
Parasitosis	7	58.3	5	41.6	12	7.1
Reacción Alérgica	4	51.1	3	42.8	7	4.2
Otras	11	36.6	19	63.3	30	17.8
Total	74	44	94	55.9	168	100,0

Fuente: Registro de consulta de Septiembre - Octubre 2012 CPN Marcelina Peña

DISCUSIÓN

El motivo de consulta más frecuente fue infecciones respiratorias altas (IRA) con 96 casos para un 57.1 por ciento; que fue más frecuente en el sexo masculino con 60 casos para un 62.5 por ciento. Datos que concuerda con el estudio realizado por Arlyn Espinosa Díaz, Tomás Ventura Martínez, Angelina Trinidad De León, Bernardo Hilario. Juana Arias con el propósito de determinar los principales motivos de consulta en niños menores de 6 años que asistieron a las clínicas rurales de las comunidades de Copey de Guayabín, Bohío Viejo y Carbonera, de la provincia de Montecristi, República Dominicana, durante el periodo enero-diciembre del año 2001, donde el principal motivo de consulta se encuentra: procesos virales con un 49 por ciento; así mismo con los datos

obtenidos por Josefina Rodríguez Peña, Caria Núñez Vargas, Solcires Beltré, Aimee Cecilia Suero Moquete, Blanca Tolari Mañón en su trabajo de las principales causas de consultas en menores de 5 años en el dispensario médico la Guayiga en el Municipio santo Domingo Oeste durante enero del año 2002 donde de 148 casos atendidos, el motivo de consulta más frecuente fueron las infecciones respiratorias agudas (IRA) con 55 casos (37%).

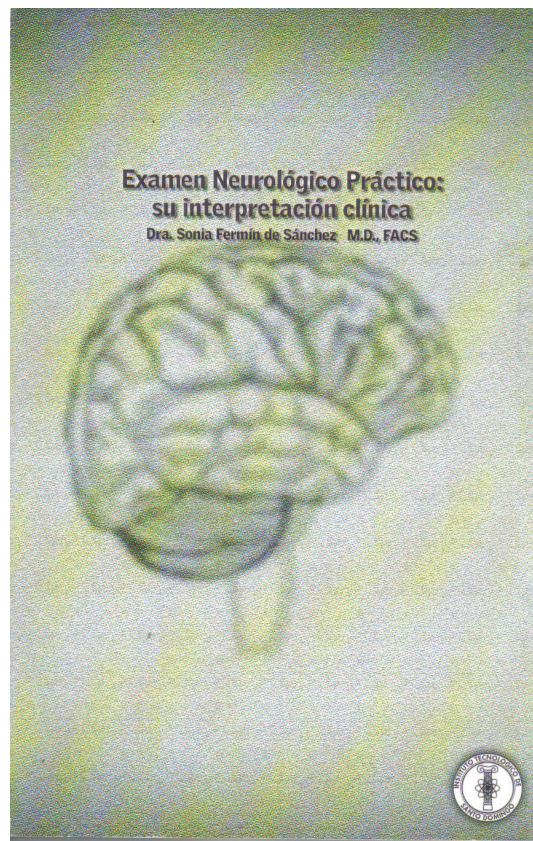
El sexo masculino fue el más afectado con 94 casos que representan un 55.9 por ciento al igual que en el estudio de Josefina Rodríguez Peña, Caria Núñez Vargas, Solcires Beltré, Aimee Cecilia Suero Moquete y Blanca Tolari Mañón donde el sexo masculino correspondió a 80 casos (54%) a diferencia del estudio realizado por Arlyn Espinosa Díaz, Tomás Ventura

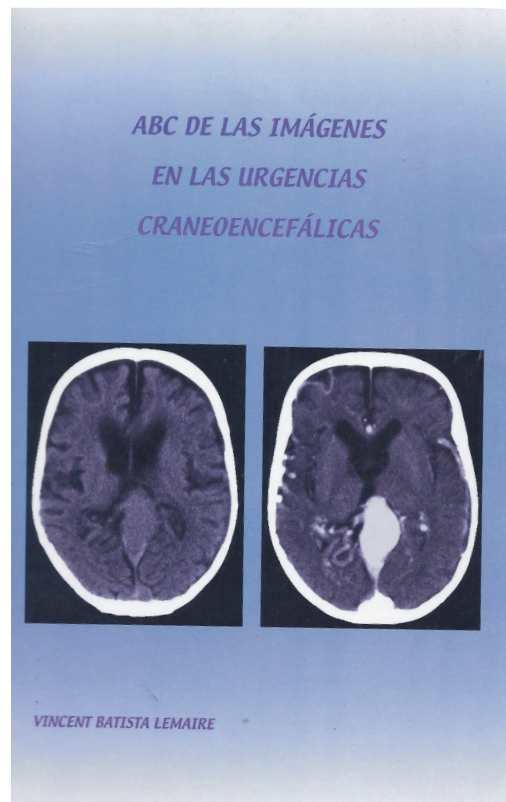
Martínez, Angelina Trinidad De León, Bernardo Hilario y Juana Arias donde el sexo femenino fue el más afectado.

El grupo etario más afectado fue el de 5 – 10 años con 79 casos para un 47.0 por ciento mientras que en clara discordancia los resultados de Arlyn Espinosa Díaz, Tomás Ventura Martínez, Angelina Trinidad De León, Bernardo Hilario y Juana Arias arrojan la edad de dos (2) años como la más afectada.

REFERENCIAS

1. Población de la Republica Dominicana 2003. Disponible en: URL: Portal.ONU.org.do / republica-dominicana.
2. República Dominicana: población | La guía de Geografía. Disponible en: URL: <http://geografia.laguia2000.com/geografia-de-la-poblacion/republica-dominicana-poblacion#ixzz2KKOfu0ic>.
3. Espinosa A, Ventura T, Trinidad A, Hilario B, Arias J, Principales motivos de consulta en una población de niños menores de 6 años en comunidades rurales. Rev Méd Dom 2001; 63 (1):27-29.
4. Josefina Rodríguez Peña, Caria Núñez Vargas, Solcires Beltré, Aimee Cecilia Suero Moquete, Blanca Tolari mañón. Motivos de Consulta en niños menores de 5 años en una clínica rural. Rev Méd Dom 2004; 65 (3):342-344.
5. SESPAS-OPS. La situación de salud de República Dominicana 1996. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. Santo Domingo, 1997.
6. Pérez J. I, Ibarra I, Camino R. Manual práctico de patología pediátrica. 1ra ed. Barcelona (España): Océano/ Ergon; 551-554.
7. Ferri F. Fred. Consultor clínico de medicina interna. Nueva ed. Barcelona (España). Oceano/Mosby ediciones; 194-198.
8. Ministerio de salud pública y asistencia social (Misspas). Guía diagnóstica y de tratamiento de las unidades de atención primaria no.44. Santo Domingo (Sto. Dgo) 2008; 132-149.
9. Botero D, Restrepo M. Parasitosis humana. 4ta ed. Medellín (Colombia). Fondo editorial CIB. 13- 14.
10. SEESPAS/OPS/OMS. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Adaptación. Rep Dom 1998. 3





TIROIDECTOMÍA: REVISIÓN DE 1,025 CASOS DURANTE 25 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER, IDSS.

Ymaya Jorge,* Chanlatte-Baik José,** Brache Ceferino,* Luna Miguel,*
 Ramírez Rolando,*

RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo, tipo transversal a partir de una colección retrospectiva de datos clínicos en 1,025 pacientes tiroidectomizados en un periodo de 25 años en el hospital Gautier (incluyendo para el estudio 908 casos). Se estableció una incidencia de 4 por ciento, con un promedio de caso por año de 41 y una mediana de 36. El sexo predominante fue el femenino con 774 casos (85%), con una relación de 6:1, siendo la cuarta década el grupo predominante en femeninas (25%), y la quinta década en masculino (3,4%); obteniendo una media y mediana de 57 años. Registramos una edad mínima de 18 años y una máxima de 86 años. Se determinó que el 91 por ciento de los casos correspondieron a tumores benignos, siendo el principal el bocio multinodular (40%); y el 9 por ciento a entidades malignas, correspondiendo el 8% a tumores bien diferenciados; obteniendo una razón de enfermedades benignas – malignas de 10:1. Del total de cánceres encontrados (83 casos) se determinó que el carcinoma papilar representó el 47 por ciento y el folicular 35 por ciento. La tiroidectomía total constituyó el 60,5 por ciento de los tipos de cirugías realizadas, determinándose un promedio de cirugías de 72, una mediana de 17, y un 25 por ciento de cirugías conservadoras. Al 58 por ciento de las neoplasias benignas se le realizó tiroidectomía total, correspondiendo el 78 por ciento a bocios multinodulares; en cambio, el 90 por ciento de las neoplasias malignas se le realizó tiroidectomía total de primera intención. Hubo 12 cánceres bien diferenciados incidentales, por lo cual posteriormente se le realizó rescate quirúrgico (17%). Se realizó punción aspirativa por aguja fina (PAAF), a 662 pacientes para un 73 por ciento; obteniendo una sensibilidad y especificidad de 60 por ciento y 97 por ciento respectivamente; con un Valor Predictivo positivo de 63,6 y un Valor predictivo negativo de 97; una Razón de verosimilitud positiva de 23 y una Razón de verosimilitud negativa de 0,41. Se obtuvo una tasa de complicación de 12,3 por ciento, siendo las más relevantes la hipocalcemia (5%); disfonía (1,7%); hematoma (1,5%); LIGP (1,3%) y LNLR (1,2%). Los resultados se considera estadísticamente significativos, con un valor de $p < 0,001$.

Palabras claves: Tiroidectomía; bocio; neoplasia; PAAF; sensibilidad; especificidad; hipocalcemia; laringeo recurrente; hipoparatiroidismo.

ABSTRACT

We performed a descriptive, transversal study from a retrospective collection of clinical data in 1,025 thyroidectomy patients over a period of 25 years was established at the Gautier hospital (including 908 cases in the study). We established an incidence of 4 percent, with an average of 41 cases per year and a median of 36. The female gender was predominant with 774 cases (85%), with a ratio of 6:1, making the fourth decade the predominant group of age in women (25%), and the fifth decade in men (3.4%), obtaining a mean and median of 57 years. We recorded a minimum age of 18 years and a maximum of 86 years old. It was determined that 91 percent of the cases were benign, the main cause was a multinodular goiter (40%), and 9 percent to a malignant cause, corresponding to 8% in well-differentiated tumors, obtaining a ratio of benign - malignant of 10:1. Of all cancers found (83 cases) it was determined that papillary carcinoma accounted for 47 percent and 35 percent was follicular. Total thyroidectomy constituted 60.5 percent of the types of surgeries performed, determining an average of 72 surgeries, a median of 17 and 25 percent of conservative surgeries. The 58 percent of benign neoplasms underwent total thyroidectomy, corresponding to 78 percent of multinodular goiters, whereas 90 percent of cancers underwent total thyroidectomy intention first. There were 12 cases of incidental carcinomas, which subsequently underwent surgical recovery (17%). We performed fine needle aspirate (FNA), to 662 patients (73 percent), with a sensitivity and specificity of 60 percent and 97 percent respectively, with a positive predictive value of 63.6 and a negative predictive value of 97, a positive likelihood ratio of 23 and a negative likelihood ratio of 0.41. We obtained a complication rate of 12.3 percent, the most relevant hypocalcemia (5%), dysphonia (1.7%), hematoma (1.5%); LIGP (1.3%) and LNLR (1.2%). Results were considered statistically significant, with a p value of 0.001.

Keywords: Thyroidectomy; goiter; neoplasia; FNA, sensitivity, specificity, hypocalcemia, recurrent laryngeal; hypoparathyroidism.

INTRODUCCIÓN

La Glándula Tiroides, es un órgano impar, medio, simétrico, situado en la cara anterior del cuello, distinguiendo una parte media y estrecha llamado istmo y dos lóbulos laterales más voluminosos; y una proyección superior (no constante), lóbulo piramidal. Mide 7 cm. de ancho por 3 de alto y 18 mm de grueso, variando según los individuos, edad y el sexo; Su peso en el adulto, es de 10 a 30 gramos. Tiene dos funciones:

* Cirujano general; Médicos Adjuntos del HSBG, IDSS.

** Cirujano general y vascular Periférico. Jefe departamento y coordinador residencia cirugía general, HSBG, IDSS

Síntesis y secreción de hormonas tiroideas, T3, T4 (principal), y producir calcitonina.^{1,2,3,4}

Se considera a Theodor Kocher el *padre de la cirugía de la glándula tiroidea*.^{2,3} La *tiroidectomía* es la extirpación de la glándula tiroidea parcial o total. En general se hace tiroidectomía parcial en tumoraciones benignas y se realiza tiroidectomía total en el caso de tumores malignos (carcinoma papilar, folicular, los cuales representan el 80 por ciento y 20 por ciento respectivamente, etc.); o en lesiones benignas difusas (bocio multinodular, enfermedad de Graves, etc.). Unas de las principales enfermedades del tiroides son los **bocios** (nodular, multinodular, tóxico, endémico, simple, ect), el cual se define como el agrandamiento de la glándula en por lo menos el doble de su tamaño y/o volumen persistente, difuso o localizado que puede estar causado por paratirofias (Amiloidosis), Hiperplasias (más frecuente), inflamaciones y tumores. Diferentes mecanismos nos pueden llevar a un bocio, como: defectos biosintéticos, deficiencia de yodo, enfermedades autoinmunes y enfermedades nodulares. El factor causal más importante es la deficiencia de yodo; aunque también pueden contribuir ingestión de bociógenos y factores genéticos. El 20 por ciento de las personas con tumores malignos de la tiroides tienen antecedentes familiares de éste tipo de tumores. Las patologías de la glándula tiroidea son más frecuente en las mujeres (70 %), representando los cánceres de dicha glándula el 1 por ciento de todos los tumores malignos humanos, y son los más comunes del sistema endocrino.^{2,3,4,5,6,7,8,9}

La principal forma de terapia es la resección quirúrgica, aunque existen terapias adyuvantes como hormonoterapia y yodoterapia, según el caso.^{2,3,4,5,7,8}

Esta investigación nos permitirá establecer el lugar que ocupa la tiroidectomía entre todas las cirugías realizadas en nuestro servicio y determinar que patologías tiroideas son más frecuentes; así como, establecer una relación directa entre el tipo de cirugía y la PAAF con los hallazgos anatomopatológicos. Nos proponemos demostrar que la PAAF, contribuyen en gran medida a tomar una conducta apropiada en las afecciones de la glándula tiroides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de recolección retrospectiva de datos, con el objetivo de determinar el comportamiento y/o manejo clínico quirúrgico en pacientes tiroidectomizados, en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, IDSS, durante el periodo febrero 1987 – febrero 2012, Santo Domingo, República Dominicana.

De un total de 25,469 pacientes llevados a cirugía por el servicio de cirugía general en dicho periodo de estudio, con un promedio de casos por año de 1,019; fueron referidos con objetivo de tiroidectomías 1,025 casos, de los cuales se excluyeron 117 casos, debido a que no cumplían los requisitos de nuestras unidades de análisis. Por tanto, nuestra muestra de estudio estuvo constituida por 908 casos; obteniéndose una incidencia para las patologías de las glándulas tiroideas que van a cirugía de 4 por **ciento**. Para la recolección de los datos se diseñó un formulario, el cual se aplicó a los expedientes clínicos, tomando en cuenta las siguientes Variables: Sexo, edad, diagnóstico histopatológico, tipo de cirugía, complicaciones, establecer el rol de la Punción por aguja fina (PAAF), y determinar su sensibilidad y especificidad. Una vez obtenida la información se procesó en el programa epi - info, versión 3.2, obteniéndose datos porcentuales y representados

en tablas.

RESULTADOS.

Tabla 1: Distribución de casos de acuerdo al año de estudio; departamento de cirugía general, HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Periodo de estudio (años)	Registrado	Excluidos	Incluidos
1987	33	3	30
1988	37	10	27
1989	35	30	5
1990	32	16	16
1991	32	18	14
1992	32	0	32
1993	33	0	33
1994	36	0	36
1995	30	0	30
1996	31	10	21
1997	39	0	39
1998	33	0	33
1999	44	0	44
2000	49	9	40
2001	81	5	76
2002	64	3	61
2003	60	4	56
2004	55	4	51
2005	45	3	42
2006	25	1	24
2007	37	0	37
2008	51	0	51
2009	31	0	31
2010	28	0	28
2011	41	0	41
Enero – Febrero 2012	11	1	10
Total	1,025	117	908

Fuente: archivos HSBG, IDSS.

Tabla 2: Distribución de pacientes según sexo y edad; departamento cirugía general HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Edad (Años)	Femenino		Masculino		total	
	N	%	N	%	N	%
10 – 19	11	1,2	1	0,1	12	1,3
20 – 29	115	12,6	15	1,7	130	14,3
30 – 39	224	24,7	20	2,2	244	26,9
40 – 49	196	21,6	31	3,4	227	25
50 – 59	145	15,9	27	3	172	18,9
60 – 69	60	6,6	29	3,2	89	9,8
70 – 79	16	1,8	11	1,2	27	3
> 80	7	0,8	0	0	7	0,8
Total	774	85,2	134	14,8	908	100,0

Fuente: archivos HSBG, IDSS. Relación sexo F/m: 6:1

Tabla 3: Distribución de pacientes según diagnóstico anatomopatológico postoperatorio; departamento cirugía general HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Diagnóstico histopatológico	Frec.	
	N	%
Bocio multinodular	361	40,0
Bocio nodular	284	31,3
Bocio simple ,coloide o difuso no tóxico	63	7,0
Bocio tóxico difuso o Enfermedad Graves	15	1,7
Bocio intratorácico	5	0,6
Adenoma folicular	92	10,1
Tiroiditis de hashimoto	83	9,1
Tiroiditis Quervain	2	0,2
Tiroiditis Riedel	1	0,1
Otros tumores benignos	12	1,3
Carcinoma Papilar	39	4,3 (47)
Carcinoma Folicular	29	3,2 (35)
Carcinoma de Hürthle	4	0,4 (4,8)
Carcinoma Anaplásico	4	0,4 (4,8)
Carcinoma Medular	3	0,3 (3,6)
Carcinoma células claras	3	0,3 (3,6)
Oncocitoma	1	0,1 (1,2)

Fuente: archivos HSBG, IDSS.

Otros (3 adenoma coloide; 2 adenoma embrionario; 2 adenoma macronodular; 1 adenoma trabecular; 1 adenoma papilar; 1 adenoma paratiroides; 1 nódulo adenomatoide; 1 tiroiditis inespecífica).

Dx benignos: 918 en 825 pacientes: 91 por ciento

Dx malignos: 83 (9 %)

Existen 93 casos con varios diagnósticos.

Razón entidad benigna –maligna: 10: 1

Tabla 5. Distribución de casos según tipo de cirugía y diagnóstico anatomopatológico posquirúrgico; departamento cirugía general HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Diagnóstico histopatológico postoperatorio	Tipo de cirugía				
	Tiroidectomía total	Tiroidectomía subtotal	Hemitiroidectomías	Lobectomías	Total
Bocio multinodular	282	38	24	17	361
Bocio nodular	104	41	88	51	284
Bocio simple	20	19	22	2	63
Bocio tóxico	15	0	0	0	15
Bocio intratorácico	5	0	0	0	5
Adenoma folicular	43	27	14	8	92
Tiroiditis de hashimoto	64	10	5	4	83
Carcinoma papilar	34	1	0	4	39
Carcinoma folicular	21	1	5	2	29
Carcinoma Hürthle	4	0	0	0	4
Carcinoma anaplásico	4	0	0	0	4
Carcinoma medular	3	0	0	0	3
Carcinoma células claras	3	0	0	0	3
Oncocitoma	1	0	0	0	1
Otros tumores benignos	5	1	5	4	15

Fuente: archivos HSBG, IDSS.

Tabla 4. Distribución de pacientes según tipo de cirugía; departamento cirugía general HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Tipo de cirugía	Frec.	
	N	%
Tiroidectomía total	532	58,6
Tiroidectomía subtotal	128	14,1
Hemitiroidectomía derecha	80	8,8
Hemitiroidectomía izquierda	68	7,5
Lobectomía derecha	41	4,5
Lobectomía izquierda	39	4,3
* Rescate quirúrgico	17	1,9
Disección selectiva de cuello	8	0,9
Disección radical modificada cuello (DRMC)	6	0,7
Disección radical cuello	1	0,1
Implantación glándulas paratiroides	7	0,8
Neurorrafia nervio laríngeo recurrente	2	0,2
Traqueostomía	2	0,2

Fuente: archivos HSBG, IDSS.

* Los rescate quirúrgico corresponden a: lobectomía de lóbulo piramidal (1); lobectomía derecha (7); lobectomía izquierda (5); Hemitiroidectomía izquierda (3); Hemitiroidectomía derecha (1). Estas en pacientes que anteriormente habían sido operados conservadoramente, y incidentalmente se detecto un cáncer o recurrió enfermedad benigna en lóbulo dejado.

En 908 pacientes se realizo 931 procedimientos; existen 23 procedimientos simultáneos.

Tabla 6: Distribución de casos según PAAF – Diagnóstico anatomopatológico; departamento cirugía general HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Diagnóstico anatomopatológico	Punción Aspirativa por Aguja Fina (PAAF o BAAF)			
	Sugestivo Benignidad	Sugestivo Malignidad	No Concluyente	Total
Bocio Multinodular	296	5	6	307
Bocio nodular	132	3	5	140
Bocio Simple	12	0	7	19
Bocio Tóxico	4	1	0	5
Bocio Intratorácico	5	0	0	5
Adenoma Folicular	40	7	0	47
Tiroiditis Hashimoto	68	0	5	73
Carcinoma Papilar	8	19	0	27
Carcinoma Folicular	7	5	0	12
Carcinoma Hürthle	0	3	0	3
Carcinoma Anaplásico	1	1	1	3
Otros	*16	0	5	21
Total	589	44	29	662

Fuente: archivos HSBG, IDSS. * 2 caso de otros fueron malignos. Verdaderos positivos: 28 casos. Verdaderos negativos: 599 casos. Falsos positivos: 16 casos. Falsos negativos: 19 casos. S= 60%; E= 97 %. VP+= 63,6; VP- = 97. RV o CP + = 23; RV o CP - = 0,41.

Tabla 7: Distribución de casos según complicaciones y tipos de cirugías; departamento cirugía general HSBG, IDSS, febrero 1987 – febrero 2012.

Complicaciones	Tipos de cirugías				
	Tiroidectomía total	Tiroidectomía subtotal	Hemi-tiroidectomías	Lobectomías	total
Hematoma	8	5	1	0	14 (1,5 %)
Seroma	4	2	0	0	6 (0,7 %)
Hipocalcemia transitoria	24 (3,1 %)	10	6	2	42 (4,6 %)
Hipocalcemia Permanente	4	0	0	0	4 (0,4 %)
Hipotiroidismo secundario	2	0	0	0	2 (0,2 %)
Lesión nervio laríngeo recurrente (LNLR)	9 (1,0 %)	2 (0,2 %)	0	0	11 (1,2 %)
Disfonía, sin evidencia clínica de lesión del nervio laríngeo recurrente	9	3	2	1	15 (1,7 %)
Lesión incidental de glándulas paratiroides (LIGP), sin evidencia clínica de hipocalcemia.	8	2	1	1	12 (1,3 %)
Lesión de tráquea	2	0	0	0	2 (0,2 %)
Lesión laríngeo superior	2	0	0	0	2 (0,2 %)
Otras	2	0	0	0	2 (0,2 %)
Total	74 (8,1 %)	24 (2,6 %)	10 (1,2%)	4 (0,4 %)	112 (12,3 %)

Fuente: archivos HSBG, IDSS.

DISCUSIÓN

Como es de esperarse, se pudo evidenciar que la población más afectada por neoplasias del tiroides correspondió a las pacientes de sexo femenino mostrando una mayor incidencia entre las edades de 30 - 59 años. En contraste, el grupo de pacientes masculinos se observó mínimamente afectado, con una distribución etaria ligeramente mayor. Estos datos se corroboran con los hallazgos de innumerables investigaciones científicas.^{2,3,4,10,12} Mazzaferri demuestra como la edad influye en el pronóstico de algunos subgrupos etéreos, así los paciente menores de 20 años pueden tener un curso desfavorable, con una recurrencia del 50 por ciento, y una mortalidad por cáncer del 25 por ciento.⁵

En concordancia con la literatura consultada,^{3, 4, 7,12} la neoplasia benigna más frecuente fue el bocio multinodular y los tumores malignos más frecuente encontrados en nuestra serie fue el carcinoma papilar, seguido por el carcinoma folicular. No obstante, el cáncer folicular presenta un moderado aumento (35 %) en relación a lo planteado en la literatura y otros estudios (15-20 %). De acuerdo a la base de datos nacional del cáncer de los EEUU, divulgo una serie retrospectiva de 53,856 pacientes, 1985 – 1995, donde el carcinoma papilar constituyó el 79 por ciento y el folicular el 14,2 por ciento.^{2,3,4,10}

En la tabla 4 y 5, Observamos que en el 67 por ciento de los casos se realizó tiroidectomía total (TT); en el 65 por ciento fue por patologías benignas y el 90 por ciento por neoplasia

malignas de primera intención; además, se realizó un 25 por ciento cirugías conservadoras, lo que se encuentra acorde con lo establecido con algunas referencias bibliográficas, no así, con otras que defienden las cirugías conservadoras basados en el riesgo de complicaciones, en el hecho de que el paciente debe tomar terapia hormonal sustitutiva de por vida, en caso de entidades benignas, y debido a que son enfermedades de crecimiento lento. Sin embargo, los grupos que realizan tiroidectomía total establecen que las complicaciones no son estadísticamente significativas; y que existe un riesgo de recurrencia de enfermedad de 5 – 15 por ciento en lóbulo contralateral que es dejado, existe un 30 por ciento de insuficiencia glandular, por tanto deberán usar hormonoterapia; la utilización de mayor dosis de yodoterapia en caso de cáncer diferenciados y la imposibilidad de utilizar la tiroglobulina como marcador tumoral de seguimiento.^{2, 3, 7, 14}

Uno de los principales problemas que se plantean en la PAAF de tiroides son los diagnósticos no concluyentes, como en la neoplasia folicular, el carcinoma papilar variante folicular, el tumor de células de Hürthle, la asociación de tiroiditis de Hashimoto con neoplasias y los cambios reactivos e hiperplásicos en lesiones no neoplásicas.⁹ En nuestro estudio se observó que en un 4,4 por ciento de los casos la PAAF no pudo ofrecer un diagnóstico concluyente. Además, se observó que nuestros resultados de sensibilidad y especificidad de dicha prueba son superiores a los planteados en otras series de instituciones nacionales, y próximo a lo establecido por la literatura internacional.^{2, 3, 5, 10, 11, 12}

En nuestro estudio obtuvimos una tasa de complicación de 8,1 por ciento para la tiroidectomía total y 4,2 por ciento para las conservadoras. Observando que en sentido general dichas patologías en nuestro medio poseen una baja tasa en relación a las planteadas por otros grupos nacionales e internacionales; además, cuando observamos detalladamente cada una de las complicaciones nos percatamos que la lesión del nervio laríngeo recurrente (LNLR) y la hipocalcemia, que son las lesiones más temidas, obtuvimos 1,2 por ciento y 5 por ciento respectivamente. Al comparar ésta con la literatura observamos que existe un rango de 0,5 – 47 por ciento para LNLR, y de 6,9 a 46 por ciento para la hipocalcemia.^{2, 3, 10, 11, 12, 14}

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La tiroidectomía resultó ser una operación segura, eficaz en el manejo de los pacientes con afecciones benignas y malignas de la glándula tiroides, con baja tasa de complicaciones cuando es realizada por cirujanos acreditados y entrenados; por tanto, la recomendamos debido a la posibilidad de multifocalidad en cáncer de tiroides, recidiva de nódulos en lóbulo remanente en patología benigna y edades de presentación temprana de la patología tiroidea maligna; además, en cáncer de tiroides, la TT tiene mejor resultado en adyuvancia con radioyodo, mejor posibilidad de seguimiento con tiroglobulina, junto a baja morbimortalidad de nuestro grupo.

La Punción por aguja fina (PAAF) ha contribuido a reducir el porcentaje de pacientes tiroidectomizados por nódulos, bajando la indicación de cirugía del 67 por ciento al 43 por ciento, a su vez ha aumentado la cirugía realizada por cáncer en nódulos de tiroides del 15 por ciento al 39 por ciento. Estos datos expresan una notable mejoría en la relación costo-beneficio, y es por esto que recomendamos el uso rutinario en el preoperatorio del mismo; y sin dudas es el procedimiento que hoy goza de mayor consenso en el mundo con una especificidad y especificidad que oscila de 95 – 98 por ciento,

en general.^{2, 3, 5, 10, 11.}

Ante el diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides ya sea por biopsia por aspiración con aguja fina o biopsia por congelación, la recomendación, que el tiempo ha demostrado ser la terapéutica más eficaz hasta el momento, es realizar una tiroidectomía total y de tener metástasis positivas en los ganglios regionales complementar el procedimiento con una disección radical modificada de los niveles II a VI. Además, esto amparado en que en ésta enfermedad el 60 – 85 por ciento es multicéntrico, y 5 – 10 por ciento de los casos que son tratados con cirugías conservadoras presentan recurrencia en el lóbulo contralateral.

Es importante mencionar que la cirugía es sólo una parte del tratamiento, ya que está plenamente demostrado que la adyuvancia con dosis ablativa de yodo (I^{131}) y hormonoterapia de supresión y/o sustitutiva constituyen una terapéutica integral que ofrece el mejor resultado de control a largo plazo.^{3, 4, 6, 7, 8.}

Las enfermedades de las glándulas tiroides deben manejarse en equipo multidisciplinario (endocrinólogo, cirujanos, oncólogos, patólogos, medicina nuclear y radioterapeutas), ya que las patologías tiroideas poseen un componente metabólico, lo cual la convierte en enfermedades de difícil manejo; y por tanto, debe protocolizarse su manejo según diagnóstico prequirúrgico con el propósito de mejorar la calidad en el manejo y evitar complicaciones.

REFERENCIAS

1. Feig, Barry; Berger David y Fuhrman George. Oncología Quirúrgica. MD Anderson cancer center, departamento de cirugía oncológica, Houston, Texas. Marban. 2005, pgs 370.
2. Ymaya C., Jorge A. Concordancia clínica – anatomopatológica en tiroidectomías en el hospital salvador B. Gautier, IDSSS, 2000 – 2006. Tesis Postgrado – cirugía general. Santo Domingo, Rep. Dom.: UASD.
3. Ymaya C., Jorge A. Correlación clínica – anatomopatológica en tiroidectomías en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, 1998 – 2008. Tesis maestría oncología. Santo Domingo, Rep. Dom.: UNPHU.
4. American cancer society. Detailed guide: thyroid cancer. <http://www.cancer.org>
5. Mazzaferri EL. management of a solitary thyroid nodule. N Engl J. Med. 1993; 328 (Medline) 553-9.
6. Chanlatte-B., José; Almanzar, Daysi. Tumores malignos del tiroides, hospital Salvador B. Gautier, IDSS, 1987-1992. Acta médica dominicana vol.17-2. 1995.
7. Mazzaferri EL. Robin J. Manejo posquirúrgico del carcinoma de tiroides diferenciado. Otolaryngolog. clin North Am 1996; 29:637.
8. Niederhuber, John; Chen, Herbert. Surgical Oncology Clinics of north America: surgical management of endocrine malignancies, July 2006, vol 15, number 3. Wb saunders company.
9. Rosai. J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, 9 ed. Elsevier, Philadelphia, 2004: 535-68.
10. Briceño-Dorville, Nauray; Pacheco del castillo, Mariel; **Ymaya, Jorge**; Jiménez, Isabel. Concordancia de la punción por aguja fina (PAAF) con la biopsia por parafina en cáncer de la glándula tiroides. Revista Médica del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter,

- Vol 1, No. 1, Octubre 2011; pgs. 18 – 23. Extrato de tesis de posgrado anatomopatológica.
11. Del Monte-Sanabia F, Carrera M, Hernández Gutiérrez P, Guerrero W de los Milagros EN. Resultados de biopsia de pacientes sometidos a cirugías de tiroides. Rev. Med. Dom. 1995; 56 (3): p. 94 - 96.
 12. Félix de la Cruz, Víctor; Torres Rivas, Miguel; Guzmán T. Maria. Correlación clínica y anatomopatológica en tiroidectomías realizadas en el hospital general plaza de la salud, abril 1997 – febrero 2002. Tesis.
 13. Peña, Maritza- S; Rossó, Doritza M.; Leonardo, Josefina W, Alcantara Pujols RD. Causas y evolución post-operativa inmediata de cirugías del tiroides. Rev Med DOM 1992; 53(4): 158-160.
 14. Patricio Gac E, Patricio Cabané T, José Amat V, Felipe Huidobro Ga, Ricardo Rossi F, Francisco Rodríguez F, Carlos Ferrada V, Francisco Cardemil R. Incidencia de hipocalcemia pos tiroidectomía total. Rev Méd Chile 2007; 135: 26-30.



CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE NUTRICIÓN EN NIÑOS DE 0 – 1 AÑO QUE VISITAN LA CONSULTA DEL DISPENSARIO MÉDICO DOCTORA EVANGELINA RODRÍGUEZ.

Franklin Sasso,** Patricia Acosta Espinal,**** María Elizabeth Germán García,**
Estuary Chanel Mejía Tolentino.**

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento materno sobre nutrición en niños de 0 – 1 año, en la consulta de pediatría del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, en los meses Noviembre – Diciembre 2012. **Métodos y técnicas:** se aplicó un cuestionario a 36 madres que asistieron con sus hijos a la consulta de pediatría en esos meses. **Conclusión:** Los conocimientos maternos sobre nutrición en niños de 0 – 1 año fueron malos. **Resultados:** El conocimiento materno sobre nutrición en niños de 0 – 1 año fue malo en el 69.4% de los casos. La frecuencia de lactancia materna fue de 75%, y fueron destetados con mayor frecuencia al primer año en el 53.4%. La leche materna más papillas de cereales y los alimentos como papillas de víveres, vegetales y frutas fueron introducidos con mayor frecuencia a los 6 meses en el 51.4% y en el 37.8% respectivamente, la introducción de alimentos como carnes, huevo, habichuela, avena y los jugos cítricos fueron con mayor frecuencia al primer año en el 44.4%.

Palabras claves: Conocimiento, Nutrición y Materno.

ABSTRACT

Objective: to determine the Maternal Knowledge of nutrition in children from 0 to 1 year old, in the pediatric consultation at the medical dispensary Dra. Evangelina Rodriguez. We made a cross-sectional descriptive prospect study, in the months of November – December 2012. **Methods and techniques:** A form was applied to 36 mothers that attended with their children to the pediatric consultation during those months. **Conclusion:** The maternal knowledge in child nutrition, in children of 0 to 1 year, was bad. **Results:** The maternal knowledge in child nutrition, in children of 0 to 1 year, was bad in the 69.4% of the cases. The frequency of maternal breastfeeding was 75%, and the mayor frequency in weaning was when they reached the first year in a 53.4%. The breast milk plus cereals mush and food like vegetables and fruits mush were introduced with more frequency when reaching 6 months of age in the 51.4% and the 37.8% respectively; the introduction of food like meat, egg, been, oat and citric juices with more frequency when reaching the first year of age in a 44.4%.

Keywords: Knowledge, Nutrition and Maternal.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a buena nutrición. Un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. Por término medio, solo aproximadamente un 35 % de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna, además son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional. En muchos países, solo un tercio de los niños de 6 a 23 meses alimentados con leche materna cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. Las prácticas óptimas de la lactancia materna y alimentación complementaria puede salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años.

Según las estadísticas de estudios previos de América Latina: En Perú, en el año 2010, un estudio acerca Conocimiento, Actitudes y Percepciones de madre sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, el 60% de las madres tenía un nivel educativo secundario, seguido de un 20% con un nivel educativo primario, mientras el 9% obtuvo un nivel educativo superior. El 81% presentó un nivel de conocimiento alto, el 17% nivel regular y el 2% bajo. Las mayorías de las madres respondieron correctamente sobre la duración de la lactancia materna exclusiva (82%). Así mismo, la mayoría respondió adecuadamente sobre la alimentación complementaria. Sin embargo, los porcentajes más bajos de respuesta correcta fueron para el consumo diario de alimentación de origen animal. Contrariamente, la pregunta con mayor número de respuesta correcta fue la edad de inicio de la alimentación complementaria (97%). El 77% se mostró de acuerdo en que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

En la comunidad Santa Isabel Huancayo (Perú) en el año 2009, se realizó una investigación de Conocimiento Materno sobre alimentación Complementaria y estado nutricional en el lactante menor. En el cual obtuvieron que un 43.2% (32) de madres tienen un nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria regular, mientras el 37% deficiente y solo el 19.5% era bueno, y se determinó que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor.

En Venezuela, se realizó una investigación acerca de la evaluación del Conocimiento Materno sobre la introducción

*Pediatra.

**Médico general

de la ablactación y de las variables socio personales condicionantes. Área de influencias del ambulatorio.” San Francisco”. Barquisimeto, estado Lara. Septiembre –Octubre 2001. Se obtuvo que un 51.7% de las madres poseen un nivel de conocimiento regular, seguido 35.8% con nivel de conocimiento malo. Así mismo la edad y el número de hijos no revelaron relación significativa de condicionamiento del nivel de conocimiento.

Cabe destacar que en la búsqueda de estudios previos en nuestro país, se hizo evidente la deficiencia de estos con relación a este tema.

La presente investigación se refiere al conocimiento de una población de 36 madres dominicanas sobre una adecuada nutrición del lactante.

En los niños menores de 1 año es muy importante el tipo de alimentación que se suministra, a qué edad, la forma de preparación y la cantidad, pues esta etapa es crucial para la adquisición de buenos hábitos alimentarios y un adecuado estado nutricional, por lo que el conocimiento materno sobre una adecuada alimentación infantil puede llegar a favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación, y por tanto, es importante que la madre tenga conocimientos y prácticas de alimentación.

Para permitir un crecimiento y un desarrollo óptimo del lactante, es fundamental aportar todos los elementos nutritivos necesarios por medio de una alimentación equilibrada y adaptada a sus funciones digestivas, metabólicas y renales. Una alimentación inadecuada puede afectar el desarrollo de órganos y aparatos, y por lo tanto, incidir gravemente sobre la salud del lactante.

La razón que nos motivó a realizar este estudio es que la alimentación correcta del lactante es importante para el desarrollo del ser humano, y por tanto es necesario educar a las madres acerca de una buena nutrición y de los beneficios que esta le aportará a su hijo, ya que a veces no solo el factor económico puede llevar a la madre a no darle a su hijo una buena alimentación, sino que la falta de conocimiento acerca de esta tiene un papel importante, y llamar la atención de la clase médica para que instruya a las madres de lactantes acerca de los beneficios de la lactancia materna, la edad adecuada de introducción de alimentos y los beneficios de una buena nutrición y con esto disminuir la morbilidad de de los niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó de un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal. Donde la población y muestra estuvo compuesta por 36 madres que acudieron a la consulta pediátrica del dispensario médico de la Dra. Evangelina Rodríguez. Se trató de una investigación basada en los Conocimientos Maternos sobre la Nutrición en niños de 0-1 año, por medio de un cuestionario que se aplicó a las madres. Posteriormente se procedió a categorizar los conocimientos de cada una de las madres y a relacionarlos con las variables. Estos métodos fueron computados y fueron organizados en tablas y gráficos para posteriormente ser analizados.

RESULTADOS

Tabla 1. Conocimiento materno sobre nutrición en niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre

2012.

Conocimiento Materno	F	%
Bueno	11	30.6
Malo	25	69.4
Total	36	100

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado a Madres que acudieron a la consulta de pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Tabla 2. Variables socio-personales maternos de los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Variables socio-personales	F	%
Edad materna		
16-20	7	19.4
21-25	14	38.9
26-35	14	38.9
36-40	1	2.8
Ocupación materna		
Ama de casa	16	44.4
Estudiante	8	22.2
Profesional	1	2.8
Otros	11	30.6
Nivel de escolaridad		
Primario	7	19.5
Secundario	16	44.4
Universitario	13	36.1
Gestas		
1-2 hijos	29	80.5
3-4 hijos	5	13.9
5-6 hijos	1	2.7
Más de 7 hijos	1	2.7

Fuente: Idem.

Tabla 3. Frecuencia de género de los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Sexo	F	%
F	24	64.9
M	13	35.1
Total	37	100

Fuente: Idem.

Tabla 4. Frecuencia según edades de los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Edad	F	%
0-1 Mes	5	13.5
2-3 Meses	13	35.2
4-5 Meses	8	21.6
6-7 Meses	7	18.9
8-9 Meses	1	2.7
1 año	3	8.1
Total	37	100

Fuente: Idem.

Tabla 5. Frecuencia de lactancia materna en los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Frecuencia de lactancia materna	F	%
Si	27	75
No	9	25
Total	36	100

Fuente: Idem.

Tabla 6. Frecuencia de amamantamiento en el día de los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre-Diciembre 2012.

Amamantamiento al día	F	%
2-4 veces	8	27.6
6-8 veces	3	10.4
A demanda	18	62
Total	29	100

Fuente: Idem.

Tabla 7. Frecuencia del destete según la edad de los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Destete	F	%
2 Meses	0	0
4 Meses	1	3.3
6 Meses	10	33.3
8 Meses	3	10
1 año	16	53.4
Total	30	100

Fuente: Idem.

Tabla 8. Frecuencia en la introducción de alimentos a los 6 meses de niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Ablactación	F	%
Leche materna solamente	6	16.2
Leche materna más papillas de cereales	19	51.4
Alimentos sólidos	12	32.4
Total	37	100

Fuente: Idem.

Tabla 9. Edades más frecuentes para la introducción de alimentos a los niños de 0-1 año que visitaron la consulta pediátrica del dispensario médico Dra. Evangelina Rodríguez Noviembre- Diciembre 2012.

Edad (meses)	Introducción de alimentos como papillas de víveres, vegetales y frutas.		Introducción de alimentos como carnes, huevo, habichuela y avena.		Introducción de jugos cítricos.	
	F	%	F	%	F	%
2	1	2.7	0	0	0	0
4	5	13.5	1	2.8	5	13.9
6	14	37.8	5	13.9	8	22.3
8	13	35.2	14	38.9	7	19.4
Al primer año	4	10.8	16	44.4	16	44.4
Total	37	100	36	100	36	100

Fuente: Idem.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación, el conocimiento de las madres sobre nutrición en lactantes era malo con un 69.40 por ciento y el 30.60 por ciento tenía un buen conocimiento, esto diverge con el estudio realizado en Perú en el año 2010, sobre Conocimiento, Actitudes y Percepciones de madre sobre la alimentación de niños menores de 3 años en que el 81 por ciento de las madres presentó un nivel de conocimiento alto, el 17 por ciento nivel regular y el 2 por ciento bajo. Asimismo estos divergen con el estudio realizado en Venezuela en el 2001, acerca Conocimiento Materno sobre la introducción de la ablactación y de las variables socio personales condicionantes, en el que se obtuvo que un 51.7 por ciento de las madres poseían un nivel de conocimiento regular, seguido 35.8 por ciento con nivel de conocimiento malo.

En lo referente a las variables socio-personales, las madres presentaban 16 a 40 años, siendo la edades más frecuentes 21 a 35 años con 38.9 por ciento, las amas de casa y las que tenía un nivel de escolaridad secundario fueron las que más acudieron con sus hijos a consulta con un 44.4 por ciento respectivamente, esto concuerda con el estudio realizado en Perú en el año 2010, en que el 60 por ciento tenía un nivel educativo secundario. Las madres multíparas, con 1 a 2 hijos fueron las más frecuentes con el 80 por ciento, esto concuerda con el estudio hecho en Venezuela en el 2001, acerca de la evaluación del Conocimiento Materno sobre la introducción de la ablactación y de las variables socio personales condicionantes en la que el número de hijos no reveló relación significativa de condicionamiento del nivel de conocimiento.

En lo que concierne al sexo y a la edad del lactante que con más frecuencia acudió con su madre a la consulta fue el femenino, y los que tenían entre 2 a 3 meses con un 64.9 por ciento y un 35.2 por ciento respectivamente.

En relación con la lactancia materna, el 75 por ciento de las madres lactaban a sus hijos, esto concuerda con el estudio realizado en Honduras en el 2001, acerca de Conocimiento y Prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y

respiratorias en el que la prevalencia de lactancia materna fue de 84.5 por ciento.

En lo que concierne a la frecuencia de amamantamiento en el día del lactante, las madres lactaban a demanda con un 62 por ciento, y fueron destetados con mayor frecuencia en el primer año con un 53.4 por ciento, esto diverge con el estudio hecho en Perú en el 2010, en el que el 77 por ciento se mostró de acuerdo en que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros meses de vida.

En lo correspondiente a la frecuencia de introducción de alimentos a los 6 meses, las madres le introducían la leche materna más papillas de cereales en el 51.4 por ciento de los casos, esto concuerda con el estudio hecho en Honduras en el 2001, en el que solamente las madres en el 12 por ciento de los casos, mencionaron que un niño se debe alimentar con comidas además de leche materna antes de los 6 meses, y el resto de las madres indicaron que la alimentación complementaria se debe iniciar de los 6 meses en adelante.

En relación a la edad que más frecuentemente se introdujeron papillas de víveres, vegetales y frutas fueron los 6 meses en el 37 por ciento.

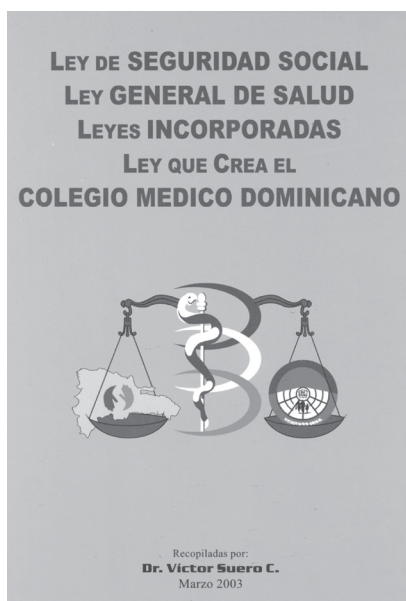
En lo que respecta a las edades que con mayor frecuencia las madres introdujeron alimentos como carnes, huevo, habichuela y avena fue el primer año en el 44.4 por ciento, seguido de los 8 meses con el 38.9 por ciento.

En lo concerniente a la edad más frecuente en a que las madres introdujeron los jugos cítricos fue el primer año con 44.4 por ciento.

REFERENCIAS

1. AlterioAriola, Gianfranco Humberto; Pérez Loyo, Henry Alejandro. Evaluación del conocimiento materno sobre la introducción de la ablactación y variables socio personales condicionantes. Área de influencia del ambulatorio "San Francisco" Barquisimeto, estado Lara. Septiembre-Octubre 2001. Boletín Médico de Postgrado. Vol. XIX No. 4, 198-203, 2003.
2. Ávila Montes, Gustavo A; Henne, Kurt; Posas, Jairo (et al). Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Lempira, Honduras. Rev. Med. Hon. Vol. 69, No. 2, 52-61, 2001.
3. Gamarra Atero, Raquel, Porroa Jacobo, Mayra; Quintana Salinas, Margot. Conocimientos, Actitudes y Percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An. Fac. Med. 71(3):179-83, 2010.
4. Lemoyne, Roger. Alimentación de los lactantes y niños pequeños. [En línea]. Disponible en la web: <http://UNICEF.org/>
5. Maredante, Kren J; Kiegman, Robert M; Jenson, Hal B (et al). Nelson Pediatría esencial. Gea Consultoria Editorial S.I.
6. Martínez de Victoria, E; Maldonado, J. Tratado de Nutrición: Nutrición humana en el Estado de Salud, 2da. Ed., Madrid, 2010.
7. Organización Mundial de la Salud. Alimentación de Lactantes y Niños pequeños. [En línea]. Julio, 2010. Disponible en la página Web: <http://Who.int.com/>
8. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Nutrición Pediátrica. 1ra ed. Venezuela. Editorial Medica Panamericana, 2009, pag. 121.
9. UnsihuayUreta, Francisco Saúl; Delgado Zavaleta, Rocio. Conocimiento Materno sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en el Lactante menor. Comunidad Santa Isabel-Huancayo, año 2009. In CRESCENDO 2(1):147-160, 2011.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Ley de seguridad Salud, Ley General de Salud, Leyes incorporadas, ley que crea al colegio

Médico Dominicano

Autor: Dr. Víctor Suero

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

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDAS A RELLENO VULVAR EN EL CENTRO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESPECIALIDADES SANTO DOMINGO (CECIP).

Severo Mercedes Acosta,* Carlos Regalado,** Tania Medina,*** Glorinil Carmina Mercedes,**** IrwinTavarez.****

RESUMEN

El relleno vulvar es un procedimiento que ha ganado auge en los últimos años. Las mujeres están cada vez más competitivas y debido a la disminución de los tabúes es cada vez más frecuente la cirugía con fines estéticos en cualquier parte del cuerpo. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal para conocer el nivel de satisfacción de las pacientes que fueron sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo, durante el período comprendido de enero del 2010 a diciembre 2012. La edad más frecuente de realización de la cirugía fue 20-30 años con un 45 por ciento. El material de relleno en el 65 por ciento de los casos fue grasa autóloga. El 88 por ciento de las pacientes estuvo satisfecha con los resultados; el 22 por ciento de los casos estuvieron insatisfechos, de las cuales 42 por ciento fue por exceso de tamaño vulvar y 58 por ciento por reabsorción de grasa que ocurrió a los 6 a 8 meses luego del procedimiento.

Palabras claves: relleno vulvar, biopolímero, grasa autóloga.

ABSTRACT

The filling is a process vulvar won boom in recent years. Women are increasingly competitive, due to decreased taboos is increasingly common for cosmetic surgery in any part of the body. We performed a prospective, descriptive, transversal to know the level of satisfaction of the patients who underwent vulvar padding at the Center for Plastic Surgery and Specialties Santo Domingo, during the period January 2010 to December 2012. The most common age of surgery was 20-30 years with 45 percent. The filler material in 65 percent of cases was autologous fat. The 88 percent of patients were satisfied with the results, and 22 percent were dissatisfied cases, of which 42 percent was oversize vulvar and 58 percent for fat resorption occurred at 6 to 8 months after procedure.

Keywords: filling vulvar, biopolymer, autologous fat.

INTRODUCCIÓN

Nadie quiere envejecer ni perder el funcionamiento óptimo en ninguna parte de su cuerpo, y esto no excluye los genitales

* Jefe Departamento Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, Hospital Salvador B. Gautier.

** Ginecoobstetra y Cirujano Estético Genital Femenino del Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP).

*** Residente quinto año departamento de cirugía plástica, estética y reconstructiva, Hospital Salvador B. Gautier.

**** Médico general.

femeninos.

El embellecimiento de genitales externos, promueve recuperar signos juveniles mediante rellenos de labios mayores y menores, ajuste o estrechamiento de la vulva y cavidad vaginal, reafirmando su musculatura, e incluso recrear la membrana himeneal, a la vez que corrige desproporciones de labios menores y clitoris, remodelando su contorno y longitud.¹

El Aumento de labios vaginales o labioplastia es uno de los procedimientos más solicitados por las mujeres hoy en día, para esto se utilizan inyecciones de hidrogeles, ácido hialurónico, biopolímero o con grasa corporal propia.^{2,3}

El procedimiento se puede llevar a cabo con sedación, anestesia local o regional, y su duración es de aproximadamente una hora.

Podrá retomar su actividad sexual transcurridas seis semanas.^{2,4}

Aumento de los labios vaginales: inyecciones con grasa corporal

Tradicionalmente, para aumentar los labios mayores se utiliza grasa autóloga para el aumento de los labios.

Se realiza toma de grasa mediante liposucción y luego esta grasa es injertada en los labios mayores.^{2,3,5}

Aumento de labios vaginales: inyecciones con hidrogel. Puede optar por el uso de Bio-alkamid®, un producto de relleno permanente con base de hidrogel.^{5,6}

Este producto moderno se compone de un 97% de agua y un 3% de polialquilimida. Tras la inyección, se forma un implante suave y bien tolerado por el cuerpo. Una vez que se ha aplicado el gel inyectado, en el implante se forma una capa de tejido conjuntivo. Esta capa se mantiene suave y asegura que el implante no se puede desplazar. Si es necesario, el implante se puede retirar fácilmente.

Riesgos

Toda intervención conlleva unos riesgos comunes que se consideran generales, otros que dependen de la técnica anestésica empleada, y finalmente los específicos derivados tanto del propio procedimiento como del área tratada.^{2,3,4,5,6}

Riesgos generales

Los inmediatos (primeras 24 a 48 horas), hemorragia, con o sin hematoma, edema, seromas, infección local, pérdida de piel.

Reacciones de intolerancia a material de sutura o de curas como: adhesivos, antisépticos. Finalmente cuando exista cicatriz cutánea, pues aquellas que están confinadas a las

mucosas suelen obtener mejor resultado, puede ser visible o engrosada, evolucionando al menos durante los primeros 11 meses.^{3,4,5}

Riesgos anestésicos

Desde los derivados de anestesia local (como dolor en área de punción), menos invasiva frente a epidural, o incluso anestesia general, con posibles náuseas y/o vómitos durante las primeras 12-24 horas. La disponibilidad de medios adecuados en quirófano, puede revertir complicaciones de mayor entidad como reacciones de intolerancia a medicación.^{3,4,5}

Riesgos específicos

Modificaciones de sensibilidad de la piel y mucosas, habitualmente pasajeras por la inflamación más reciente. En algún caso debe considerarse, por la complejidad del problema a tratar, la posible necesidad de reintervención, también por la aparición de complicaciones precoces o tardías como contracturas de cicatrices, o bien por insatisfacción con los resultados.^{3,4,5}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal en las pacientes que fueron sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo, durante el período comprendido de enero del 2010 a diciembre 2012.

El universo estudiado fue todas las pacientes sometidas a cirugía estética de genitales femeninos en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo. La muestra fue todas las pacientes las cuales se les realizó relleno vulvar en el período 2010-2012.

Se incluyeron todas las pacientes operadas por los cirujanos del Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo que cumplieron con los requisitos de haber asistido al CECIP, expediente localizable, haber sido sometida a relleno vulvar. Se excluirán las pacientes los cuales no tengan expediente clínico localizable y cuyas cirugías estéticas no hayan sido relleno vulvar.

La recolección de la información se realizó de forma sistemática mediante la aplicación de un formulario, el cual fue elaborado y llenado por los sustentantes. La información obtenida será procesada por el método de palotes.

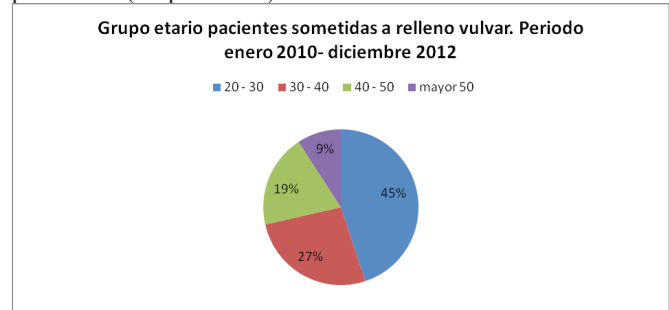
RESULTADOS

De las 196 pacientes que fueron sometidas a relleno vulvar por ciento (128 pacientes) el material de relleno utilizado fue grasa y por ciento (68 pacientes) fue con relleno sintético (biopolímero). Grafico 1.



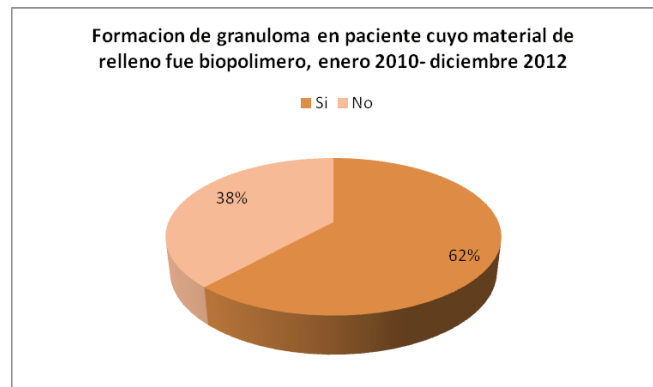
Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012.

El grupo etario más frecuente en las pacientes sometidas a relleno vulvar fue de 20 a 30 años con un 45 por ciento (88 pacientes), seguida del grupo etario de 30 a 40 años con un 27 por ciento (52 pacientes). Grafico 2.



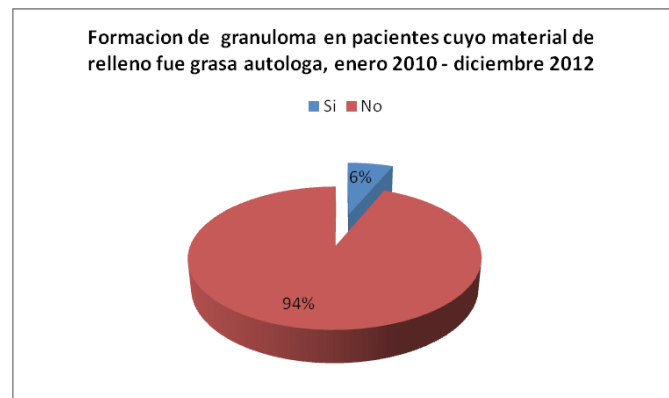
Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012.

El 62 por ciento (42 pacientes) de las pacientes sometidas a relleno vulvar cuyo material de relleno fue el biopolímero presentaron granulomas. Grafico 3.



Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012.

De las pacientes cuyo material de relleno fue grasa autóloga solo el 6 por ciento tubo formación de granuloma. Grafico 4.



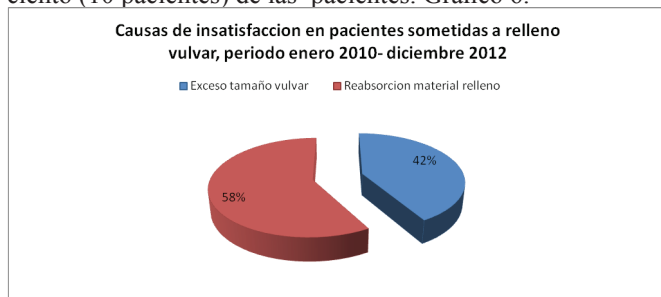
Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012.

El 88 por ciento (172 pacientes) de las pacientes estuvo satisfecha con los resultados de su relleno vulvar. Grafico 5.



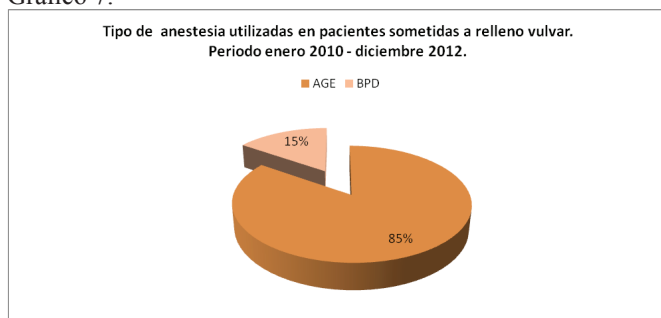
Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012.

Las causas por las cuales las pacientes estuvieron insatisfechas fueron Reabsorción del material de relleno en 58 por ciento de los casos (14 pacientes) y exceso del tamaño vulvar en 42 por ciento (10 pacientes) de las pacientes. Grafico 6.



Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012.

El tipo de anestesia más utilizada fue anestesia general endovenosa con un 85 por ciento (166 pacientes), el 15 por ciento (30 pacientes) de los casos fue con bloqueo peridural. Grafico 7.



Fuente: Nivel de satisfacción en pacientes sometidas a relleno vulvar en el Centro de Cirugía Plástica y Especialidades Santo Domingo (CECIP) periodo enero 2010 -diciembre 2012

DISCUSIÓN

La estética en los genitales femeninos es beneficiosa en varios aspectos, pero el principal es que aumenta la autoestima de las mujeres, pues elimina los complejos fruto del paso del tiempo o danos por diferentes causas en su cuerpo.

La edad más frecuente de la realización del relleno vulvar en nuestro estudio fue entre los 20 a 30 años, esto coincidió

con estadísticas publicadas en el periódico el día.²

El material de relleno más usado en nuestro estudio fue la grasa autóloga, la cual es hoy en día el material de relleno preferido por la mayoría de los cirujanos no solo para los genitales sino también para relleno facial, glúteo y de otras áreas, esto es debido a que es un material del propio paciente y por ende tendrá menos complicaciones y efectos secundarios.⁷

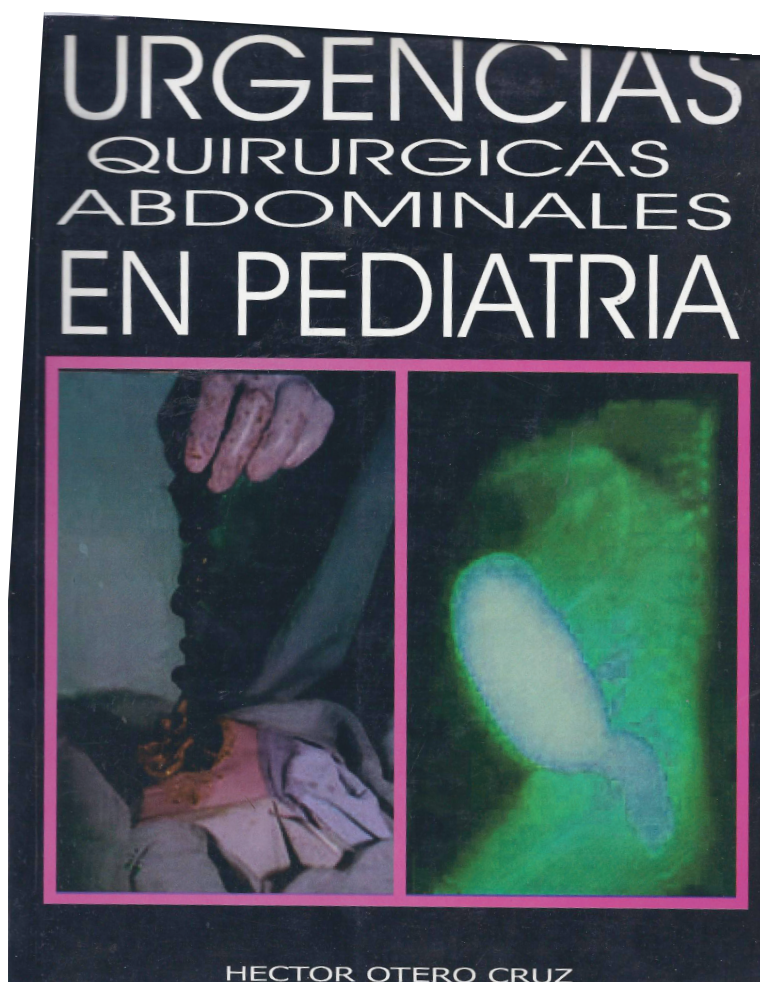
En este mismo aspecto los granulomas fueron más frecuentes en pacientes cuyo material de relleno fue el biopolímero 42 casos de 68 pacientes, sin embargo solo 8 pacientes de 128 pacientes cuyo material de relleno fue grasa autóloga presento granuloma. De todos los casos en que se presentó granuloma 26 de los casos fueron reintervenidos con el fin de retirar el granuloma.

El 88 por ciento de las pacientes refirieron estar satisfechas con el relleno vulvar, solo 24 casos quedaron insatisfechas, 10 de estos casos por aumento excesivo del tamaño de la vulva y 14 casos por reabsorción de grasa, la cual ocurrió de 6 a 8 meses luego del procedimiento. Cabe destacar que todas las pacientes las cuales se reabsorbió la grasa eran mayores de 40 años y estuvieron relacionadas con niveles bajos de hormonas (peri menopausia, menopausia, ooforectomizadas).

Podemos concluir diciendo que el relleno vulvar es un procedimiento seguro que tiene un efecto positivo en la vida de las mujeres, aumentando su amor propio, es mayormente ambulatorio, durando la paciente unas 6 horas en la clínica, tiene pocos riesgos y un grado de satisfacción alto entre las pacientes las cuales se lo realizan.

REFERENCIAS

1. De peña, G. 2011. Vaginoplastia con Laser. Recuperado el 4 de marzo 2013 de <http://www.drdepena.com/vaginoplastia.html>.
2. Estevez D. 2012, 4, enero. La vaginoplastia cada vez más común en nuestro país. El Día.
3. Sindicación línea y salud. 2013. Vaginoplastia o estrechamiento vaginal. Recuperado el 2 de febrero 2013 de <http://www.lineaysalud.com/belleza/165-vaginoplastia-o-estrechamiento-vaginal.html>.
4. Moína. SF. Rejuvenecimiento vaginal. Recuperado el 20 de febrero 2013 de <http://www.drmoína.com.ar/rejuvenecimiento-intimo.html>.
5. García, R. SF. Cirugía de Rejuvenecimiento Vaginal y Vulvar. Recuperado el 1 de marzo 2013 de <http://opinionmedica.com/noticia.cfm?n=256>.
6. Mujer terra. SF. Todo lo que siempre quisiste saber sobre cirugía genital. Recuperado el 5 de marzo del 2013 de <http://mujer.terra.es/muj/ponteguapa/cirugia/articulo/quisiste-saber-cirugia-genital-38368.htm>.
7. Ramos, B. 2012. Rejuvenecimiento facial con inyección de grasa autóloga (Lipofiling). Recuperado el 5 de marzo 2013 de <http://drabirmaniamamos.blogspot.com/2012/05/rejuvenecimiento-facial-con-inyeccion.html>



FACTORES PREDISponentES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ALTAGRACIA.

Miguel Antonio Pichardo Cordero,* Mónica Johanna Mateo Fulcar,* Jennifer Jiménez Reyes,* Lucía Arredondo Gómez,* Maireny Hernández Santana,* María LuíS Sánchez.*

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores predisponentes de Hipertensión Arterial en una Unidad de Atención Primaria en la Altagracia, en el periodo Enero –Abril del 2012, se realizó un estudio prospectivo de carácter descriptivo. De una población de 347 pacientes, 88 resultaron ser hipertensos, lo que corresponde a un 25.3%. El grupo de edad más afectado fue el de 60-69 años con un 42.1%, el sexo más frecuente fue el femenino con 54.5%. La herencia estuvo presente en el 71.6% de los casos. El sobrepeso se expresó en el 44.3% y el colesterol elevado en la población de estudio fue de 69.3%.

Palabras claves: Hipertensión Arterial, Factor Predisponente, Unidad de Atención Primaria.

ABSTRACT

In order to determine the predisposing factors of Hypertension in Primary Care Unit in Altagracia, in the period from January to April of 2012, we conducted a prospective descriptive study. From a population of 347 patients, 88 were found to be hypertensive, which corresponds to 25.3%. The age group most affected was 60-69 years with a 42.1%, sex was the most frequent with 54.5% female. The inheritance was present in 71.6% of cases. Overweight was expressed in 44.3% and high cholesterol in the study population was 69.3%.

Keywords: Hypertension, predisposing factor, Primary Care Unit.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial es la elevación de la presión arterial hasta un nivel que aumenta el riesgo de lesión en distintos lechos vasculares, especialmente corazón, cerebro, retina y riñones. Además es una condición en la cual la presión sanguínea en el árbol arterial es más alta de lo normal y que puede ser considerada como un desorden per se o como una expresión de otras enfermedades.¹

De acuerdo a un estudio observacional retrospectivo, realizado por Luciano Johanna E. y colaboradores en una Unidad de Atención Primaria en San José de Ocoa durante el periodo Enero-Abril del año 2007, con el objetivo de determinar la incidencia de hipertensión arterial en dicha UNAP. Se obtuvo que el grupo de edad más afectado en dicho estudio fue el de 60 años o más, con un 34.93%, mientras que el sexo más frecuentemente afectado por esta condición fue el femenino con un 77.12%.²

Esta enfermedad es conocida como el “enemigo silencioso” debido a que los síntomas permanecen ocultos durante largo tiempo y en ocasiones se manifiestan cuando las lesiones ya son irreversibles. Dichos síntomas son cefalea, vértigos, visión borrosa, hemorragias nasales, entre otras. La hipertensión arterial constituye la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad. A mayores cifras de presión arterial, mayor morbilidad y mortalidad presentan las personas que la padecen.

En Estados Unidos, con base en los resultados del National Health and Nutrition Examination Survey, (NHANES), 28.7% de los adultos o en promedio 58.4% millones de personas tienen hipertensión arterial.

De acuerdo a datos del estudio sobre Factores de Riesgos para Enfermedades Cardiovasculares, realizado en 2011, por Efricard II, establece que esta enfermedad afecta alrededor de 3.5 millones de dominicanos, equivalente al 35% de la población y sigue siendo la principal causa de muerte en el país.³

Según la Sociedad Dominicana de Cardiología, el 90% de los casos de hipertensión es de origen desconocido, pero hay factores como la herencia y la obesidad que se han convertido en una epidemia en el país, con una prevalencia de casi un 60%, así como hábitos de alimentación malsanos e inactividad física que predisponen a que una persona se haga hipertensa.⁴

De ahí la importancia de que la población conozca y aprenda a controlar dichos factores para evitar la cronicidad de esta enfermedad, es decir infarto al miocardio, derrames o accidentes cerebro vasculares y como consecuencia disminución de la esperanza de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, de carácter descriptivo, con el objetivo de determinar los Factores Predisponentes de Hipertensión Arterial en una Unidad de Atención Primaria en la Altagracia.

Tiempo de estudio

Enero-Abril 2012

Población/Muestra

Estuvo constituida por 347 pacientes que acudieron a la consulta de dicha UNAP en el periodo antes señalado, de donde se obtuvo una muestra de 88 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

* Médico general

** MSP.

Criterios de inclusión

Pacientes con niveles de presión arterial \geq a 140/90 mm/Hg. y pacientes que a pesar de tener niveles tensionales normales hayan sido diagnosticados anteriormente con hipertensión.

Fuentes de información

Pacientes que asistieron a la consulta de la Unidad de Atención Primaria la Llanada del Cerro, provincia la Altagracia.

Instrumento de recolección de los datos

Se elaboró un formulario de recolección de datos, en el cual se contemplaron las siguientes variables: edad, sexo, herencia, obesidad, y colesterol elevado. Se le indicó un examen de colesterol total cada paciente.

Procedimiento y análisis de la información

Recolectada la información, se procedió a la tabulación, se utilizaron los programas de Microsoft Word y Excel, se presentaron los resultados en frecuencia y porcentaje, cuadros y gráficos para su mayor comprensión.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de la población de estudio según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
40-49	10	11.4
50-59	18	20.4
60-69	37	42.1
\geq 70	23	26.1
Total	88	100,0

Fuente: Aplicación de un cuestionario a través de una entrevista.

Cuadro 2. Distribución de la población de estudio según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	48	54.5
Masculino	40	45.5
Total	88	100,0

Fuente: Idem.

Cuadro 3. Distribución de la población de estudio según herencia.

Herencia	Frecuencia	%
Sí	63	71.6
No	25	28.4
Total	88	100,0

Fuente: Idem.

Cuadro 4. Distribución de la población de estudio según Índice de Masa Corporal.

IMC	Frecuencia	%
Normal	20	22.7
Sobrepeso	39	44.3
Obeso	29	33.0
Total	88	100,0

Fuente: Idem.

Cuadro 5. Distribución de la población de estudio según colesterol total.

Colesterol total	Frecuencia	%
< 200mg/dl	27	30.7
>200mg/dl	61	69.3
Total	88	100,0

Fuente: Idem.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que el grupo de edad más afectado fue el de 60-69 años con un 42.1% lo cual coincide con un estudio sobre la Incidencia la Hipertensión Arterial realizado por Luciano Johanna E. et al en donde el grupo de edad más afectado fue el de \geq 60 años con un 34.93%.

El sexo más frecuente fue el femenino con 54.5% lo que coincide con el estudio anterior que muestra que el 77.12% correspondiente al sexo femenino.

El factor herencia estuvo presente en el 71.6% de los casos lo cual coincide con la literatura consultada, la cual establece que cuando una persona tiene un progenitor o ambos son hipertensos, las posibilidades de desarrollar la enfermedad son el doble que las otras personas con ambos padres normotensos.

El 44.3% de los pacientes presentó sobrepeso, lo que coincide con lo expresado por la Sociedad Dominicana de Cardiología que dice que la obesidad es uno de los factores que predisponen a la hipertensión a tal punto que tiene una prevalencia de casi 60%.

El colesterol total estuvo presente en el 69.3% de los casos lo que coincide con la literatura consultada que expresa que la concentración de colesterol genera 56% de las cardiopatías isquémicas y 18% de los accidentes cerebro vasculares.

REFERENCIAS

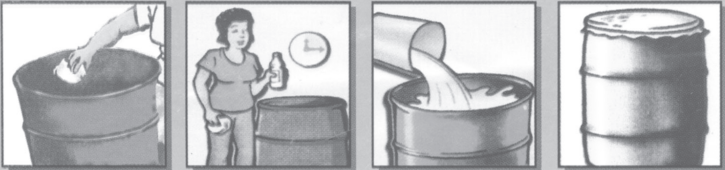

- Orozco –Beltrán D, Brotons C, Morel I, Soriano N, Del Valle M, Rodríguez A. et al. Determinantes del Control de la Presión Arterial y los Lípidos en Pacientes con Enfermedad Cardiovascular. Rev. Esp. Cardiol. Marzo 2008; 61(3): 317-21.
- Luciano A. Johanna E. Las Caobas, Luz Divina. Peguero, Melissa Et al. Incidencia de Hipertensión Arterial en una Unidad de Atención Primaria en San José de Ocoa, Rev. Méd. Dom. Septiembre-Diciembre, 2007, Vol. 68 No. 3, Pág. 84-86
- Gaziano, Thomas A. Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares. En Jameson J. Larry. Principios de Medicina Interna de Harrison. 17va. ed. México, McGraw- Hill. 2009. pág. 1375-79.
- Beltré Yanet. El 50% dominicanos hipertensos no toma ningún medicamento. El Caribe. Lunes 16 de Julio del 2012; pág.10.
- Díaz Adonis. El 30% de la Población tiene Presión Alta. Diario libre. Lunes 27 de septiembre 2010; pág.14.
- Kotchen, Theodore. Enfermedad Vascular Hipertensiva. En Jameson J. Larry. Principios de Medicina Interna de Harrison. 17va. ed. México, McGraw -Hill. 2009. pág. 1549-54.
- López M. Factores de Riesgo Cardiovascular. Lípidos Plasmáticos y Lipoproteínas. Colesterol.

Triglicéridos. 2007.

8. Martínez Peguero P. Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. *Cardiología en Atención Primaria*. 2da. ed. Santo Domingo. Centenario; 2008. Pág. 267-69.
9. Palacio Aniuska. Factores de Riesgos y Algunas Variables Sanguíneas en pacientes hipertensos de un Área de Salud. *Discusión. Revista Ciencias*. 2006 (Acceso 23 de febrero 2011). Disponible en: <http://www.revista-ciencias.com>.
10. Pichardo Rafael, Polanco Armando, Peña Amalfis, et al. Dieta Baja en Hidratos de Carbono tipo South Beach en paciente con Síndrome Metabólico y Obesidad Visceral. *Archivos Dominicanos de Cardiología Enero-Junio 2010; XLII (1): 12-19.*
11. Stramba-Badialeet Marco. Estrategias Actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev. Esp. Cardiol*. Noviembre 2006; 59 (11):672-80.

Cloro untao Tanque tapao

¡Tu compromiso por la salud!



- 1.- Untamos Cloro por dentro del tanque y por encima del nivel del agua.
- 2.- Esperamos 15 minutos para que el Cloro actúe y terminamos de llenar el tanque.
- 3.- Tapamos bien nuestro tanque.

El buen trato al paciente No sólo es un deber



FRECUENCIA DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EN NIÑOS QUE ASISTEN A LA SALA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA DE SAN CRISTÓBAL.

Francis De Óleo Reyes,** Raydi Martes Milanés,* Isaac Soto Santana,* Rubén Darío Pimentel.****

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo de encuesta entrevista transversal, dirigida a recolectar información prospectiva sobre frecuencia de accidentes en el hogar que asisten a la sala de urgencias de pediatría del hospital Juan pablo pina de San Cristóbal. Septiembre 2010.

El universo estuvo conformado por 3,195 niños que fueron llevados a la sala de urgencias durante el mes de septiembre, y la muestra correspondió 479 niños que sufrieron algún tipo de accidente, de los cuales nuestros resultados arrojaron que 76 niños de nuestra muestra fueron por accidentes en el hogar.

La mayor frecuencia correspondió al sexo masculino con 46 casos (60,5%), el grupo de edad más afectado fue el de 1-4 años seguida del grupo de edades de 5 – 9 años.

La causa de accidentes con mayor frecuencia fueron las caídas del mismo nivel con 21 casos representando un (27.6%), seguida de las caídas de diferente nivel con 15 (19,7%), las heridas constituyeron el tercer lugar en frecuencia con un total de 14 (18,4%).

Según el lugar del accidente, el patio fue donde ocurrieron la mayor cantidad de accidentes con 26 (34,2%), seguido del dormitorio 15 (19,7%). El mayor porcentaje de los accidentes ocurrieron sin la presencia del adulto con un total de 48 (63,2%).

En nuestro estudio se presentó un mayor caso de accidentes con relación a la de las madres mayores de los 30 años, correspondiendo 19 casos entre 30-34 años, al igual que 35, para un 25,0 por ciento de ambos casos, que suman un 50,0 por ciento entre los 2.

En el estudio se demostró que el mayor número de accidentes ocurrió en las madres no trabajadoras para un total de 46 (60,5%).

Según el estado civil de la madre y la ocurrencia de accidentes dio como resultado que en las madres con pareja 48 (63,2%) ocurrieron la mayor cantidad de accidentes.

El mayor porcentaje de los accidentes ocurrieron sin la presencia del adulto con un total de 48 (63,2%).

Según el nivel de instrucción de la madre el mayor porcentaje de accidentes con 46 casos (22,7%) ocurrieron en las madres que cursaron o están cursando la secundaria.

Palabras Claves: Niños, hogar, accidentes

ABSTRACT

A prospective and descriptive study of transverse interview

* Médico general

** Pediatra neumólogo, MSP.

survey to collect prospective data on accidents at home attending pediatric hospital emergency room Juan Pablo Pina of San Cristóbal. September 2010.

The universe was confirmed by 3195 children who were taken to the emergency room in September, and the sample room fell 479 children who have suffered some kind of accident within the home, which our results showed that 76 children in our sample were due to accidents in the home.

The most often was related to male with 46 cases (60.5%), the age group most affected is 1 - 4 years followed by the Group of 5 - 9 years.

The cause of accidents most frequently were the same level with 21 cases falls representing a 27.6%, followed by falls of different level with 15 (19.7%), injuries were third in frequency with a total of 14 (18.4).

According to the scene of the accident, the playground was where occurred the greatest number of accidents with 26 (34.2%), followed by the bedroom 15 (19.7%).

The highest percentage of accidents occurred without the presence of an adult with a total of 48 (63.2%).

Our study presents a major case of accidents in relation to the age of 30, mothers corresponding 19 cases between 30-34 years, like 35 to 25.0 percent in both cases, amounting to 50.0 percent between 2.

The study showed that the largest number of accidents occurred in mothers not workers for a total of 46 (60.5%). According to the marital status of mother and the occurrence of accidents it resulted in mothers with partner 48 (63.2%) occurred more accidents.

The highest percentage of accidents occurred without the presence of an adult with a total of 48 (63.2%). According to the educational level of mother the higher percentage of accidents with 46 cases (22.7%) occurred in mothers who studied or are attending high school.

Keys words: Children, home, accidents

INTRODUCCIÓN

En las naciones industrializadas las dos terceras partes e inclusive más del total de defunciones se deben a tres causas fundamentales: enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y accidentes.

Los accidentes no mortales apenas revisten gravedad, pero originan problemas importantes a los niños y horas trabajo a los padres.

El número de accidentes de diversas índoles que se produce en el mundo es cada vez mayor; sin embargo, los que ocurren

en el hogar, en niños pequeños, pasan inadvertidos, pese a que constituyen un problema importante en el que intervienen factores culturales, sociales y económicos de la familia. A esto se unen los rasgos propios del niño pequeño, quien tiene poca experiencia o juicio para limitar su afán exploratorio y reconocer el peligro que le rodea, así como el abandono y la falta de medidas de protección del hogar.*

En los países subdesarrollados, que constituyen la mayor parte de la población mundial, son múltiples los accidentes en el hogar, dadas las condiciones deplorables de las viviendas y el empleo de métodos de cocción y sistemas de iluminación peligrosos.**

En República Dominicana no se ha conducido un estudio nacional dirigido a conocer la frecuencia de accidentes en el hogar de niños. Apenas existen estudios aislados en uno que otro hospital. Es necesario desde todo punto de vista, tomar plena consideración de la gran importancia que tiene la profilaxis de los accidentes por su creciente morbilidad y graves consecuencias. El médico pediatra al igual que el médico de la familia es pieza clave para cumplir esta misión, en unión de los padres y la sociedad en general. Su trabajo cotidiano es el más indicado para dirigir y estimar los programas de lucha contra los accidentes.

Si se toma la información precedente, resulta obvia la necesidad de un estudio cada vez más exhaustivo sobre los accidentes en niños que incluya sus causas, lugar de producción, relación con diferentes grupos etéreos y presencia de factores de riesgo, entre otros aspectos.

Actualmente se está llevando a cabo un estudio regional con el propósito de determinar la existencia de diferentes sitios de ocurrencia de accidentes de niños en el hogar y sus principales características.

El estudio de los niños que acudieron a la sala de urgencias de pediatría del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal Septiembre 2010.

Antecedentes

En un estudio realizado en el 1999 en la maternidad san Lorenzo de los Minas y hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, se encontró lo siguiente: 50 niños accidentados donde el sexo más afectado fue el masculino con un 58,0 por ciento, el grupo de edad fue 2-5 años 44,0 por ciento seguido por el grupo 10-12 años, 18,0 por ciento, las características frecuentes fueron las caídas 25,0 por ciento de los casos estaban ambos padres en el momento del accidente.***

En el 2001-2002 se hizo un estudio prospectivo en el hospital Robert Reid Cabral (RRC) de accidentes doméstico, donde se presentaron 242 casos de accidentes domésticos. El sexo de mayor frecuencia fue el masculino 55.8 por ciento de edad donde ocurrieron mayor de todos los accidentes domésticos fue de 0-4 años. La característica del accidente que más obtuvo fue por quemaduras con un 70.7 por ciento. ****

En el 2007, Belisa Colón, Erika Estévez y Gianna Holguín,

hicieron una encuesta en 292 hogares de la zona urbana del municipio de San Cristóbal. En esos hogares habían 1,164 habitantes, 287 de los cuales eran menores de 15 años. De esos (n= 287) niños menores que participaron en la encuesta entrevista, 57(19,9 %) fueron accidentes en el hogar. Al parecer, no hubo asociación entre la edad del niño y el sexo, en el momento de producirse el accidente. Sin embargo, en cada grupo de edad predominó en el sexo masculino las caídas a diferente nivel e igual nivel, y las heridas, constituyeron las tres causas de accidentes en el hogar más frecuentes. La edad de los niños accidentados es independiente de los diferentes sitios que constituyen el hogar, con excepción de la sala, que se encuentra relacionada con un determinado grupo de edad. La exclusiva presencia del adulto en el instante de producirse el accidente no es determinante para evitar la ocurrencia de accidentes en el hogar, y constituye un aspecto fundamental, de eliminación de factores de riesgos presente en este. La presencia de pequeños juguetes u objetos peligrosos, sustancias tóxicas ó medicamentos a su alcance, así como el libre acceso a la cocina y baños, constituyen factores de riesgo importantes que posibilitan la aparición de nuevos accidentes.*****

Otro estudio titulado accidente en el hogar. Estudios en menores de 15 años que asisten al centro materno infantil san Lorenzo de los Mina, Santo Domingo Este, República Dominicana, en el periodo octubre -diciembre, 2007, ejecutado por Rosiris Lora S, Evelyn Núñez De Jesús, Ysa M. González, reportó que de un total de 1 758 niños menores de 15 años que acudieron a emergencia del centro materno Infantil san. Lorenzo de Los Mina, 137(7,8 %) fueron accidentes en el hogar. La mayor frecuencia correspondió al masculino 80(58,4 %) y las edades mayormente involucradas fueron 1-4 años, 61 (44,6 %) y 5-9 años, 48(35,0 %). En el grupo menor del año registraron 8 (5,8 %), mientras que el grupo de 10-14 años, ocurrieron 20 (14,6 %) accidentes. *****

En el 2007, se realizó un estudio titulado: accidentes en el hogar. Estudio en menores de 15 años residente en la zona urbana del municipio de Baní, provincia Peravia por Adriana Colón Cabrera, Casimira Méndez D. Vielka Báez Pimentel y Rubén Darío Pimentel. Fue un estudio prospectivo de encuesta transversal que se llevó a cabo en la zona urbana del municipio de Baní, provincia Peravia, República Dominicana, octubre- diciembre 2007. La encuesta fue realizada en 354 hogares donde había un total de 763 niños menores de 15 años, (N=763) de esos 139 (18,2%) fueron accidentes en el hogar, con una frecuencia mayor en el sexo femenino (59,0%).*****

En el 2009, se realizó un estudio sobre accidentes domésticos en niños menores de 15 años, en el municipio de Azua, República Dominicana en octubre-noviembre 2009. El universo estuvo conformado por 12 480 viviendas habitadas de los cuales 271 fueron encuestadas, encontrando en estos hogares un total de 336 niños que sufrieron accidentes en el

*Romero P. Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. [citado 2010 Agost 14]. URL: www.scielo.cl/pdf/rcp/v78s1/art05.pdf

** Becker E. Los Accidentes domésticos. Habana (Cuba); Editorial Pueblo y educación; 2005: 26-197.

*** Accidentes domésticos en niños que demandaron atención a las emergencias del hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina y Dr. Robert Reid Cabral. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo (Rep Dom), 1999.

**** Accidentes domésticos en niños que demandaron atención en las emergencias del hospital Materno Infantil san Lorenzo de los Mina y Dr. Robert Reid Cabral. [Tesis de grado-Medicina]

***** Velásquez-mota RL, Ramírez I, Guzmán-Marcano M, Cruz-González Y, Felipe-González DR. Incidencia de accidentes domésticos en niños de 0-15 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. 2001-2002. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo (Rep Dom), 2007.

***** Lora SR, Núñez-De Jesús E, González YM. Accidentes domésticos en menores de 15 años que asistieron al Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, Santo Domingo Este, República Dominicana, en el periodo octubre-diciembre, 2007.[Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2007.

***** Colón-Cabrera A, Méndez DC, Báez-Pimentel V. Accidentes en el hgar. Estudio en menores de 15 años residentes en la zona urbana del municipio de Baní, provincia Peravia, República Dominicana. [Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2007.

hogar para un 52.7 por ciento.*

Los accidentes en el hogar constituyen un problema de salud a nivel mundial por la morbilidad, mortalidad y discapacidad que estos representan en la edad pediátrica. El propósito de nuestra investigación es que al determinar la frecuencia de accidentes en el hogar en niños se constituya en una herramienta para prevenir este problema de salud.

1.3. Justificación

Este tema es de vital importancia, ya que los accidentes en el hogar constituyen un problema de salud a nivel mundial, por la morbilidad, mortalidad y discapacidad que estos representan en la edad pediátrica.

Así mismo en el Hospital Juan Pablo Pina llegan a diario pacientes pediátricos con lesiones de diferentes tipos, producto de algún accidente ocurrido en el interior de la casa o alrededor, dígase patio, marquesina o terraza.

La pertinencia de la investigación es por considerar este tema un problema de salud pública, por lo cual se ha elegido el proyecto de investigación con el fin de determinar la frecuencia de estos accidentes en niños, para contribuir a elaborar herramientas que nos ayuden a concientizar y prevenir sobre este problema de salud que afecta la población en general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio Prospectivo y descriptivo de encuesta entrevista transversal.

Demarcación Geográfica

El estudio se realizó en el mes de septiembre de 2010, en el área correspondiente a urgencias de pediatría ubicada en el ala Este del primer nivel del hospital Juan Pablo Pina. El hospital a su vez se localiza en la zona Norte del municipio de San Cristóbal y está delimitado, al Norte, por la calle Manuel María Seixas; al Sur, por la calle Presidente Billini; al Este, por la calle Salomé y al Oeste, por la calle Juan Tomás Díaz. El municipio de San Cristóbal a su vez se encuentra geográficamente localizado en la región Sur de la República Dominicana, a 28 km*** de la capital dominicana y a 5 km del Mar Caribe. Corresponde a la región de salud II.

Universo

El universo estuvo representado por todos los niños menores de 15 años que acudieron a la sala de urgencias de pediatría en el mes de septiembre del año 2010, que fue un total de 3,195.

Muestra

La muestra estuvo representada por los niños menores de 15 años que fueron llevados a la sala de urgencias de pediatría por accidentes, con un total de 479.

Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de la información fue elaborado un cuestionario. Éste fue elaborado en formato 81/2 x 11, contiene 13 preguntas: 5 cerradas y 8 abiertas. Contiene datos sociodemográficos del niño, tales como: edad, sexo, lugar de residencia y, procedencia, entre otros.

Criterios de inclusión

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Que el niño accidentado fuese llevado a la emergencia de pediatría del hospital

2. Que la madre aceptare participar en la encuesta entrevista.
3. Firmar consentimiento informado.
4. Niños menores de 15 años.
5. Niños de ambos sexos.
6. Niños que presenten cualquier lesión de tipo accidental producida en el hogar y/o entorno,

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

1. Niños de 15 años o más.
2. Niños con lesiones intencionales (maltrato físico, por ejemplo).
3. Niños cuyos padres o tutores hayan rechazado la colaboración para participar en la encuesta entrevista.
4. Incapacidad de las madres para proporcionar datos adecuados (retraso mental de la madre, por ejemplo).

Criterios definitorios

Se tomaron como patrón de accidentes el señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que los define como «Todo hecho independiente de la voluntad del hombre causado por una fuerza externa de acción rápida, que se expresa por una lesión del cuerpo o de la mente».

Se consideró «hogar» a los efectos del lugar donde ocurra el accidente, aceptado por la OMS, que señala como «hogar» la vivienda propiamente dicha, el jardín, el patio, el garaje y todo lo que pertenezca a la casa.

Fuente de información

Para la recolección de la información fue elaborado un cuestionario. Éste fue elaborado en formato 81/2 x 11, contenía 13 preguntas: 5 cerradas y 8 abiertas. Contenía datos sociodemográficos del niño, tales como: edad, sexo, lugar de residencia y, procedencia, entre otros.

También contenía datos sociodemográficos de la madre o tutor (edad, estado civil, nivel de instrucción, etc., si trabajo o no).

Sobre los accidentes en el hogar se incluyeron las características del accidente (caída al mismo nivel o de diferente nivel, quemaduras, heridas, asfixias, cuerpos extraños, intoxicaciones, bronco aspiraciones, mordeduras de animales). También contenía preguntas que indagan el lugar del accidente (hogar, cocina, sala, dormitorio, comedor, baño, escalera, azotea, techo, ventanas, garaje, patio, jardín, pasillo, portal, pozos o cisternas, sustancias tóxicas, entre otros).

El informante blanco del presente estudio fue la madre del niño por entender que es la persona capaz de entender el vocabulario utilizado en las preguntas, a su vez la unidad de observación fue la sala de urgencias de Pediatría. Los cuestionarios fueron administrados cara a cara, por los sustentantes quienes fueron los responsables de la ejecución de las entrevistas y recolectar la información.

Método

Estudio piloto de validación

Se evaluó y validó el cuestionario antes de ser utilizado, para evaluar la confidencialidad (capacidad del instrumento para dar resultados similares en distintos momentos sobre características que se consideran invariantes en el periodo comprendido entre dichos momentos). También se evaluó la validez del instrumento (se refiere a la utilidad para medir realmente la característica o concepto que desea medir).

*Reyes-Matos JJ, Rosario-Gómez NY y Soriano-Sosa G. accidentes domésticos en menores de 15 años del municipio de Azua. Octubre-noviembre, 2009. [Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2009.

*** Pérez-Verdú L. Rumbo a República Dominicana. Barcelona (España): Editora alertes, 1992: 45.

El informante blanco de la presente investigación fue la madre del niño accidentado en el hogar por entender que es la persona capaz de entender el vocabulario utilizado en las preguntas, a su vez la unidad de observación fue la sala de urgencias del hospital.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados cara a cara, por los sustentantes que a su vez fueron los entrevistadores y recolectores de la información. Esta fase consistió en entrevistar a las madres de niños que acuden a la sala de urgencias de pediatría, para indagar accidentes domésticos en menores de 15 años.

Se entrevistaron a las madres responsables de los niños menores de 15 años. El proceso de entrevista de esta fase tuvo lugar todos los días del mes de septiembre de 2010.

Tabulación

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa de computadoras Microsoft Word: Epi-info TM Community Health Assessment Tutorial Document versión 2,3.1. Published october, 2009.

Análisis

Los datos fueron procesados mediante la prueba de X² para tablas de contingencias, con la finalidad de conocer la existencia o no de asociación entre las variables estudiadas. El nivel de significación utilizado será de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Se hizo el compromiso de que la información obtenida no será divulgada. Se respetaron las referencias de los autores, colocando la llamada correspondiente al nombre de los mismos títulos de las obras.

Consentimiento informado

Las madres participantes recibieron la explicación de lugar y se les leyó un documento de consentimiento informado donde todos acepten participar en la encuesta. Finalmente se hizo el compromiso de no incluir identificación en el formulario.

RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría. Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Frecuencia de accidentes domésticos

Niños < 15 años	Accidentados	
479	Hogar (por ciento)	Fuera del Hogar (%)
Total	76(15.9%)	403(84.1%)

Fuente directa

Se encontró un total de 479 niños accidentados y de estos, 76 (15%) sufrieron accidentes dentro del hogar. (Ver tabla 1)

Tabla 2. Distribución de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría, según edad, sexo, zona y sexo. Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Frecuencia según edad, sexo, zona y causas

Edad (años)	Frecuencia	%
<1	6	7,9
1-4	28	36,9
5-9	25	32,9
10-14	17	22,4
Total	76	100,0
Sexo		
Femenino	30	39,5
Masculino	46	60,5
Total	76	100,0
Zona		
Urbana	36	47,4
Rural	40	52,6
Total	76	100,0
Causas		
Caída del mismo nivel	21	27,6
Caída de diferente nivel	15	19,7
Quemaduras	6	7,9
Sustancias caustica	0	0,0
Heridas	14	18,4
Colisiones	5	6,6
Asfixia	1	1,3
Cuerpo extraño	5	6,6
Intoxicación	4	5,3
Bronco aspiraciones	0	0
Mordeduras de animales	5	6,6
Total	76	100,0

Fuente directa

Con respecto a la edad el grupo más afectado fueron de 1 a 4 años con 28 casos (36,9%), con relación al sexo la mayor frecuencia correspondió al masculino con 46 casos (60,5%), con relación a la zona la rural represento el mayor número de casos con 40 (52,6%), según las causa las caídas de mismo niveles constituyeron el mayor porcentaje con un total de 27 (27,6%) de los casos, (ver tabla 2).

Tabla 3: Distribución de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría, según edad y causas. Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Relación causas y edad

Causas	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	Total
Total accidentes	6(7.9%)	28(36.9%)	25(32.9%)	17(22.5%)	76(100%)
Caída del mismo nivel	2	9	6	4	21
Caída de diferente nivel	3	4	3	5	15
Quemaduras	0	0	6	0	6
Heridas	0	6	3	5	14
Colisiones	0	2	3	0	5
Asfixia	1	0	0	0	1
Cuerpo extraño	0	4	1	0	5
Intoxicación	0	3	1	0	4
Bronco aspiraciones	0	0	0	0	0
Mordeduras de animales	0	0	2	3	5

Fuente directa

La causa de accidentes con mayor frecuencia fueron las caídas del mismo nivel con 21 casos representando un 27.6%, seguida de las caídas de diferente nivel con 15 (19,7%), las heridas constituyeron el tercer lugar en frecuencia con un total de 14 (18,4%), todos los accidentes fueron más frecuentes en las edades de 1 – 4 años seguida del grupo de edades de 5 – 9 años, (ver tabla 3).

Tabla 4. Frecuencia de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría, según lugar del accidente.

Frecuencia según lugar

Lugar	Frecuencia	%
Cocina	13	17.7
Sala	5	6.6
Dormitorio	15	19.7
Comedor	3	3.9
Baño	0	0.0
Escalera	5	6.6
Azotea	2	2.6
Techo	0	0.0
Ventana	0	0.0
Garaje	5	6.6
Patio	26	34.2
Jardín	0	2.6
Pasillo	0	0.0
Portal	2	2.6
Pozo o cisterna	0	0.0
Total	76	100.0

Fuente directa

El patio constituyó el lugar donde más se presentaron accidentes con 26 casos para un 34.2 %, seguido de el dormitorio con 15 (19.7%). (ver tabla 4).

Tabla 5. Relación de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría, según lugar del accidente y la edad en menores.

Relación entre Lugar y edad

Lugar	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	Total
Total	6	28	25	17	76
Cocina	0	7	3	3	13
Sala	0	5	0	0	5
Dormitorio	6	6	3	0	15
Comedor	0	2	1	0	3
Baño	0	0	0	0	0
Escalera	0	0	5	0	5
Azotea	0	0	2	0	2
Techo	0	0	0	0	0
Ventana	0	0	0	0	0
Garaje	0	2	3	0	5
Patio	0	6	6	14	26
Jardín	0	0	0	0	0
Pasillo	0	0	0	0	0
Portal	0	0	2	0	2
Pozo o cisterna	0	0	0	0	0

Fuente directa

Según el lugar del accidente, el patio fue donde ocurrieron la mayor cantidad de accidentes con 26 (34,2%), seguido del dormitorio 15 (19,7%) y las edades más afectadas fueron los grupos de 1 – 4 años y los de 5 – 9 años, (ver tabla 5).

Tabla 6: Relación de la presencia del adulto al momento del accidente doméstico, en menores de 15 años que asisten a la sala de urgencias de pediatría Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Presencia del adulto en el lugar del accidente

Accidentes	Presencia del adulto		Total (%)
	Sí (%)	No (%)	
76	28 (36,8)	48 (63,2)	76 (100,0%)

Fuente directa

El mayor porcentaje de los accidentes ocurrieron sin la presencia del adulto con un total de 48 (63,2%) casos, (ver tabla 6).

Tabla 7: Relación con la edad de la madre y ocurrencia de los accidentes domésticos en menores de 15 años asisten a la sala de urgencias de pediatría, Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Edad de la madre y los accidentes

Edad (años)	Frecuencia	%
<20	7	9,3
20-24	14	19,4
25-29	17	22,3
30-34	19	25,0
35	19	25,0

En nuestro estudio se presentó un mayor caso de accidentes con relación al de las madres mayores de 30 años, correspondiendo 19 casos entre 30-34 años, al igual que 35, para un 25,0% de ambos casos, que suman un 50,0% entre los 2 (ver tabla 7).

Tabla 8: Relación de la ocupación materna y la producción del accidente en el hogar en menores de 15 años asisten a la sala de urgencias de pediatría, Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Relación de ocupación materna y accidentes

Accidentes	Madre trabaja			
	Sí	%	No	%
76(100,0)	30	39,5	46	60,5

Fuente directa

En esta tabla se demostró que el mayor número de accidentes ocurrió en las madres no trabajadoras para un total de 46 (60,5%) casos, (ver tabla 8).

Tabla 9: Relación entre el estado civil de la madre y los accidentes domésticos en menores de 15 años asisten a la sala de urgencias de pediatría, Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Estado civil de la madre y el accidente

Accidentes	Madre con pareja			
	Sí	%	No	%
76	48	63,2	28	36,8

Fuente directa

Según el estado civil de la madre y la ocurrencia de los accidentes trajo como resultado que en las madres con pareja 48 (63,2%) ocurrieron la mayor cantidad de accidentes, (ver

tabla 9).

Tabla 10: Relación entre nivel de instrucción de la madre y el accidente en menores de 15 años que asisten a la sala de urgencias de pediatría, Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Septiembre, 2010.

Relación entre nivel de instrucción de la madre y el accidente

Nivel de instrucción	Total (%)
Analfabeto	3 (3,9)
Básico	25 (32,9)
Secundario	43 (56,6)
Superior	5 (6,5)
Total	76 (100,0)

Fuente directa

Según el nivel de instrucción de la madre el mayor porcentaje de accidentes con 46 casos (22,7%) ocurrieron en las madres que cursaron o están cursando la secundaria. (Ver tabla 10).

DISCUSIÓN

La frecuencia de accidentes en el hogar que asistieron a la sala de urgencia de pediatría del Hospital Juan Pablo Pina, en septiembre 2010 con una muestra 479 pacientes por accidente y unos resultados de 76 casos (15.9%) fueron en el hogar comparado con un estudio realizado en el municipio de azua, octubre-noviembre 2009 .obtuvieron una frecuencia de 52.7 % demostrando que en el estudio realizado por nosotros la frecuencia fue menor.8 (Tabla 1)

Entre los grupos de edades el predominio fue el de 1-4 (36.9%) seguido por el de 5-9 (32.9%), el sexo masculino predominó con un porcentaje de 60.5 por ciento sobre el femenino 39.5 por ciento. En un estudio realizado en azua los resultados fueron que el grupo 5-9 fue que predominó con (34,8 %) y el sexo masculino aparece por encima del femenino con 54,8 por ciento. 8 (tabla 2)

En nuestro estudio la zona que se efectuaron más casos fue la zona rural con (52,65%) de los casos de accidentes.

Las caídas del mismo nivel con (27,65%), caída a diferente nivel (19,7%) y las heridas (18,4%) constituyeron en nuestro estudios las tres principales causa de accidentes domésticos, un estudio anterior realizado mostró que las caídas a diferentes niveles y las caídas de mismo nivel fueron las principales causas. 8 (tabla2)

El patio (34,2%) el predominio (19,7%) la cocina (17,2%) representa en nuestro estudio los tres principales lugares donde ocurrían los accidentes domésticos en menores de 15 años que asistieron a la salas de urgencias del hospital Juan pablo pina de san Cristóbal septiembre 2010, datos que no tuvieron gran diferencia con un estudio previo realizado en azua. 2009. 8 (Tabla 3)

La mayor cantidad de accidentes se mostró sin la presencia de la madre con un (63,2%) de los casos. 8 (Tabla 6)

Con relación a la edad de la madre nuestros datos arrojaron que en las mujeres mayores de 30 años (50%) sumado entre los rangos 30-34 (25%), mayor 35 (25%) hay mayores casos de accidentes domésticos comparado con estudios previos donde no hubo relevancia significativa. 8 (Tabla 7)

La condición de madre no trabajadora (60,5%) demostró más casos de accidente. (tabla 8)

Las madres con parejas (63,2%) ocurrieron mayor cantidad de accidentes. (Tabla 9)

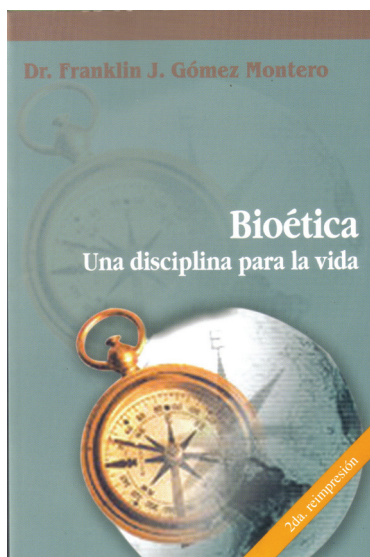
El nivel de instrucción de la madre con relación a los accidentes reflejó que las madres que cursaban la secundaria fue mayor con un (56,6%). (Tabla 10)

REFERENCIAS

1. Romero P. Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. [citado 2010 Agosto 14]. URL: www.scielo.cl/pdf/rcp/v78s1/art05.pdf
2. Becker E. Los Accidentes domésticos. Habana (Cuba); Editorial Pueblo y educación; 2005: 26-197.
3. Accidentes domésticos en niños que demandaron atención a las emergencias del hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina y Dr. Robert Reid Cabral. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo (Rep Dom), 1999.
4. Accidentes domésticos en niños que demandaron atención en las emergencias del hospital Materno Infantil san Lorenzo de Los Mina y Dr. Robert Reid Cabral. [Tesis de grado-Medicina]
5. Velásquez-mota RL, Ramírez I, Guzmán-Marcano M, Cruz-González Y, Felipe-González DR. Incidencia de accidentes domésticos en niños de 0-15 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. 2001-2002. [Tesis de grado-medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo (Rep Dom), 2007.
6. Lora SR, Núñez-De Jesús E, González YM. Accidentes domésticos en menores de 15 años que asistieron al Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Santo Domingo Este, República Dominicana, en el periodo octubre-diciembre, 2007. [Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2007.
7. Colón-Cabrera A, Méndez DC, Béez-Pimentel V. Accidentes en el hgar. Estudio en menores de 15 años residentes en la zona urbana del municipio de Baní, provincia Peravia, República Dominicana. [Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2007.
8. Reyes-Matos JJ, Rosario-Gómez NY y Soriano-Sosa G. accidentes domésticos en menores de 15 años del municipio de Azua. Octubre-noviembre, 2009. [Tesis de grado-Medicina]. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2009.
9. Prevención de Accidentes Domésticos. SE [en línea] 2010 [fecha de acceso 17 agosto 2010]; URL disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/sos/acchogar.htm>
10. Vanella E. Accidentes Domésticos. LS [en línea] marzo 2009 [17 agosto 2010]; URL disponible en: <http://weblog.mendoza.edu.ar/salud/archives/000172.html>
11. Hernández GM, Padrón EM, Ballaga MS, Reyes Balseiro N. Accidentes Del Hogar En Niños De 0 A 9 Años, Revista "Archivo Médico de Camaguey" 1998.
12. Paulsen K y Mejia S. Factores de riesgo para accidentes en niños. Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria. Rev Chil Pediatr 2005; 76(1):98-107
13. Nalegach M, Magnitud y Epidemiología de los Traumas y Accidentes en Chile <http://www.medwave.cl/atencion/infantil/FUDOCV2003/2/1.act> [citado noviembre 22 2010]
14. Fernández Landaluce, S. Mintegi Raso. Epidemiología de las intoxicaciones en pediatría. Santiago Mantegi. Manual De Intoxicaciones en Pediatría. 2ª ed. España. Ergon Ediciones S.A. 2008. p. 3-8. Disponible en: http://www.seup.org/seup/html/gtrabajo/manualIntoxicaciones/manual_index.htm.
15. Pacios Alfonso N., Salazar Casanova H. Factores de riesgos relacionados con los accidentes domésticos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998 Oct [citado 2010 Agosto 02]; 14(5): 440-444.
16. Zayas Mojica R., Cabrera Cardenas U., Simon Cayón D. Accidentes Infantiles o Lesiones No Intencionales. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2010 Agosto 02]; 79(1).
17. Guía de Accidentes en el Hogar. Diputación de Huelva; [online] [revisado 2010 diciembre 15]. URL: <http://www.diphuelva.es/filesWeb/22/fichero/Prevencion/ACCIDENTES%20EN%20EL%20HOGAR.pdf>
18. Hogar seguridad. Como evitar accidents en la cocina. [online] [revisado 2010 diciembre 04]. URL: <http://hogar.comohacerpara.com/n2978/como-evitar-accidentes-en-la-cocina.html>
19. Puleva Salud. Salud Infantil; Accidente Domésticos. [online] [revisado 2010 diciembre 15]. URL: <http://www.salud.com/salud-infantil/accidentes-domesticos.asp>
20. Fernández González P. Intoxicaciones por detergentes. Santiago Mantegi. Manual De Intoxicaciones en Pediatría. 2ª ed. España. Ergon Ediciones S.A. 2008. p. 161-167. Disponible en: http://www.seup.org/seup/html/gtrabajo/manualIntoxicaciones/manual_index.htm.
21. Rodríguez Jorge R. Repercusión social de los accidentes mortales en edad pediátrica en los últimos 20 años en Villa Clara. 2007. www.portalesmedicos.com. Citado el 19 de Sept 2010
22. Rivara F., Grossman D. Control de las lesiones accidentales. Richard E. Behrman M.D. Robert M. kliegman M.D. Hal. B. Jenson M.D. Nelson Tratado De Pediatría. 16ª ed. España. McGraw-Hill. 2000. p. 250-257. (Vol. 1).
23. Alia Y. Antoon, Mary K. Donovan. Quemaduras. Richard E. Behrman M.D. Robert M. kliegman M.D. Hal. B. Jenson M.D. Nelson Tratado De Pediatría. 16ª ed. España. McGraw-Hill. 2000. p. 315-322. (Vol 1).
24. Clerigué Arrieta N. Antídotos más utilizados en intoxicaciones pediátricas. Santiago Mantegi. Manual De Intoxicaciones en Pediatría. 2ª ed. España. Ergon Ediciones S.A. 2008. p. 37-60.
25. Harry J. kallas. Ahogamiento y casi ahogamiento. Richard E. Behrman M.D. Robert M. kliegman M.D. Hal. B. Jenson M.D. Nelson Tratado De Pediatría. 16ª ed. España. McGraw-Hill. 2000. p. 305-314. (Vol 1).
26. Fernando Álvarez López, Edgar Cantillo Sánchez, Consuelo Cárdenas Zaluaga, Mauricio Copete Ortiz, Jaime Martínez Cano, Jorge Alberto Martínez Montoya, Carlos Melo Hernández. Fernando Montoya Navarrete, Laureano Quintero Barrera, Oscar Salazar Gómez. Manejo Del Trauma Pediátricos. 2ª ed. Colombia. Universidad de Caldas. 2007. p. 233-246.
27. Gelfman Marcelo G., Ledesma José, Hauier Fernando, Volonté Pablo, Orbe Guido, Fiorentino Jorge A. Trauma por caída de altura en pediatría. Arch. argent.

- pediatr. [revista en la Internet]. 2005 Oct [citado 2010 Agost 10]; 103(5): 414-419.
28. E. Crespo Ruperez, M.P. Falero Gallego. Intoxicaciones por plaguicidas. Santiago Mantegi. Manual De Intoxicaciones en Pediatría. 2a ed. España. Ergon Ediciones S.A. 2008. p. 169-179. Disponible en: http://www.seup.org/seup/html/gtrabajo/manualIntoxicaciones/manual_index.htm.
 29. M. de la Torre Espí, J.C. Molina Cabañero. Intoxicaciones por monóxido de carbono. Santiago Mantegi. Manual De Intoxicaciones en Pediatría. 2a ed. España. Ergon Ediciones S.A. 2008. p. 181-189. Disponible en: http://www.seup.org/seup/html/gtrabajo/manualIntoxicaciones/manual_index.htm.
 30. Jofré M. Leonor, Perret P. Cecilia, Abarca V. Katia, Solari G. Verónica, Olivares C. Roberto, López Del P. Javier. Recomendaciones para el manejo de mordeduras ocasionadas por animales. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2010 Agost 19]; 23(1): 20-34.
 31. Hjar-Medina M.C., Tapia-Yáñez J.R.; Lozano-Ascencio R., López-López M.V. Accidentes En El Hogar En Niños Menores De 10 Años. Causas Y Consecuencias. Salud Pública Méx 1992; Vol.34 (6):615-625.
 32. Gutiérrez Hugo A., Vera De Soto D., Ruiz Lujan M.A. Accidentes En El Hogar En Niños Menores De 10 Años, Hospital Nuestra Señora De Chiquinquirá, Maracaibo, Estado Zulia. Rev Soc Méd Quir Hosp Emerg Pérez De León 2008; 39(2): 107-117.
 33. Pagliuca Lorita Marlina Freitag, Uchoa Renata Sarmento, Machado Márcia Maria Tavares. Padres ciegos: experiencias sobre el cuidado de los hijos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2009 Apr [cited 2010 Agost 14]; 17(2): 271-274.
 34. Díaz Sánchez M. Morbimortalidad por accidente en edad pediátrica. 2010. www.portalesmedicos.com. Citado el 19 de Sept 2010.
 35. J. López Ávila. Intoxicaciones por antiinflamatorios no esteroideos. Santiago Mantegi. Manual De Intoxicaciones en Pediatría. 2a ed. España. Ergon Ediciones S.A. 2008. p. 99-109. Disponible en: http://www.seup.org/seup/html/gtrabajo/manualIntoxicaciones/manual_index.htm.
 36. León López Rogelio, Vandama Brizuela Luis. Accidentes en la infancia: un reto para todos. Rev Cubana Med Gen Integr [serial on the Internet]. 1997 Feb [cited 2010 Agost 19]; 13(1): 59-62.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Bioética. Una disciplina para la vida.

Autor: Dr. Franklin J. Gómez Montero

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

ACTITUDES ANTE PORNOGRAFÍA, MASTURBACIÓN, EXHIBICIONISMO Y CYBERSEXO ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA VEGA.

José B. Gómez C.*, Alan M. Gómez C.*

RESUMEN

Objetivos: El estudio las actitudes ante la pornografía, masturbación, exhibicionismo y cybersexo en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel de bachillerato de la ciudad de La Vega para el periodo de Marzo-Mayo del 2011.

Métodos: Transversal, de fuente primaria tipo encuesta, auto-completable, anónima y voluntaria, con una población constituida por una muestra aleatoria, no probabilística de 137 adolescentes estudiantes, que cursaban los cursos de 2do, 3ro y 4to de bachillerato, a los cuales se les pidió contestar una serie de preguntas sobre sexualidad; las preguntas eran de dos tipos: algunas debían ser completas y otras de selección entre las opciones presentadas.

Resultados: La edad media de los adolescentes es de 16.8 años; el 50.36 por ciento afirmó sostener algún tipo de relación sexual; la media de la edad de su primera relación sexual, fue de 14.9 años. En un 20 por ciento la frecuencia sexual es de 2 o 3 relaciones sexuales por mes. De 131 adolescentes, un 64.89 por ciento refiere haber tenido sexo oral y un 14.88 por ciento sexo anal. Un 46.62 por ciento afirmó ver pornografía, de los cuales un 21.05 por ciento eran mujeres. Un 60.32 por ciento, de 126 adolescentes negó masturbarse, de los cuales un 50.79 por ciento eran mujeres. Un 91.67 por ciento refiere no realizar juegos sexuales en sitios públicos, Un 4.69 por ciento de los hombres y un 3.13 por ciento de las mujeres refiere haberse tomado una fotografía desnuda y un 10.94 por ciento de las mujeres parcialmente desnuda. De 129 adolescentes, un 21 por ciento de las mujeres refiere haber tenido algún tipo de intimidad sexual virtual, al igual que un 13.18 por ciento de los hombres. De estos el 8.66 por ciento de los hombres y el 5.51 por ciento de las mujeres refiere haber tenido intimidad sexual virtual con un desconocido.

Conclusiones: El consumo de pornografía y la masturbación son cuestiones poco exploradas en las investigaciones sociales sobre sexualidad en América Latina. Muchos de los adolescentes acceden a la pornografía a través de los medios electrónicos disponibles en una vasta variedad. Estas conductas imponen una conducta hacia la actividad sexual virtual que merece vital énfasis al momento de abordar temáticas de educación sexual al fin de una correcta orientación a cerca de los factores de riesgo a que se exponen nuestros adolescentes. A través de la educación sexual, y partiendo de las necesidades de conocimientos de nuestros adolescentes, podremos ayudar a transmitir salud sexual, ayudarlos en el cuidado de su cuerpo y el del otro.

Palabras claves: Pornografía, Masturbación, Exhibicionismo, Cybersexo, Sexo Virtual, Parafilias, Educación Sexual.

ABSTRACT

Objectives: The study attitudes to pornography, masturbation, exhibitionism and cybersex in a sample of young high school level students in the city of La Vega for the period March-May 2011.

Methods: A cross-sectional survey of primary source type, auto-completable, anonymous and voluntary, with a population consisting of a random sample of 137 nonrandom adolescents students who were enrolled in the courses of 2nd, 3rd and 4th high school, to which they asked to complete a series of questions about sexuality, the questions were of two types: some had to be complete and other selection from the options presented.

Results: The mean age of adolescents is 16.8 years and the 50.36 por ciento reported sustaining some type of sexual relationship, the mean age at first intercourse was 14.9 years. In 20 por ciento the frequency of sexual intercourse was 2 or 3 per month. Of 131 adolescents, 64.89 por ciento reported having had oral sex and 14.88 por ciento anal sex. A 46.62 por ciento said viewing pornography, of which 21.05 percent were women. A 60.32 percent of 126 adolescents refused masturbate, of which 50.79 percent were women. A 91.67 percent reported no sexual play games in public places, a 4.69 percent of men and 3.13 percent of the women concerned have taken a picture naked and 10.94 percent of women partially nude. Of 129 adolescents, 21 percent of women reported having had some kind of virtual sexual intimacy, as well as a 13.18 percent of men. Of these, 8.66 percent for men and 5.51 percent of women reported having had sexual intimacy with a virtual unknown.

Conclusions: The consumption of pornography and masturbation are unexplored issues in social research on sexuality in Latin America. Many teens access to pornography through electronic media available in a vast variety. These behaviors impose behavior towards sexual activity deserves vital virtual emphasis when addressing issues of sex education at the end of proper guidance about the risk factors set out our teenager. Through sex education, and based on the knowledge needs of our teens, we can help deliver sexual health, help in the care of his body and other's.

Keywords: Porn, Masturbation, Exhibitionism, Cybersex, Sex Virtual, Paraphilia, Sexual Education.

*Médico General

INTRODUCCIÓN

El acceso a nuevas tecnologías durante la última década, ha desarrollado una serie de hábitos relacionados con este nuevo mundo virtual. Muchas de estas costumbres se asocian al uso del ordenador como herramienta de trabajo, pero muchas otras, son fruto de su uso, a través del internet, como medio de relacionarse con otras personas, que se convierte, en ocasiones, en la única manera de relación interpersonal de algunos individuos. Esto ha desarrollado un nuevo trastorno asociado a la informática, denominado Cybersexofilia, el cual se caracteriza por obtener excitación específicamente y exclusivamente a través del contacto directo, no físico mediante la red electrónica, siendo el cybersexo su práctica no patológica. Al teclear «sexo» en el buscador en la red google, arroja 450 millones de resultados. A pesar de la carencia de investigaciones en esta temática, se percibe una relación directa del mismo, entre otras, con la pornografía, teniendo como acto común entre ambas la masturbación.

A pesar de ser Karpman (1954) quien emplea por primera vez el término “parafilia”, es en el DSM-III cuando aparece como concepto oficial, para entonces, de “desviación sexual”. Según el DSM-IV, la característica esencial de la parafilia es la presencia de fantasías sexualmente activantes, impulsos sexuales o conductas, intensas y recurrentes que implican generalmente objetos humanos, el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja o niños u otras personas que no consciente, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses. Es importante aclarar que un individuo no se considera que tenga una parafilia por el simple hecho de manifestar impulsos sexuales y por las actividades en sí mismo que lleve a cabo; es necesario que la persona exprese malestar hacia dichos impulsos y sensaciones.¹

El exhibicionismo se encuentra enumerado dentro de los 8 principales tipos de parafilias descritos en el DSM-IV. La cybersexofilia se encuentra descrita en el manual diagnóstico de las enfermedades en sexología, Flases 2008.² La adicción al internet no está reconocida como un trastorno en el DSM-IV-TR, ni el CIE-10.

El consumo de pornografía y la masturbación son parte del proceso de construcción social de la sexualidad de los adolescentes. Estas actividades se pueden realizar de modo solitario. Es interesante resaltar el hecho de que mientras a la las mujeres no les interesa la pornografía, la rechazan y la miran muy eventualmente, en los varones es más habitual, por curiosidad o diversión. Las mujeres rechazan la pornografía dado el carácter excesivamente explícito de sus imágenes de ciertas actividades sexuales y que las presenta despojadas de sentimientos y, particularmente, de amor. Esto sugiere que la mujer entra en tensión con el modelo de amor romántico, del que estas adolescentes continúan imbuidas.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años.⁴ En América Latina y el Caribe, se ha estimado un aumento de esa población de un 138 por ciento para el 2002.

No existe un perfil de usuario de estas modalidades digitales, pueden ser una conducta extendida y pueden tener su aspecto positivo (para personas con menos habilidades sociales, para condimentar la vida sexual) y su aspecto negativo (adicción,

pérdida de control, problemas de pareja y familiares). Estas actividades son consideradas como sexo seguro, anónimo y sin complicaciones.⁵

No existe tratamiento psicológico ni farmacológico aprobado para las adicciones a la pornografía y la cybersexofilia, pero los programas cognitivos conductuales y técnicas usadas en otras adicciones son provechosas.

Estudios de Pick y col, en México, sobre el conocimiento de los adolescentes sobre conducta sexual y anticonceptivos, encontraron un inadecuado nivel de conocimiento sobre estos temas.⁶ En España casi la totalidad de alumnos (97.4 por ciento) percibe la necesidad de una adecuada educación sexual en la escuela.⁷ En este punto se debe resaltar la importancia de la educación sexual temprana como medio de hacer del conocimiento a los adolescentes sobre estas temáticas y sus factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y muestra

La población objeto de estudio estuvo constituida por una muestra aleatoria, no probabilística de 137 adolescentes estudiantes, que cursaban los cursos de 2do, 3ro y 4to de bachillerato, en el Liceo Experimental y de Práctica UNPHU, de la ciudad de La Vega, República Dominicana, durante el período comprendido entre Marzo-Mayo del 2011.

La unidad de análisis fue determinada por el llenado o no de un cuestionario anónimo.

Análisis

El instrumento de recolección de datos se basó en un cuestionario anónimo, autocompletable y voluntario, que agrupaba preguntas en 6 tópicos (datos generales, antecedentes sexuales, interacciones sexuales, planificación familiar, creencias y tabúes sexuales y otras); en la cual se usaron dos tipos de preguntas, en algunas el adolescente debía completar los datos solicitados y otras debía elegir su respuesta entre varias opciones presentadas.

Se recogieron datos generales demográficos (edad y sexo), actitudes en sexualidad (relaciones sexuales, pornografía, masturbación, exhibicionismo y cybersexo).

El cuestionario fue impartido durante el horario de clases, en horas asignadas para charlas sobre educación sexual y previa a la misma, con la colaboración del tutor del aula. Antes de la distribución del cuestionario, se presentó el tema y los objetivos pretendidos, enfatizando el carácter anónimo de las preguntas, la voluntariedad ante el mismo, rogándoles la máxima sinceridad, haciéndoles saber que no había respuestas correctas o incorrectas y que todo lo que contestaran era válido siempre que reflejaran lo que ellos pensaban.

Los datos fueron incorporados en cuadros y gráficos, y analizados a través de estadísticas descriptivas basadas en frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

El estudio sobre actitudes ante la pornografía, masturbación, exhibicionismo y cybersexo en una muestra de adolescentes estudiantes de nivel de bachillerato de la ciudad de La Vega, reportó que la media de edad fue de 16.8 años y un 61.3 por ciento de la población son de sexo femenino.

Tabla 1. Resultado distribuidos por edad, sexo y curso de los adolescentes.

Edad:	2do B		3ro A		3ro B		4to A		4to B		TOTAL		TOTAL
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	
14											0	0	0
15	6	2	3	1		1					9	4	13
16	3	6	7	9	4	4	2	3	1		17	22	39
17	1	1	1	3	3	8	8	10	9	11	22	33	55
18		2		3	1		1	5	2	7	4	17	21
19				1	1			1		4	1	6	7
20								1			0	1	1
21									1		0	1	1
TOTAL	10	11	11	17	9	13	11	20	12	23	53	84	137

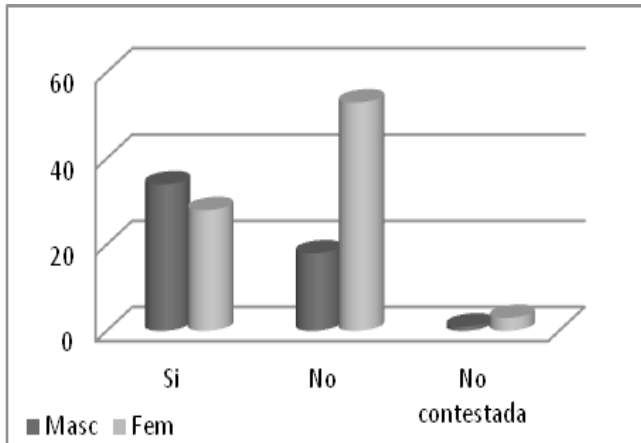
Un 19.70 por ciento de los adolescentes refirieron no haber tenido relaciones sexuales; un 29.93 por ciento se abstuvo de contestar. La media de edad de su primera relación sexual, para el 50.36 por ciento que respondió, fue de 14.9 años.

Un 49.04 por ciento de los adolescentes, de un 75.91 por ciento de la población, contestaron haber tenido sexo vaginal, de los cuales un 56.86 por ciento fueron mujeres. Un 20 por ciento de los adolescentes refirió una frecuencia de 2 o 3 relaciones sexuales por mes y un 10.48 por ciento en frecuencia de 3 por semana.

De un total de 131 adolescentes que contestaron, un 64.89 por ciento refiere haber tenido sexo oral; y de un total de 121 que respondieron, un 14.88 por ciento refiere haber sostenido sexo anal.

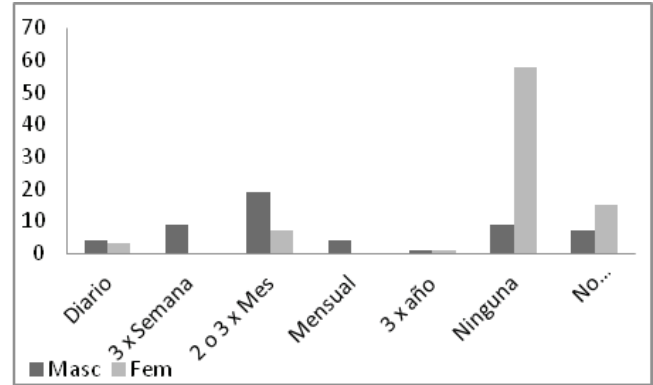
De 133 adolescentes, un 46.62 por ciento respondió ver pornografía, de los cuales un 21.05 por ciento eran mujeres.

Gráfico 1. Relación por género y ver pornografía.



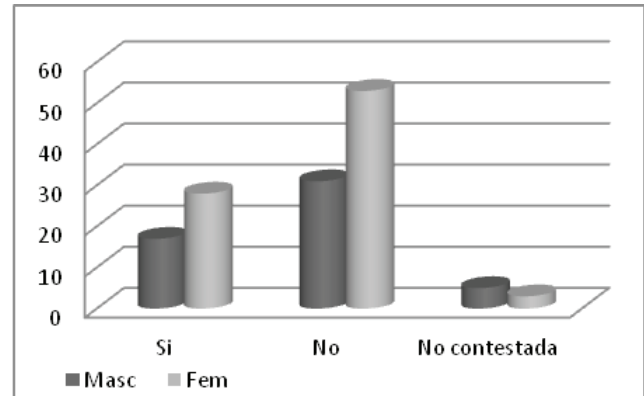
En relación a la conducta de masturbación, de 126 adolescentes, un 60.32 por ciento respondió no hacerlo, de los cuales un 50.79 por ciento eran mujeres. Del 39.68 por ciento que dio una respuesta afirmativa, la frecuencia con que la realizan varió en un 6.09 por ciento diario, un 7.83 por ciento 3 veces por semana y un 22.61 por ciento 2 o 3 veces por mes, para este último siendo un 6.09 por ciento de mujeres.

Gráfico 2. Relación por género y frecuencia de masturbación.



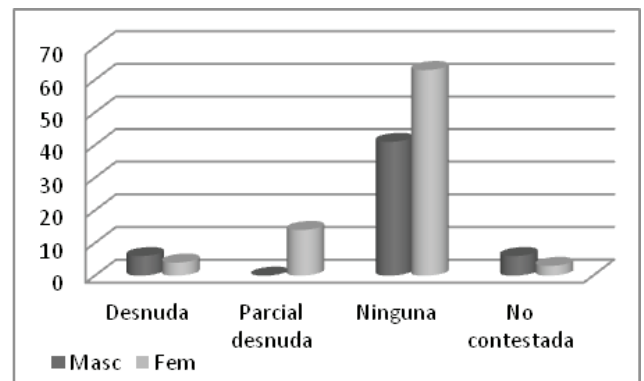
En cuanto a las conductas exhibicionista, de un total de 132 adolescentes, un 91.67 por ciento refiere no realizar juegos sexuales en sitios públicos. De 128 adolescentes, un 4.69 por ciento de los hombres y un 3.13 por ciento de las mujeres refieren haberse tomado una fotografía desnuda y un 10.94 por ciento de las mujeres parcialmente desnuda.

Gráfico 3. Relación por género e intimidad sexual virtual.



De 129 adolescentes, un 21 por ciento de las mujeres refiere haber tenido algún tipo de intimidad sexual virtual al igual que un 13.18 por ciento de los hombres. De estos el 8.66 por ciento de los hombres y el 5.51 por ciento de las mujeres refiere haber tenido intimidad sexual virtual con un desconocido.

Gráfico 4. Relación por género y fotografía.



DISCUSIÓN

Quispe y col, en su estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata, determinó que el lugar de mayor aprendizaje en sexualidad fue en el colegio (37.7 por ciento); el 26.8 por ciento acepta haberse masturbado y el 51 por ciento acepta haber tenido relaciones sexuales. La media del inicio de las relaciones sexuales fue de 15.5 años.⁷

En nuestro estudio la media de edad de la primera relación sexual fue de 14.9 años, con una práctica hacia la masturbación en un 39.68 por ciento de los 126 adolescentes que contestaron.

Un 50.79 por ciento de las adolescente refirió no realizar actos de masturbación lo que afirma lo expuesto por Jones D., et al, en su análisis pornografía y masturbación, en el cual refleja el poco interés mecánico de la satisfacción de su deseo sexual.³

La incidencia de ver pornografía por parte de los adolescentes fue de un 46.62 por ciento de los cuales un 21.05 eran mujeres. Muchas de las mujeres rechazan la pornografía por sentirse alienadas del romanticismo en la sexualidad.

Algunos datos de importancia son el 21 por ciento de las adolescentes que refieren haber tenido algún tipo de intimidad sexual virtual, siendo un 5.51 por ciento con un desconocido y un 10.94 por ciento que refiere haberse fotografiado desnuda.

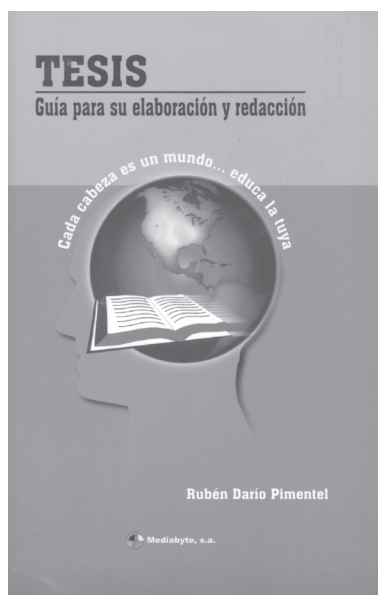
Estas conductas imponen una conducta hacia la actividad sexual virtual que merece vital énfasis al momento de abordar temáticas de educación sexual al fin de una correcta orientación a cerca de los factores de riesgo a que se exponen nuestros adolescentes.

REFERENCIAS

1. Navarro Y., et al. Nueva parafilia del siglo XXI: Chat-Escatofilia. Archivos Hispanoamericanos de

- Sexología 2003; 9:81-104.
2. Flasses. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología. 2ª Ed. 2008.
3. Jones D. Pornografía y masturbación – Autoerotismo en adolescentes del Chubut (Argentina). 2006.
4. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Serie de informes técnicos. Ginebra: OMS 1986.
5. Sánchez s., et al. Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: La adicción al sexo en internet. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Intervención Psicosocial 2009; 18(3)255-268.
6. Pick S., Andrade P., Townsend J. y Givaudan M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. Salud Mental 1999; 17:25-31.
7. Quispe Rojas, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata. Cusco 2003.
8. Mesa J., et al. Comportamientos sexuales y uso de preservativo en adolescentes de nuestro entorno. Aten Primaria 2004; 33(7):374-380.
9. Gerressu M., et al. Prevalence of masturbation and associated factor in a British national probability survey. Arch Sex Behav 2001; 40:619-630.
10. Tierney A., et al. The relationship among sexual attitudes, sexual fantasy, and religiosity. Arch Sex Behav 2011; 40:619-630.
11. Sierra J., et al. Actitud hacia la masturbación en adolescentes. Universitas Psychologica 2009; 9(2):531-542.

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.

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE NIVEL DE BACHILLERATO DE LA CIUDAD DE LA VEGA

José B. Gómez C. *, Alan M. Gómez C. *

RESUMEN

Objetivos: El estudio determinó el conocimiento y actitudes sobre sexualidad en una muestra adolescentes estudiantes en el de nivel de bachillerato de la ciudad de La Vega para el periodo de Marzo-Mayo del 2011.

Métodos: Transversal, de fuente primaria tipo encuesta, autocompletable, anónima y voluntaria, con una población constituida por una muestra aleatoria, no probabilística de 137 adolescentes estudiantes, que cursaban los cursos de 2do, 3ro y 4to de bachillerato, a los cuales se les pidió contestar una serie de preguntas sobre sexualidad; las preguntas eran de dos tipos: algunas debían ser completas y otras de selección entre las opciones presentadas.

Resultados: La edad media de los adolescentes es de 16.8 años; el 50.36 por ciento afirmó sostener algún tipo de relación sexual; la media de la edad de su primera relación sexual, fue de 14.9 años; en un 11.59 por ciento su primera relación fue forzada, siendo un 37.50 por ciento mujeres; en un 42.03 por ciento de las mujeres su primera relación fue con novio. En un 20 por ciento la frecuencia sexual es de 2 o 3 relaciones sexuales por mes. De 131 adolescentes, un 64.89 por ciento refiere haber tenido sexo oral y un 14.88 por ciento sexo anal. De 79 adolescentes, un 39.24 por ciento que correspondió a varones usan preservativos y un 25.32 por ciento de las mujeres reportó que sus parejas no los utilizaban. Un 41.67 por ciento, de 96 adolescentes, refieren vergüenza al tener que comprar los preservativos. Un 81.90 por ciento refiere que la satisfacción sexual de la mujer no dependía del tamaño del pene. De un total de 114 adolescentes que respondieron, un 16.67 por ciento afirmó poder quedar embarazadas por ingerir semen, y un 61.40 por ciento considera que el VIH no se transmite por sexo oral.

Conclusiones: Observamos un desconocimiento importante sobre tópicos elementales de sexualidad, riesgo de infecciones de transmisión sexual y prevención de embarazos no deseados, lo que implica una falta de atención, tanto en el ámbito sanitario como educativo, respecto de estos temas, en nuestro medio y la carencia de profesionales con la capacidad de abordar estos temas con un perfil basado en la ciencia, actualizado y abierto a las inquietudes de los adolescentes.

Palabras claves: Sexualidad, educación sexual, adolescentes, infecciones de transmisión sexual.

ABSTRACT

Objectives: The study determined the knowledge and

*Médico General

attitudes about sexuality in a sample of adolescent students in the high school in the city of La Vega for the period March-May 2011.

Methods: A cross-sectional survey of primary source type, autocompletable, anonymous and voluntary, with a population consisting of a random sample of 137 nonrandom adolescents students who were enrolled in the courses of 2nd, 3rd and 4th high school, to which they asked to complete a series of questions about sexuality, the questions were of two types: some had to be complete and other selection from the options presented.

Results: The mean age of adolescents is 16.8 years and the 50.36 por ciento reported sustaining some type of sexual relationship, the mean age at first intercourse was 14.9 years; 11.59 por ciento first intercourse was forced, being a 37.50 por ciento female. In 42.03 percent of the women first intercourse was with their boyfriend. In 20 percent the frequency of sexual intercourse was 2 or 3 per month. Of 131 adolescents, 64.89 percent reported having oral sex and anal sex in 14.88 percent. Of 79 adolescents, 39.24 percent were men who use condoms, and 25.32 per cent of women reported that their partners did not use it. A 41.67 percent of 96 adolescents referred shame buying condoms. A 81.90 percent reported that the woman's sexual satisfaction did not depend on penis size. Of a total of 114 adolescents who responded, 16.67 percent claimed to be pregnant from swallowing semen, and a 61.40 percent believe that HIV is not transmitted through oral sex.

Conclusions: We observed a significant lack of awareness about basic topics of sexuality, risk of sexually transmitted infections and prevention of unwanted pregnancies, which implies a lack of attention, both in health and education on these issues, in our environment, and lack of professionals with the ability to address these issues with a profile based on science, updated and open to the concerns of adolescents.

Key words: Sexuality, sex education, teens, sexual transmitted infections.

INTRODUCCIÓN

El desconocimiento sobre sexualidad es uno de los problemas que afronta la población adolescente y el cual trae como consecuencia la presentación embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, madres muy jóvenes, conflictos familiares y otros problemas de connotación personal, familiar y social.

Estudios de Pick y col, en México, sobre el conocimiento de los adolescentes sobre conducta sexual y anticonceptivos, encontraron un inadecuado nivel de conocimiento sobre estos

temas.1 Quispe y col, en su estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata, determinó que el lugar de mayor aprendizaje en sexualidad fue en el colegio (37.7 %); el 62 por ciento aceptó las relaciones sexuales prematrimoniales como naturales; el 26.8 por ciento acepta haberse masturbado y el 51 por ciento acepta haber tenido relaciones sexuales. La media del inicio de las relaciones sexuales fue de 15.5 años.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años.³ En América Latina y el Caribe, se ha estimado un aumento de esa población de un 138 por ciento para el 2002. Para España este grupo representa la séptima parte de la población, de la cual un 6 por ciento corresponde a madres adolescentes.⁴ En México la población adolescente representa el 23.2 por ciento, casi 21 millones de personas.⁵

Según datos del Instituto Guttmacher (1998), en Santiago de Chile, la edad media de edad de inicio de relaciones sexuales es de 16.2 años, mientras que en Ciudad de Guatemala es de 15.9 años de edad.⁶

El perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, realizado por la OMS en el 2000, sostiene que uno de cada seis jóvenes ya ha tenido una experiencia sexual antes de cumplir los 15 años en México; tres de cada diez en Guatemala y Ecuador; y casi cuatro de cada diez en San Pablo y Salvador en Brasil. La probabilidad de que una mujer haya tenido una relación sexual antes de los 20 años varía entre el 46 por ciento y el 63 por ciento en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Trinidad y Tobago. Entre un 35 por ciento y 52 por ciento de los embarazos en adolescentes no eran planificados en El Salvador, Perú, Bolivia, Brasil, República Dominicana y Trinidad y Tobago.⁶

Endesa 2002, refleja que en República Dominicana, hubo un incremento de la fecundidad y maternidad en adolescentes debido a un aumento en la proporción de mujeres que iniciaron el proceso de procreación a temprana edad; datos corroborados por la Enhogar 2006, que revela que al llegar a los 19 años alrededor del 42 por ciento de las adolescentes habían salido embarazadas y el 34 por ciento ya eran madres.⁷

De igual manera, la Enhogar 2006 revela que en el país 11 de cada mil adolescentes antes de los 15 años ya se han unido en matrimonio y 37 antes de los 18 años. Este mismo informe dice que un 18 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años actualmente están casadas o unidas.⁸

En México se presentan 450,000 nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años, lo que equivale al 16.1 por ciento de los nacimientos.⁹

Según muestran los datos de Unicef, para el 2008, todos los años 13 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad dan a la luz alrededor del mundo. Las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio ocupan el segundo y cuarto lugar entre las principales causas de muerte de las mujeres latinoamericanas de 15 a 24 años de edad. En República Dominicana 70.13 por ciento de las adolescentes eran madres con uno y hasta cuatro hijos para el año 2002, lo que representa un 17 por ciento del total de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad.¹⁰

Según estudio realizado en Uganda, en el 2006, el 14 por ciento de las adolescentes indicaron que su primera relación sexual había sido forzada, que eran menos proclives a ser usuarias actuales de anticonceptivos y a haber utilizado condón durante su última relación. También indicaron que su

último embarazo era no planeado y que habían tenido uno o más síntomas de infección en el tracto genital.¹¹

Según el Informe Mundial de Onusida, sobre la Epidemia del VIH/SIDA, sólo el 40 por ciento de las personas jóvenes entre las edades de 15 y 24 años reciben conocimientos actualizados sobre las distintas formas de transmisión del VIH.¹² Más de la mitad de todos los casos de VIH/SIDA reportados en el Caribe son el resultado de relaciones heterosexuales no protegidas. Actualmente las mujeres representan más de un tercio de los casos de VIH/SIDA en dicha región.⁵

En una investigación sobre la prácticas sexuales y seroprevalencia de infecciones de transmisión sexual en meretrices clandestinas de Lima, en 1996, reportó el uso consistente de condón con los clientes en un 75 por ciento, y que las prácticas sexuales de riesgo encontradas fueron: coito anal 7.6 por ciento, relaciones sexuales durante la menstruación 37 por ciento, felación 93 por ciento, y que el 25 por ciento tuvo antecedentes de alguna infección de transmisión sexual en los últimos 5 años, siendo gonorrea la más frecuente con un 22 por ciento.¹³

En España casi la totalidad de alumnos (97.4 por ciento) percibe la necesidad de una adecuada educación sexual en la escuela.²

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y Muestra

La población objeto de estudio estuvo constituida por una muestra aleatoria, no probabilística de 137 adolescentes estudiantes, que cursaban los cursos de 2do, 3ro y 4to de bachillerato, en el Liceo Experimental y de Práctica UNPHU, de la ciudad de La Vega, República Dominicana, durante el período comprendido entre Marzo-Mayo del 2011.

La unidad de análisis fue determinada por el llenado o no de un cuestionario anónimo.

Análisis

El instrumento de recolección de datos se basó en un cuestionario anónimo, autocompletable y voluntario, que agrupaba preguntas en 6 tópicos (datos generales, antecedentes sexuales, interacciones sexuales, planificación familiar, creencias y tabúes sexuales y otras); en la cual se usaron dos tipos de preguntas, en algunas el adolescente debía completar los datos solicitados y otras debía elegir su respuesta entre varias opciones presentadas.

Se recogieron datos generales demográficos (edad y sexo), sobre conocimientos y actitudes en sexualidad (relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, uso de preservativos y otros métodos de evitación de un embarazo no deseado).

El cuestionario fue impartido durante el horario de clases, en horas asignadas para charlas sobre educación sexual y previa a la misma, con la colaboración del tutor del aula. Antes de la distribución del cuestionario, se presentó el tema y los objetivos pretendidos, enfatizando el carácter anónimo de las preguntas, la voluntariedad ante el mismo, rogándoles la máxima sinceridad, haciéndoles saber que no había respuestas correctas o incorrectas y que todo lo que contestaran era válido siempre que reflejaran lo que ellos pensaban.

Los datos fueron incorporados en cuadros y gráficos, y analizados a través de estadísticas descriptivas basadas en frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

El estudio sobre conocimiento y actitudes sobre sexualidad en muestra de adolescentes estudiantes de nivel de bachillerato de la ciudad de La Vega, reportó que la edad media fue de 16.8 años. Un 61.3 por ciento son mujeres; de las cuales la media de edad de su menarquia fue a los 11.5 años.

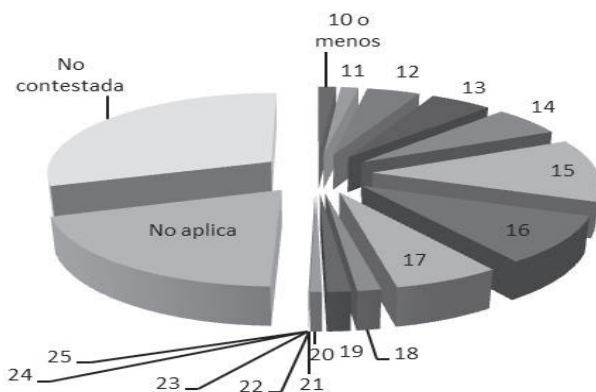
Tabla 1. Resultado distribuidos por edad, sexo y curso de los adolescentes.

Edad:	2do B		3ro A		3ro B		4to A		4to B		TOTAL		TOTAL
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	
14											0	0	0
15	6	2	3	1		1					9	4	13
16	3	6	7	9	4	4	2	3	1		17	22	39
17	1	1	1	3	3	8	8	10	9	11	22	33	55
18		2		3	1		1	5	2	7	4	17	21
19				1	1			1		4	1	6	7
20								1			0	1	1
21									1		0	1	1
TOTAL	10	11	11	17	9	13	11	20	12	23	53	84	137

Un 19.70 por ciento de los adolescentes refirieron no haber tenido relaciones sexuales; un 29.93 por ciento se abstuvo de contestar. La media de edad de su primera relación sexual, para el 50.36 por ciento que respondió, fue de 14.9 años. Un 11.59 por ciento de los adolescentes refirió que su primera relación fue forzada, de los cuales un 37.50 por ciento eran mujeres.

Del total de adolescentes que refirieron tener una primera relación sexual, en un 17.39 por ciento de los hombres y en un 42.03 por ciento de las mujeres fue con su novio, y en un 26.09 por ciento de los hombres y en un 7.25 por ciento de las mujeres fue con un amigo. Un 1.45 por ciento de los adolescentes refirió que su primera relación fue con un familiar.

Gráfico 1. Relación por edad población y su relación con la primera relación sexual.

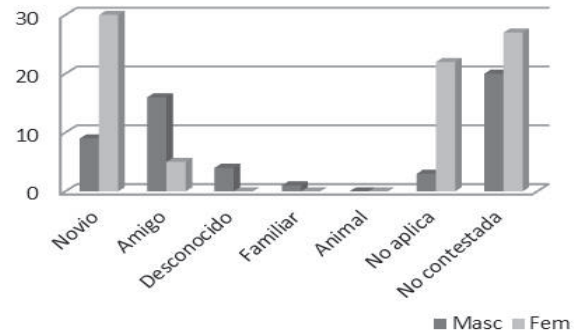


La media de edad de la primera pareja sexual, de los adolescente, fue de 17.4 años.

Un 49.04 por ciento de los adolescentes, de un 75.91 por ciento de la población, contestaron haber tenido sexo vaginal, de los cuales un 56.86 por ciento fueron mujeres.

Un 20 por ciento de los adolescentes refirió una frecuencia de 2 o 3 relaciones sexuales por mes y un 10.48 por ciento en frecuencia de 3 por semana.

Gráfico 2. Relación por género de los adolescentes y con quien fue la primera relación sexual.

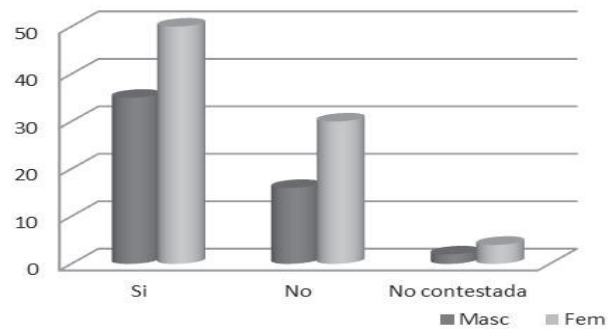


De un total de 131 adolescentes que contestaron, un 64.89 por ciento refiere haber tenido sexo oral; y de un total de 121 que respondieron, un 14.88 por ciento refiere haber sostenido sexo anal.

La incidencia de infecciones de transmisión sexual no fue estadísticamente significativa, presentándose solamente un caso, en los 132 adolescentes que respondieron.

En cuanto al uso del condón, de un total de 79 adolescentes que respondieron, un 39.24 por ciento de los varones refirió usarlos y el 30.38 por ciento de las mujeres aseguró que sus parejas lo utilizaban. Un 25.32 por ciento de las mujeres reportó que sus parejas no utilizaban preservativos. De un total de 96 adolescentes que contestaron, un 41.67 por ciento refieren vergüenza para comprar preservativos, siendo un 14.58 por ciento de sexo masculino.

Gráfico 3. Relación por género de los adolescentes y práctica de sexo oral.



De un total de 104 (75.91 por ciento) adolescentes que contestaron, un 84.62 por ciento reportó conservar un embarazo no deseado, siendo un 65.38 por ciento de sexo femenino.

De 68 adolescentes de sexo femenino que respondieron, un 10.29 por ciento refiere usar anticonceptivos orales de emergencia.

En cuanto a los conocimientos sobre si la satisfacción sexual femenina es dependiente del tamaño del pene, de un total de 116 adolescentes que contestaron, un 81.90 por ciento respondieron que no y un 10.34 por ciento de las mujeres respondieron que sí.

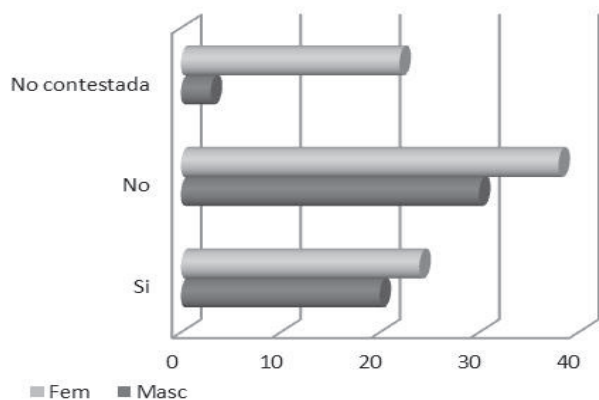
En cuanto al considerar como mala la iniciativa sexual en las mujeres, un 55.28 por ciento de las mujeres contestaron que

no, de un total de 123 adolescentes que respondieron.

De 114 (83.21 por ciento) adolescentes que contestaron, un 71.05 por ciento dijo que no al cuestionamiento de si una mujer podría quedar embarazada al ingerir semen y un 16.67 por ciento de las mujeres respondió que sí.

Un 61.40 por ciento de los adolescentes considera que el VIH no se transmite por realizar sexo oral, y solo un 38.60 por ciento respondió que sí, siendo un 21.05 por ciento de sexo femenino.

Gráfico 4. Relación por género y su percepción de transmisión del VIH por realizar sexo oral.



DISCUSIÓN

Es evidente que en el sistema escolar dominicano no se lleva con rigurosidad el rol de educar a los adolescentes integralmente en el ámbito de la sexualidad, a esto se suma la carencia de estadísticas fiables que representen la realidad de los conocimientos y de las actitudes de nuestros adolescentes a nivel nacional; solo existen muestras aisladas que no terminan por copilarse dada su separación en tiempo. La sexualidad es un aspecto fundamental de la vida humana, con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales, políticas, económicas, y culturales.

Según el informe mundial de ONUSIDA, solo el 40 por ciento de los adolescentes reciben conocimientos adecuados sobre la transmisión del VIH/SIDA, lo cual vimos reflejado cuando un 61.40 por ciento de nuestros adolescentes consideran que el mismo no se transmite por sexo oral, acto que representa una práctica de un 64.89 por ciento, de un total de 131 que respondieron.

La información sobre sexualidad que reciben los adolescentes suele ser desvirtuada, parcial y en la mayor parte de los casos no ofrece información sobre situaciones o preocupaciones individuales. Los adolescentes tienen derecho a informarse, aprender a cuidar su propio cuerpo, a compartir sus intereses e inquietudes, y no de poner en espera las respuestas a sus necesidades, hasta un futuro en el que se considera tendrán más poder de entendimiento.

Esto es particularmente importante, dado el hecho que la media de edad de la menarquia fue de 11.5 años y la edad de su primera relación sexual fue de 15.7 años, lo cual constituye un factor de riesgo ante la posibilidades de embarazos no deseados en la adolescente. Este hecho mantiene relación con lo planteado en el documento de la OMS sobre el perfil de salud sexual y reproductiva de América Latina y el Caribe, del año 2000, sobre la media de la edad del inicio de la actividad sexual.

Es importante resaltar el hecho que en nuestro estudio no hubo hallazgos de embarazos o abortos en las adolescentes, lo que contrasta con el informe Enhogar 2006, que refiere que el 42 por ciento de las adolescentes habían salido embarazadas antes de los 19 años de edad.

Hoy en día la mayoría de los adolescentes ha tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual plena y habitual, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren. En nuestro estudio esto se refleja con el hecho de que un 50.36 por ciento de los adolescentes refieren haber sostenido algún tipo de relación sexual, de los que un 20 por ciento tiene una frecuencia de 2 o 3 veces por mes; y los cuales tienen conductas sexuales de riesgo al sostener sexo oral en un 64.89 por ciento, sexo anal en un 14.88 por ciento, y un 30.85 por ciento de las parejas de las adolescentes no utilizaban preservativo durante el acto sexual.

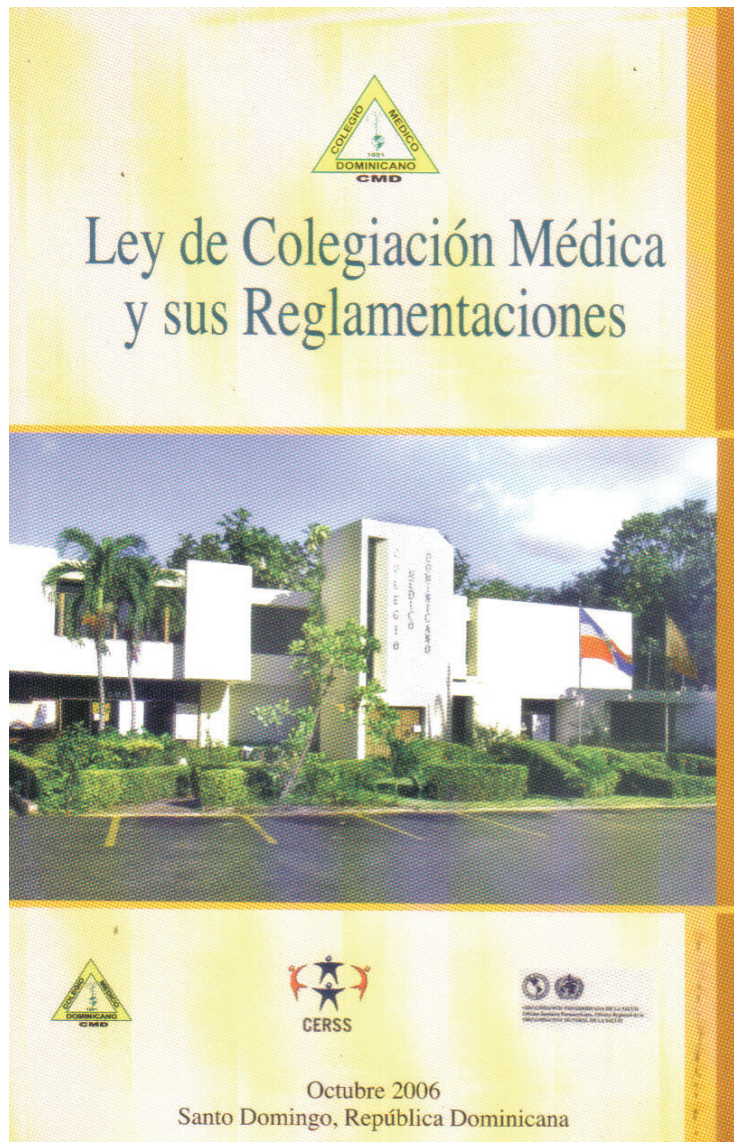
Es durante esta época de la vida cuando existe mayor posibilidad de contagio, de infecciones de transmisión sexual, esto se relaciona con los datos obtenidos, ya que un 41.67 por ciento, de 96 adolescentes, refieren vergüenza al tener que comprar los preservativos y en donde un 11.40 por ciento, de 114 adolescente, considera que el VIH no se transmite por realizar sexo oral.

REFERENCIAS

1. Pick S., Andrade P., Townsend J. y Givaudan M. *Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes*. Salud Mental 1999, 17:25-31.
2. Quispe Rojas, et al. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata*. Cusco 2003.
3. Organización Mundial de la Salud. *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Serie de informes técnicos. Ginebra: OMS 1986.
4. Barella Balboa, et al. *Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno*. Medicina de Familia 2002, 4:255-260.
5. Moya C., et al. *La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe*. Advocates for Youth. Washington 2002. [Disponible en: www.advocatesforyouth.org]
6. Camacho Hubner A. *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998*. OPS. Washington 2000.
7. Molina M, et al. *Encuesta demográfica y de salud (Endesa 2002)*. CESDEM, Santo Domingo 2003.
8. Oficina Nacional de Estadísticas. *Encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples (Enhogar 2006)*. Santo Domingo 2006.
9. Goldstein B. *La educación sexual en la escuela*. Buenos Aires 1996.
10. Oficina Nacional de Estadísticas. *Madres adolescentes en República Dominicana*. Santo Domingo 2008.
11. Koenig M., et al. *La primera relación sexual bajo coerción y la salud reproductiva entre las adolescentes de rakai, Uganda*. Violencia basada en género y salud reproductiva, 2006:5-13.
12. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en*

- sexualidad*. OMS/ UNESCO. Paris 2010.
13. Trujillo L., et al. *Práctica sexuales y seroprevalencia de infección por VIH, HTLV-1 sífilis en meretrices clandestinas de Lima*. Rev Med Hered 1996; 7:162-171.
 14. Padrón M., et al. *Libro blanco sobre educación sexual*. Centro de ediciones de la Diputación de Málaga. Malaga 2009.
 15. Burragan F. *Programa de educación afectivo sexual*. Junta de Andalucía 1999.
 16. Pick S., et al. *Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes*. Salud Mental V 1994; 7:1
 17. Duberstein L., et al. *Consequences of sex education on teen and Young adult sexual behaviors and outcomes*. Journal of adolescent Health, New York 2011.





INCIDENCIA DE LA FARINGO-AMIGDALITIS EN EL CPN EL MAIZAL

Juan Pablo Almánzar Ogando, Indhira Yohanna Santana González

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la incidencia de la faringo-amigdalitis en la UNAP del Maizal, una comunidad rural de la sección mana de Haina del municipio de Villa Altigracia, provincia San Cristóbal, durante el periodo Enero-Diciembre del 2011 de 5460 pacientes que asistieron a la consulta durante dicho periodo, 2680 fueron diagnosticados con faringo-amigdalitis para una incidencia de 4.90 por ciento, el sexo más afectado fu el femenino con 173 casos para un 64.55 por ciento, el grupo etareo que registro mayor numero de caso fue el de 1-4 años con 102 para un 38.06 por ciento, el mes del año que registro mayor numero fue el de noviembre con 32 para un 11.94 por ciento.

Palabras claves: Faringoamigdalitis, incidencia

ABSTRACT

We performed a retrospective study of cross section in order to determine the incidence of pharyngo-tonsillitis in the UNAP of the Maizal, a rural community of Haina flowing section of the municipality of Villa Altigracia, San Cristobal province, during the period January. December 2011 of 5460 patients who attended the consultation during this period, 2680 were diagnosed with pharyngo-tonsillitis for an incidence of 4.90 percent, sex fu the women most affected with 173 cases for 64.55 percent, the age group to register greater number of case was 1-4 years with 102 for a 38.06 percent the month of the year the highest number was November 32 for a 11.94 percent.

Keywords: Tonsillopharyngitis, incidence.

INTRODUCCIÓN

Las amígdalas son agrupaciones de tejido linfoide situado en la orofaringe cuya función es la defensa al organismo. Su inflamación recibe el nombre de amigdalitis proceso que puede ser de causas: viral, bacteriana y secundaria. La Faringoamigdalitis es un proceso caracterizado por fiebre elevada, cefalea, vómitos, dolor de garganta, malestar general, disfagia. Entre los agentes virales causantes están: los phinovirus, cononavirus, adenovirus, influensavirus; entre las bacterias están el Stretococcus Beta Hemolítico del grupo A es la causa más frecuentes: otras como E. coolí, Pneumococcus, Pseudomonas y Hongos en pacientes inmunocomprometidos.

Cada año millones de personas acuden al médico por esta causa; representan junto con otras enfermedades respiratorias el 80 por ciento de todas las consultas. El 80-90 por ciento son

causadas por virus en niños como en adultos, el estreptococos Beta Hemolítico es la bacteria más frecuente.

Su diagnóstico se basa en la inspección visual de la orofaringe donde se observan amígdalas hipertróficas e hiperemicas, dolor a la palpación de los ganglios cervicales. El cultivo faringeo tiene como objetivo determinar la causa.

El curso de la enfermedad es de 3-4 días ya que su evolución se acorta al administrar antibioterapia disminuyendo el riesgo de las complicaciones: fiebre reumática, glumerulonefritis, absceso amigdalino, otitis media, mastoiditis, sinusitis y neumonía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal para determinad la incidencia de la faringo-amigdalitis en la UNAP El Maizal de la sección Mana de Haina del municipio de Villa Altigracia, provincia San Cristóbal. El universo estuvo constituido por todos los pacientes que asistieron a la consulta durante el periodo Enero-Diciembre del 2012, de 5460 consultas ofrecidas por nuestro centro 268 fueron con diagnóstico de faringoamigdalitis. Obtuvimos nuestros datos del libro de consulta diaria. Los datos fueron tabulados manualmente y la información de los cuadros por métodos estadísticos.

RESULTADOS

Durante el periodo Enero-Diciembre del año 2012 de 5460 pacientes que asistieron a la consulta 268 fueron diagnosticados con faringoamigdalitis para una incidencia de 4.90 por ciento. El sexo más afectado fue el femenino con 173 casos para un 64.55 por ciento y el masculino con 95 casos para un 35.45 por ciento. El grupo etareo que resulto con mayor número de casos fue 1-4 años con 102 casos para 38.06 por ciento, seguido por los de 5-9 con 73 casos para el 27.24 por ciento, y luego los de 10-14 con 40 casos para el 14.92 por ciento.

Distribución por sexo.

Sexo	No.	%
Femenino	173	64.54
Masculino	95	35.45
Totales	268	100

Distribución según edades.

Rangos de edades	Casos	%
<1	02	0.75
1-4	102	38.06
5-9	73	27.24
10-14	40	14.92
15-19	20	7.46
20-24	16	5.97
25-29	05	1.86
30-34	02	0.75
35-39	04	1.49
40-44	02	0.75
45-49	02	0.75
50-54	0	0
55-59	0	0
60-64	0	0
≥ 65	0	0
Totales	268	100

Distribucion de casos según los meses de 2011

Meses	No. casos	%
Enero	25	9.33
Febrero	26	9.70
Marzo	23	8.58
Abril	24	8.95
Mayo	20	7.46
Junio	18	6.72
Julio	15	5.60
Agosto	15	5.60
Septiembre	19	7.09
Octubre	27	10.07
Noviembre	32	11.94
Diciembre	24	8.95
Totales	268	100

DISCUSIÓN

La faringoamigdalitis unas de las primeras causa de consulta en nuestro país, la incidencia encontrada fue de 4.90 por ciento la menor reportada en investigaciones consultadas.

Aunque no tiene predilección por sexo en nuestra investigación el sexo más afectado fue el femenino lo que coincide con bibliografías consultadas.

Este estudio colabora igual que otros estudios y literatura en que la edad más afectada es de 1-4 años lo que puede ser debido a que durante esta edad se lleva todo a la boca, el uso del biberón, bobo, y succión digital, además la inmadurez del sistema inmunológico.

A ninguno de nuestros pacientes se le realizo cultivo de faringe, por su alto costo que representa para los pacientes lo que aumenta el uso indiscriminado de antibióticos.

Lo que recomendamos es la distribución de insumo por parte de las autoridades de salud para la recolección de muestra de orofaringe a pacientes que se diagnosticaron con amigdalitis para determinar su agente etiológico y así evitar una futura resistencia a la antibioterapia.

REFERENCIAS

1. Harrison, principios de medicina interna 16 ediciones Vol.1, Pág. 217-218.
2. Cruz Manuel, tratado de pediatría Vol. II. Pág.1269-1270.
3. Fundación Dominicana de Insectología y departamentos de enfermedades infecciosas Clínica Dr. Robert Reid Cabral. Tonsilofaringitis aguda Insectología mayo-agosto.2000
4. Manual Merk de información médica general, Pág. 1052.
5. Revista Medica Universidad de Costa Rica volumen 2, numero 1, artículo 7 marzo 2008.
6. http://WWW.zonapediatrica.com/monografia_enero_03_antibioticoenpediatria.pdt
7. Encuesta. Endesa. Salud publica.gob.com
8. Feliz Feliz, Luis Elpidio. Metodología de la investigación en Salud.
9. Educación Santo Domingo R.D. alfa y omega, 1998, Pág. 285.
10. Alberto, Yonayra, Paradis M Sanlet, Incidencia de amigdalitis en clínicas rurales de Barahona, Rev. MED. Dom. Vol. 61 No.1 enero-abril 2000 Pág. 47'48

ABUSO SEXUAL EN ESTUDIANTES DE CUARTO DE BACHILLERATO DEL LICEO NOCTURNO REPÚBLICA DE HONDURAS.

Fátima Vásquez,* José Daniel Coronado Méndez,* Fernando Sánchez Martínez,* Francisco Herrera.**

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo, realizado por medio de encuesta, con el objetivo de conocer la frecuencia, las características psicosociales y las secuelas emocionales del acoso sexual infantil en menores que estudian en el Liceo Nocturno República de Honduras, de Santo Domingo.

De un universo de 750 alumnos que asisten al liceo, se tomaron como muestra los estudiantes que estaban en cuarto de bachillerato (86 alumnos), donde la mayoría de las víctimas de abuso sexual procedían de Santo Domingo, y pertenecen a la clase social baja. En las familias estudiadas se detectó un grado significativo de rasgos disfuncionales (elevado consumo de alcohol, problemas legales, consumo de drogas y desestructuración familiar). La prevalencia del abuso sexual encontrada fue muy elevada. El sexo más abusado fue el femenino.

Palabras claves: Abuso Sexual, Infantil, Estudiantes.

ABSTRACT

We performed a descriptive cross-sectional study, conducted through surveys, in order to determine the frequency, psychosocial characteristics and emotional sequelae of sexual abuse in children studying in the Republic of Honduras evening high school, of Santo Domingo.

From a universe of 750 students who attend high school, the sample included students in fourth grade (86 students), where most victims of sexual abuse came from Santo Domingo, and belonged to lower social class. In the families studied was detected a significant degree of dysfunctional traits (high use of alcohol, legal problems, drugs use and family breakdown). The prevalence of sexual abuse was very high. Sex was the most abused in women.

Key words: Sexual Abuse, Children, Students.

INTRODUCCIÓN

La preocupación científica sobre el maltrato y el abuso contra los niños es relativamente reciente. Con frecuencia se representan situaciones donde tanto la familia como la misma comunidad aceptan y recomiendan el abuso y la explotación de los niños por razones de disciplina, prácticas sexuales y otros prejuicios.

Estas prácticas se fundamentan en tres creencias que

conservan vigencia en gran parte de los estratos sociales, tanto a nivel nacional como internacional:

- A) Los niños son propiedad de los padres o de los adultos responsables de proporcionarles techo y comida.
- B) Los niños no son personas, puesto que ni saben lo que quieren ni entienden lo que realmente pasa en el mundo de los adultos
- C) La disciplina estricta y los castigos severos son recomendables para lograr adultos obedientes y responsables. Estos prejuicios fomentan que el adulto explote, agreda, insulte y utilice al niño sin considerar los derechos que tenga a descanso, alimentación adecuada, y respeto al desarrollo de su personalidad. Por lo que es propósito de esta investigación determinar la prevalencia histórica del abuso sexual en menores que estudian en el Liceo Nocturno República de Honduras y determinar las características psicosociales del abuso sexual en el grupo objeto de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo, realizado por medio de encuestas, con el objetivo de conocer la frecuencia, las características psicosociales y las secuelas emocionales del abuso sexual infantil en menores que estudian en el Liceo Nocturno República de Honduras.

El universo de la investigación estuvo constituido por 750 alumnos, de los cuales se tomara como muestra los estudiante que asisten al cuarto de bachillerato (86 alumnos). Se les aplicó un cuestionario diseñado para tales fines, con preguntas en su mayoría de selección o de tipo cerrado. El anonimato de los encuestados fue garantizado de manera absoluta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos relevantes encontrados en nuestra investigación sobre el abuso sexual en alumnos del 4to año de Liceo Nocturno República de Honduras fueron los siguientes:

La mayoría de las víctimas, 29 casos (53.7 por ciento), proceden de la Ciudad de Santo Domingo.

El nivel académico de la mayoría de los padres (40.7 por ciento), y de las madres (48.1 por ciento), fue el primario. En el caso de los tutores, prevaleció el nivel secundario (36.4 por ciento).

La mayoría (42.6 por ciento), de las familias nucleares de las víctimas tenían ingresos menores comprendidos entre RD \$ 3,001.00-8,000.00

Dentro de los mecanismos disciplinarios habituales utilizados

* Médico Psiquiatra

** Licenciado en Estadística

por los familiares de las víctimas se encuentran el dialogo y la orientación, con 37 casos (68.5 %), y las insultos y amenazas, con 25 casos (46.2 %).

En los hogares donde conviven dos adultos a cargo de la familia, el estilo de interacción más frecuentemente utilizado es el dialogo, con 25 casos (46.2 %), y en segundo lugar los insultos, con 5 casos (9.2 %).

El 33.3 por ciento de los hogares está dirigido por un adulto sin pareja.

La disfunción más común en los padres y/o tutores de las víctimas de abuso sexual es el consumo excesivo de alcohol, reportándose 11 casos (20.4 %).

Cinco padres o tutores de las víctimas han estado en prisión (9.2 %), tres consumían drogas ilícitas (5.5 %), y dos han sido demandados (3.7 %).

De los 86 alumnos investigados, 54 sufrieron alguna modalidad de abuso sexual, alcanzando el 62.8 por ciento de la población estudiada.

Las modalidades de abuso sexual sin contacto físico más frecuente fueron:

1- Señas indecentes, 33 casos (61.1 %); 2 - muestra de material pornográfico, 33 casos (61.1 %), y exhibicionismo, 31 casos (57.4 %)

La modalidad de abuso sexual con contacto físico más frecuente estuvo constituida por las caricias, con 33 casos (61.1 %), seguido por besos en la boca, con 18 casos (33.3 %).

Hubo 16 casos de penetración vaginal, anal, u oral (29.6 %).

Se detectaron 8 casos (14.8 %) en los cuales el abuso sexual estuvo complicado con agresión física.

El grupo etareo más abusado estuvo comprendido en el rango de 14-18 años (14.7 %), seguido por el grupo de 11-13 años (29.6 %).

El abuso sexual fue un acto repetitivo en la mayoría de los casos, pues se produjo en 34 de las 54 víctimas, para un 62.9 por ciento.

La condición de vecino fue el grado prevalente de vinculación entre la víctima y el victimario, con 33 casos (61 %).

El abuso sexual ocurrió principalmente en la casa del abusador (22 casos), para un 40.7 por ciento, seguido del abuso ocurrido en la casa de la víctima (18 casos), para un 33.3 por ciento.

El sexo más abusador fue el masculino, con 34 casos (62.9 %).

El rango de edad predominante de los abusadores fue entre los 18-20 años, con 21 casos (38.8 %), seguido del grupo de 21-29 años, con 13 casos (24 %).

Dentro de las tácticas utilizadas por los abusadores para acercarse a las víctimas prevaleció el engaño y seducción con 20 casos (37.03 %), y en segundo lugar el soborno, con 14 casos (25.9 %).

La mayoría de las víctimas de abuso sexual no comunico el hecho, encontrándose 34 casos (62.9 %).

La causa más frecuente que impidió la comunicación fue la participación voluntaria, con 12 casos (35.3 %), encontrándose en segundo lugar el temor y las amenazas cada una con 8 casos (23.5 %).

El abuso fue comunicado por 20 de las víctimas (37 %), y la persona a quien más se le comunico fue a un amigo o amiga, sumando 14 casos (70 %), seguido de la madre y un hermano o hermana, con 11 casos cada uno (55 %).

La reacción más frecuente de las persona que recibió la información fue la de recomendar que la víctima guardara

silencio, sumando 12 casos (60 %).

En la mitad de los casos la comunicación del abuso no fue creída por el receptor de la información.

Las secuelas emocionales más reportadas en relación al abuso fueron la tristeza o depresión, en 24 casos (44.4 %) y la irritabilidad, con 19 casos (35.2 %).

La mayoría de las víctimas, 20 casos (42.5 %) solo refieren recuerdos esporádicos sobre el abuso, mientras que en 12 casos (25.5 %) los recuerdos nunca han desaparecido.

CONCLUSIÓN

La mayoría de víctimas de abuso sexual proceden de Santo Domingo, y pertenecen a la clase social baja.

Las familias de las víctimas de abuso sexual utilizan el dialogo y la orientación como el principal mecanismo para educar a los hijos, y para dirimir los desacuerdos de pareja.

En las familias estudiadas se detecto un grado significativo de rasgos disfuncionales (elevado consumo de alcohol, problemas legales, consumo de drogas y desestructuración familiar).

La prevalencia del abuso sexual encontrada fue muy elevada y supero a la de toda la literatura nacional e internacional consultada.

La mayoría de las víctimas sufrieron varias modalidades de abuso sexual simultáneamente, prevaleciendo las señas indecentes y la exhibición de material pornográfico, dentro de la variante sin contacto físico, y las caricias, dentro del renglón con contacto físico.

El sexo más afectado fue el femenino y el sexo más abusador el masculino.

El perfil típico del abusador es el de un varón, adulto joven, conocido por la víctima, que emplea la seducción y el soborno como estrategias de aproximación.

Las víctimas participaron voluntariamente en muchos casos. La mayoría de los abusos ocurrieron en la casa de la víctima y en la casa del abusador. Los grupos de edades más afectados fueron los preadolescentes y los adolescentes.

El abuso fue hecho mayoritariamente repetitivo y poco comunicado. Una elevada proporción de los casos comunicados no fue creída, o se o se recomendó guardar silencio.

Las secuelas emocionales asociadas al abuso sexual que más se reportaron fueron la depresión y la irritabilidad, pero su duración fue relativamente breve en la mayoría de los casos.

REFERENCIAS

1. Alma de Ruiz, Z Características de las distintas modalidades de abuso al menor en la República Dominicana.
2. Consideraciones generales sobre el abuso a los niños. ONAPLAN – UNICEC-INTEC, 1990: 169-183
3. Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de niños, niñas y adolescentes Ley 136-03
4. American Medical Association, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia. 03.02.06. pag. 4-37
5. Reyes- Paulino M Abuso Infantil, Salud y Justicia. Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) República Dominicana, 2004.
6. Alma de Ruiz, Z Abuso Intrafamiliar en Adolescentes Estudio comparativos en Liceos Públicos y Privados UNICEF R.D. 362.7083

7. American Medical Association, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. Estrategias para el tratamiento y la prevención del maltrato físico y negligencia hacia el menor. 03.02.06

Cuadro 1. Distribución por sexo de los alumnos del 4to. de bachillerato del Liceo Nocturno República de Honduras, que han sido víctimas de abuso sexual. Junio 2004

Tipo de Interacción	Frecuencia	%
M	23	42
F	31	58
Total	54	100

Cuadro 2. Distribución de los caso de abuso sexual en los alumnos del 4to. de bachillerato del Liceo Nocturno República de Honduras, según la edad de de las víctimas al momento de ocurrir el abuso. Junio-2004.

Edad de la víctimas (años cumplidos)	Frecuencia	%
4 a 7	7	12.9
8 a 10	5	9.2
11 a 13	16	29.6
14 a 18	22	40.7
No precisado	4	7.4
Total	54	100

Cuadro 3. Modalidades de abuso sexual sin contacto físico en alumnos del 4to. de bachillerato del Liceo Nocturno República de Honduras, que han sido víctimas de abuso sexual Junio – 2004

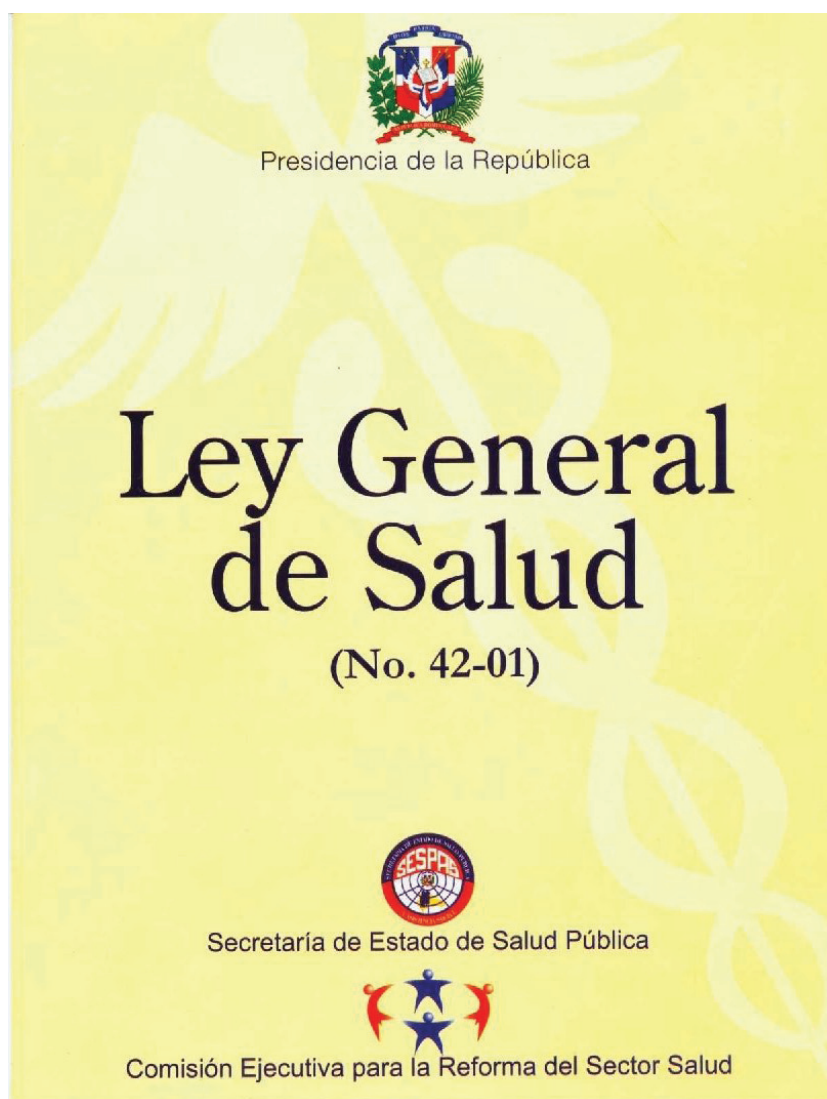
Tipos de abuso sin contacto físicos	Frec.	%
Exhibicionismo (muestra de genitales)	31	57.4
Señas o movimientos de significación sexual	33	61.1
Llamadas telefónicas de contenido sexual	12	22.2
Mensajes escritos de contenido sexual	16	29.6
Muestra de material pornográfico (películas, revistas, fotos, etc...)	33	61.1
Voyerismo (espíar el temor mientras se desnuda)	17	31.4

Cuadro 4. Modalidades de abuso sexual con contacto físico en alumnos del 4to. de bachillerato del Liceo Nocturno República de Honduras. Junio – 2004.

Tipos de abuso sexual con contacto físico	Frecuencia	%
Besos en la boca	18	33.3
Caricias	33	61.1
El adulto masturba el menor	17	31.4
El menor masturba al adulto	10	18.5
El adulto le practica sexo oral al menor	15	27.7
Penetración vaginal, oral o anal	16	29.6
Agresión física	8	14.8

Cuadro 5. Distribución de los casos positivos de abuso sexual en los alumnos del 4to. de bachillerato del Liceo Nocturno República de Honduras, según el grado de vinculación con el agresor (a). Junio -2004

Grado de vinculación	Frecuencia	%
Padre	1	1.9
Padrastro	2	3.7
Hermano (a)	7	12.9
Tío (a)	7	12.9
Abuelo (a)	1	1.9
Vecino (a)	33	61.1
Amigo (a) de la familia	21	38.8
Servicio domestico	4	7.4
Desconocido	11	20.3



EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS EN LA SALA CLÍNICA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS EDUARDO AYBAR ENTRE 0-5 AÑOS.

Vimary Ceballos,** Taina Guerrero,* Kathlien Pérez,* Erick V. Félix Pérez,****
Edisson R. Félix Feliz.*****

RESUMEN

Se trata de una investigación observacional descriptiva cuyo objetivo es identificar la evolución clínica de los pacientes diagnosticados con sepsis ingresados en la sala clínica de pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar entre 0-5 años en el periodo enero – diciembre 2012.

Fueron evaluados todos los pacientes ingresados con este diagnóstico el cual constituyo el universo y se tomó una muestra de 97 pacientes. Dentro de los resultados encontramos que: 89 pacientes son menores de 1 año, que el sexo más afectado fue el femenino con 45(43.6%). El motivo de consulta y los hallazgos clínicos a la hora de su ingreso en el cual se encontraron la fiebre como la principal manifestación clínica (23.7%) y el foco pulmonar como el más frecuente (18.6%). Se evaluó el estado nutricional de los pacientes por los percentiles de peso y talla donde se comprobó una variación de estos pacientes a la hora de su ingreso. Luego se consideró el uso de antibióticos previos al hemocultivo, para poder tomarlo como fidedigno. De los hemocultivos 70.1% fueron negativos y de los positivos el germen de mayor prevalencia fue el Staphylococcus Epidermidis (11.3%). A nivel de la punción lumbar solo fue posible identificar resultados positivos y negativos evidenciando 55.7 % de estos pacientes resultados negativos. En el tratamiento se utilizaron con mejor eficacia los antibióticos de amplio espectro como la Cefalosporina de tercera generación y los amino-glucósidos.

Palabras claves: sepsis, neonato, femenino, masculino, peso, talla, antibióticos, punción,

ABSTRACT

This is a descriptive observational research aimed at identifying the clinical course of patients diagnosed with sepsis admitted to the pediatric ward of the Hospital Clinic of Dr. Luis Eduardo Aybar 0-5 years in the period January to December 2012.

We evaluated all patients admitted with this diagnosis which formed the universe and took a sample of 97 patients.

Among the results found that: 89 patients were younger than 1 year, that sex was the most affected female with 45 cases (43.6%) the reason for consultation and clinical findings at the time of admission in which fever is found as the main clinical manifestation (23.7%) and pulmonary focus as the most frequent (18.6%) evaluated the nutritional status of patients by

weight and height percentiles which found a variation of these patients at the time of admission. Then he considered the use of antibiotics prior to blood culture, to take it as authoritative. 70.1% of blood cultures were negative and positive germ higher prevalence was Staphylococcus epidermidis (11.3%). A lumbar puncture level was only possible to identify positive and negative results showing 55.7% negative.

In the treatment were used with better efficacy of broad spectrum antibiotics such as third generation cephalosporin's and aminoglycosides.

Keywords: sepsis, infant, female, male, weight, height, antibiotics, puncture

INTRODUCCION

La sepsis una de las causas más frecuente de muerte en todo el mundo. De acuerdo con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, las cuatro grandes causas de muerte en niños son la neumonía severa (1,9 millones de muertes por año), diarrea severa (1,6 millones de muertes por año), la malaria severa (1,1 millones de muertes al año), y el sarampión severo (550,000 muertes por año). La sepsis en la edad pediátrica constituye un gran problema de salud a nivel mundial. 1

En el año 2002 la campaña Sobreviviendo a la Sepsis estableció que la sepsis es una enfermedad que causa probablemente muchas muertes y un alto costo de atención en las unidades de cuidado intensivo pediátrico 3

R. Scott Watson, MD en el trabajo reciente publicado en la Pediatric Critical Care plantea que la edad es el factor de mayor influencia en la epidemiología de la sepsis severa en Estados Unidos. El tipo de enfermedad de base varía con la edad. En los lactantes predominan las enfermedades pulmonares crónicas y las cardiopatías y como sitio de infección tienden a tener bacteriemia primaria, sin embargo casi la mitad de los niños mayores tienen infecciones del tracto respiratorio. 2

La evolución clínica de los pacientes con sepsis depende de muchos factores, dentro de los principales tenemos:

1. Antecedentes
2. Prematurez:
3. Bajo peso al nacer:
4. Internación prolongada
5. Empleo de vías intravenosas
6. Alimentación parenteral

Los métodos de diagnóstico complementarios que disponemos actualmente son lentos y poco confiables para el diagnóstico de sepsis. Uno de los aspectos importantes para el manejo de la sepsis es la identificación bacteriológico del

* Médico general.
** Médico pasante.
*** Médico pediatra.

germen en sangre o LCR, pero habitualmente el médico no tiene sus resultados hasta pasadas las 24 o 48 horas, lo cual significa una demora que no es permisible para el comienzo del tratamiento. 6

Una vez la enfermedad se establece y el paciente séptico logra acceder a un servicio de atención médica, el pronóstico vital lo determina el abordaje terapéutico esquemático.

En los últimos años se ha profundizado y avanzado mucho en el entendimiento de la sepsis; se han realizado consensos internacionales sobre la definición, el diagnóstico y el tratamiento, se han descubierto cada vez más interacciones moleculares; desarrollando nuevas estrategias terapéuticas y descritos fenotipos de susceptibilidad a la enfermedad. 3

Estudios en México demuestran que la sepsis neonatal temprana tiene una incidencia de 4.42 episodios por 1,000 admisiones a la UCIN. Se identificaron como factores de riesgo para sepsis neonatal temprana entidad hispana (p=0.04), peso al nacimiento entre 2,500 y 3,499 g (p=0.04) y antecedente de cesárea (p=0.001). Se reportaron como bacterias asociadas los siguientes Microorganismos: Cocos Gram positivos (el más frecuente fue Streptococcus Agalactiae en 66.4%), bacilos Gram negativos (el más frecuente fue E. coli en 27.3%) y levaduras (0.8%). 4

El tratamiento hoy en día es muy importante para una buena evolución en pacientes con sepsis sobre todo a nivel pediátrico. Basándonos en un estudio realizado en Lima Perú en el 2004 donde el germen más frecuente fue Staphylococcus epidermidis (38,3%). El cual mostró sensibilidad de 100% a vancomicina, 90% a cefotaxima, 50% a amikacina y ampicilina. En Conclusión: las bacterias gram positivas son las más frecuentes como causa de sepsis neonatal. In vitro, los gérmenes más frecuentes muestran resistencia mayor de 50% a ampicilina y amikacina.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo.

Universo y Muestra: Nuestro universo estuvo formado por todos los pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de sepsis en la sala clínica de pediatría del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar en el periodo Enero

– Diciembre 2012. Con una muestra representada por un total de 97 pacientes.

Criterio de inclusión: Fueron incluidos todos los pacientes diagnosticados con probable sepsis entre 0-5 años que presentaban al momento de su evaluación signos o síntomas que correspondía con dicha patología.

Criterio de exclusión: Fueron excluidos todos los pacientes pediátricos mayores de 5 años y aquellos que su sintomatología no correspondía con el diagnóstico.

Instrumento de recolección de la información: para la realización de este estudio utilizamos un formulario el cual es llenado al momento del ingreso a este centro con las variables necesarias para poder identificar la evolución clínica de estos pacientes tomando en cuenta su condición de ingreso.

Tabulación y análisis: para el procesamiento de los datos se trabajó con el programa de Microsoft Excel versión 2010, iniciamos el proceso con el método de recolección y luego se introdujeron todos los resultados en Microsoft Excel 2010 para obtener los porcentajes y los gráficos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio comprendido Enero- Diciembre -124-

del año 2012. Se observó un total de 97 pacientes en edad pediátrica comprendida entre 0- 5 años con diagnóstico de sepsis de los cuales 89 presentaron una edad menor de 1 año de los cuales 45 son femeninas (46.4%) y 44 masculinos (45.4%). Los 8 pacientes restantes comprenden una edad entre 1-5 años. Al momento de su ingreso el estado nutricional de estos pacientes varía de acuerdo a la edad y el sexo.

Peso

percentiles	>10	10	25	50	75	90	<90
Femenino	9.3%	4.8%	3.8%	11.3%	5.8%	4.8%	7.2%
masculino	13.4%	1.9%	6.7%	8.2%	0.9%	2.9%	12.4%

Cuadro 1. Percentiles de peso de los niños y niñas que presentaron diagnósticos de sepsis tomados del formulario de ingreso de pacientes pediátricos.

Talla

Percentiles	>10	10	25	50	75	90	<90
Femenino	8.2%	1.9%	5.8%	6.2%	7.7%	3.8%	14.4%
masculino	13.4%	1.9%	7.7%	10.35	2.9%	0%	10.3%

Cuadro 2. Percentiles de talla de los niños y niñas que presentaron diagnósticos de sepsis tomados del formulario de ingreso de pacientes pediátricos.

El motivo de consulta y los hallazgos clínicos a la hora de sus ingresos son diversos, entre ellos tenemos: en primer lugar la fiebre como hallazgo la hipertermia con un total de 23 pacientes (23.7%). Luego le sigue la quejumbrosidad como hallazgo clínico con debilidad e inquietud con 6 pacientes (5.8%), la disnea como hallazgo clínico la dificultad respiratoria con 5 pacientes (4.8%), las evacuaciones líquidas (diarrea) con 5 pacientes (5.1%) como hallazgo clínico la deshidratación con 4 pacientes (3.8%).

Los focos infecciosos como posible puerta de entrada de estos pacientes, los cuales se adquirieron antes y durante su ingreso, fueron: pulmonar 18 pacientes (17.4%), gastrointestinal 12 pacientes (11.6%), gastrointestinal combinado con pulmonar 5 pacientes (4.8%), tanto parto vaginal, piel y ombligo registraron 5 pacientes (4.8%) cada uno, para el foco de la boca 3 pacientes (2.9%), ojos se identificaron 2 pacientes (1.9%), también en la combinación de pulmón y ojo se registró 2 pacientes (1.9%). Los 37 pacientes restantes (35.8%) no fueron identificados los focos de entrada al momento de su ingreso.

Cuadro 3. Los tratamientos utilizados de acuerdo a los focos infecciosos como posibles puertas de entrada de los gérmenes causantes del diagnóstico de sepsis tomados del formulario de ingreso de pacientes pediátricos.

Pulmonar	Amikacina+ Cefotaxima
Gastrointestinal+ pulmonar	Ampicilina + Gentamicina
Parto vaginal infectado	Cefotaxima amikacina
Boca	Ampicilina+ gentamicina
Piel	Gentamicina+cefotaxima
Ojos	Cefotaxima + amikacina

Los resultados de Hemocultivos de estos pacientes ingresado en la sala clínica de pediatría con el diagnóstico de sepsis reportados debidamente organizados a los 3 días de su ingreso lo observaremos en el gráfico N.4

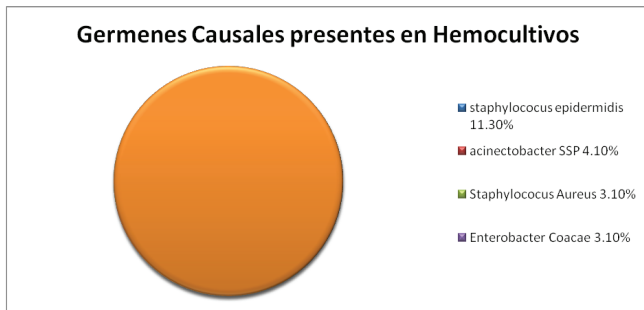


Gráfico 1 gógrafenos causales de sepsis presentes en el hemocultivo encontrados formulario de los pacientes ingresados en la sala clínica de pediatría 68 pacientes para 70.1 % con resultados de Hemocultivo fueron negativos o no realizados al momento de su ingreso. De los 97 pacientes investigados: 92.8% no usaron antibiótico antes del hemocultivo.

La punción lumbar la cual es un dato vital para el diagnóstico de sepsis en estos pacientes solo pudo ser cuantificada como positiva y negativa. Representando dicho resultados en este gráfico:

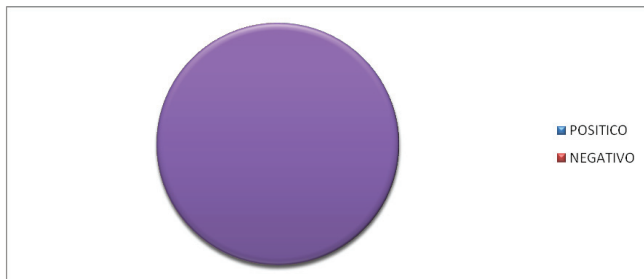


Gráfico 2 .Resultados de la punción lumbar encontrados formulario de los pacientes ingresados en la sala clínica de pediatría.

Un restante de 33 pacientes para un 32.0% de los ingresados no se le realizo la punción lumbar por encontrarse en situaciones delicadas.

Los días de ingreso fueron variados 74 pacientes ingresados reportaron buena evolución los cuales oxilaban entre 3-30 días de ingreso, 12 pacientes 2 – 10 días de ingreso reportaron estabilidad al momento de su egreso, 2 pacientes fallecieron complicándose con otras patologías que agravaron su cuadro.

DISCUSION

La incidencia de la sepsis no ha disminuido lo esperado debido a la mayor prevalencia de neonatos prematuros y la necesidad de empleo de técnicas invasivas.

La medida preventiva sigue siendo lo más importante a tener en cuenta en el manejo de los neonatos en general y aún más en los prematuros para evitar la sepsis.

El tratamiento correcto de los neonatos con diagnóstico de sepsis sigue siendo el uso de antibióticos de amplio espectro empleada en forma empírica y precoz, junto con las medidas de sostén del paciente (6).

La dificultad del manejo se encuentra en el estado nutricional y los hallazgos clínicos al momento del ingreso, estos datos identifican la gravedad y el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de sepsis.

El problema de diagnosticar y por ende tratar esta enfermedad en los pacientes pediátricos va a depender de los datos obtenidos por el médico al momento de su evaluación de ingreso (historia clínica es el 90%) y el diagnóstico.

El estado nutricional y los recursos diagnósticos empleados para identificar la posible causa de esta patología. Tanto el hemocultivo y la punción lumbar son vitales en el diagnóstico y apoyados del estado hemodinámico del paciente y del uso apropiado del tratamiento podemos mejorar y estabilizar hasta lograr una posible recuperación completa de estos pacientes .

CONCLUSION

Al concluir esta investigación se prueba una vez más que la edad de mayor prevalencia para sepsis es menor de 1 año aunque no hay mucha diferencia en el sexo en este estudio, los estudios anteriores reportan que el mayor por ciento de estos pacientes son masculinos. El estado nutricional fue variado y entre los hallazgos relevantes la fiebre es el principal dato dando así una alerta de infección.

Entre los patógenos encontrados en los resultados de los hemocultivos positivos el más frecuente es el Staphylococcus Epidermidis. A nivel de foco como posible puerta de entrada el dato más relevante lo tiene las afectaciones pulmonares la mayoría

Combinadas con el sistema gastrointestinal .por esta razón los medicamentos más usados son de amplio espectro como la Cefotaxima que es una cefalosporina de tercera generación y la amikacina que es bactericida del grupo de los amino glucósido.

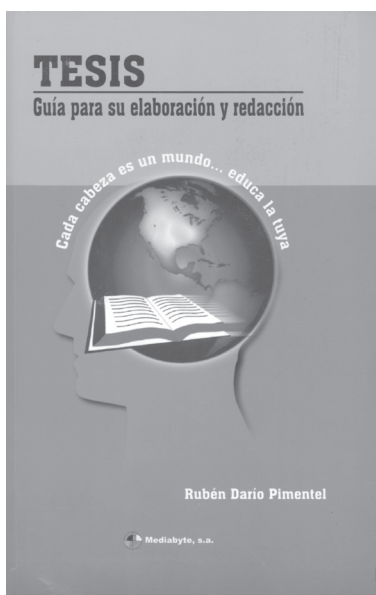
A pesar de que no todos reportaron hemocultivo y algunos presentaron dificultad a la hora de hacer la punción lumbar la gran mayoría reporto al momento de su egreso Buena evolución. Tomando en cuenta que el 76.3% de estos pacientes presentaron buena evolución a la hora de su egreso se concluye que el estado nutricional, los hallazgos clínicos y la identificación temprana del Agente causal son los factores a tomar a considerar para el manejo apropiado de los pacientes con sepsis.

REFERENCIAS

1. Pelod Score, un Predictor de mortalidad en Niños con shock séptico Hospital Pediátrico José Luis Miranda Villa Clara. Cuba. *Dra. Katya Bilbao González, Dra. Yamilet Segredo Molina, Dr. Raúl E. San Blas Valdés edición 2004 -2005*
2. R. Scout Watson, MD et al .Scope and Epidemiology of pediatric sepsis. *PediatrCritCareMed* 2005; 6:3.
3. Survey Bareño , Silva J. Epidemiología de la sepsis en pediatría: primer estudio colombiano multicéntrico *Rev CES Med* 2009
4. Dra. Virginia Díaz Jiménez Dirección: Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes del Coyoacán, C.P. 04530, México, D.F
5. Roberto S., Pablo V., Janet Y, Rito Z., Guillermo A., Sylvia F. , Víctor S., Nancy O. Etiología y susceptibilidad antimicrobiana de las infecciones neonatales *An. Fac. med. v.65 n.1 Lima mar. 2004.*
6. Miguel Ángel González, Dr. Marco Antonio Caraballo Dr. Santiago Alberto. G. Dr. Saúl Omar. M Sepsis

- Neonatal y prematuridad, Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina - N° 160 – Agosto 2006
7. Asociación Mexicana de Pediatría. Primer Consenso de Sepsis Neonatal (2003). Acta PediatrMex2003;
 8. Patiño N. Infección nosocomial neonatal. En: Espinoza F. La neonatología en la atención primaria de salud. La Paz: Grupo Impresor, 2005}
 9. Dra. Patricia Saltigeral Simental. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría Agentes causales de sepsis neonatal temprana y tardía: una revisión de diez años en el “Hospital Infantil Privado Vol. XX Núm. 80 abril-junio 2007
 10. TROTMAN, H y BELL, Y. Neonatal sepsis in very low birthweight infants at the university hospital of the West Indies. West Indian med. j. [online].2006, vol. 55, no. 3 [citado 2009-03-12], pp. 165-169. Disponible en: ISSN 0043-3144.
 11. Verani JR, McGee L, Schrag S. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal, Revised Guidelines from CDC, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 59(RR-10): 1-36, 2010.
 12. <http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/sepsis-neonat/>.
 13. Anderson-Berry, Ann L; Linda L Bellig (noviembre de 2008). «Neonatal sepsis» (en inglés). *Infectious Diseases*. Disease eMedicine.com. Consultado el 12 de marzo de 2009.
 14. <http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/sepsis-neonat/>
 15. Tagu D, moussar C. Fundamento de pediatría/ técnicas de biología molecular. Zaragoza. Acribia Editorial, 2006.

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.

CASOS CLINICOS

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



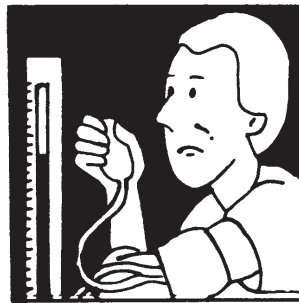
Evite Obesidad



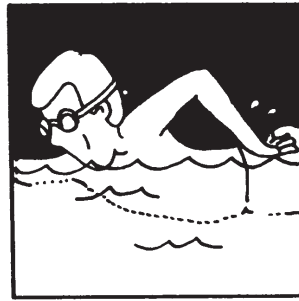
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL GENERAL EL BUEN SAMARITANO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Liddy A. Kiaty Figueroa,* Elizabeth Valerio,** Dasma Samuel*** Franklin Bidó,**** Aristóteles Bautista.*****

RESUMEN

El presente caso clínico describe la historia clínica de internamiento de un masculino de 20 años de edad, quien es ingresado en nuestro centro de salud por presentar una masa exofítica de aspecto verrugoso en glándula y cuerpo de pene, refiriendo aparición de la lesión luego de recibir trauma. Este ensayo describe el tratamiento seguido por parte del Departamento de Urología de nuestro hospital, y discute los diferentes factores predominantes para producir dicha lesión en un paciente de esta edad.

Palabras claves: Cáncer de pene, HPV, biopsia.

ABSTRACT

The following clinical case describes the clinical history of a 20 years old male, admitted at our health center for presenting an exophytic mass with verrucous aspect in the body and penis glans, referring appearance lesion after receiving trauma. This written describes the treatment received by the Urology Department of our hospital, and discussed the different prevailing factors than produce this lesion in a patient of this age.

Keywords: Penile cancer, HPV, biopsy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene es una patología infrecuente en países desarrollados como Estados Unidos, donde la tasa anual es de menos de 1 por cada 100.000 hombres. La Sociedad Americana de Cáncer reportó en enero del 2012 la aparición 1570 casos nuevos y 310 defunciones.¹ Existe una llamativa correlación entre la práctica de la circuncisión y la aparición de cáncer de pene. Dado a que la circuncisión confiere protección ante esta patología, es sumamente raro este tipo de cáncer en los judíos y musulmanes por esta continua práctica, y proporcionalmente más frecuente en las poblaciones en las que no se realiza la circuncisión.²

Dentro de los cánceres de pene, el carcinoma de células escamosas en E.U. representa el 1 por ciento de los cánceres masculinos. La mayoría de estos casos se produce entre los 40 y los 70 años. Las posibles causas son los carcinógenos del

esmegma acumulado bajo el prepucio y los HPV 16 y 18.²

Cabe destacar que este tipo de cáncer se manifiesta habitualmente con un engrosamiento epitelial en glándula o en superficie interna del prepucio con progresión a una proliferación exofítica. Frecuentemente hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales (inguinales e ilíacos). Para aquellas lesiones que se han limitado al pene la supervivencia a los 5 años es del 66 por ciento, no así, aquellas en las que hay afección de los ganglios regionales es de un 27 por ciento.²

Al momento de realizar el procedimiento quirúrgico se debe tomar en cuenta la localización y en el estadio en que se encuentre la lesión y determinar si realizar penectomía parcial o total.³

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 20 años de edad, procedente de Las Colinas, provincia San Pedro de Macorís, quien es visto en la emergencia de nuestro centro el 6 de marzo del 2012, referido de otro centro de salud, presentando al examen físico masa exofítica de aspecto verrugoso de 4cm, con bordes necróticos, abundante fibrina, secreción purulenta y miasis en glándula y cuerpo de pene, ocupando 2/4 partes del mismo; y también sonda Foley uretrovesical. Refiere paciente la aparición de la lesión fue a raíz de un golpe que recibió en el pene con un material de caucho mientras sostenía riña con un familiar, a partir de ese momento según la descripción recibida, hace referencia a la aparición de un hematoma, durante los primeros meses no doloroso y que posteriormente infectó, pasados 11 meses decidió asistir al centro de salud de donde fue referido.

Previo evaluación por el Departamento de Urología se decide ingresar e implementar durante 24 horas antibioterapia con Ceftriaxona 1gr. Gentamicina 160mg. Ambos cada 12 y horas y Metronidazol 500mg cada 8 horas, con la intención de realizar citostomía suprapúbica abierta y para la toma de muestra de biopsia. El Departamento de Psicología procede a preparar al paciente psicológicamente ante la probabilidad de realizarse una penectomía parcial o total en caso de que confirme la posible malignidad de dicha lesión.

El reporte de la biopsia se recibe el 13 de marzo del 2012, reportando una neoformación maligna de células escamosas con desproporción núcleo citoplasma, hiperchromasia, nucléolos prominentes, disqueratosis dispuestos en grupos que ocupan todo el tejido, necrosis. Concluyendo el Departamento de Anatomía Patológica en: Presencia de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado del pene.

El paciente continuó siendo evaluado por el Departamento

*Médico general

**Medica especialista de Urología de la Fundación Hospital General El Buen Samaritano

***Medica especialista en Anatomía Patológica.

****Jefe del departamento académico de la Fundación Hospital General El Buen Samaritano.

*****Medico general. Psicólogo clínico.

de Psicología, quienes en fecha del 20 de marzo del 2012 consideraron que el paciente se encontraba en buen estado mental para ser intervenido quirúrgicamente, enfatizando en que debía seguir un tratamiento psicológico post-operatorio para evitar descompensación emocional post-quirúrgica.

El paciente de oficio es estudiante. Estado civil soltero, hace referencia de haber tenido su primer relación coital a los 8 años, y que durante su vida ha tenido 7 novias y con la mayoría de estas ha tenido relaciones coitales. No presenta antecedentes patológicos hasta el momento, con antecedentes familiares de falcemia por parte de madre e hipertensión arterial y cáncer de cérvix (tía) por parte de su familia paterna.

Al momento de su ingreso sus signos vitales fueron TA 100/70 mmHg FC 88 L/min FR 18 R/min y un peso de 135 libras. Su escala de Glasgow en 15 puntos.

Al examen físico solo presentó como positivo la lesión en el glande y cuerpo de pene. Los análisis de laboratorio de admisión de mayor relevancia reportaron:

Hemograma: WBC + 21.8 x 10³/L RBC 4.24 x 10⁵/L HGB 12.2 g/dl HCT 36.7 por ciento PLT 343 x 10³/L LYM 7.4 por ciento MXD 8.9 por ciento NEUT 83.7 por ciento RDW 51.9 fL

Química sanguínea: Anti HIV - A Rh + Glucosa 91mg/dL

Examen de orina: Densidad 1.020 pH 6.0 Sangre oculta +++

Se realizo radiografía de tórax PA la cual no reporto patología alguna.

El paciente es intervenido quirúrgicamente en nuestro centro de salud el día 21 de marzo del 2012.

Reportando el Departamento de Urología la descripción quirúrgica del procedimiento: Previa asepsia y antisepsia de pared abdominal anterior, genitales externos, tercio superior de muslos y bloqueo subaracnoideo se procede a colocar torniquete en base de pene y aislamiento de lesión tumoral con guante estéril, se procede a realizar incisión aproximadamente 2 cm por debajo de la lesión en cuerpo de pene en forma circular, se disecan ambos cuerpos cavernosos, se incide cuerpo esponjoso y se extrae lesión de 5 cm aproximadamente, se verifica hemostasia y se suturan cuerpos cavernosos con hilo crómico 1-0 se procede a realizar corte en bisel de la uretra y se sutura evertiendo sus bordes hacia los cuerpos cavernosos con hilo crómico 2-0, se inserta sonda uretrovesical tipo Foley de silicón #20 y se permeabiliza la misma. Se retira torniquete verificándose hemostasia y luego se realiza muñón con piel de pene restante con hilo crómico 2-0 y se cubre con apósitos limpios y estériles y se traslada paciente a sala de recuperación en condiciones generales estable. Se envía muestra de la lesión al Departamento de Anatomía Patológica.

Luego de analizar la muestra de la lesión el Depto. de Anatomía Patológica reportó: Pieza blanquecina fungosa de aspecto necrótico de unos 10.5 x 11.0 cm. A los cortes sucesivos focos de hemorragia, quistes llenos de material fétido purulento. El tejido estudiado muestra neoplasia maligna de células escamosas con desproporción núcleo-citoplasma, citoplasma claro, hiper cromasia, nucléolos prominentes, cromatina en grumos, mitosis, disqueratosis, formación de perlas de queratina, intenso infiltrado inflamatorio de linfocitos, células plasmáticas, necrosis, desmoplasia. Se observan vasos con células tumorales en su luz.

Diagnostico: Carcinoma escamoso de pene moderada a pobremente diferenciado.

El Depto. de Anatomía Patológica consideró que se realizara captación híbrida de HPV y técnica de inmunohistoquímica. Luego se procedió a interconsultar al paciente en estudio

con el Departamento de Oncología, quienes evaluaron y recomendaron también realizar captación híbrida de HPV y tomografía axial computarizada de tórax y abdomino-pelvica. Estas pruebas reportaron:

Captación híbrida de HPV: Negativo para el virus del papiloma humano de alto riesgo. Valor: 0.24 RLU. Valor estándar negativo por debajo de 1 RLU. Un resultado negativo no descarta la infección del VPH de bajo riesgo (Subtipos: 16 /18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59 Y 68).

Reporte de inmunohistoquímica:

Marcador:	Resultado:	Reactividad:
P16	Positivo	Vinculado al VPH

Conclusión: Carcinoma Epidermoide Bien Diferenciado en el contexto del Virus del Papiloma Humano (VPH).

Nota: La P16 positiva está vinculado a infección por el VPH.

TAC de tórax: No evidencia de patología pulmonar.

TAC abdomino-pelvica: Esplenomegalia con calcificaciones medianas en moldes, litiasis vesicular, engrosamiento de las paredes vesicales con sonda en su interior y se observó adenopatía inguinal izquierda de 2cm por 1.5 de aspecto tumoral, que se confirma con la palpación en esta zona.

El Depto. de Oncología consideró que el paciente debía recibir quimioterapia sustentándose en los émbolos tumorales reportados por el Depto. De Anatomía Patológica y por la adenopatía inguinal demostrada. Tomaron estos las adenopatías como parámetro de respuesta.

La estrategia de quimioterapia indicada por este departamento fue de Carboplatino a un AUC de 5 y Docetaxel a 75mg por metro cuadrado cada 21 días por un máximo de 4 ciclos al cabo de los cuales se revaluara el paciente por clínica y tomografía.

El paciente es egresado de nuestro centro de salud en fecha 14 de abril de 2012 en óptimas condiciones, con indicaciones para cuidado de la lesión, asistencia a consulta de psicología y oncología dentro de 20 días.

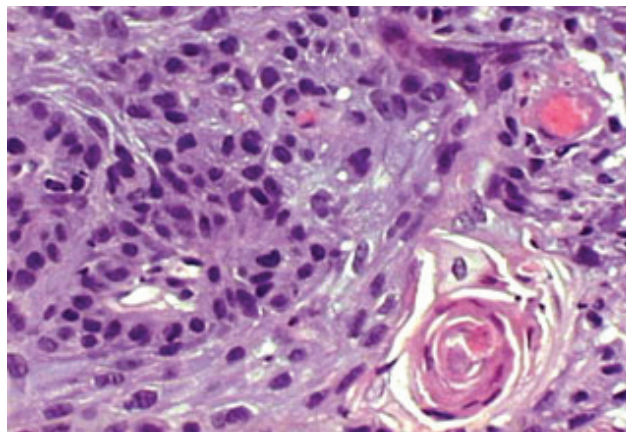


Figura 1. Neoformación escamosa de células malignas, con desproporción núcleo citoplasma, hiper cromasia. Dichas células de amplio citoplasma brillante, disqueratosis y formación de perlas. Numerosas mitosis, las mismas dispuestas en grupos que ocupan todo el tejido y los bordes de resección. Permean vasos y filetes nerviosos. Necrosis.

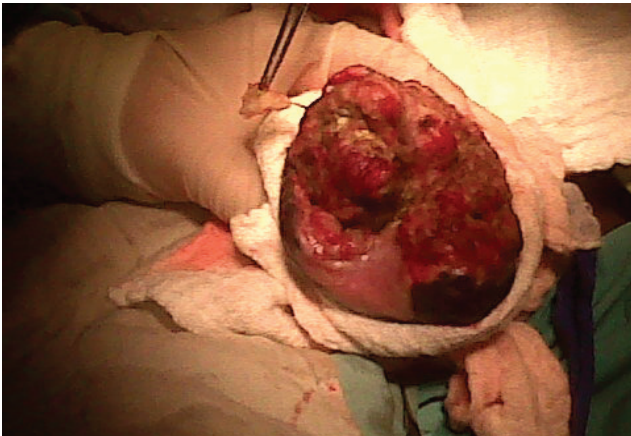


Figura 2. Masa tumoral



Figura 3. Al finalizar la cirugía



Figura 4. Al finalizar la cirugía

DISCUSIÓN

El cáncer de pene es una entidad clínica relacionada a varios factores, siendo asociado principalmente al Virus del Papiloma Humano (VPH), en un estudio realizado en el Hospital Dr. Moscoso Puello en periodo 2005-2009 fueron diagnosticados un total de 48 pacientes con cáncer de pene de los cuales 5 pacientes lo que corresponde al 9.4 por ciento estaban infectados por HPV, especialmente las cepas 16 y 18. 2, 4

Como hemos mencionado en otra ocasión la prevalencia del cáncer de pene es mayor en las zonas donde no se practica habitualmente la circuncisión. La ausencia de la circuncisión

junto con la falta de higiene genital favorece a la retención de células epiteliales descamadas, secreciones y residuos, que se conoce como esmegma. 2 La irritación continua y prolongada sobre la superficie del glande y del prepucio desarrollan las condiciones necesarias para la formación de una neoplasia. MELICOW considera que la irritación crónica prepara el terreno para los agentes oncogénicos. 5

Tomando como referencia la investigación realizada en el Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello confirmamos que la relación en la que inicio el paciente a tener relaciones coitales influye bastante en el padecimiento de cáncer de pene, el 95.8 por ciento de los pacientes en su estudio habían iniciado entre los 14-20 años de edad. También en su trabajo de investigación confirmaron que aquellos pacientes con más de 4 parejas sexuales formaron el grupo más afectado. 4

La positividad de la proteína p16 está altamente asociada a la infección por HPV. La proteína p16, también conocido como CDKN2, MTS1, INK4a y CDK4I, actúa como un gen supresor de tumores. Se encuentra asociado a la tumorigénesis cuando se produce su inactivación, ya que está implicado en el control del ciclo celular. 7

El gen p16 está localizado en la región 9p21, las alteraciones en esta región son frecuentes en diferentes tumores. Este gen inhibe las quinasas 4 y 6 dependientes de dielina D1 (CDK4/6, dielina D1), cuya función es regular la actividad de la proteína retinoblastoma (Rb) mediante la fosforilación de la misma. La pérdida de función de p16 genera una inactivación de Rb por hiperfosforilación y, por tanto, una disregulación y progresión prematura del ciclo celular. 6,7

En presencia de un cáncer, el genoma del VPH con frecuencia se encuentra, aunque no exclusivamente, integrado en el genoma de la célula huésped. La integración del genoma viral al DNA celular, provoca el rompimiento del gen E2, dando como resultado la pérdida de control transcripcional mediado por E2, llevando a una disregulación de la expresión de las oncoproteínas E6 y E7. Las grandes cantidades de unidades de proteína E6 y E7 incrementa el riesgo de transformación maligna. 6,7

REFERENCIAS

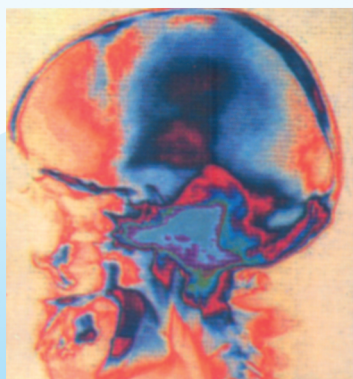
1. American Cancer Society.: Cancer Facts and Figures 2012. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2012. Available online. Last accessed January 5, 2012.
2. Patología Estructural y Funcional. Robbins y Cotran. 7ma edición. Capítulo 2: Tracto urinario inferior y sistema general masculino. 2007. Elsevier Saunders.
3. Revista Medica Dominicana. Penectomía parcial como tratamiento para el cáncer de pene en el Hospital General Plaza de la Salud. Volumen 72-No.3. Septiembre/diciembre 2011. Pág. 143.
4. Revista Medica Dominicana. Relación del virus del papiloma humano con el cáncer de pene en pacientes consultados en el Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello. Pag.93.
5. Hernández: Cáncer de Pene. Revista Médica de Costa Rica XXVI 417 (121:141):130-131.
6. VPH y los Carcinomas de Cavidad Bucal y Bucofaringe. García et al, Cancerología 4 (2009): 181-191 Dres: Claudia M. García-Cuellar, Imelda del Carmen González.
7. Metilación de p16 en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal tras un largo periodo de seguimiento. Silvia Veganzones de Castro, Sara Rafael Fernández. Vol. 104. N.º 3, pp. 111-117, 2012



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

LITIASIS CONJUNTIVAL: REPORTE DE UN CASO

Claudia Virginia Hernández Rodríguez,* Katherine Mercedes Rivera Fani.**

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente femenina de 63 años de edad, quien acudió al Servicio Dominicano de Oftalmología, en la Ciudad Universitaria, Santo Domingo, en busca de asistencia por presentar dolor, prurito, sensación de arenilla y lagrimeo en ambos ojos, cuadro previamente tratado en otro centro sin lograr mejoría de los síntomas. El examen de ambos ojos y la biomicroscopía revelaron la presencia de Litiasis conjuntival en los párpados inferiores. El manejo consistió en la extracción de un total de 32 concreciones de ambos párpados, seguido del uso de antibióticos y antiinflamatorios. Se logró la evolución satisfactoria del cuadro hacia la desaparición de las manifestaciones clínicas.

Palabras claves: litiasisconjuntival, concreciones, párpadosinferiores

ABSTRACT

Introducing the clinical case of a female patient, who is 63 years old and went to the Dominican Ophthalmology Service, in the University City, Santo Domingo, for assistance reporting pain, itching, grittiness and tearing in both eyes, she was previously treated in another center but without experiencing symptoms relief. The examination and Biomicroscopy revealed the presence of conjunctivallithiasis in both lower eyelids. The treatment was the extraction of 32 concretions in both lower eyelids, followed by antibiotics and antiinflammatory agents, the result was satisfactory, achieving the disappearance of symptoms.

Key words: conjunctivallithiasis, concretions, lowereyelid

INTRODUCCIÓN

La litiasis conjuntival se define como la presencia de quistes de inclusión llenos de queratina y restos epiteliales dentro de la conjuntiva palpebral inferior o superior¹ Esta afección se debe al depósito de células epiteliales y moco espeso en las glándulas de Henle.² Estudios han demostrado que la litiasis conjuntival puede presentarse hasta en un 42 por ciento de los pacientes que buscan asistencia oftalmológica, 7 por ciento de estos presentan manifestaciones que pueden ser atribuidas exclusivamente a la presencia de estos cálculos.³

Al examen se observan como pequeños nódulos en la conjuntiva palpebral de color blanco o amarillento y de consistencia dura.^{1,4} Comúnmente se presentan por atrofia degenerativa conjuntival en la edad avanzada o como

consecuencia de una inflamación crónica conjuntival^{1,3,5} Contrario a lo que su nombre podría indicar, en su mayoría no están calcificados.⁵

El paciente con litiasis puede reportar una sensación de cuerpo extraño que es especialmente prominente al parpadear, aunque la mayoría de los pacientes son asintomáticos. El contacto con la córnea conduce a la irritación, así como la erosión de esta.^{1,4} Todos los pacientes deben ser adecuadamente educados en cuanto a la etiología y el pronóstico de este trastorno.¹

La litiasis por lo general no requiere tratamiento de intervención, siempre y cuando el paciente se encuentre asintomático y la córnea no esté afectada. En los casos más graves, aquellos en los que los hay riesgo de erosión corneal o se han desarrollado síntomas, la escisión de los cálculos es la modalidad de elección.^{1,2,3,5} Pueden ser extraídos de la conjuntiva con una aguja o una cuchilla.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Historia Clínica
 Datos Generales
 Nombre: L.A.
 Sexo: Femenino
 Edad: 63 años
 Ocupación: Quehaceres domésticos
 Residencia: Los Mameyes, Santo Domingo Este
 Motivo de consulta:
 Dolor ocular
 Prurito
 Sensación de cuerpo extraño
 Lagrimeo

Se trata de paciente femenina de 63 años de edad, quien refiere que cuadro clínico inició hace 1 mes, caracterizado por dolor, prurito, sensación de cuerpo extraño y lagrimeo en ambos ojos. Por dicho cuadro clínico buscó previamente asistencia oftalmológica en otro centro donde le fue prescrita medicación con lágrimas artificiales, con lo cual el cuadro clínico no cedió.

Antecedentes personales patológicos:

Hipertensión arterial sistémica de 15 años de evolución, Diabetes mellitus tipo I de 3 años de evolución, Catarata moderada en ambos ojos

Antecedentes medicamentosos:

Antihipertensivos e Hipoglucemiantes orales cuyo nombre no sabe especificar

Antecedentes alérgicos: ninguno

Hábitos tóxicos: negados

*Médico especialista en Oftalmología, Servicio Dominicano de Oftalmología.

**Médico General

Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía por fibroma

Se procede a evaluar ambos ojos mediante biomicroscopia, al evvertir los párpados se observa la presencia de litiasis conjuntival en ambos párpados inferiores y procediéndose en esta misma consulta a extraerse 3 concreciones previa instilación de anestésico tópico de con el uso de cuchillete y aguja de cuerpo extraño, luego se prescribe Tobramicina + Dexametasona cada tres horas por vía tópica . Debido a la cantidad de concreciones se cita paciente para cirugía. En segunda visita se procede nueva vez a instilar anestésico tópico de Alcaína 1 por ciento (clorhidrato de proparacaína) y con el uso de cuchillete y aguja de cuerpo extraño se retiran en total 32 concreciones de ambos párpados inferiores, entre ellas algunas visibles a simple vista y otras no; luego de esto se procede a colocar Tobramicina y dexametasona (Tobradex®) en ungüento oftálmico y vendar ambos ojos, se prescriben antiinflamatorios orales y se cita paciente para seguimiento dentro de dos días. Pasado los dos días se procede a descubrir los ojos y se evalúan ambos párpados inferiores observándose la conjuntiva totalmente cicatrizada por lo cual se prescribe continuar con Moxifloxacino y dexametasona (Vigadexa®) en gotas oftálmicas por una semana y se le advierte la posibilidad de recurrencia de su cuadro por lo cual se le insta a retornar en caso de reaparición de los síntomas.

DISCUSIÓN

La litiasis conjuntival es una entidad poco documentada en nuestro país, a tal punto que su comportamiento epidemiológico es desconocido. Estudios internacionales reportan que pueden presentarse entre una tercera o cuarta parte de los pacientes que buscan asistencia oftalmológica³. A pesar de que pocos casos resultan ser sintomáticos³ no es sensato pasar por alto esta entidad debido a la frecuencia en la que se presenta en los pacientes. El hecho de no pensar en litiasis conjuntival ante un paciente que refiera sensación de cuerpo extraño, así como las manifestaciones ya descritas en este caso clínico, haría imposible la resolución en el paciente de tan molestos síntomas y aún peor, de las erosiones corneales, ejemplo de esto es el caso clínico descrito: en la primera ocasión que la paciente busca asistencia la litiasis conjuntival no fue investigada, lo que permitió que durante un mes persistieran los síntomas de dolor, picor, sensación de arenilla y lagrimeo en ambos ojos. El tratamiento, consistente en la extracción de los cálculos (en este caso 32), el uso de antibióticos y antiinflamatorios, este manejo no reviste mucha complejidad y es eficiente, logrando la desaparición del cuadro.^{2,3} En el caso clínico descrito, como consecuencia del manejo, se logró la evolución satisfactoria del cuadro hacia la desaparición de las manifestaciones clínicas, con cicatrización total del área intervenida en un periodo corto de tiempo.

CONCLUSIONES

Tal como es descrito en la literatura revisada, la litiasis conjuntival suele presentarse en personas de edad avanzada debido al proceso de degeneración conjuntival senil que se presenta. La litiasis conjuntival no debe ser subestimada en las consultas oftalmológicas, tomando en cuenta que es una entidad relativamente frecuente y de fácil manejo. Los pacientes sintomáticos deben ser tratados para lograr el cese de los síntomas y la cicatrización de las erosiones corneales. Se recomienda educar a los pacientes afectados sobre la posibilidad de recidiva de esta afección para que busquen asistencia si los síntomas reaparecen.

REFERENCIAS

1. Sowka J, Gurwood A, Kabat A. Conjunctival Concretions/ Ocular lithiasis. The handbook of ocular disease management. 13th edition, 2011: 19
2. Ahmed E. "Degenerations of the conjunctiva, concretions" Comprehensive manual of Ophthalmology. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi India, 2011:171
3. Kulshrestha M, Thaller V, Prevalence of conjunctival concretions, letter to a journal. Royal College of Ophthalmologists, London, 1995
4. Bengoa A, Gutierrez E, Pérez E. "Concreciones conjuntivales" Atlas Urgencia en Oftalmología Vol. I. Editorial Glosa, Barcelona, España 2001; p. 118
5. Mukherjee P, "Dryness of the conjunctiva", Clinical Examination in Ophthalmology, Elsevier, New Dheli, India. 2007, p. 97
6. College of Optometrist of London. "Concretions (conjunctivallithiasis)" clinical management guidelines, Feb. 2012.
7. James J, Bouchard C, Florakis G *et al*, Enfermedades de superficie ocular y córnea, Sección 8; American Academy of Ophtalmology, Elsevier 2011, p. 332.
8. Méndez R, Benítez J. Superficie Ocular: Conjuntivocalasia, linfangiectasias y concreciones conjuntivales.. LXXX Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Oftalmología. Edit. Sociedad Española de Oftalmología. Madrid 2004
9. Matias R, Valdés C, Almeida A; Concreción conjuntival: (Litiasis); Glosario de Oftalmología (Ingles-Español) Revista Habanera de Ciencias Médicas, Oct- Nov 2007 6:(4)
10. Luis W, concreciones conjuntivales, Revista Cibernética de Oftalmología, Pensilvania, Oct. 2012; disponible en URL: [http://www.oftalmologia.org/rco/index.php?option=com_content&view=article&id=396:concreciones-conjuntivales&catid=17:cornea&Itemid=36](http://www Oftalmologia.org/rco/index.php?option=com_content&view=article&id=396:concreciones-conjuntivales&catid=17:cornea&Itemid=36)

ESQUIZENCEFALIA DE LABIO CERRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Priscila Félix,* Marcia Lucía Mateo,* Rossi Paola Santana, * Carlos W. Santoni.**

RESUMEN

La esquizencefalia es un raro desorden de la migración neuronal, caracterizada por hendiduras de sustancia gris en los hemisferios cerebrales que se extienden desde la superficie pial a los ventrículos laterales. Esta patología es el resultado final de una amplia variedad de factores genéticos, tóxicos, metabólicos y de agentes infecciosos que

ocurren durante un período crítico del desarrollo cerebral. Esta malformación puede ser unilateral o bilateral y puede ser dividida en dos subtipos: de “labios cerrados” o tipo I, o de “labios abiertos” o tipo II. Se presenta caso de un paciente masculino de 34 años de edad con epilepsia y hallazgos neurorradiológicos de esquizencefalia de “labios cerrados”.

Palabras clave: Esquizencefalia. Displasia cortical. epilepsia, migración neuronal.

ABSTRACT

Schizencephaly is a rare developmental disorder of neuronal migration, characterized by congenital clefts spanning the cerebral hemisphere from the pial surface to the lateral ventricle and lined by cortical gray matter. The lesion is the final result of a variety of etiologies including genetic, toxic, metabolic and infectious agents during a critical period of the development of the brain. This malformation can be unilateral or bilateral and may be divided in two subtypes: “closed lips” or type I and “open lips” or type II. We present 34 years old masculine patient with epilepsy and neuroradiological findings closed lips” schizencephaly.

Key words: Schizencephaly, cortical dysplasia, epilepsy, neuronal migration.

INTRODUCCIÓN

La esquizencefalia es un desorden congénito del desarrollo cortical cerebral, que se caracteriza por la existencia de hendiduras de sustancia gris que se extienden desde la superficie pial hasta los ventrículos laterales. Esta patología se engloba dentro del grupo de trastornos de migración neuroblástica, los cuales son probablemente las malformaciones más frecuentes del sistema nervioso central; sin embargo, no se conocen bien y no se cuenta con registros válidos sobre la prevalencia de los mismos, a pesar que en los últimos años han tomado una importancia creciente a la luz del desarrollo de las neuroimágenes y por su implicación con patologías frecuentes como la epilepsia.¹

La migración neuroblástica ocurre mayormente entre las semanas 12 y 20 de gestación y consiste en el movimiento de las células nerviosas desde su sitio de origen en las regiones ventricular y subventricular hasta la superficie pial del tubo neural, guiadas por el sistema glial radial que mediante la actuación intercelular de mediadores químicos específicos permite que las neuronas alcancen su lugar definitivo en la neocorteza.² Resulta fácil de comprender, que la migración neuroblástica puede ser fácilmente interferida por una gran cantidad de situaciones, algunas genéticamente determinadas, y otras ocasionadas por noxas ambientales durante la etapa de la gestación. La esquizencefalia puede ser unilateral o bilateral y puede ser dividida en dos subtipos: tipo I o de “labio cerrado” si las hendiduras cerebrales no llegan a contactar los ventrículos laterales y tipo II o de “labio abierto” en las cuales las invaginaciones de la corteza cerebral contactan los ventrículos.³

De esta manera esta malformación congénita puede presentar a una amplia gama de manifestaciones clínicas y a menudo puede acompañarse de otras anomalías cerebrales tales como ausencia de septum pellucidum o hipoplasia del nervio óptico. Presentamos el caso de una paciente femenina de 34 años de edad, quien cursa con una esquizencefalia de labio cerrado.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 17 años de edad, quien es traída por familiares a la emergencia del Hospital Dr. Luís E. Aybar por presentar movimientos tónico-clónicos generalizados, con desviación de la mirada a la derecha, sin relajación de esfínteres, de aproximadamente 3 minutos de duración y con estado pos-ictal caracterizado por pérdida del estado de conciencia. Refieren los familiares que debido a dicho cuadro clínico el paciente fue llevado a un centro clínico de su comunidad donde es canalizado con solución salina al 9 por ciento y epaminizado y por no contar con área de internamiento es referido a este centro de salud, donde previa evaluación se decide su ingreso.

Al examen físico se trata de paciente que luce en regulares condiciones generales, afebril al tacto, eupneica, presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 78 lpm, frecuencia respiratoria: 21 rpm.

Respiratorio: tórax simétrico, normoexpansible, sonoridad conservada, ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares sin agregados.

Cardiovascular: Apex visible y palpable en 5to espacio intercostal con línea medioclavicular, ruidos cardíacos rítmicos regulares, sin soplo ni galope, no R3 ni R4.

*Médico general.

**Neurólogo

Abdomen: plano, blando, deprimible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades: eutróficas, simétricas, sin edema.

Neurológico: paciente conciente dentro de las 3 esferas psíquica, no dificultad de pares, sin signos meníngeos.

Se trata con Solución salina al 0.9 por ciento 3,000 ml, Ranitidina 50 mg/8h y Epamin 300 mg c/4h.

Datos de laboratorio

Leu	= 6.1 x 10 ³ /mm ³
Urea	= 17 mg/dL
Linf	= 20.6
Mon	= 3.4
Eri	= 4.57
PLT	= 258
HB	= 11
Hto	= 41%
Glicemia	= 95 mg/dL
VCM	= 90
Creatinina	= 0.5 mg/dL
HCM	= 24
Orina	= aspecto turbio
Anti-VIH-1 y 2	= Negativo
HBsAG	= Negativo
Anti-HVC	= Negativo

Se solicitó tomografía axial computarizada que reportó a nivel parietal izquierdo un repliegue cortical que se extiende desde la superficie epiduraria hasta la superficie pial, la misma se encuentra tapizada por sustancia gris y sus labios se encuentran en completa oposición asociado a dicho proceso se advierte pobre desarrollo del Septum pellucidum.

DISCUSIÓN

La esquizencefalia es un trastorno de la migración neuronal caracterizado por hendiduras de la corteza cerebral, que se extienden desde la superficie pial hasta el ventrículo lateral. En los bordes de dichas hendiduras existe una capa cortical con polimicrogiria, cuya laminación anormal está constituida por cuatro capas celulares. Las esquizencefalías se clasifican en los estudios radiológicos según que sean de labio cerrado o de labio abierto. En las primeras, los bordes de la hendidura se aproximan entre sí, mientras que en las de labio abierto están ampliamente separados por líquido cefalorraquídeo, el cual se encuentra entre el ventrículo y el espacio subaracnoideo. Su presentación puede ser unilateral o bilateral y compromete principalmente los lóbulos parietales y frontales.^{1,2}

Aunque no hay datos sobre la prevalencia de esta enfermedad en Colombia, en la literatura mundial existe un estudio realizado por Curry y colaboradores, en una población de California (Estados Unidos de América) con más 4 millones de nacimientos entre los años 1985 y 2001, en el que se reporta una tasa de prevalencia de 1,54/100.000 recién nacidos vivos. No existen en la literatura descripciones con buen número de pacientes con respecto a las diferentes tasas de prevalencia según el sexo y la raza.^{3,4}

Debido a su baja prevalencia, no se conocen bien los factores específicos de riesgo implicados en el desarrollo del trastorno de migración neuronal, aunque existe una aproximación con el estudio realizado por Curry y colaboradores, en el que se encontró un riesgo relativo casi cuatro veces mayor en los hijos de padres jóvenes y más de dos veces entre gemelos monocigóticos.³ En algunos estudios se han propuesto varias hipótesis etiológicas no necesariamente excluyentes las cuales podrían sugerir que la causa de la esquizencefalia es

multifactorial.⁵

Una de las hipótesis más aceptadas en la actualidad es la genética, por una mutación puntual en el cromosoma 10q26.1, donde se encuentra el gen de desarrollo homeobox EMX2, que se encarga de la configuración del sistema nervioso central y del tracto urogenital. Las mutaciones de dicho gen pueden ser *de novo* o familiares, como se constata con el caso de cuatro hermanos de una familia, de los cuales solo dos estaban afectados; en ellos se encontró la misma mutación que alteraba el empalme del primer intrón del gen EMX2.

Tal mutación no estaba presente en sus padres, ni en los dos hermanos sanos. Que la alteración genética no esté presente en todos los casos, y que el mismo compromiso genético se manifieste con expresión variable, sugiere que la pérdida de la función en el gen EMX2 puede ser el primer paso de un mecanismo patogénico de mayor complejidad en el que otros factores podrían influir en la gravedad y la extensión de las lesiones.^{4,6}

La etapa de la migración neuronal ocurre entre el tercero y quinto meses de la gestación, y es susceptible de ser afectada por malformaciones arteriovenosas, hemorragias y trombosis. Hung y colaboradores⁷ reportaron un caso de esquizencefalia unilateral de labio cerrado en el lóbulo parietal derecho que coexistía con una malformación arteriovenosa en el área temporal cercana. En otros pacientes se documentó una oclusión persistente de la arteria cerebral media derecha o el mal desarrollo de la misma.^{8,9} Fernández y colaboradores analizaron 160 casos de pacientes con riesgo perinatal de daño neurológico, en los cuales se observaron tres casos de esquizencefalia unilateral; la resonancia magnética nuclear (RMN) mostró oclusión o ausencia de la arteria cerebral media del lado comprometido.¹⁰ También se describió el hallazgo de vasos que, por su morfología y su ubicación eran atípicos por presentar alteraciones endoteliales y membranas basales laxas; probablemente estas alteraciones estuvieron implicadas en el desarrollo de un hematoma mortal en la hendidura esquizencefálica de un lactante. Una situación similar ocurrió con una hemorragia precipitada por warfarina en ese período crítico.^{11,12}

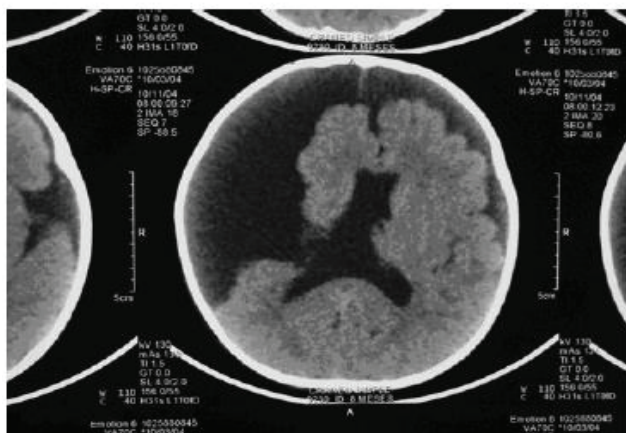
Las manifestaciones clínicas cubren un amplio espectro, desde la ausencia de signos y síntomas hasta un compromiso neurológico grave. La epilepsia se manifiesta por crisis focales y con frecuencia es resistente al tratamiento anticonvulsivante. Según Granata y colaboradores, la gravedad de la malformación no está directamente relacionada con la frecuencia de epilepsia ni con la resistencia al tratamiento.¹⁵ En presencia de epilepsia focal se debe sospechar un trastorno del desarrollo cortical en ciertas condiciones tales como: retardo en el desarrollo, déficit neurológico focal, historia familiar de retardo mental o epilepsia, convulsiones frecuentes y estado epiléptico focal desde el inicio.¹⁶ La magnitud de las manifestaciones depende de la ubicación unilateral o bilateral de la malformación y de si está asociada a otras alteraciones morfológicas. El compromiso motor solo se expresa si la esquizencefalia se ubica en el lóbulo frontal. Es frecuente que haya diferentes grados de retardo mental y del desarrollo. Kopita y colaboradores analizaron en 2006 9 casos de esquizencefalia al momento del diagnóstico y uno de los hallazgos más relevantes fue la presencia de retardo grave del desarrollo en la totalidad de los pacientes.¹⁷ El fenotipo es más grave si la anomalía es bilateral. Packard y col. encontraron que la enfermedad es menos grave en los pacientes con esquizencefalia de labio cerrado y que tienen mejor desarrollo psicomotor que aquellos con anomalía de

labio abierto.² En su estudio de 47 pacientes se presentaron alteraciones cognitivas en un 15 por ciento, compromiso motor en un 77 por ciento y epilepsia en un 69 por ciento si la lesión era unilateral, frente al compromiso de casi el 100 por ciento en las tres áreas en pacientes con lesiones bilaterales. Lopes y colaboradores reprodujeron parte de estos resultados en un estudio de casos y controles llevado a cabo en 24 pacientes con esquizencefalia unilateral y 20 con compromiso bilateral; encontraron que los trastornos motores eran más frecuentes y graves en los pacientes con lesión bilateral, aunque no pudieron demostrar una diferencia significativa entre los dos grupos con respecto a la frecuencia de epilepsia y a su control con anticonvulsivantes.¹⁸ En la evaluación neuropsicológica de una persona con esta alteración en el hemisferio izquierdo,

Brown y colaboradores encontraron que no presentaba déficit intelectual, ni compromiso en las evaluaciones de lenguaje, juicio, razonamiento, memoria y habilidad visoespacial. Lo anterior puede demostrar que las funciones dependientes del trastorno de la migración neuronal lateralizadas a un hemisferio pueden reorganizarse completamente con recuperación de todas las funciones cognitivas en el hemisferio contralateral, por mecanismos de plasticidad cerebral.^{2,19,20}

La RMN permite identificar con mayor precisión las características específicas de la esquizencefalia, incluyendo malformaciones pequeñas o asociadas, que no se observan con otras técnicas. No existe una zona particular de ubicación de las hendiduras las que pueden variar de un paciente a otro. Packard y col. encontraron que el lóbulo más comprometido era el parietal (72%), seguido por el frontal (55%), temporal (22%) y occipital (11%).² También se puede emplear una clasificación imaginológica, que tiene buena correlación con la presentación clínica; es la siguiente:

Figura N° 1
ESQUIZENCEFALIA: VARIEDAD DE LABIO ABIERTO CON
AGENESIA DEL SEPTUM PELLUCIDUM (TOMOGRAFÍA
AXIAL COMPUTARIZADA)
Cortesía del Doctor Dagoberto Cabrera H.



La RMN también permite detectar con gran precisión alteraciones estructurales concomitantes como la ausencia del *Septum pellucidum* o del cuerpo calloso, atrofia del nervio óptico, displasia focal de la corteza en otra localización, quistes aracnoideos, hemiatrofia cerebral y sustancia gris heterotópica. Denis y col. lograron el diagnóstico prenatal en tres casos por medio de RMN, con lo que demostraron la alta sensibilidad de este método.

A pesar de lo anterior, la tomografía computarizada (TC) e incluso la ultrasonografía obstétrica (US) pueden detectar precozmente la malformación.²¹ La sospecha por TC o US no es infrecuente, ya que en muchas ocasiones el diagnóstico puede ser casual cuando se le hace al paciente un estudio imaginológico por convulsiones, parálisis cerebral infantil o retardo mental. En la TC se pueden observar algunas hendiduras lineales de la materia gris, y en el caso de la US se puede sospechar la anomalía por la presencia de dilatación ventricular focal.²⁰⁻²² Recientemente se ha popularizado la RMN como posible herramienta diagnóstica prenatal; a este respecto Oh y colaboradores compararon la sensibilidad de la US prenatal con la de la RMN.

En los seis casos del estudio se hizo US y en tres de ellos, RMN, que detectó una esquizencefalia de labio cerrado no observada inicialmente en la US.²³ Esto apunta a que la RMN puede ser una herramienta útil en el diagnóstico antenatal de la esquizencefalia, más aún cuando se trata de malformaciones no muy llamativas. Sin embargo, en el contexto obstétrico actual la RMN no supera en relación riesgo/beneficio a la US.²⁴

Los hallazgos electroencefalográficos de la esquizencefalia son los mismos de una displasia cortical focal, que pueden ser variables en su expresión. La mayoría de los pacientes presentan descargas epileptiformes lateralizadas o lentitud focal. Estos resultados suelen tener una extensión topográfica eléctrica más amplia que la de la lesión propiamente dicha. Un patrón característico de una alteración del desarrollo se manifiesta por series de trenes de descargas epileptiformes de espigas de 4 a 10 Hz o de ondas agudas rítmicas de 4 a 7 Hz. Los pacientes cuya histología presenta mayores células balonadas y que tienen mayor número de crisis desarrollan espigas continuas en la electrocorticografía. Sin embargo, estas características electrofisiológicas se presentan también en pacientes con gangliogliomas y gliomas lo que sugiere que son un marcador de epileptogénesis, más que de un patrón histológico específico.²⁵⁻²⁷

El tratamiento fundamental en los pacientes con trastornos de la migración neuronal no es de tipo etiológico sino sintomático. La orientación terapéutica debe estar de acuerdo con las manifestaciones que presenta el paciente las que suelen ser proporcionales al tipo, la extensión y la gravedad de las lesiones.

Las convulsiones son frecuentes en los pacientes con esquizencefalia y se tratan con anticonvulsivantes convencionales. Las crisis epilépticas pueden llegar a ser resistentes a los fármacos y con frecuencia se requieren nuevos antiepilépticos. Cuando definitivamente no se obtiene ningún beneficio con los anticonvulsivantes, se puede recurrir a técnicas neuroquirúrgicas como las reportadas por Silbergeld y colaboradores²⁸ en cuatro pacientes con esquizencefalia a los cuales se les hizo lobectomía temporal o resección de la paquigiria que estaba alrededor de las hendiduras. Los autores concluyeron que este tejido anormal puede ser epileptogénico y que su eliminación podría ser benéfica para controlar las crisis comiciales. El grupo de la Clínica Mayo ha usado la tomografía computarizada simple con emisión de fotones (SPECT) con sustracción periictal correlacionada con la RMN para definir claramente el foco epiléptico; esta técnica se denomina SISCO. Su aplicación ha permitido la intervención quirúrgica satisfactoria en algunos pacientes, pues se obtiene un buen control de las crisis, así como mejoría en la calidad de vida.²⁹

En cuanto al retardo mental, es pertinente que el paciente sea

incluido en un programa terapéutico adecuado que permita el máximo desarrollo psicomotor y emocional posible. Como se mencionó en la presentación clínica, las funciones alteradas por trastornos lateralizados a un hemisferio pueden reorganizarse completamente en algunas personas, con recuperación de todas las funciones cognitivas en el hemisferio contralateral por posibles mecanismos de plasticidad cerebral.

La parálisis cerebral requiere siempre el enfoque de un equipo de rehabilitación, que evite el deterioro motor y prevenga las complicaciones de la espasticidad.

REFERENCIAS

1. Fodvary-Schaefer N, Bautista J, Andermann F, Cascino G, Spencer S. Focal malformations of cortical development. *Neurology* 2004; 62 (Suppl. 3): S14-19.
2. Packard AM, Miller VS, Delgado MR. Schizencephaly: correlations of clinical and radiologic features. *Neurology* 1997; 48: 1427-1434.
3. Curry CJ, Lammer EJ, Nelson V, Shaw GM. Schizencephaly: heterogeneous etiologies in a population of 4 million California births. *Am J Med Genet A* 2005; 137: 181-189.
4. Brunelli S, Faiella A, Capra V, Nigro V, Simeone A, Cama A, et al. Germline mutations in the homeobox gene EMX2 in patients with severe schizencephaly. *Nature Genet* 1996; 12: 94-96.
5. Brunelli S, Faiella A, Granata T, D'Incerti L, Cardini R, Lenti C, et al. A number of schizencephaly patients including 2 brothers are heterozygous for germline mutations in the homeobox gene EMX2. *Eur J Hum Genet* 1997; 5: 186-190.
6. Granata T, Farina L, Faiella A, Cardini R, D'incerti L, Boncinelli E, et al. Familial schizencephaly associated with EMX2 mutation. *Neurology* 1997; 48: 1403-1406.]
7. Hung PC, Wang HS, Yeh YS, Lui TN, Lee ST. Coexistence of schizencephaly and intracranial arteriovenous malformation in an infant. *AJNR* 1996; 17: 1921-1922.]
8. Suchet IB. Schizencephaly: antenatal and postnatal assessment with colour-flow Doppler imaging. *Can Assoc Radiol J* 1994; 45: 193-200.
9. Tomas VM, Garcia TP, Garcia CA, Torregrosa PP, Marinez SP. Schizencephaly associated with porencephaly in a girl with congenital cytomegalovirus infection. *Rev Neurol* 2000; 31: 952-955.
10. Fernandez-Bouzas A, Harmony T, Santiago-Rodriguez E, Ricardo-Garcell J, Fernandez T, Avila-Acosta D. Schizencephaly with occlusion or absence of middle cerebral artery. *Neuroradiology* 2006; 48: 171-175.
11. Landrieu P, Lacroix C. Schizencephaly, consequence of a developmental vasculopathy? A clinicopathological report. *Clin Neuropathol* 1994; 13: 192-196.
12. Pati S, Helmbrecht GD. Congenital schizencephaly associated with in utero warfarin exposure. *Reprod Toxicol* 1994; 8: 115-120.
13. Sener RN. Schizencephaly and congenital cytomegalovirus infection. *J Neuroradiol* 1998; 25: 151-152.
14. Ciannetti P, Nigro G, Spalice A, Falella A, Boncinelli E. Cytomegalovirus infection and schizencephaly: case reports. *Ann Neurol* 1998; 43: 123-127.
15. Granata T, Freri E, Caccia C, Setola V, Taroni F, Battaglia G. Schizencephaly: clinical spectrum, epilepsy, and pathogenesis. *J Child Neurol* 2005; 20: 313-318.
16. Kuzniecky RI. Malformations of cortical development and epilepsy, part 1: diagnosis and classification scheme. *Rev Neurol Dis* 2006; 3: 151-162.
17. Kopyta I, Jamroz E, Marszal E, Kluczevska E. Schizencephaly: clinical and radiological presentation of pediatric patients. *Wiad Lek* 2006; 59: 471-476.
18. Lopes CF, Cendes F, Piovesana AM, Torres F, Lopes-Cendes I, Montenegro MA, et al. Epileptic features of patients with unilateral and bilateral schizencephaly. *J Child Neurol* 2006; 21: 757-760.
19. Barkovich AJ, Kjos BO. Schizencephaly: Correlation of clinical findings with MR characteristics. *Am J Neuroradiol* 1992; 13: 85-94.
20. Brown MC, Levin BE, Ramsay RE, Landy HJ. Comprehensive evaluation of left hemisphere type I schizencephaly. *Arch Neurol* 1993; 50: 667-669.
21. Denis D, Maugey Laulom B, Carles D, Pedespan J, Brun M, Chateil J. Prenatal diagnosis of schizencephaly by fetal magnetic resonance imaging. *Fetal Diagn Ther* 2001; 16: 354-359.
22. Ceccherini A, Twining P, Variend S. Schizencephaly: antenatal detection using ultrasound. *Clin Radiol* 1999; 59: 620-622.
23. Oh KY, Kennedy AM, Frias AE Jr, Byrne JL. Fetal schizencephaly: pre- and postnatal imaging with a review of the clinical manifestations. *Radiographics* 2005; 25: 647-657.
24. Girard N, Chaumoitre K, Confort-Gouny S, Viola A, Levrier O. Magnetic resonance imaging and the detection of fetal brain anomalies, injury, and physiologic adaptations. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18: 164-176.
25. Palmieri A, Andermann F, Olivier A, Tampieri D, Robitaille Y. Focal neuronal migration disorders and intractable partial epilepsy: results of surgical treatment. *Ann Neurol* 1991; 30: 750-757.
26. Raymond AA, Fish DR, Sisodiya SM, Alsanjari N, Stevens JM, Shorvon SD. Abnormalities of gyration, heterotopias, tuberous sclerosis, focal cortical dysplasia, microdysgenesis, dysembryoplastic neuroepithelial tumor and dysgenesis of the archicortex in epilepsy: clinical, EEG and neuroimaging features in 100 adult patients. *Brain* 1995; 118: 629-660.
27. Rosenow F, Luders HO, Dinner DS. Histopathological correlates of epileptogenicity as expressed by electrocorticographic spiking and seizure frequency. *Epilepsia* 1998; 39: 850-856.
28. Silbergeld DL, Miller JW. Resective surgery for medically intractable epilepsy associated with schizencephaly. *J Neurosurgery* 1994; 80: 820-825.
29. Cascino GD, Buchhalter JR, Sirven JI, So EL, Drazkowski JF, Zimmerman RS, et al. Peri-ictal SPECT and surgical treatment for intractable epilepsy related to schizencephaly. *Neurology* 2004; 63: 2426-2428.
30. Morioka T, Nishio S, Hisada K, Nonaka H, Fukui K, Kawamura T, et al. An operated case of medial temporal lobe epilepsy associated with schizencephaly. *No To Shinkei* 2001; 53: 293-299.
31. Sisodiya S. Surgery for malformations of cortical development causing epilepsy. *Brain* 2000; 123 (Part 6): 1075-1091.

INTUSUSCEPCIÓN EN NIÑO DE 4 MESES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Yinel María Rossi De los Ángeles,* Edinson Francisco Rosario Sánchez,* Adelsis Capellán Hernández,* Carolina Brito Rojas,* Alberto Miguel Figueroa Monegro,* Nelson Augusto Aybar Ferrando.**

RESUMEN

Este caso se trató de un paciente masculino de 4 meses de edad que presentó cuadro de irritabilidad, vómitos persistentes postprandiales, dolor tipo cólico, hipoactividad, deshidratación, heces en jalea de grosella y una masa palpable en cuadrante inferior derecho. La Radiografía Abdomen Simple presentó niveles hidroaéreos en escalera, compatibles con *Obstrucción Intestinal por Invaginación*. Se lleva a sala de cirugía con Dx: *Obstrucción Intestinal por Invaginación*. Se realizó incisión media, supra e infraumbilical encontrándose una invaginación ileo-cólica sin datos de isquemia, la cual se redujo manualmente, realizándose además apendicectomía.

Palabras clave: Intususcepción, Invaginación, Intestinal.

ABSTRACT

This case was a male patient aged 4 months who presented a clinical picture with irritability, postprandial vomiting, colic pain, hypoactivity, dehydration, currant jelly stool and a palpable mass in the right lower quadrant. Simple abdominal radiography showed air-fluid levels in steps, consistent with Intestinal Obstruction. It takes operating room with Dx: Intestinal obstruction by Intussusception. Median incision was performed above and infraumbilical found ileo-colic intussusception without evidence of ischemia, which was reduced manually, besides performing appendectomy.

Keywords: Intussusception, Intestinal, Invagination.

INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como objetivo reportar un caso de Intususcepción en un varón de 4 meses, por ser esta una patología poco frecuente, pero causa importante de obstrucción intestinal en lactantes.

El Aparato Digestivo es un tubo musculomembranoso que abarca unos 9 metros de la boca al ano y gran parte del mismo está formado por los intestinos (delgado y grueso). El Intestino Delgado (ID) mide de 6-7 metros formado por el yeyuno y el íleon. El yeyuno constituye las primeras dos quintas partes del ID y el íleon los últimos tres quintos del mismo. El Intestino Grueso se extiende desde la Válvula Ileo-Cecal al ano, mide unos 1,5 metros de largo y se divide en cuatro porciones: p. ascendente, p. transversa, p. descendente y p. sigmoide. La última porción del ID (Íleon) se une con el Colon a nivel del

Ciego mediante la *Válvula Ileo-Cecal* que evita el reflujo del ciego al íleon y que el contenido del íleon pase demasiado rápido al ciego. El *Ciego* es una gran bolsa ciega situada por debajo de la válvula en la fosa iliaca derecha. En su porción inferior se encuentra el apéndice vermiforme. En promedio mide 6,25 cm. de longitud y 7,5 de ancho.

Intususcepción o Invaginación Intestinal (II)

Es la causa más común de obstrucción intestinal en niños de 3 meses a 2 años de edad con un pico de incidencia a los 6 meses. Ocurre cuando una porción del tracto digestivo se introduce en un segmento adyacente. El 50-70 por ciento de los casos se observan entre las edades de 3 meses y 1 año, con un pico de incidencia a los 6 meses de edad, y el 80 por ciento se producen por la edad de 2 años. Poco frecuente en los recién nacidos

Etiología

La causa mayormente es desconocida. Se ha asociado a infecciones por adenovirus y a la vacuna tetravalente recombinante contra el rotavirus rhesus-humano en niños <1 año, por lo cual el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización ya no recomienda esta vacuna. Solo en 8.2 por ciento se identifican los puntos para la invaginación intestinal, como un divertículo de Meckel, pólipo intestinal, neurofibroma, duplicación intestinal, hemangioma, o enfermedades malignas como el linfoma. Raravez se asocia púrpura de Henoch-Schönlein, fibrosis quística

Patología

La II más común es la ileo-cólica. Menos frecuente las ileo-ileo-cólicas, ceco-cólicas y rara vez ileal exclusiva. En muy raras ocasiones, el apéndice constituye la cúspide de una invaginación intestinal. La constricción del mesenterio obstruye el retorno venoso, se produce congestión de las porciones invaginadas, edema y sangrado de la mucosa, que se observa como sangre en las heces con moco ("*heces en jalea de grosella*"). En la mayoría de las invaginaciones el intestino no se estrangula dentro de las primeras 24 horas, pero más tarde pueden evolucionar en gangrena y shock. El vértice de la II se puede extender hacia todo el colon e incluso a través del ano, lo cual debe ser distinguida de prolapso rectal

Manifestaciones Clínicas Invaginación Intestinal

El cuadro típico es un niño de 3 meses a 2 años de edad, aparentemente sano que presenta de manera brusca *dolor abdominal tipo cólico* (85%), *vómitos* (60%) en etapa final se

*Médico general. Hospital Dr. Toribio Bencosme, Moca, Espaillat, Rep. Dom.

**Médico Asesor. Cirujano General en el Centro Materno Infantil y Especialidades Dr. Méndez, Moca, Espaillat, Rep. Dom.

tornan biliosos y heces en jalea de grosella (60%) que ocurren en las primeras 12 horas. Puede haber *distensión abdominal con aumento de la sensibilidad* y palpase una *masa tierna con forma de salchicha frecuentemente en abdomen superior derecho (65%)*, suele ser dolorosa, a veces mal definida y puede aumentar de tamaño. Entre un cólico y otro el bebé puede comportarse normalmente, pero si la II no se reduce el niño se vuelve cada vez más *irritable, débil o letárgico*. Finalmente, en un estado de shock, puede manifestarse con fiebre, pulso débil y filiforme, respiración superficial, y el dolor puede solo expresarse con gemidos. La II ileo-ileal puede tener un cuadro clínico menos típico. La II crónica se asocia a enteritis aguda y los síntomas son más leves y recurrentes.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 4 meses de edad sin antecedentes mórbidos, alérgicos, quirúrgicos y transfusionales conocidos, el cual es llevado por su madre a emergencia por presentar cuadro de vómitos de contenido alimentario en 15 ocasiones en menos de 12 horas. El paciente se medica con metoclopramida, se hidrata y es dado de alta estable. A las 6 horas regresa por vómitos postprandiales en 10 ocasiones acompañados de dolor tipo cólico y deshidratación, por lo cual es ingresado con diagnóstico de Gastroenteritis/ Deshidratación Moderada. Se realizan dos hemogramas, que al igual que el examen de orina y tipificación no presentan datos relevantes (Ver Anexos).

Al ingreso el paciente se encontraba hipoactivo, deshidratado, eupneico, afebril y pálido, con signos vitales de FC: 98 l/min, FR: 28 r/min y Temp: 37.5°C. **Cabeza:** fontanela anterior deprimida, endoftalmos bilateral, mucosa oral reseca. **Piel:** seca y pálida. **Abdomen:** sin cambios al momento del ingreso. **Tratamiento:** Solución Mixta 0.33 por ciento, metoclopramida y ranitidina, con lo cual mejora temporalmente. Al día siguiente el paciente se torna irritable, presenta vómitos persistentes, mareos, abdomen globoso, depresible con resistencia, con aumento progresivo del dolor cólico, acompañado de evacuaciones en jalea de grosella, por lo cual se considera el diagnóstico de Invaginación Intestinal y se interconsulta al cirujano, quien evalúa el paciente encontrando una masa en cuadrante inferior derecho. Se realiza Radiografía de Abdomen Simple que presenta niveles hidroaéreos en escalera, compatibles con Dx: *Obstrucción Intestinal*. Se lleva a sala de cirugía con Dx: *Obstrucción Intestinal por Invaginación*. Se realiza una incisión media supra e infraumbilical encontrándose una invaginación ileo-cólica sin datos de isquemia de unos 3cms de longitud (Ver Imágenes), la cual se redujo manualmente, realizándose además apendicectomía. No hubo complicaciones tras ni posquirúrgicas. El paciente se manejó con reposo gástrico, hidratación y antibioterapia con lo cual evoluciona de manera satisfactoria y dado de alta al tercer día de su ingreso en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

Epidemiología de Intususcepción

La II es más común en el varón a razón de 4:1. A pocos se le reduce la invaginación de forma espontánea, pero si se deja sin tratamiento, la mayoría desarrolla peritonitis, perforación, y la muerte. La incidencia de Intususcepción varía según la población de estudio. Algunos autores reportan fluctúa de 1 a 4 de cada 1.000 nacidos vivos, sin embargo observados datos distintos en otras investigaciones.

En Chile la II ileo-cólica es una causa importante de abdomen agudo en lactantes. Un estudio hecho en la Región Metropolitana fluctuó levemente alrededor de 33 por 100.000 < 2 años y de 52 por 100.000 en < 1 año⁷.

En Estados Unidos se han reportado incidencias de 18-56 por 100.000 en < 1 año^{8,9}.

En Cuba el Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña Camagüey realizó un estudio mediante el cual se detectaron 49 invaginaciones, incluidas 5 recurrencias en 44 pacientes entre 3 y 23 meses de edad. La reductibilidad en los pacientes con < 24 h de evolución fue del 79 por ciento y de aquellos entre 24 y 48 h del 75 por ciento.

Diagnóstico

La *historia clínica y los hallazgos físicos* son por lo general suficientes para el diagnóstico. La presencia de moco con sangre en un examen rectal apoya el diagnóstico de intususcepción. La *Ecografía es el medio diagnóstico más empleado*³ por ser una herramienta sensible en el diagnóstico de intususcepción. Signos ecográficos clásicos (anillos concéntricos, "pícarón", "pseudoriñón"). Útil para demostrar la reducción de la II mediante *Técnicas Hidrostáticas (Enemas de Bario o Solución Salina) y Neumáticas (Aire)*, las cuales sirven para el diagnóstico y tratamiento de la II. La *Radiografía de Abdomen Simple* puede mostrar asas dilatadas del ID, niveles hidroaéreos o un efecto de masa de tejido blando en el cuadrante superior derecho. El *Doppler Color* para la detección de isquemia, pero no la excluye totalmente.

Diagnóstico diferencial

Puede ser particularmente difícil de diagnosticar II si el paciente cursa con *gastroenteritis*, pero un cambio en el patrón de la enfermedad, en el carácter del dolor y en la naturaleza de los vómitos o la aparición de sangrado rectal debe alertar al médico. Otras patologías a tener en cuenta son: *Enterocolitis*, que presenta heces con sangre y calambres abdominales, pero el dolor es menos regular e intenso. El *Divertículo de Meckel*, el sangrado que puede presentar es generalmente sin dolor. En la *Púrpura de Henoch-Schönlein*, los síntomas articulares o púrpura, en general (pero no siempre) acompañan a la hemorragia intestinal.

Tratamiento Invaginación Intestinal

Tratamiento no quirúrgico

En ciertos casos, la II se puede tratar con enemas de aire, bario o salino realizado por un radiólogo experimentado. Existe un riesgo de ruptura (perforación) intestinal con este procedimiento⁴. No obstante, se han reportado estudios que en manos de expertos la tasa de éxito es alta, evita la exposición a la radiación y no aumenta el índice de recurrencias ni de complicaciones. En el 2006, Bai YZ y Cols, presentan una experiencia de 17 años con más de 5,000 casos reportados con este método con 95,5 por ciento de éxito y 0,17 por ciento de perforación⁷. En Chile Patricio Montes y Col. realizaron un estudio donde 55 casos (76%) de 72 se logró reducción completa por enema de bario o aire.

Reducción Hidrostática (Enema de Bario o de Solución salina al 0,9 por ciento): Se introduce vía rectal mediante una sonda Foley hasta constatar bajo visión fluoroscópica, el progreso de la reducción al intestino delgado.

Reducción Neumática (*Enema de aire*) en algunos países al igual que el enema de solución salina, es considerado como el método más rápido, limpio, seguro y que se asocia

a menos complicaciones. Se insufla aire manualmente con un esfigmomanómetro corriente (*Ver Imágenes*), hasta visualizar bajo visión radioscópica el reflujo de aire hacia el ID. En ambos métodos, si a los 5 min, no hay paso de bario, aire o salino por la válvula ileocecal, se considera fracaso del procedimiento.

Requisitos para Realizar la Desinvaginación No Quirúrgica¹².

Edad >3 meses y < 2 años

Evolución < 48 Horas

Examen Físico Sin irritación peritoneal, ni distensión severa

Tratamiento quirúrgico

La laparotomía se lleva a cabo a través de un cuadrante inferior derecho transversal incisión abdominal. La II es identificada, y la reducción manual se intenta utilizar una técnica de ordeño para exprimir la masa en forma retrógrada a través de la válvula íleo-cecal, luego de la reducción, se realiza apendicectomía.

Pronóstico

Es excelente para los niños tratados tempranamente, pero si no se trata casi siempre es mortal. La mayoría de los bebés se recupera si la se reduce <24horas. La mortalidad aumenta rápidamente especialmente >48horas. En técnicas no quirúrgicas el riesgo de recurrencia de un 5-10 por ciento, siendo mucho más bajo en los pacientes operados, aunque posteriormente estos presentan mayor probabilidad de obstrucción por bridas. La Dexametasona se ha informado reduce la frecuencia de invaginación recurrente.

Complicaciones

La perforación es una complicación grave debido al riesgo de infección. Las complicaciones postoperatorias incluyen prolongada íleo paralítico, fiebre, infección de la herida, neumonía, infección del tracto urinario, estenosis enterostomía, dehiscencia de la herida y el absceso subhepático. A pesar de una considerable morbilidad, en algunos estudios, la tasa de mortalidad fue cero.

La II es mucho más frecuente varones y aunque no es una patología común es causa importante de abdomen agudo en niños de 3 meses a 2 años. La historia clínica y los hallazgos físicos son por lo general suficientes para el diagnóstico. La presencia de moco con sangre en un examen rectal apoya el diagnóstico de intususcepción, sin embargo debemos diferenciarlo de otros cuadros clínicos como gastroenteritis, enterocolitis y otros menos comunes. Su manejo ha evolucionado desde tratamientos exclusivamente quirúrgicos a técnicas de reducción hidrostáticas o neumáticas las cuales aunque presentan riesgos de perforación en manos de expertos han demostrado ser muy seguras y eficaces.

CONCLUSIÓN

En nuestro caso se trató de un masculino de 4 meses con invaginación intestinal ileo-cólica, que entra dentro de las invaginaciones más frecuentes en relación al sexo, edad y tipo invaginación según varios estudios. La historia clínica del paciente de este caso coincide con el cuadro típico de invaginación intestinal. Aun cuando el paciente fue ingresado con diagnóstico de gastroenteritis, al presentar un cambio en el patrón de la enfermedad con aumento del dolor abdominal y heces en jalea de grosella con hallazgos radiográficos de

niveles hidroaéreos se consideró una obstrucción intestinal por intususcepción. Así mismo, las técnicas diagnósticas empleadas en este caso corresponden con los de otros estudios similares. No obstante actualmente las técnicas reducción hidrostáticas o neumáticas son utilizadas en varios países, en este caso está contraindicado, ya que el paciente presentó datos de irritación peritoneal por lo cual se utilizó la técnica quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Henry Gray. Ch.2-The Digestive Apparatus, Anatomy of the Human Body, 16 Ed. Pag 241.
2. Wikipedia. Aparato Digestivo. [\[Link\]](#)
3. Robert M. Kliegman MD., Richard E. Behrman MD (Author), Hal B. Jenson MD. Chapter 314 - Ileus, Adhesions, Intussusception, and Closed-Loop Obstructions. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th edition (May 2003), pag 449.
4. MedLinePlus. Intususcepción en los niños. [\[Link\]](#)
5. Beauchamp, Evers, Mattox. Sabiston Textbook of Surgery., 16^ª Ed., 2001, Intususcepción. pag 770
6. Montes C, Soto D1, Codoceo P2, Mañana de T2, García B, Zavala B, Baquedano D, Encalada A, Zúñiga R. Enfrentamiento médico quirúrgico de la invaginación intestinal. Experiencia de una institución universitaria. Rev. méd. Chile v.128 n.3 Santiago mar. 2000 [\[Link\]](#)
7. Dr. Escaffi Dr. Valenzuela. Reducción Hidrostática de Invaginación Intestinal Guiada por Ultrasonido: Una Nueva Opción. Rev. Chilena de Radiología. Vol. 14 N°1, 2008; 14-19. [\[Link\]](#)
8. Hwa-Gan H. Chang, Perry F. Smith, Joel Ackelsberg, Dale L. Morse, Roger I. Glass. Intususcepción, Rotavirus Diarrhea, and Rotavirus Vaccine Use Among Children in New York State. Pediatrics Vol. 108 No. 1 July 1, 2001 pp. 54 -60 [\[Link\]](#)
9. Parashar, MBBS, MPH, Holman, MS, Cummings, MPH, Staggs, MS, Curns, MPH, Zimmerman, MD, Kaufman, MS, Lewis, PhD, Vugia, MD, MPH, Powell, MD, MPH, Glass, MD, PhD. Trends in Intususcepción-Associated Hospitalizations and Deaths Among US Infants. Pediatrics Vol. 106 No. 6 December 1, 2000 pp. 1413 -1421 [\[Link\]](#)
10. Hernández M.; Dra. Martínez V.; Bueno R.; Delgado M.; Aguilar A.; Duany A. Reducción Hidrostática de la Invaginación Intestinal con Solución Salina y Guía de Ultrasonido. Valoración de su Efectividad y Seguridad. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Eduardo Agramonte Piña" Camagüey. Revista "Archivo Médico de Camagüey" 2005, 9(6) ISSN 1025-0255. [\[Link\]](#)
11. M.G. Tellado, J. Liras, R. Méndez, I. Somoza, A. Sánchez, A. Maté, I. Requejo, J. Ríos, D. Vela. Reducción hidrostática guiada por ecografía para el tratamiento de la invaginación intestinal idiopática. Hospital «Juan Canalejo». La Coruña. Cir Pediatr 2003; 16: 166-168 [\[Link\]](#)
12. Fernando Fierro Á., Fernando Álvarez L., Rafael García G. Gastroenterología - Invaginación intestinal. Libro de Cirugía Pediátrica. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica. Departamento Clínico quirúrgico. Universidad de Caldas. [\[Link\]](#)

Rx Abdomen Simple (mostrando niveles hidroaéreos)



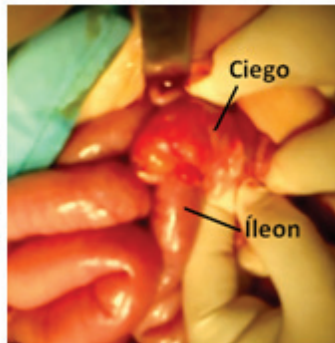
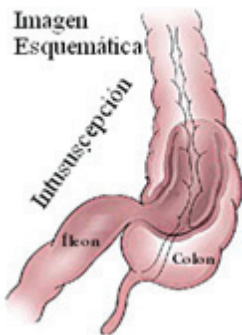
Imagen facilitada por el Dr. Durán De León
<http://www.cirujanopediatra.mx/servicios.html>

Ejemplo de Radiografía Simple de Abdomen mostrando niveles hidroaéreos. No fue posible anexar la imagen radiográfica del caso por problemas técnicos

Esfingomanómetro Utilizado en la Reducción Neumática

Imágenes del Caso.

"Intususcepción en niño de 4 meses."



Imágenes facilitadas por el Dr. Nelson Aybar.



Esfingomanómetro conectado a una doble vía con sonda de Rouge. Dispositivo ad hoc.

MANEJO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO LOCALMENTE AVANZADO, A PROPOSITO DE UN CASO

Luis Moreno Sánchez,** Víctor Moreno,* Isabel Reyes,**** Lourdes Marmolejos,** MSc. Franklyn Reggio,*****

RESUMEN

Paciente de 29 años de edad, referida al servicio de Radioterapia-Radiocirugía de la Clínica Abreu, por su Ginecólogo-Oncólogo para tratamiento radiante, por historia de sangrado transvaginal de aproximadamente 3 meses de evolución, realizándole biopsia, cuyo reporte histopatológico evidenció Carcinoma Epidermoide Invasivo, Moderadamente Diferenciado; una RMN Pélvica con contraste (22/09/2010) concluyó lesión sólida (5.2 x 5.1 cms) heterogénea de contornos lobulados que compromete la totalidad del cérvix, con extensa área de necrosis en su interior e invasión a parametrios así como a la pared anterior del recto, siendo estadiada como IVa (FIGO); por lo cual se decide tratamiento con Quimio-Radioterapia concurrente y posterior Braquiterapia.

La paciente fue tratada en un Acelerador Lineal Clinac 21 iX de Varian y recibió Quimioterapia Concurrente en base a Cisplatino + Gemcitabina, y posteriormente cuatro (04) implantes útero/vaginales (U/V) de Alta Tasa, a dosis/fracción de 600 cGy y Quimioterapia Adyuvante (02 ciclos) en esquema similar.

Al finalizar el tratamiento oncológico total se le realizó RMN de pelvis con/sin contraste que reportó dentro de límites normales.

La paciente tuvo una regresión clínica completa de la enfermedad, realizándole Histerectomía Radical (marzo 2012) en cuyo reporte anatomopatológico no se identificó tumor residual ni malignidad. Actualmente se encuentra bajo seguimiento rutinario con su ginecólogo oncólogo.

Palabras claves: Radioterapia, Braquiterapia, Cáncer Cérvico Uterino, Quimioterapia, Concurrencia, Cisplatino, Gemcitabina, Histerectomía.

ABSTRACT

29 year old female patient, referred to the department of Radiation Oncology–Radiosurgery of Clinica Abreu by her Gynecological Oncologist for radiation treatment, with a history of vaginal bleeding of 3 months duration, that lead to biopsy, in which the histopathology reported invasive squamous cell carcinoma, moderately differentiated; a pelvic MRI with contrast (22/09/2010), concluded a solid lesion (5.2 x 5.1 cm), heterogeneous, of lobulated contours that comprises the entire cervix, with an extended area of necrosis inside and parametrial involvement, as well as the anterior rectal wall, being staged IVa (FIGO); for which is decided to

*Oncólogo Radioterapeuta

**Residente 3^{er} año Oncología Radioterápica

***Físico Médico, Clínica Abreu, Departamento de Radioterapia–Radiocirugía, Sto. Dgo., Rep. Dom.

treat with concurrent chemo radiotherapy with subsequent Brachytherapy .

The patient was treated in a Clinac Linear Accelerator 21iX of Varian and received concurrent Chemotherapy based on Cisplatin + Gemcitabine; with further four (4) uterine/vaginal implants (U/V) of High Dose Rate, in dose fractions of 600 cGy and Adjuvant Chemotherapy (02 cycles) in a similar scheme.

At the end of the overall cancer treatment a pelvic MRI w/ and w/o contrast was performed, reporting within normal limits.

The patient had complete clinical regression of the disease, performing then a Radical Hysterectomy (March 2012), not identifying residual tumor or malignancy on the histopathology of the surgical specimen. The patient is currently under routine follow-up with a Gynecological Oncologist.

Keywords: Radiation Therapy, Brachytherapy, Cervical Cancer, Chemotherapy, Cisplatin, Gemcitabine, Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) con unos 500,000 nuevos casos anuales, es el segundo cáncer ginecológico más frecuente entre las mujeres en edad reproductiva, en todo el mundo y el primero más frecuente en los países en vía de desarrollo donde constituye la primera causa de muerte por cáncer en este género. El agente causante es el virus de Papiloma Humano (HPV) en más de un 99 por ciento de los casos.

Actualmente, en la Republica Dominicana, de acuerdo a las estadísticas del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, el cáncer cervical ocupa el segundo lugar en frecuencia después del cáncer de mama en la mujer. Sin embargo, éstas sólo son estadísticas de referencia, ya que es el único centro oncológico público en el país y las mismas se circunscriben a los pacientes tratados en esta entidad.

La definición de cáncer cérvico uterino localmente avanzado incluye a pacientes con etapa IB2 a IVA. La cirugía no es una opción terapéutica para pacientes con etapa IIB, III y IV debido a una elevada proporción de márgenes positivos y factores de alto riesgo de recidiva.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 29 años de edad, quien es referida al servicio de Radioterapia por su Ginecólogo -Oncólogo para tratamiento radiante. La misma venía presentando cuadro clínico caracterizado por sangrado transvaginal de aproximadamente 3 meses de evolución, por lo cual le realizan biopsia que

concluyó Carcinoma Epidermoide Invasivo, Moderadamente Diferenciado siendo referida a nuestro servicio, donde se le solicita RMN de Pelvis con/sin contraste, la cual evidenció una lesión sólida heterogénea, de contornos lobulados de forma concéntrica, que comprometía la totalidad del cérvix, de 5.2 x 5.1 cm. en los ejes mayores; posterior al contraste endovenoso su reforzamiento fue heterogéneo definiendo amplia zona hipointensa en su interior, con amplia heterogeneidad de la grasa pericervical, la cual se extendía a parametrios, de predominio el izquierdo, así como obliteración completa de la grasa pre-rectal con indentación de pared anterior (Imagen 1 y 2).

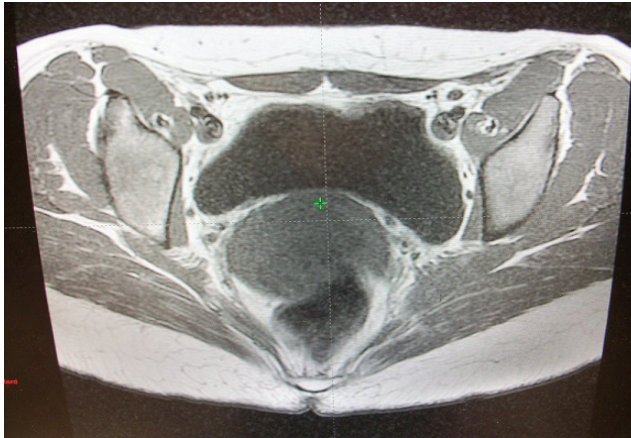


Imagen 1: RMN de Pelvis (22/09/2010) c/ contraste con evidencia de enfermedad e infiltración de órganos adyacentes.



Imagen 2: RMN de Pelvis (22/09/2010) c/ contraste con evidencia de enfermedad e infiltración de órganos adyacentes.

En la evaluación clínica y paraclínica, se confirmó el diagnóstico y estadio clínico, FIGO IVa, por lo cual se decide tratar en Acelerador Lineal Clinac 21 iX, de Varian®, por técnica 3D, con colimador multihojas de 120 láminas, previa realización de Tomografía Axial Computarizada (TAC), en equipo dedicado con mesa plana y sistema especial de láser para localización y simulación, se realizó planificación en el Sistema Helios Eclipse®, haciéndose controles diarios por el método de Portal Vision. Se prescribieron 4500 cGy a la pelvis (Imagen 3), más refuerzo (boost) a parametrios de 1000 cGy (Imagen 4), para un total de 5500 cGy, a dosis/fracción

de 180 cGy/día, las primeras 25 sesiones y 200 cGy/día las 5 restantes, para un total de 30 aplicaciones. De manera concurrente recibió Quimioterapia en base a Cisplatino + Gemcitabina, seis (6) ciclos.

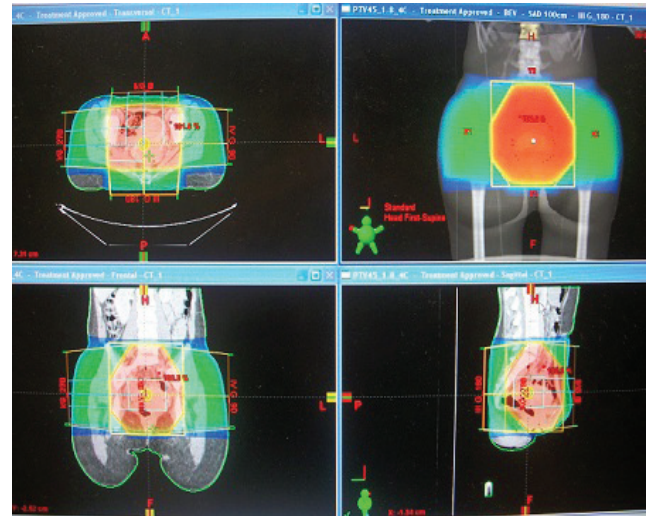


Imagen 3: Planificación. Campo de tratamiento a pelvis.

Posterior a la Radioterapia Externa recibió Braquiterapia de Alta Tasa, cuatro (04) implantes útero-vaginales (U/V) una vez por semana, a dosis/fracción de 600 cGy/sesión (Imagen 5 y 6) y Quimioterapia Adyuvante (02 ciclos) en esquema similar.

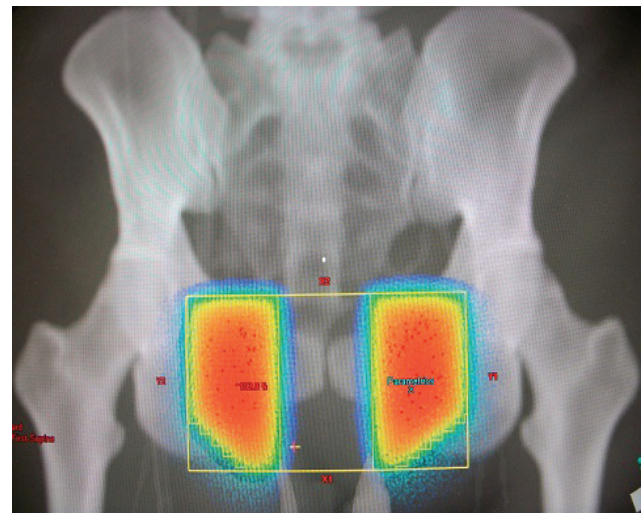


Imagen 4: Boost a parametrios.

Al finalizar la braquiterapia se le indicó RMN de pelvis con/sin contraste en la cual el cérvix no evidenció alteraciones morfológicas ni de intensidad de señal; así mismo en las secuencias tras la inyección de medio de contraste el cérvix no mostró cambios de realce con respecto del parénquima uterino. La grasa perirectal y periuterina no mostraron alteraciones; no se distinguieron imágenes nodulares sugestivas de adenopatías en los ejes ilíacos, obturadores e inguino femorales. Concluyendo estudio de la pelvis dentro de límites normales (Imagen 7).

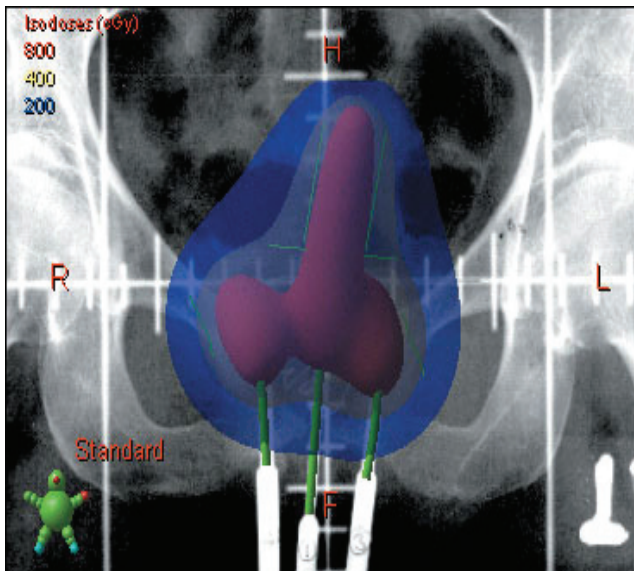


Imagen 5: Planificación de Braquiterapia.



Imagen 6: Planificación de Braquiterapia.

La paciente tuvo una regresión clínica completa de la enfermedad, la misma fue sometida a una histerectomía radical, en cuyo histopatológico de la pieza quirúrgica no se identificó tumor residual ni malignidad. Actualmente se encuentra bajo seguimiento rutinario con su ginecólogo oncólogo.

DISCUSIÓN

El tratamiento de elección del cáncer cérvico uterino en estadio avanzado comprende una combinación de quimioterapia y radioterapia concurrentes.^{1, 2, 7, 8, 9} Las publicaciones han demostrado el beneficio y superioridad de la concurrencia de la Quimio-Radioterapia, en relación con la quimioterapia o radioterapia por separado.

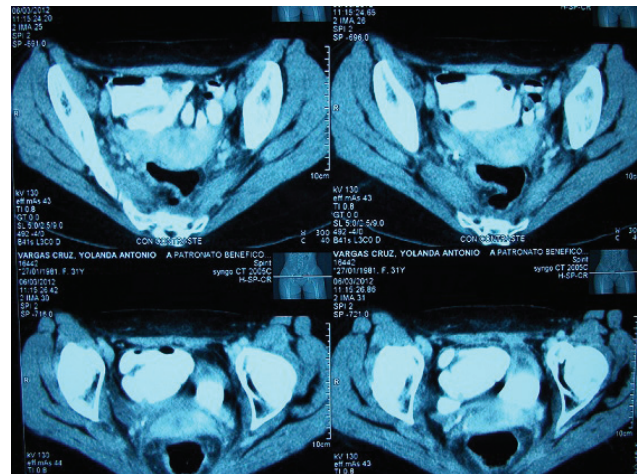


Imagen 7. RMN de Pelvis (06/03/2012) c/ contraste dentro de límites normales.

También existen estudios que demuestran beneficios de Quimio-Radioterapia preoperatoria seguido de histerectomía en pacientes con enfermedad voluminosa (tumor ≥ 4 cm de diámetro) con respuesta positiva. Sin embargo, la decisión de realizar histerectomía en una paciente con un estadio avanzado de cáncer de cuello uterino depende de la decisión médico-paciente y de los resultados de la administración del tratamiento radical con quimio-radioterapia.

Es importante que las pacientes mantengan una hemoglobina ≥ 110 g/L durante el tratamiento con Radioterapia, ya que múltiples estudios han evidenciado una mejora en el resultado pronóstico de las mismas. Muchos creen que anemia afecta la respuesta del tumor a la radioterapia mediante el aumento de la fracción hipóxica del tumor y la resultante en radioresistencia relativa. Otro valor pronóstico que se pudiese tomar en cuenta es el tipo de patrón invasivo de cáncer a nivel histopatológico, debido a que el patrón semejante a rociado (con alto grado de disociación de la célula tumoral) se asocia con tumores en estadio avanzado, elevada tasa de recurrencia y disminución de la sobrevida.

CONCLUSIÓN

Anteriormente, los resultados en el cáncer de cérvix estadio IVA no llegaban a un 10 por ciento de sobrevida general a los 5 años. Sin embargo, la adición de la quimioterapia con radioterapia, con medicamentos que incluyen el platino y sus derivados han cambiado la sobrevida global de forma favorable, superando de forma significativa el porcentaje de sobrevida en estos pacientes.

Actualmente la quimio-radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de cérvix estadio avanzado.

REFERENCIAS

1. L. W. Brady, H.-P. Heilmann and M. Molls-C. Nieder, Radiation Oncology – An Evidence-Base approach, p. 360.
2. Solís J. Manejo del cáncer cérvico uterino localmente avanzado. *Rev.Chil.Obstet.Ginecol.*2006; 71(5): 349-356.
3. DeVita, Vincent T.; Lawrence, Theodore S.; Rosenberg, Steven A. Cancer: Principles & Practice

- of Oncology (8th Edition), p. 1496. 2008.
4. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obst Ginecol 2002; 67(4): 318-323. Perez Echemendia M. Cancer cervico uterino. Se consigue en: Ginecología oncológica pelviana, 1^a ed, Cuba: Editorial Ciencias Medicas: 2006: 79 – 133.
 5. Tjong MY, Out TA, Ter Schegget J, Burger MPM, Van Der Vange N. Epidemiologic and an mucosal immunologic aspects of HPV infection and HPV-relate cervical neoplasia in the lower female genital tract. International journal of gynecological cancer 2011; 11(1):9-17.
 6. Andall-Brereton G, McDougall. Caribbean Framework for Developing National Screening and Clinical Guidelines for Cervical Cancer Prevention and Control. Caribbean Cervical Cancer Prevention & Control Project. Puerto España: Caribbean Epidemiology Centre; 2004.
 7. Eric K. Hansen and Mark Roach III, Handbook of Evidence Based Radiation Oncology (2nd edition), p. 499.
 8. Edward C. Halperin, Carlos A. Perez and Luther W. Brady, Principles and Practice of Radiation Oncology. 5thEd, p. 1533.
 9. Chao C., Perez C. y Brady L. Radiation oncology and management decisions. 3^{ra}Ed, Philadelphia (United States); 2010: 555-574.
 10. Keys HM, Bundy BN, Stehman FB et al. Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. N Engl J Med 1999; 340:1154–1161.
 11. Stehman FB, Ali S, Keys HM et al. Radiation therapy with or without weekly cisplatin for bulky stage 1B cervical carcinoma: follow-up of a Gynecologic Oncology Group trial. Am J Obstet Gynecol 2007; 197:503. e1–6
 12. Michelle Grogan, Gillian M. Thomas, Iris Melamed. The Importance of Hemoglobin Levels during Radiotherapy for Carcinoma of the Cervix. *Cancer* 1999;86:1528–36.
 13. L.-C. Horn, U. Fischer, G. Raptis. Patrón de Invasión como Valor Pronóstico en Pacientes Operadas de Cáncer Cervical. Gynecologic Oncology, Elsevier. 2006.
 14. Peter G. Rose, Brian N. Bundy, Edwin B. Atkins. Concurrent Cisplatin-based Radiotherapy and Chemotherapy for locally advanced Cervical Cancer. N Engl J Med 1999;340:1144-53.
 15. Morris M, Eifel PJ, Lu J, et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. N Engl J Med 1999;340:1137-43.
 16. Patricia J. Eifel, Kathryn Winter, Mitchell Morris. Pelvic Irradiation With Concurrent Chemotherapy Versus Pelvic and Para-Aortic Irradiation for High-Risk Cervical Cancer: An Update of Radiation Therapy Oncology Group Trial (RTOG) 90-01. *J Clin Oncol* 2004; 22:872-880.
 17. Thomas G, Benedet JL, Ngan HYS, Landoni F, Lai SCH, et al. Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancer. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).
 18. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Guía de prácticas esenciales. Suiza: OMS; 2007. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3)399-408, 407.
 19. Herdman C, Sherris Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Cancer Base No. 5, version 2.0. IARC; 2004.
 20. Aureli Torne EN: Prevención del cáncer de cérvix. Pautas de vacunación y cribado Jaume Pahisa [et. al]. Curso clínico de educación continuada en obstetricia y ginecología, ginecología oncológica majada honda (Madrid): ergon; 2011:31-50.

ENFERMEDAD DE TAKAYASU: 3t A PROPOSITO DE UN CASO

Ivonne Brevé González,* Wascar J. Suero Alcántara,* Elisa Duarte,* Betel Medina Medina,* Waldo Suero Alcántara.**

RESUMEN

Se presenta caso clínico de paciente femenina con historia de dolor torácico agudo a repetición, quien presentó además sintomatología de enfermedad vascular específica y sintomatología parecida a la de un síndrome coronario. La investigación de la paciente arrojó el diagnóstico de Disección Aórtica, con sospecha de Enfermedad de Takayasu como diagnóstico principal.

Palabras clave: Disección Aórtica, Enfermedad de Takayasu, vascular disease.

ABSTRACT

We present a clinical case of a female patient with history of acute chest pain in various occasions, who also presented symptoms of unspecified vascular disease. The investigation of such patient led to the diagnose of Aortic Dissection, with the suspicion of Takayasu's Disease being the main diagnosis.

Key Words: Aortic Dissection, Takayasu's Disease, arterial beds, vascular disease.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica es el más común accidente ocurrido en esta arteria, se trata de una expansión de un hematoma intramural que separa la pared de la aorta, de sus capas. La ruptura de los aneurismas representa el 1,3 por ciento de las causas de muerte en varones mayores de 65 años y la mortalidad en los casos no tratados excede el 90 por ciento.

En cuanto a los factores etiológicos tenemos la hipertensión arterial, la debilidad de la capa media, tanto adquirida como heredada y por otro lado el rol de la arteriosclerosis en algunas patologías encontradas. La sospecha de la enfermedad se basa en la anamnesis y el cuadro clínico que se caracteriza por su polimorfismo y la migración de los signos clínicos debiendo tenerse en cuenta que la isquemia, causada por la disección, puede dañar algunos órganos.

Todo esto constituye un reto para su diagnóstico clínico por lo que su confirmación debe estar apoyada por los medios diagnósticos de que disponemos reportándose que es el ecocardiograma transesofágico la mejor herramienta para el diagnóstico certero.

En 1908 Takayasu comunica ante la Sociedad Japonesa de Oftalmología el caso de una mujer de 21 años con episodios de amaurosis y síncope, describiendo el hallazgo de

microaneurismas y anastomosis arteriovenosas en el fondo de ojo, además presentaba manos frías y ausencia de pulsos en las extremidades superiores.

La enfermedad de Takayasu es una inflamación vascular que comienza como una periarteritis y que luego progresa a una panarteritis, comprometiendo todas las capas arteriales con una infiltración de células mononucleares y formación ocasional de granulomas con células gigantes. En una etapa posterior se produce disrupción de la lámina elástica con vascularización de la media y proliferación intimal progresiva, que conduce a la obliteración luminal. En estados avanzados se esclerosa la íntima y a veces se calcifica la media. En algunos casos que en nuestra experiencia local no sobrepasa el 10 por ciento, se observa formación de aneurismas.

CASO CLÍNICO

Historia clínica

Datos generales:

Nombre: MPS

Sexo: Femenina

Edad: 34 años

Raza: mestiza

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: octavo de Primaria

E. civil: casada

Religión: Evangélica

Procedencia: Los Mina, Sto. Dgo. Este

Hora: 5pm

Fecha Ingreso: 31/10/2011

Fecha Entrevista: 3 de noviembre de 2011

Sala: 220c2

Motivos de consulta:

Dolor Torácico

Disnea

Debilidad general

Desviación de la comisura labial

Historia de la enfermedad actual (HEA):

Paciente femenina de 34ª con antecedentes mórbidos conocidos (AMC) de hipertensión gestacional, cuadro de hipotensión no explicable por el que duro ingresada 3 meses hace 4ª (tratamiento ambulatorio con gotero, no especifica la composición), quien se encontraba estable hasta hace aproximadamente semanas cuando inicia cuadro clínico caracterizado por dolor torácico tipo opresivo, retroesternal en hemitórax izquierdo, de inicio súbito mientras dormía, fuerte

*Médico general

**Médico Internista - Cardiólogo Clínico.

intensidad, irradiado a hombro izquierdo y escapula izquierda, que no se modificaba a la digito presión y modificándose con los cambios respiratorios, que le duró aproximadamente 4 horas, sin relación con el ejercicio, no medicado y que se acompañó de disnea, súbita, referida por la paciente como falta de aire acompañado de debilidad general; además refiere desviación de la comisura labial hacia el lado derecho. Todos los síntomas revirtieron espontáneamente en un tiempo aproximado de 4 horas. Debido a lo anterior, la paciente buscó ayuda con médico de su comunidad, quien le refiere a un especialista (cardiólogo) quien le indica un Ecocardiograma durante el trámite para tomar cita para el estudio en nuestro centro presento cuadro similar al descrito previamente; razón por la que decide enviar a emergencia en donde luego de ser evaluada se decide su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Antecedentes personales patológicos:

Niñez: refiere asma, niega sarampión.

Adolescencia: amigdalitis en varias ocasiones, parotiditis. Refiere que hizo cuadro clínico caracterizado por fiebre, disnea y edema generalizado acompañado de hipertensión que fue tratado de inicio como bronconeumonía y posteriormente se le hizo el diagnóstico de infección renal, el cual mejoró con tratamiento no especificado.

Adulthood: varicela, HTA gestacional, infecciones renales a repetición, falcemia negativo en segunda prueba.

Antecedentes Hospitalarios: por causas obstétricas, por infecciones renales, hace 3 años cuadro parecido al actual.

Antecedentes Quirúrgicos: cesárea en una ocasión hace 7^a (gestación prolongada).

Antecedentes Transfusionales: negado.

Antecedentes Traumáticos: Traumatismo Craneoencefálico (TCE) leve con un palo en riña hace 4^a, trauma contuso (varilla) en ojo izquierdo hace 3^a con posterior pérdida de la visión.

Antecedentes Alérgicos: aminofilina.

Antecedentes Medicamentosos: Ciprofloxacina 500mg SOS VO, Ibuprofeno 600mg SOS VO, Doloneuroalfa SOS VO.

Antecedentes psiquiátricos: negado.

Antecedentes Gineco-obstétricos: G8P5C1A2.

Antecedentes personales no patológicos:

Tabaco: negado

Café: negado

Alcohol: desde los 18^a cerveza en cantidad no especificada, diario; desde los últimos 4 años lo hace semanal hasta hace 3 meses.

Te: negado.

Drogas Ilegales: negado.

Antecedentes heredo familiares:

Padre: vivo, 80^a, HTA, ACV en 2 ocasiones, Sangrado Gastrointestinal Alto (SGIA).

Madre: fallecida, Diabetes Mellitus 2 (DM2).

Hermanos: 4 (2 masculinos, 2 femeninos sin patología aparente).

Hijos: 6 (3 masculinos, 3 femeninos sin patología aparente).

Ingresos mensuales: dependiente.

Vivienda: 3 habitaciones para 5 habitantes, paredes de madera, piso de cemento, techo de zinc, inodoro extra domiciliario, basura recogida por ayuntamiento 3 veces por semana, agua

potable de botellón.

Revision por sistemas:

Constitucional: refiere fiebre de forma ocasional. Niega debilidad general, anorexia, pérdida o ganancia de peso.

Sistema cardiovascular: dolor torácico y disnea de forma ocasional quien refiere agudización de los síntomas en el último año presentándose con mayor frecuencia primero mensual y luego semanales medicándose con analgésicos convencionales. Niega palpitations, ortopnea, disnea paroxística nocturna (DPN), edema miembros inferiores o claudicación.

Sistema respiratorio: Refiere disnea descrito en la HEA. Niega tos, ortopnea, epistaxis, hemoptisis, expectoraciones o dolor pleurítico.

Sistema gastrointestinal: Niega disfagia, odinofagia, pirosis, epigastralgia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, flatulencia, constipación, obstipación, hematemesis, hematoquezia, melenas, evacuaciones diarreicas o rectorragia

Sistema genitourinario: refiere ardor a la micción. Niega cambios en el chorro de la orina, esfuerzo para iniciar la micción, hematuria, nicturia, oliguria, anuria, polaquiuria, tenesmos vesical, retención urinaria, incontinencia urinaria, úlceras, prurito o inflamación

Sistema endocrino metabólico: refiere polidipsia ocasional. Niega poliuria, polifagia, ganancia de peso, intolerancia al frío o calor.

Sistema neurosensorial: refiere disartria, mareo descrito en HEA. Niega hemiplejía, cefalea, convulsiones, afasia, parestias, trastornos de la sensibilidad o de los sentidos.

Sistema musculoesquelético: refiere dolor en miembros superiores que le imposibilita la realización de sus labores domesticas desde hace 3^a. Niega mialgias, causalgias, artralgias o rigidez matutina.

Hematopoyético: Niega equimosis, petequias, hematomas o sangrados espontáneos.

Examen Físico

Examen físico medicina interna (emergencia) 31 de octubre de 2011. Estado General: Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, cooperadora, afebril, que luce agudamente enferma, con unas constantes vitales de:

TA: 80/50 mmHg FC: 72 l/m FR: 18 r/m RR: 22 r/min

Tórax: Simétrico, normodinámico, no retracciones intercostales ni subcostales, no Dressler, no thrill, ápex en 6to EIC con LMCI, frémito táctil adecuado.

Corazón: Ruidos cardiacos regulares, ruidos con tono e intensidad aumentada, no R3, ni R4, no soplo.

Pulmones: ventilados, murmullo vesicular presente, estertores crepitantes dispersos, resonantes a la percusión.

Abdomen: semigloboso a expensas de pániculo adiposo, con perístasis aumentada, manejable, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y flanco izquierdo, no visceromegalia, timpánico en espacio de Traube.

Extremidades Inferiores: Simétricas, pulsos bilaterales adecuado, no edema, cambios tróficos sugestivo de pitiriasis versicolor y onicomiosis bilaterales.

Tacto Rectal: no realizado por condición del paciente.

Neurológico: esfera superior conservada en nivel y contenido, no rigidez de nuca, no Kerning, no Brudzinski, sensibilidad superficial y profunda conservada, FM 5/5 bilateral, ROT2/2, en todos los miembros, RCP en flexión bilateral, Glasgow

15/15 O= 4/4 V=5/5 M=6/6.

Examen físico UCI: 31 de octubre de 2011

Estado general: Paciente consiente, orientada en TEP, afebril, taquipneica e hidratada, que luce agudamente enferma, con unas constantes vitales de:

TA: no especificado FC: 120l/m FR:28r/m
Temp: 36 °C

Tórax: Simétrico, normo dinámico, no retracciones intercostales ni subcostales, no Dressler, no thrill, no Hazer, ápex en 5to EIC con LMCI, matidez hepática a 8cms a partir del 6to ICD, frémito táctil bilateral adecuado

Corazón: Ruidos cardiacos regulares, ruidos con tono e intensidad aumentada, no R3, ni R4, no soplo

Pulmones: ventilados, murmullo vesicular disminuido bibasal, crepitantes secos en bibasales, crepitantes secos bibasales, resonantes a la percusión

Abdomen: globoso a expensa de panículo adiposo, con peristasis adecuada, depresible, manejable, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no visceromegalia, timpánico en espacio de Traube

Extremidades Inferiores: Simétricas, móviles, pulsos bilaterales adecuado, no edema, datos sugestivos de onicomocosis bilateral

Neurológico:fisiológico

Examen físico cardiología: 3 de noviembre de 2011

Estado General: Consciente, orientada en TEP, afebril, hidratado, eupneica, comunicativa que luce en condiciones estables.

Peso:70KG SC: 1.4M2 IMC: 27kg/m TAMI: 220/110mmhg
FC: 72 l/m FR: 18 r/m Temp: 36 °C

Piel y Anexos: Buena turgencia de piel y mucosas, no lesiones primarias ni secundarias. Lecho ungual de buen llenado, uñas de aspecto y forma regular.

Cabeza: Normocéfala, pelo de adecuada implantación y distribución, no deformidades óseas, no masas, no soplos.

Ojos: Simétricas, no lesiones palpebrales, cejas y pestañas bien pobladas e implantadas, conjuntivas rosadas, escaleras blanquecinas, pupila derecha isocórica fotorreactiva, no secreciones, pupila izquierda con opacidad color verde sin capacidad visual.

Oídos: Pabellón auricular normo inserto, dolor a presión de trago en odio izquierdo, no dolor a tracción de antitrago, conducto auditivo externo permeable, oído medio hiperémico, con membrana timpánica integras y de aspecto nacarino con reflejo del cono de luz a las 5 de las manecillas del reloj, no secreciones.

Nariz: tabique nasal central, narinas permeables, mucosa nasal húmeda y rosadas, no pólipos, no masas, no secreciones.

Boca: Labios simétricos, mucosa oral húmeda, lengua normoglosa, no lesiones en paladar duro ni blando, no lesiones gingivales, exodoncia parcial con presencia de prótesis tipo puentes tanto superiores como inferiores, úvula central, amígdalas eutróficas.

Cuello: Simétrico, cilíndrico, móvil, tráquea central, no ingurgitación venosa yugular (IVY), no reflujo

hepatoyugular, no masas, adenopatía móvil, dolorosa, de bordes regulares de aproximadamente 0.5cm de diámetro en hemicuello posterior izquierdo, tiroides eutróficas, pulsos presentes carotídeos con presencia de soplos bilateral que coincide con pulso carotídeo.

Tórax: Simétrico, normoexpansible, normodinámico, sin retracciones intercostales ni subcostales, ápex en 5to EIC con LMCI, con choque de la punta de 1cm, sostenido, no thrill, no Dressler, no Hazer, matidez hepática al 6to EICD LMCD.

Mamas: Simétricas, no dolor a palpación, no masas ni secreciones.

Corazón: Ruidos cardiacos regulares, ruidos con tono e intensidad aumentada, no R3, ni R4, no soplo

Pulmones: ventilados, frémito vocal y táctil presente, resonantes a la percusión, murmullo vesicular presente, no estertores, no ruidos agregados.

Abdomen: semigloboso a expensa de panículo adiposo, cicatriz en región infraumbilical media, con peristalsis adecuada, con dolor a la palpación en región supra púlica, no visceromegalia, no masas, sonoridad adecuada.

Genitales adecuados: Fenotípicamente normales para edad y sexo.

Extremidades Superiores: Simétricas, no pulsos palpables, no edema, ni cambios tróficos.

Extremidades Inferiores: Simétricas, pulsos bilaterales adecuado, no edema, no cambios tróficos.

Neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona, no datos de irritación meníngea, no lesión evidente de pares craneales, sensibilidad superficial y profunda conservada, FM 5/5 miembros izquierdos, 5/5 en miembros derechos, ROT2/2, en todos los miembros, RCP en flexión bilateral. Escala de Glasgow: RO: 4/4 RV: 5/5 RM: 6/6 (15/15).

Fondo de ojo derecho:

Realizado: 4 de noviembre 2011

- 1- Fondo rojo anaranjado
- 2- Disco redondo, atrofia papilar
- 3- Vasos de salida central, tortuosos con estrechez
- 4- Neovasos en papila
- 5- Excavación 0.5
- 6- Retina aplicada
- 7- Mácula contrastada
- 8- Brillo foneal presente
- 9- Diagnóstico etiológico: Esencial
- 10- Diagnóstico Anatómico: Cardiovascular
- 11- Diagnóstico Funcional:
 - D/C Síndrome Coronario Agudo
 - D/C Disección Aortica
 - D/C Enfermedad De Takayasu
 - Enfermedad carotídea severa
 - HTA-II
 - Anemia n-n O/I
 - IVU P/B

Estatus cardiovascular: Comprometido.

Pronóstico: Reservado.

Instituto dominicano de seguros sociales Hospital salvador b. Gautier Departamento de cardiologia
 Hoja de concentracion de datos. Laboratorios:

FECHA	31/10	31/10	1/11	2/11		
Grupo sang.	A+					
Hemograma.						
Hb	9.8	10.7	10	10.4		
HCTO	30.7	33.2	30.4	32.2		
GB	6.9	10.1	8.7	7.6		
N	69.9	77.9	72	66.8		
L	23.1	17.3	17	25.6		
PLAQ	339	446	401	392		
GLU	101		77	79		
BUN	9			7		
CREAT	0.35		0.5	0.4		
TP (12.0)	13		13.7	12.5		
TPT (26.0)	33		33.5	32.9		
Fosf Alcalina			93			
Colesterol			135			
Triglicéridos			67			
TGO	25		19	13		
TGP	14		26	25		
Hepatitis B						
Hepatitis C						
HIV						
PT			7.1			
Albumina			2.7			
Acido Úrico			4.0			
BT			0.64			
BD			0.08			
BI			0.56			
CK total			48			
CK MB			12			
Troponina I			<0.01			
Dímero D			0.58			
Fibrinógeno			653			
Orina.	31/10				Gases arteriales	31/10
COLOR	A				PH	7.43
ASPECTO	T				PCO2	34.1
DENSIDAD	1005				PO2	73
PH	8.0				HCO3	23
GR	Abu				Sat O2	95
GB	---				Na	146
EPITEL	Mod				K	5.5
FM	Mod				iCa	1.17
ALBUMIN	----					
GLUCO	Neg					
ACETONA	Neg					
CRIST	neg					
BACT.	---					

Radiografía de torax PA: (3/11/2011)

- Se visualiza silueta cardiaca, con índice cardiorácico de 0.54 (cardiomegalia grado I).
- Hilios pulmonares de aspecto y configuración normal.
- Jaula torácica y partes blandas normales.

EKG: (31/11/2011)

- Ritmo sinusal.
- Frecuencia cardiaca: 120 lpm.
- Crecimiento auricular izquierdo.

Sonografía abdomino pelvica: (3/11/2011)

- Estudios sin hallazgos patológicos (escaneo específico de AA, con flujo doppler).

Ecocardiograma TT: (12/09/2011)

- Esclerosis plurivalvular.
- Insuficiencia mitral, aortica, pulmonar y tricuspídea ligera.
- FE: 62 por ciento.

Ecocardiograma TE: (01/11/2011)

- Insuficiencia mitral mínima, aortica leve
- FE: 70 por ciento

Doppler carotideo: (4/11/2011)

Derecha:

ACC: 93.2

ACE: 127.21

ACI: 141.26

Ratio sistólico: 1.51

Ateroma en arteria carótida común que ocluye el 57 por ciento de la luz del vaso. Presenta placas complicadas que miden 0.18x0.36 y 0.19x0.41 respectivamente, la misma se extiende desde carótida proximal hasta bulbo.

Izquierda:

ACC: 121.40

ACE: 168.85

ACI: 144.7

Orden médica

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA	31/10	31/10	1/11	2/11	3/11	VIA
Solución salino 0.9%	1000cc/24h	14g/min	ü					EV
Solución salino 0.9%	3000cc/24h	42g/min		ü	ü	ü	ü	EV
Solución harmacen	500cc/24h	7g/min		ü				
Heparina sódica	5,000 Uds	C/6 horas	ü					EV
Aspirina	325 mg	Dosis única	ü					VO
Aspirina	325mg	c/24 hrs	ü					VO
Clopidogrel	300 mg	Dosis única	ü					VO
Clopidogrel	75 mg	C/ 24 horas	ü					VO
Dopamina	200mg	Dosis respuesta	ü					EV
Captopril	50 mg	C/8 horas		ü	ü	ü	ü	VO
Esmolol	800mg	80mcg/min		ü				EV
Enalaprilato	1/2ampolla	Dosis única		ü				EV
Propanolol	1mg	Dosis única		ü				EV
Metoprolol	100mg	c/12h		ü	ü	ü	ü	VO
Simvastatina	40 mg	C/24 horas	ü					VO
Leche de magnesia	20 cc	C/ 24 horas	ü	ü	ü	ü	ü	VO
Diazepam	5 mg	c/ 24 horas			ü	ü		VO
Sertal compuesto	1ampolla	Dosis única				ü		EV

Ratio sistólico:1.19

Ateroma en arteria carótida común que ocluye un 27 por ciento de la luz del vaso. Dicho ateroma se extiende desde la arteria proximal hasta el bulbo, siendo una placa complicada con zonas hemorrágicas.

Diagnóstico:

Ateromas complicados en ambas carótidas que compromete luz del vaso en 57 por ciento del lado derecho y 27 por ciento del lado izquierdo, con placas con área hemorrágicas focales que se extienden desde la arteria carótida común proximal hasta el bulbo, condicionantes de ateromatosis carotidea bilateral---- moderadamente en derecha.

Angiotomografía de tórax: (16/11/2011)

Resultados:

- La aorta es de calibre adecuado.
- Se observa engrosamiento circunferencial de la pared de la aorta, principalmente a nivel de la raíz con un espesor máximo de unos 5mm.
- El diámetro máximo de la aorta a nivel de la arteria pulmonar derecha es de 3.3cm
- Arco aórtico bovino (variante anatómica), los vasos del cayado muestran enfermedad difusa proximal.
- Hipertrofia del surco pulmonar, la cual mide 3.7 cm de diámetro.
- No se observan adenopatías mediastinales.
- No infiltrados pulmonares ni derrames pleurales.
- No neumotórax.
- Los órganos abdominales no presentan anomalías.
- Estructuras óseas y de tejido blando sin anomalías visibles.

Impresión diagnóstica:

Engrosamiento circunferencial de la pared de la aorta, con espesor máximo de 5mm, además de enfermedad difusa de los vasos del cayado, probablemente relacionado a Enfermedad de Takayasu.

DISCUSIÓN

El dolor agudo de pecho que se presenta en repetidas ocasiones, acompañado además de sintomatología musculoesquelética y neurológica, indica una hipoperfusión sostenida de tales áreas. La presencia de dolor en ambos miembros inferiores que no mejora en conjunto con señales de ictus cerebral llevo a la sospecha de daño en las arterias provenientes del cayado aórtico.

Se debe correlacionar la presencia de hipertensión arterial con la aparición de tales daños además de confirmar el diagnóstico de arteritis de Takayasu, que en conjunto llevaron a la paciente a presentar tal cuadro clínico.

APÉNDICE

Síndrome coronario agudo.

El Síndrome Coronario Agudo Es un grupo de entidades donde se encuentra: 1- La angina inestable, 2- Infarto agudo al miocardio sin elevación del ST y 3- Infarto Agudo al miocardio con elevación del ST.

La angina inestable y el infarto agudo del miocardio sin elevación del ST, se produce por una lesión no oclusiva de una de las arterias coronarias, la cual produce elevación transitoria del ST, menos de 20 minutos, o inversión de ST o de la onda T, diferenciándose entre sí, por que en la angina inestable no se produce necrosis miocárdica, por lo cual no habrá elevación de los biomarcadores de necrosis, mientras que en el IAMNST si hay presencia de necrosis miocárdica y positividad de los marcadores de necrosis miocárdica. A diferencia de la AI y del SCANST, en el SCA con elevación del ST, existe una oclusión total de un vaso, produciendo necrosis transmural subepicárdica de la región al cual dicho vaso irriga.

Con respecto a la sintomatología esto se expresan normalmente con dolor torácico, de característica opresiva, retro esternal, que mayormente se encuentra por encima del ombligo y por debajo de la mandíbula y muchas veces se irradia a brazo izquierdo, acompañándose esto de diaforesis y otras manifestaciones adrenérgicas, como taquicardia, náuseas, vómitos y datos de bajo gasto, frialdad, mareos o síncope.

Como pieza diagnóstica es clave tener, la clínica del paciente (primordial), la evidencia electrocardiográfica de anomalías, (mayormente en el ST-T) y la presencia o no de marcadores de necrosis miocárdica. Existe otros métodos invasivos que nos pueden ayudar a encontrar de forma objetiva la lesión y del mismo modo tratarla como es el cateterismo cardiaco. Además, la ecocardiografía es un método útil para confirmar la presencia de esta entidad.

Diseccción Aórtica:

La diseccción aórtica es el más común accidente ocurrido en esta arteria, se trata de una expansión de un hematoma intramural que separa la pared de la aorta, de sus capas. En estudios necrópsicos se ha observado un aumento en la incidencia de esta afección. La ruptura de los aneurismas representa el 1,3 por ciento de las causas de muerte en varones mayores de 65 años y la mortalidad en los casos no tratados excede el 90 por ciento.

En cuanto a los factores etiológicos tenemos la hipertensión arterial, la debilidad de la capa media, tanto adquirida como heredada y por otro lado el rol de la arteriosclerosis en algunas patologías encontradas. La historia natural de pacientes con diseccción aórtica aguda es extremadamente pobre. El tratamiento quirúrgico introducido por DeBakey y colaboradores y el tratamiento médico preconizado por Wheat dieron un viraje dramático al pronóstico de estos pacientes mejorando los rangos de supervivencia.

La sospecha de la enfermedad se basa en la anamnesis y el

cuadro clínico que se caracteriza por su polimorfismo y la migración de los signos clínicos debiendo tenerse en cuenta que la isquemia, causada por la diseccción, puede dañar algunos órganos.

Todo esto constituye un reto para su diagnóstico clínico por lo que su confirmación debe estar apoyada por los medios diagnósticos de que disponemos reportándose que es el ecocardiograma transesofágico la mejor herramienta para el diagnóstico certero.

Enfermedad de Takayasu

En 1908 Takayasu comunica ante la Sociedad Japonesa de Oftalmología el caso de una mujer de 21 años con episodios de amaurosis y síncope, describiendo el hallazgo de microaneurismas y anastomosis arteriovenosas en el fondo de ojo, además presentaba manos frías y ausencia de pulsos en las extremidades superiores.

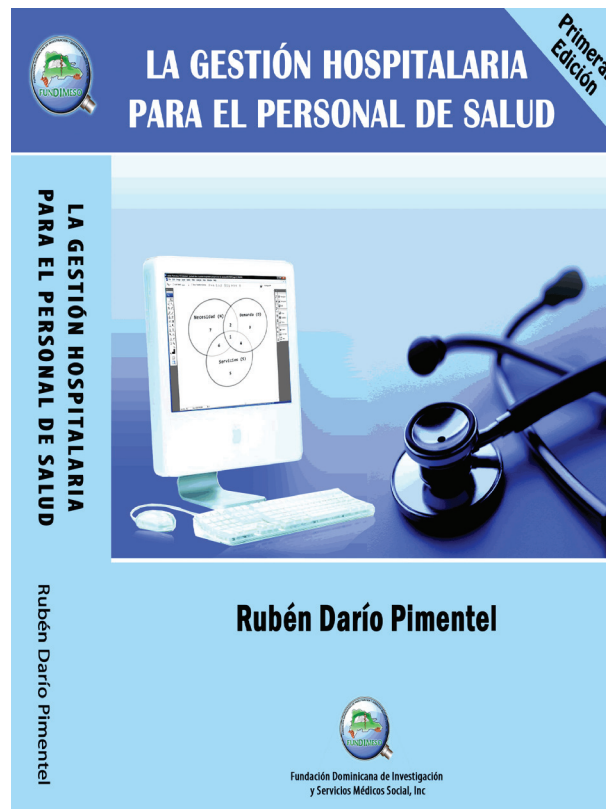
Estos serían los primeros antecedentes de una enfermedad que desde aquella época ha recibido una gran variedad de nombres entre los cuales destaca: enfermedad de Takayasu, síndrome del arco aórtico, aortopatía idiopática de la media, aortoarteritis adquirida, enfermedad de Martorell, pulselessdisease, aortitis syndrome y otros. Este último término - aortitis syndrome - fue adoptado como el más apropiado en la literatura japonesa.

La enfermedad de Takayasu es una inflamación vascular que comienza como una periarteritis y que luego progresa a una panarteritis, comprometiendo todas las capas arteriales con una infiltración de células mononucleares y formación ocasional de granulomas con células gigantes. En una etapa posterior se produce disrupción de la lámina elástica con vascularización de la media y proliferación intimal progresiva, que conduce a la obliteración luminal. En estados avanzados se esclerosa la íntima y a veces se calcifica la media. En algunos casos que en nuestra experiencia local no sobrepasa el 10 por ciento, se observa formación de aneurismas.

REFERENCIAS

1. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection, IRAD. *JAMA* 2000; 283:897-903.
2. Daily PO, True blood HW, Stinson EB, Wuerflein RD, Shumway NE (Sep 1970). «Management of acute aortic dissections». *Ann Thorac Surg*. 10 (3): pp. 237-47.
3. Dztau VJ, Creager MA, Harrison TR, Braunwald E, et al. Enfermedades de la aorta. Principios de Medicina Interna. 16ªE McGraw-Hill-Interamericana 2006. Vol II, 1640-1641.
4. Muiño Miguez A, Villalba García MV, López González-Cobos C, Gómez Antúnez M, Ortiz Vega M, Ortiz Alonso J. Diseccción aórtica aguda. *An Med Interna* 2002; 19:171-5.
5. Maksimowicz-McKinnon K, Hoffman GS. Takayasu arteritis: what is the long-term prognosis? *Rheum Dis Clin North Am*. 2007;33:777-786.
6. Sneller, Michael C., Langford, Carol A., Fauci, Anthony S. Síndromes de Vasculitis. Principios de Medicina Interna. 16ªE McGraw-Hill-Interamericana 2006. Vol II, 2211.
7. Ultachalk F, Terreri MTRA, Len CA, Hatta FS, Lederman H, Hilário MOE. Arteritis de Takayasu en la infancia: estudio clínico yangiográfico de cinco casos. *Rev Brás Reumatol* 2000;40:189-95.

GESTIÓN HOSPITALARIA PARA EL PERSONAL DE SALUD



El libro está a la venta en Centro Cuesta del Libro (C/ Abraham Lincoln esquina 27 de Febrero), en Tesahurus, en la Abraham Lincoln 305 esq. Ave. Sarasota, Tel. (809) 508-114, e-mail: thesaurus@codetel.net.do; en Fundimeso (c/ Pedro A. Bobea 02, suite 208, Bella Vista, Tel. (809) 534-6076, e-mail: rpimentel@fundimeso.org y en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, tel. (809) 684-2610, e-mail: centro-gastro@hotmail.com

Recientemente el ministerio de Salud Pública y asistencia Social puso en circulación «Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas». Este reglamento corresponde al Decreto núm. 434-07 del 18 de agosto de 2007.

En el capítulo XI, artículo 48 dice: «La persona designada para ocupar el cargo de director (a) o de subdirector (a) del Centro debe reunir, además de los requisitos establecidos en el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), los siguientes»

- a) Egresado de una universidad reconocida por la Secretaría de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SEESCYT).
- b) Haber realizado en una institución acreditada y/o reconocida por el país, cursos de pos grado en a nivel de especialización o maestría de acuerdo con el ámbito

de las competencias que deberá desarrollar.

Para cumplir con este mandato, la Fundación Dominicana de Investigación y Servicios Médicos social, Inc. (FUNDIMESO) conjuntamente con la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) iniciaó un diplomado en gestión hospitalaria.

El 7 de febrero de 2009, se inició el primer diplomado de Gestión hospitalaria para el personal de salud, en el edificio Biblioteca Central UNPHU, Ave. John F. Kennedy, km 6½, Distrito Nacional, República Dominicana. En ese I diplomado participaron 43 personas. A seguidas se inició el II diplomado con la participación de 27 personas; el 30 de enero de 2010, se inició el III diplomado de gestión hospitalaria, donde participan 43 personas proyectado a terminar el 8 de mayo del presente año. Está fijado para el sábado 5 de junio el inicio del IV diplomado de Gestión hospitalaria, en el cual participarán 40 personas.

El objetivo fundamental de este diplomado es: Ofrecer el medio teórico-práctico idóneo para que los directores, administradores, encargados de departamentos y demás personal de hospitales, reciban las orientaciones académicas de lugar y puedan hacer una gestión diaria del hospital acorde con los nuevos tiempos, y para adecuarse a los requisitos establecidos en el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas (Decreto Presidencial núm. 434-07, del 18 de agosto de 2007).

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

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

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirla en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-Sanabia F, Carrera M, Hernández-Gutiérrez, AA, Javier D, Hiraldo-Zabala F, López VR, Comportamiento de colesterol y triglicéridos en pacientes hospitalizados. Rev Med Dom 1992; 53(4): :120-3.

Tesis: Montero HR, Miniel-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se remitieran ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, escríbalos en letras los que sean hasta doce.

* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".