



Revista Médica Dominicana

Vol. 74

Mayo/agosto, 2013

Nº. 2

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

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

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

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

Rev Méd Dom, es miembro fundadora de la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas (ADOERBIO-Nº 001). Está inscrita en el *Internacional 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 Chaín, 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 Ml. 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 Faneytte
1979-1980
Dr. Alejandro Pichardo
1980-1981
Dr. César Mella Mejías
1981-1982
Dr. Napoleón Terrero
1982-1983
Dr. Ramón Camacho
1983-1984
Dr. Ricardo Corporán
1984-1985
Dr. Guaroa Ubiñas Renville
1985-1986
Dr. Santiago Castro Ventura
1986-1987
Dra. Rosa Nieves Paulino
1987-1988
Dr. Pedro Sing Ureña
1988-1989
Dr. Anulfo Mateo Pérez
1989-1990
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar
1990-1991
Dr. Mauro Canario Lorenzo
Dr. Fernando Fernández
1991-1992
Dr. Fernando Fernández
Dr. Séntola Martínez
1992-1993
Dr. Fernando Fernández
1993-1994
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1994-1995
Dr. Máximo Calderón
1995-1996
Dr. Rubén Darío Pimentel
1997-1998
Dr. Rafael D. Collado Guzmán
1998-1999
Dra. Persia Sena
1999-2000
Dr. Hector Otero
Dr. Rubén Darío Pimentel
2000-2001
Dr. José Díaz
Dr. Rubén Darío Pimentel
2002-2003
Dr. Miguel A. Montalvo
Dr. César Belén
Dr. Rubén Darío Pimentel
2003-2005
Dra. Karina Fernández
Dr. Martín Julián Castillo
Dr. Rubén Darío Pimentel
2006-2007
Dr. Gregorio Soriano
Dr. Rubén Darío Pimentel
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 Brayán	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 Guitián	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 Liquez	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

Mayo/agosto, 2013

Nº. 2

CONTENIDO

EDITORIAL

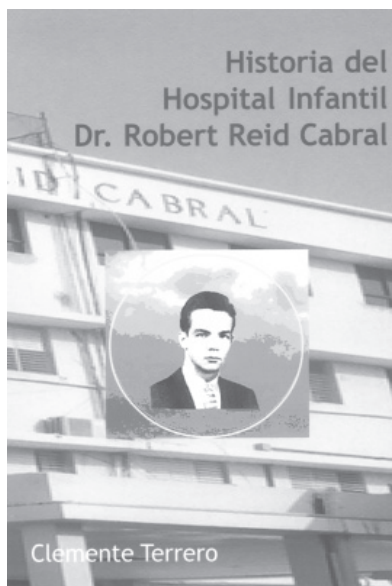
5. La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. *Rubén Darío Pimentel.*

TRABAJOS ORIGINALES

9. Frecuencia, diagnóstico y manejo del síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido diagnosticado en el hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, República Dominicana. *Estrella María Batista García, Marlena Ruiz Báez, Karla Michelle Villegas Henríquez, Janes Rodríguez, Luis Martí Castillo.*
13. Frecuencia de asma bronquial en niños de 3 a 10 años asistidos en la UNAP Villa la Mata, provincia Sánchez Ramírez. *Mercedes María Ramos Aquino, Petra Dinolisa Estévez, Aniris Zuleika Sosa Varga, Carmen Yoely Reyes.*
17. Frecuencia de embarazo ectópico en policlínico Unión de Nagua. *Aurelina Esther Carrion Jimenez, Adanny Emmanuel Lizardo Batista, Dewey Ventura José, Aura Lorina Tavarez Rojas, Glorinil C. Mercedes Germán.*
21. Recurrencia de sangrado digestivo alto en pacientes ingresados en el centro de gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. *Francisco Felipe, Andreysis Licelotte Rodríguez López, Miguel Antonio Rodríguez Martínez, Miguel Andrés Muñoz Paredes, Rubén Darío imentel.*
25. Frecuencia de embarazo en las adolescentes asistidas en la consulta de la Clínica Rural Bayacanes. *Franklyn Manuel Sosa Contreras, Carlos José Rodríguez Quezada, Rafael Antonio Ramos.*
29. Factores de riesgos asociados a oligohidramnios en embarazadas hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia. *Nayrobey Hernández Abad, Arelis Heredia del Rosario, Raysa E. Pérez Agramonte.*
33. Frecuencia de infección de vías urinarias en pacientes diabéticos asistidos en un Centro Rural. *Ángela Batista Lapaix, Wendy de la Paz, Jorge Baldera, Rhadamelcis Castro, Yngrid García Estévez.*
35. Pacientes con signos y síntomas de abdomen agudo en una Clínica Rural. *Marisol Maceo, Michelle Abreu, Yajaira Soto, Ruth Pinales, Yuraima Pérez.*
37. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres que asistieron a la clínica rural Sabana de Buey Baní. *Ángela Peña, Alexandra Vásquez, Rafael Méndez, Francia Santana, Deury Batista, Eglis Arzeno.*
39. Nivel de conocimiento sobre la diabetes en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. *maxsuel Zacarías Martínez Carmona, Nidia Naftli Melo Medina, David Morillo Cipión, Ángel Díaz Beltré, Rodríguez Despradel.*
43. Frecuencia de fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico hospital Dr. Salvador B. Gautier. *Raynilda Suárez Paulino, Mildred Serrano Toledo, Saúl Núñez Pérez, Ruth Agüero de Robles, Jenne Ramírez.*
47. Conocimientos sobre intoxicación con químicos agrícolas en la población adscripta a la UNAP del Pino, la Vega. *Laurina Virginia Zorrilla Madera, Elbania Peña Ventura, Rossi Jobanca Bonilla Díaz, Richard Greivin Polanco Jimenez, María Fernanda Toribio, Hirayda Henríquez.*
49. Pacientes masculinos asegurados, con diagnóstico de HTA en un Centro Rural. *María de la Cruz, Fanny Félix, María Crespo, Flor Bisonó, Dary Guerrero, Aquino.*
53. Frecuencia de parálisis facial en pacientes que asistieron a la consulta de fisioterapia, del hospital General de la Policía nacional. *Rosa M. Ureña, Hilda Peralta Cambumba, LeironUviera, Digna Jorge, Sonia Tejada Matos.*
57. Incidencia de casos de diarrea en pacientes de 0-18 años en el hospital Municipal de Tamboril. *Eliana Paola Molina Genao, Félix Martínez, Eduardo Cordero.*
59. Frecuencia y tratamiento de hipertensión arterial en la consulta de medicina familiar en la unidad de atención primaria la Caleta, la Romana, República Dominicana. *Micaela Mejía Telfor, Alexandra Mateo, Larissa Rojas, Vicky De Los Santo, Hector A. Sosa.*
63. Anemia: prevalencia de usuario que acuden a consulta de medicina general en la unidad de atención primaria semana santa, Yaguata, San Cristóbal, República Dominicana. *Alexandra Mateo, Larissa Rojas, Micaela Mejía Telfor, Vicky De Los Santo, Hector A. Sosa.*
67. Incidencia de infecciones de manos en pacientes traumatizados que acuden al hospital Dr. Salvador B. Gautier. *Eliana Ysabel Duran, Angelina Ysabel Duran, Orlando Ubiera Soriano, Hector Herrand Perdomo, José Francisco Mejía.*
71. Factores asociados a la prematuridad y el bajo peso al nacer y sus complicaciones tempranas en el hospital Regional Dr. Antonio Musa. *Rosa madeleine Astacio Tavares, Luz celeste Cedano, Yuditza Ester Luciano, Lidia Patricia Polanco, Glenys Francisca García, Elsie de la Rosa, Soledad Marrero.*
73. Prevalencia de hipertension arterial en usuarios mayores de 35 años de la unidad de atención primaria Pueblo Abajo I, San Jose de Ocoa. *Adamirca Dotel Vólquez, Joanny Idenise Aguasvivas Báez, Granicis J. González Tejada, Robert Manuel Ferreras Cuevas.*
77. Frecuencia de casos de bronquiolitis en niños de 0-6 meses asistidos vía emergencia de pediatría en la clínica Rural el Rosario. *Sheila Zafra, ArielaGrullon, Sumaya Salcedo, RosannaVilomar, Zuleica Brito, J.C. De Jesús.*
81. Incidencia de sangrado digestivo en la UCI del hospital Salvador B. Gautier. *Rivas Eliam, Ortega Melissa, Jimenez Meryl, Acosta, Anny Miguelina.*
85. Presión intraocular media en una muestra poblacional. *Herbert Stern Díaz, Hansell J. Soto Ramos, María de L. Crespo Franco.*
87. Frecuencia de pacientes operados de coleditiasis en un centro privado. *Pamela Segura, Carlos Morla, David Jimenez, Yaessy Mendoza, Estephane Hernández, Dagoberto Muñoz.*

89. Frecuencia de fracturas en una unidad de atención primaria. *Eduardo Duquela, Vilma Salcedo, Franciris Vargas, Nelson Encarnación.*
91. Prevalencia de diabetes mellitus asociada a hipertensión arterial en una unidad de atención primaria en Cotui. *Mileidy Rondón, Yaira Susaña, Yenys Peña.*
95. Frecuencia y tratamiento de infección vías urinarias en pacientes femeninas asistidas en la unidad de atención primaria de angostura de la provincia Independencia. *Claudio Emmanuel García Lluberes, Rosa Madeleine Astacio Tavarez, Yoanna Catherine Altagracia Neddall, Atahualpa Arismendy de Aza Morales, Nidia Esther Jiménez Morla, Roberto García Márquez.*
99. Situación de los enfermos mentales crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, las Calderas y las Salinas. Provincia Peravia, República Dominicana. *Xiomary Saray Mercedes Febles, Judith Natalia Faña Aybar, Rafael Johnson.*
103. Alteraciones ecocardiográficas en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialis. Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Soraily Del Orbe Frias, Martha Irene Morales Mena, Jean Carlos Núñez García, Rigoberto Jiménez.*
- CASOS CLÍNICOS**
109. Mola hidatiforme: a propósito de un caso. *Leidy L. Mateo Ruiz, Carolina Méndez Rodríguez, Jaime Jorge Manzur, Adriana Oliart, Noemí Guerrero Cueto, Alvaro Gartner.*
113. Reconstrucción mamaria con el colgajo musculocutáneo recto abdominal transversal (TRAM) a propósito de un caso. *Jesús Abréu Montero, Tony Pérez Caballero, George Dallemand, Yaindi Nicole Herasme Alberto.*
117. Alteraciones ecocardiográficas en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialis. Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Soraily Del Orbe Frias, Martha Irene Morales Mena, Jean Carlos Núñez García, Rigoberto Jiménez.*
121. Mastocitosis. A propósito de un caso clínico. *Rosario García Sánchez, Fernanda Nanita de Estévez, Amiramis Fernández Ramírez, Claudia Hernández Rosa.*
123. Disociación de trunión en una prótesis constreñida de cadera: reporte de un caso. *Rafael de los Santos, Marcelo Puello Vale, Yunior Herrera, Ramses Félix, Carmen Vélez.*
127. Paciente embarazada con tumor de ovario: a propósito de un caso. *Niobis Encarnación, Massiel Cabrera, Marlyn Lantigua, Jemill Dotel, Onésimo Almánzar, Batista.*
129. Paciente con dengue. A propósito de un caso. *Leticia Moreno, Fidel Toribio, Felicia Merejo, Delvis Lucas, Alina Evangelista Reyes, A. Aquino.*
131. Uveítis posterior por toxoplasmosis. A propósito de un caso. *Yanilda Almonó Blowers, Karlina Mínguez Lorenzo, Joan Javier Jacobo Rosario, Manuel Javier García Duran.*
133. Carcinoma de nariz: a propósito de un caso. *Freddy Ferreras, Eduardo Garrido, Leticia Checo,*
135. Ectrodactilia displasia ectodérmica y fisura de labio/paladar: A propósito de un caso. *Francisca Jáquez Mateo, Joany Ramírez Fernández, Katlin De La Rosa Poueriet.*
139. Melanoma de coroides: presentación de un caso clínico. *Robert E. Graciano D., Juan Pablo Lagos, Dorian Jiménez, Nadia Devares, Melvin Santana, Ramón Graciano Acevedo.*
143. Femenina de 52 años con disnea súbita. *Emil Jorge Manzur, Omaira Reyes, Víctor Soriano, Liselaida Latorre, Carol Angie López Jorge*
147. Sarcoma sinovial en masculino de 17 años. *Migdavis Abréu, César Domínguez, María Reyes, Oliver Cruz, David Abréu.*
151. Infección pos quirúrgica asociada a material de osteosíntesis: a propósito de un caso. *Rodolfo Alarcón, Alexander López, Deydania Pozo, Manuel Félix Ortiz, Elpidio Vargas, Wagner Guzmán.*
155. Hemangioma infantil. Diagnóstico y tratamiento. *Dayhana M. Santiago R., Donna M. Chevalier B., Aury Luz Encarnación S. Daisy Blanco.*

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.

LA NECESIDAD DE HACER REFORMAS DEL SECTOR DE LA SALUD ORIENTADAS HACIA LA EQUIDAD.

*Rubén Darío Pimentel.**

Para muchas personas, la expresión «reforma del sistema de salud» evoca un conjunto particular de medidas que fueron adoptadas en muchos lugares en los años noventa y que se encaminaban a hacer frente a un problema particular: la mayor dependencia de las instituciones y procedimientos del sector privado para mejorar la eficiencia. En rigor, no obstante, la expresión «reforma del sistema de salud» es de carácter general y se aplica a una amplia variedad de políticas orientadas a lidiar con una serie de problemas de igual magnitud. De acuerdo con una definición estándar, por ejemplo, la reforma del sector salud se puede definir como «un cambio sostenido e intencionado que busca mejorar la eficiencia, equidad y eficacia del sector de la salud».

La adopción de una definición más amplia ofrece la oportunidad de superar el actual debate que enfoca por entero el determinar si las reformas específicas que se han adoptado en el pasado han ayudado o perjudicado a los pobres, y de mirar desde una perspectiva más amplia las reformas que harán falta para beneficiar a los pobres en un futuro.

Urge adoptar esta perspectiva, puesto que crece aceleradamente un cuantioso conjunto de pruebas de que hay grandes brechas entre las personas pobres y las más pudientes, no solo en el estado de salud y el uso de servicios de salud privados, sino también en el uso de servicios de salud públicos, incluso los que gozan de una amplia promoción por suponerse que se dirigen a los pobres.

Esto apunta hacia la clara necesidad de una nueva ola de grandes reformas del sector de la salud, concebidas y aplicadas con más pasión y empeño aun que las reformas emprendidas en los años iniciales del 2000 para lograr una mayor eficiencia. El objetivo: aumentar la eficiencia y la eficacia con las que los sectores de la salud tiendan la mano a los pobres y desfavorecidos, logrando así reducir las inequidades actuales en el uso de los servicios de salud y ayudando a subsanar las diferencias en el estado de la salud.

Esta editorial buscar suscitar mayor reflexión sobre la manera de conseguir tales reformas mediante el planteamiento de tres argumentos. El primero es que cualquier reforma de importancia implica cambios que son mucho más profundos de lo que suelen imaginar quienes definen políticas. El segundo es que el actual movimiento para eliminar la deuda de los países pobres (República Dominicana es uno de ellos) está creando un clima mucho más abierto que el del pasado reciente a la realización de estos cambios profundos. El tercero es que los epidemiólogos e investigadores que estudian los sistemas de salud son quienes más pueden ayudar a los definidores de políticas que aspiran a lograr una mayor equidad a aprovechar el presente clima mediante el desarrollo de un conjunto de ejemplos de posibles intervenciones que lleguen a los pobres de un modo eficaz.

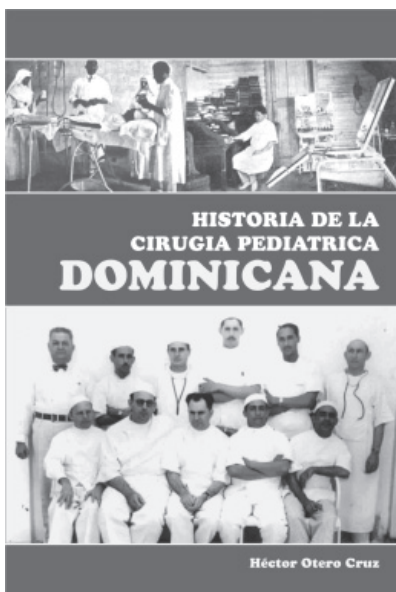
Sin dudas, a partir de 2001, cuando se inició la aplicación de las leyes 42-01 y 87-01, se han logrado cambios importantes en el sistema sanitario Dominicano, pero la brecha entre pobres y ricos se ha incrementado, la exclusión es mayor y sigue centralidad y obsoleto. Y sobre la equidad, planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe equidad en la distribución de los prepuestos asignados por el gobierno a las ocho hospitales privados más importes del país (asignación anual de 1 719 051 204,00 [78,1%] para el 2010) y 143 254 267,00 mensual; mientras que a los 8 hospitales públicos comparables a los privados la asignación anual fue de 480 600,000,00 [21,9%] y 40 050 000,00 mensual, con el agravante de que a los hospitales privados les llega la asignación puntualmente y sin descuento, mientras que públicos, la reciben con descuentos para compra de medicamentos y con atrasos de 4-5 meses?

Dado el papel central que desempeña la política interna en cualquier reforma sanitaria a fondo, los funcionarios públicos y los que definen las políticas del país, tendrán, por fuerza, que ser los principales responsables de contestar la pregunta que acabamos de plantear.

*Jefe Departamento de Investigación, Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Dirigir toda comunicación a: e-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

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.

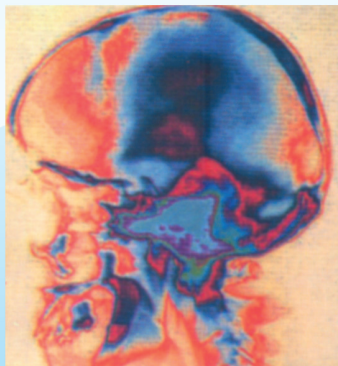
TRABAJOS ORIGINALES



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: dmssigloxx1@hotmail.com

FRECUENCIA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN EL RECIÉN NACIDO DIAGNOSTICADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA, SAN PEDRO DE MACORÍS, REPÚBLICA DOMINICANA.

*Estrella María Batista García, * Marlena Ruiz Báez, * Karla Michelle Villegas Henríquez, * Janes Rodríguez, ** Luis Martí Castillo. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con información retrospectiva sobre la Frecuencia, Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio en el recién nacido diagnosticado en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís, República Dominicana.

El universo estuvo conformado por los expedientes de todos los recién nacidos afectados por Síndrome de Distrés Respiratorio nacidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período Enero – Abril del 2010.

De un total de 107 expedientes encontrados de recién nacidos en el hospital, la edad gestacional presentada al momento del nacimiento en su mayoría fue menor de 28 semanas, el sexo más frecuentemente afectado fue el masculino con un 69% de los casos, por encima de un 31% de los casos para el sexo femenino. El peso más frecuente al momento del nacimiento fue de 1500 gramos para un 31% de los casos. Estos niños procedían de madres con historia de ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus, preeclampsia y otras patologías.

Al momento de nacimiento, 100 por ciento de los neonatos tuvieron dificultad respiratoria, también 28 por ciento tuvo retracción intercostal y la cianosis se presentó en el 19 por ciento de los casos.

Estos signos clínicos acompañados del examen físico realizado en el 46 por ciento de los casos, junto a la radiografía en un 31 por ciento de los casos, ayudaron a confirmar el diagnóstico.

El tratamiento estuvo basado en los signos clínicos y síntomas encontrados. La oxígeno terapia fue administrada al 100 por ciento de los pacientes al junto de surfactante pulmonar en un 43 por ciento y antibioterapia en el 19 por ciento de los casos, entre otros. En conclusión para mejorar la condición de estos paciente el tratamiento por elección fue oxígeno terapia.

Palabras Claves: dificultad respiratoria, neonatos, surfactante, prematuridad.

ABSTRACT

We performed a cross sectional study with retrospective information on the frequency, diagnosis and management of respiratory distress syndrome in the newborn diagnosed at the regional hospital Dr. Antonio Musa San Pedro de Macoris Dominican Republic January to April 2010.

The universe consisted of records of all newborns affected by respiratory distress syndrome born Dr. Antonio Musa regional hospital during the period January to April 2010.

Of a total of 107 records found of newborns in the hospital, gestational age newborns presenting at the time of his birth in their majority was 28 weeks, where the most frequent sex was male with 69% above 31 por ciento for females and and more frequent weight at birth was at 31% of cases of less than 1500 grams. These children were from mothers with a history of premature rupture of membranes, diabetes mellitus, preeclampsia and other pathologies.

At birth, 100% of the babies had difficult breathing, also 28% had intercostal retractions and cyanosis present in 19%, thus helping with the accompaniment of physical examination in 46%, x-rays by 31% to confirm the diagnosis.

The treatment was carried out based on clinical signs and symptoms found. Oxygen therapy was administered to 100% of the patients in addition to pulmonary surfactant 43% of cases and antibiotics in 19%, among others. In conclusion, to improve the condition of these patients the treatment by choice was the oxygen therapy.

Keywords: respiratory distress, neonates, surfactant, prematurity.

INTRODUCCION

El Síndrome de Distrés Respiratorio, es la patología que más frecuentemente de presenta en el recién nacido prematuro. Generalmente se presenta en aquellos recién nacidos con una edad gestacional menor a las 35 semanas a causa de ausencia o deficiencia de surfactante pulmonar, sustancia tensoactiva producida por los neumocitos tipo II que recubre los alveolos.

Su incidencia guarda una relación inversamente proporcional con la edad gestacional y peso de nacimiento, es decir, existe una mayor frecuencia de síndrome de distrés respiratorio a menor peso de nacimiento y edad gestacional.

Existe una mayor frecuencia del síndrome de distrés respiratorio en aquellos recién nacidos de madre con diabetes mellitus, parto precipitado, en el segundo nacido de mellizos, después de una operación cesárea sin trabajo de parto, asfisia perinatal o sufrimiento fetal agudo, sexo masculino e historia de previos infantes afectados.

El cuadro clínico se presenta al nacimiento o al poco tiempo con polipnea y dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia. La hipoxemia y los diferentes grados de acidosis respiratoria y metabólica asociada a hipercapnia son los hallazgos gasométricos; a nivel radiológico, se observa imagen bilateral, más o menos homogénea, de opacificación del parénquima pulmonar con broncograma aéreo con un aspecto característico de "vidrio esmerilado" que, en casos más graves, lleva al llamado "pulmón blanco".

*Médico general

** Pediatra

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal con información retrospectiva sobre la Frecuencia, Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio en el Recién Nacido diagnosticado en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa período comprendido Enero – Abril 2010.

Universo

Todos los expedientes clínicos de recién nacidos afectados por el Síndrome de Distrés Respiratorio nacidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período Enero- Abril 2010.

Criterios de Inclusión

Todos los recién nacidos con diagnóstico del Síndrome de Distrés Respiratorio, neonatos nacidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa durante el período comprendido Enero – Abril 2010.

Criterios de exclusión

Recién nacidos con diagnóstico de Síndrome de Distrés Respiratorio nacidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, fuera del período de estudio. Recién nacidos con diagnóstico del Síndrome de Distrés Respiratorio que fueron referidos de otros centros asistenciales.

Técnica de recolección de la información

Se solicitó a la escuela de medicina una autorización para llevar a cabo nuestro estudio de investigación en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa. Una vez aprobado el permiso, se procedió a la recolección de datos provenientes de los expedientes, dentro del período de estudio mediante un modelo de protocolo clínico elaborado exclusivamente para la indagación.

Plan de análisis

Las variables sometidas a estudio serán analizadas mediante los datos obtenidos, los cuales se tabularan y se calcularan de forma estadística, en frecuencias, porcentajes, proporciones, medidas de tendencia central y se mostrarán mediante cuadros, gráficos y tablas.

RESULTADOS

Edad gestacional	Frecuencia	
		%
< 28 Semanas	40	37
29- 37 semanas	30	28
38-41 semanas	20	19
42 o más	17	16
Total -->	107	100

Fuente: Archivos del Departamento de Neonatología del Hospital Regional Doctor Antonio Musa, San Pedro De Macorís, República Dominicana.

Peso (g)	Frecuencia	
		%
< 1,500	33	31
1,500 – 2,500	27	25
2,500 – 4,000	25	23
> 4,000	22	21
Total	107	100

Fuente: Archivos del Departamento de Neonatología del hospital Regional doctor Antonio Musa, San Pedro De Macorís, República Dominicana.

DISCUSIÓN

El síndrome de distrés respiratorio es un cuadro de dificultad respiratoria grave y progresiva que se produce en un 5 por ciento a 10 por ciento de los neonatos nacidos antes de término del embarazo. Esta patología puede iniciar de manera inmediata u horas posteriores al nacimiento y es más frecuente en neonatos prematuros.

En nuestro trabajo, de 107 records revisados de pacientes nacidos en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, obtuvimos una frecuencia de 40 casos de neonatos nacidos con una edad gestacional por debajo de las 28 semanas para una representación de un 37 por ciento. Además también observamos una mayor presentación una frecuencia de 33 casos para una representación de 31 por ciento de un total de 100 por ciento.

Existen múltiples variables que influyen sobre la frecuencia de la enfermedad, pero se puede decir que la incidencia y gravedad de esta patología, esta inversamente relacionada a la edad gestacional y peso de nacimiento. Por esto la incidencia de este síndrome se eleva mientras menor es la edad gestacional.

Prevenir la prematuridad es lo más importante a fin de evitar el síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido.

RECOMENDACIONES

Luego de presentar los análisis y conclusiones pertinentes en esta investigación, podemos proporcionar las siguientes recomendaciones:

Crear un grupo de orientación y concientización con la finalidad de ayudar a entender a las futuras madres acerca de lo importante que es darle continuidad a sus chequeos prenatales para evitar los partos prematuros.

Capacitación del personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales para lograr una atención óptima en los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio.

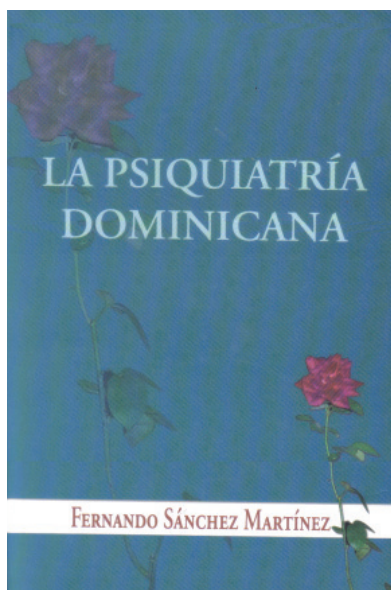
Editar un protocolo oficial (Manual para enfermería), sobre los cuidados que se deben aplicar a los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio y que sirva de consulta como para los enfermeros asistenciales.

El departamento de archivo y estadística del Hospital Regional Dr. Antonio Musa debe modificarse con el uso de computadoras y así disponer de datos más confiables al realizar estudios de investigación, esto también debe complementarse con el apoyo y la cooperación del cuerpo médico y enfermeras que se deben preocupar por el llenado correctamente de los libros de registro y los expedientes de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Fernández FR, Guzmán ER. Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. En su: colección de pediatría. 1ed. T 6. Ciudad de la Habana; Pueblo y educación, 2000: 82 – 9.
2. Guía clínica sobre la Prevención del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido Pretérmino. Taller de Guías Clínicas Basadas en las Evidencias. Octubre 2003.
3. Ibarra Fernández, Antonio José (2007). «Valoración de la Ventilación» (en español). Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales.
4. Pérez-Molina JJ, Cobián-López BE, Silva-Maciél CA. Factores de Riesgo Maternos y Nacimiento Pretérmino en un Hospital Público del Occidente de México. Ginecol Obstet Mex 2004; 72:142-9.
5. Behrman, R. Nelson. Tratado de Pediatría, Edición 14. 2010:463-469.
6. Tapia L J. Manual de Neonatología Segunda Edición .cap 27: 245-247.
7. Soll RF Agente Tensioactivo Sintético para el Síndrome de Dificultad Respiratoria en Recién Nacidos Prematuros (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3.
8. Sanjay A, Snyder E. Asfixia Perinatal En: Cloherty J, Stark A. Manual de cuidados neonatales. 4 ed. España: Elsevier Health Sciences Saunders; 2005: p620-641.
9. Valls A, López de Heredia J, Román L, López MC. Síndrome de Dificultad Respiratoria Idiopático o Enfermedad de Membranas Hialinas.En: Vento M, Moro M (eds). De Guardia en Neonatología. 1ª edición. Madrid: Sociedad Española de Neonatología, 2003. p.277-283.
10. Taeusch W .Ballard R Tratado de Neonatología de Avery. Séptima Edición.2000; 602-630.

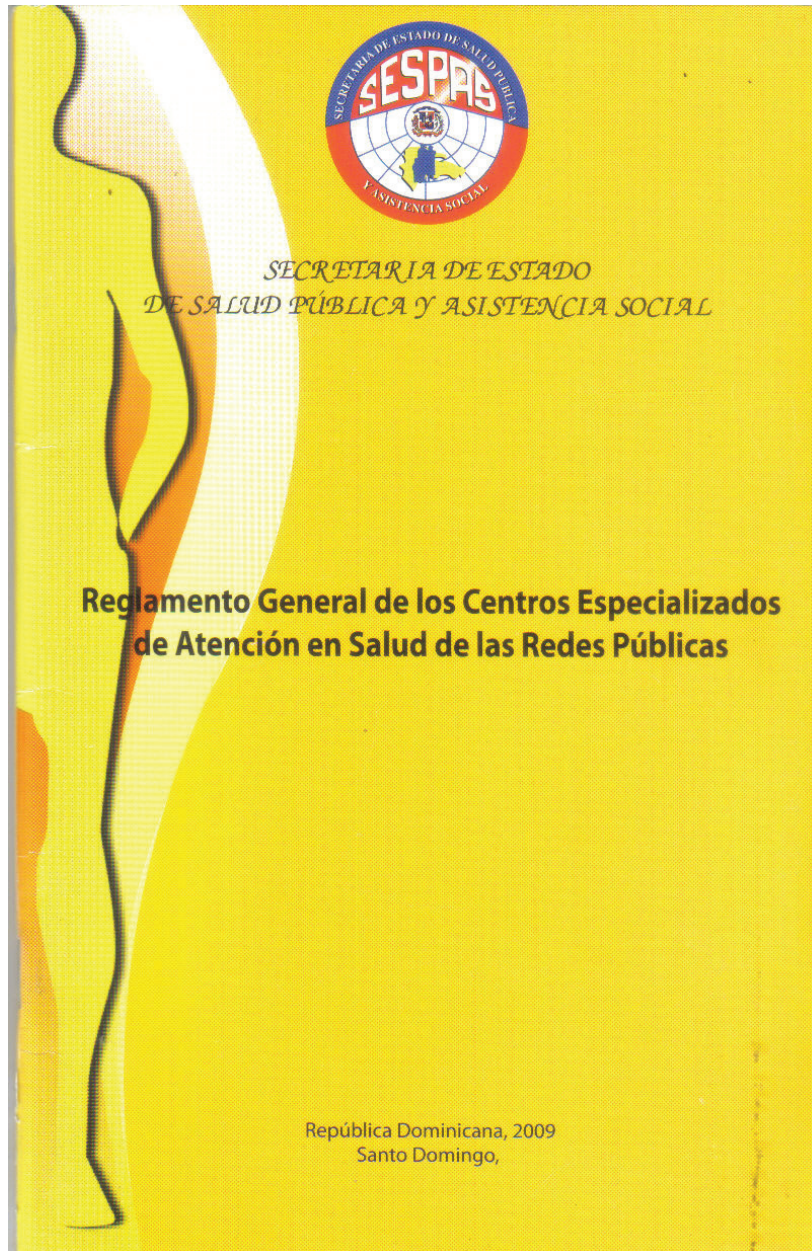
LIBROS · LIBROS · LIBROS



La psiquiatría Dominicana

Autor: Dr. Fernando Sánchez Martínez

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



FRECUENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 3 A 10 AÑOS ASISTIDOS EN LA UNAP VILLA LA MATA, PROVINCIA SÁNCHEZ RAMÍREZ.

Mercedes Maria Ramos Aquino, * Petra Dinolisa Estévez, * Aniris Zuleika Sosa Varga, * Carmen Yoely Reyes.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal para determinar la frecuencia de asma bronquial en niños de 3 a 10 años asistidos en la consulta de la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez en el periodo comprendido entre septiembre – diciembre 2012. El universo estuvo compuesto por 37 expedientes de pacientes con Asma bronquial que asistieron a la consulta en el periodo de estudio, del cual se obtuvo una población de estudio de 19 expedientes, incluyendo los expedientes de pacientes con Asma Bronquial diagnosticada, excluye los expedientes incompletos, los expedientes de menores de 3 años y mayores de 10 años. Las variables en estudio fueron edad, sexo, procedencia, escolaridad, antecedentes familiares e historia familiar. Al analizar los resultados de los pacientes diagnosticados con Asma Bronquial que acudieron a la consulta de la UNAP Villa La Mata, en el periodo septiembre-diciembre 2012 se observó: El predominio en el sexo masculino con un 63.15, el grupo de edad más afectado fue entre 5-6 años, para un 42.11 por ciento, el 36.84 por ciento de los pacientes provenían del barrio orillas del canal, con relación a la distribución de casos de asma bronquial asistidos en la UNAP Villa La Mata de acuerdo a la escolaridad, se evidencia que el grupo afectado con mayor frecuencia es el que cursa el primero de básica, el 58 por ciento de la población tenía historia de algún familiar con Asma Bronquial.

Palabras claves: Asma Bronquial, Frecuencia, niños.

ABSTRACT

We performed a retrospective study of cross section to determine the frequency of asthma in children of 3-10 years attended the consultation UNAP Villa La Mata, Sanchez Ramirez province in the period September-December 2012. The study group was composed of 37 cases of patients with bronchial asthma who attended the consultation in the study period, which was obtained from a study population of 19 records, including records of patients diagnosed with asthma, excluding incomplete records, records under 3 years and over 10 years old. The variables studied were age, sex, origin, education, family history and family history. In analyzing the results of patients diagnosed with asthma who attended the consultation UNAP Villa La Mata, in the period September-December 2012 was observed: The predominance in males with a 63.15, the age group most affected was between 5-6

years for a 42.11 por percent, 36.84 percent of the patients came from the banks of the canal district, regarding the distribution of cases of bronchial asthma treated at the Villa La Mata UNAP of acuerdo to schooling is evidence that the group most often affected is the one that is in his first basic, 58 percent of the population had a family history of bronchial asthma.

Keywords: Asthma, Frequency, children.

INTRODUCCION

El asma es un proceso inflamatorio crónico de las vías respiratorias que constantemente aumenta en nuestro medio. Afecta alrededor del 20 por ciento de la población dominicana. La patología es más frecuente en niños, disminuyendo en los adolescentes e incrementándose de nuevo en los adultos jóvenes. El tabaquismo, como entidad, constituye un problema por la alta relación asma-familiares-fumadores. La asociación de estigmas como dermatitis atópica, bronquitis y rinitis, muestra una influencia importante con la aparición de hiperreactividad bronquial en los adultos. Las causas relacionadas a la contaminación del medio ambiente como sustancias (detergentes, perfumes, pinturas e insecticidas) y los cambios de temperatura, son las más importantes para el desencadenamiento de crisis de hiperreactividad bronquial en adultos, mientras que en los niños son las infecciones respiratorias, los cambios de temperaturas, sustancias de olores fuertes, la contaminación ambiental, como el humo del cigarrillo, industrial y de cocina.

Según el pediatra neumólogo, Luis Alam, la República Dominicana presenta un incremento de la enfermedad asmática importante en los últimos años.

Apunta que en el 1984 se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de asma en la República Dominicana, en el que los resultados arrojaron que aproximadamente el 3.4% de los niños que formaron del estudio padecían o presentaban un cuadro asmático. En ese entonces la prevalencia aún era considerada baja, pero en el 2003 los síntomas de la enfermedad se presentaban en un 18% de los niños de entre seis y siete años, así como en adolescentes de 13 y 14 años de edad.

Actualmente los casos de asma están incrementando debido a la rapidez de la urbanización e industrialización de los pueblos de la República Dominicana y a la presencia de una alta población joven. Por lo anterior expuesto, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia de asma bronquial asistidos en la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez, septiembre – diciembre 2012?

*Médico general

**Pediatra

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal para determinar la frecuencia de asma bronquial en niños de 3 a 10 años asistidos en la consulta de la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez en el periodo comprendido entre septiembre – diciembre 2012. El universo estuvo compuesto por 37 expedientes de pacientes con Asma bronquial que asistieron a la consulta en el periodo de estudio, del cual se obtuvo una población de estudio de 19 expedientes, incluyendo los expedientes de pacientes con Asma Bronquial diagnosticada, excluye los expedientes incompletos, los expedientes de menores de 3 años y mayores de 10 años. Las variables en estudio fueron edad, sexo, procedencia, grado escolar, antecedentes familiares e historia familiar. Se revisaron la sintomatología presentada por la persona y la historia clínica. Se construyó un formulario diseñado de tal manera que sea posible la obtención de las informaciones pertinentes para medir las variables incluidas en los objetivos de estudio y luego se empleó un cuestionario de 10 preguntas. Los datos obtenidos fueron analizados y procesados con los programas Word y Excel 2007.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de los casos de asma bronquial asistidos en la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez, septiembre – diciembre 2012 según sexo

Sexo	Casos	%
Masculino	12	63.15
Femenino	7	36.84
Total	19	100.0

Fuente: Expediente de las personas con Asma Bronquial

Cuadro 2. Distribución de los casos de asma bronquial asistidos en la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez, septiembre – diciembre 2012 según edad

Grupo de edad (años)	Frecuencia	%
3 – 4	4	21.05
5 – 6	8	42.11
7 – 8	4	21.05
9 - 10	3	15.79
Total	19	100.0

Fuente: Expediente de las personas con Asma Bronquial

Cuadro 3 Distribución de los casos de asma bronquial asistidos en la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez, septiembre – diciembre 2012 según procedencia

Estado civil	Frecuencia	%
Barrio Las Orilla del Canal	7	36.84
Barrio Inespre	4	21.05
Barrio Indhri	4	21.05
Barrio Canta La Rana	3	15.79
Barrio Las Mercedes	1	5.26
Total	19	100.0

Fuente: Expediente de las personas con Asma Bronquial

Cuadro 4. Distribución de los casos de asma bronquial asistidos en la UNAP Villa La Mata, provincia Sánchez Ramírez, septiembre – diciembre 2012 según escolaridad

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Inicial	4	21.04
Primero de básica	5	26.32
Segundo de básica	1	5.26
Tercero de básica	2	10.53
Cuarto de básica	2	10.53
Quinto de básica	1	5.26
Sexto de básica	1	5.26
Ninguno	3	15.79
Total	19	100.0

Fuente: Expediente de las personas con Asma Bronquial

DISCUSIÓN

La Clínica Rural villa la mata tiene una población 3057 personas, de las cuales se registraron un total de 37 pacientes diagnosticados con Asma Bronquial hasta Diciembre del 2012 correspondiendo a un 1.21 por ciento difiriendo de las informaciones ofrecidas por el pediatra neumólogo Luis Alam, quien sostuvo que el asma afecta aproximadamente a un 18 por ciento de la población de la República Dominicana..

El sexo masculino fue el más afectado con un 63.15 por ciento de los casos, asemejándose a lo estipulado en la literatura de Harrison Principios de Medicina Interna 18a edición 2010, donde citan que el Asma Bronquial es más frecuente en el sexo masculino.

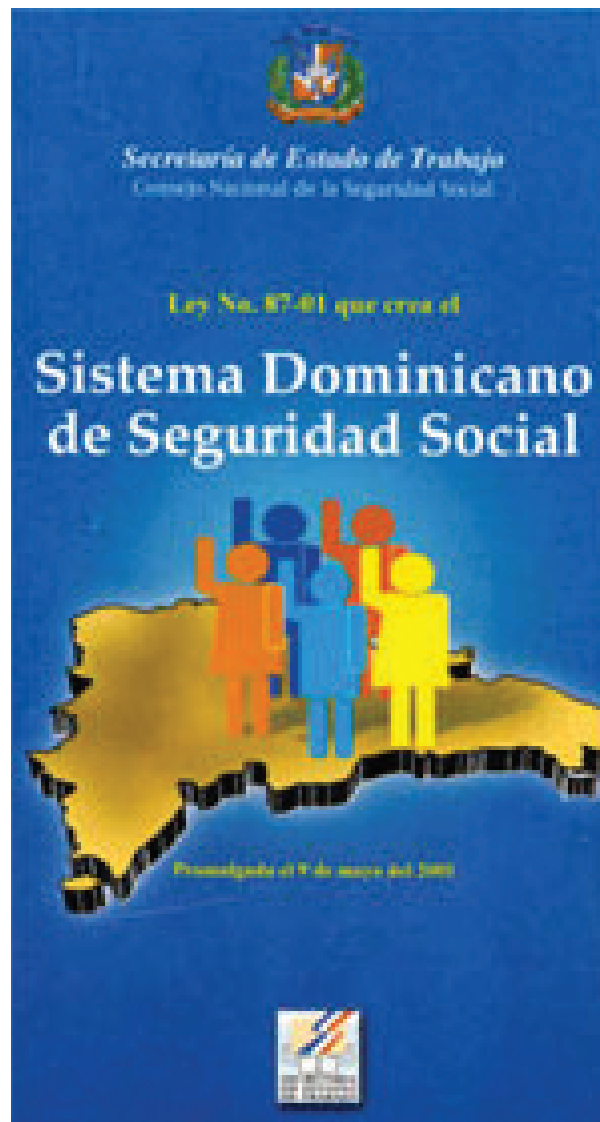
Según el nivel de escolaridad el más afectado fue el primero de básica a diferencia de un estudio realizado por Rodríguez de la Vega AA donde la mayoría de los asmáticos estudiados tenían una escolaridad de técnico medio, preuniversitario y universitario, corroborando que la población en Cuba posee un nivel educacional comparable con el de los países más desarrollados.

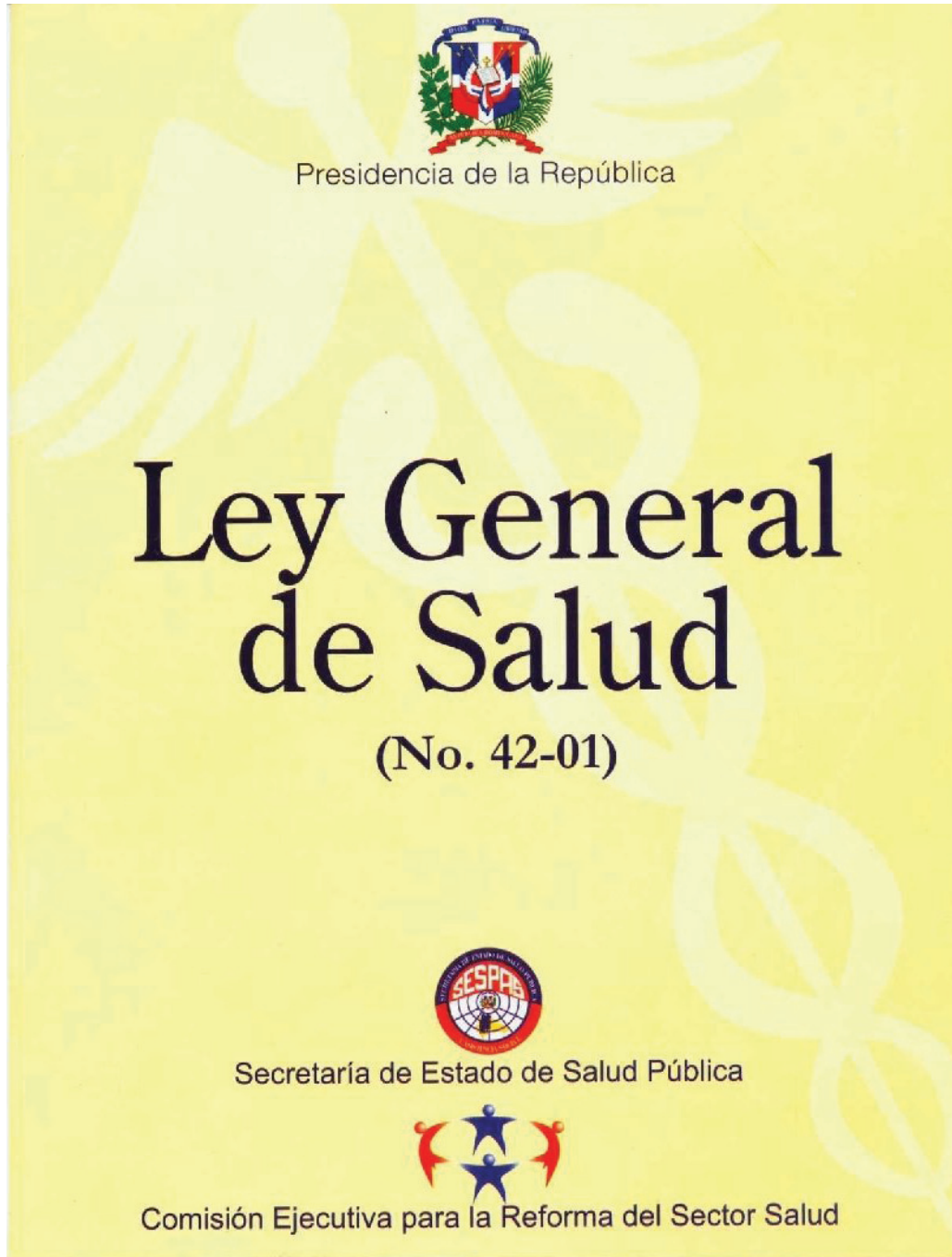
Los Grupos de edades más afectadas fue entre entre 5-6 años para un 42,11 por ciento, a diferencia del Estudio Realizado por Martín AJ, Mc. Lennan L, Elan PD, afirmando en su estudio que el 50% de todos los casos de asma el pico de inicio sí localiza por debajo de los 5 años de edad, y en la mayor parte de los niños campaña síntomas suelen comenzar los de Antes meet Los 2 Años.

REFERENCIAS

1. Abreu Almánzar I, Ayala I, Bencosme I, Pimentel RD, Rivas RA, Pujols-Arias R. Frecuencia y factores causales de asma bronquial en el barrio 30 de Mayo de Santo Domingo. Rev méd Dom [Internet] 2006; 67(3): 256. Se consigue en: <http://www.binass.sa.cr/revista/rccm/8n3art3pdf>.
2. Amada A, Pimentel BF, Espino EC, Feliz-Peña AA, Cuevas KJ. Incidencia de asma bronquial como causa de ingreso en el hospital Cabral, Barahona. Rev Méd Dom 2007; 68 (3): 90.
3. Berinhs Río E.M, Gallo PR, Franco de Sequeira A. Asthma mortality in the city of Sao Paulo, Brazil. Rev. Saude Pública 2004; 36(2): 149-54.
4. Clarita D Terrero, Suguey Then, Yulissa Brasoban, Eridalgo M Acevedo, Johanny Sanchez. Frecuencia de crisis asmática en pacientes asistidos en la emergencia

- de Medicina Interna del hospital docente Dr. Francisco E. Moscoso Puello. Rev Méd Dom 2007; 7 (2):162-163.
5. Coronel C. Crisis asmática según factores desencadenantes. Revista mexicana de pediatría. Vol. 73 num. 3 mayo – junio 2006 pp. 107 -111.
 6. Elizabeth Hernández Álvarez, María Elene Yuriko, asma en niños. Enfermedades respiratorias pediátrica. Manual Moderno; México 2002, Pág. 313-335.
 7. Harrisons, Kasper, Hauser, Lango, Jameson, Fauci, Braunwad. Asma, principio de medicina interna. 16ed español Pág. 8218-8261. pdf.2007
 8. Luís Carlos ocho, Ricardo rosado, Felipe Restrepo s. patricia Antizabal M. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. (Aiepi), Organización Panamericana de la Salud.2005.
 9. Nelson, Behrman, Kliegman, Jonson. Asma en la infancia, Tratado de Pediatría 17ª ed. España 2008 pag 760-773. Disponible en: <http://www.google/libros/pdf>.
 10. Marcos Fuentes, A. Jiménez Cortes, J. Cano Franco. Tratamiento de crisis asmática, Manual de Urgencias Pediátricas. España 2009. Pág. 201-210.
 11. Rodríguez Rivas m, Hernández parets m, arias gallardo. Al. Acción anti- asmática del aloe vera en pacientes. Revista cubana plantas medicinales, abril 2006; 9 (1). Rodríguez de la Vega AA. Mortalidad por asma: un problema paradójico de carácter mundial. Rev Cubana Med 1992;31(2):75-8.





FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN POLICLÍNICO UNIÓN DE NAGUA.

Aurelina Esther Carrion Jimenez, Adanny Enmanuel Lizardo Batista,*
Dewey Ventura José,* Aura Lorina Tavez Rojas,* Glorinil C. Mercedes
Germán.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la muestra obtenida. El universo de estudio estuvo integrado por 147 pacientes en total atendidas en el policlínico unión en el periodo de mayo a diciembre del año 2011. La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico, formada por las mujeres que presentaron embarazo ectópico. Se obtuvo una muestra final de 6 pacientes.

El embarazo ectópico es considerado una verdadera emergencia médica de ahí el interés en conocer su comportamiento. Los objetivos de esta investigación fueron determinar la frecuencia del embarazo ectópico en este centro de salud, precisar sus principales manifestaciones clínicas, los antecedentes patológicos más frecuentes, entre otros.

Un total de 147 pacientes embarazadas fueron atendidas en el periodo Mayo-Diciembre 2011 de las cuales solo 6 pacientes resultaron con embarazo ectópico. Se registraron como principales variables la edad, manifestaciones clínicas, complicaciones y medios diagnósticos. El grupo de edad más afectada fue de 41-45 años con un total de 3 mujeres, lo que corresponde al 50%, en el grupo etáreo de 26-30 encontramos un caso que corresponde al 17 por ciento, y en la edad de 31-35 años dos casos para un porcentaje de 33. En todas las pacientes el síntoma principal fue el de dolor abdominal de un solo lado de la fosa iliaca, el diagnóstico fue de embarazo ectópico roto en 2 pacientes y 4 de ellas embarazo ectópico no roto.

En las últimas dos décadas ha habido un aumento significativo del número de casos de embarazo ectópico en los Estados Unidos. En 1970 la tasa era de 4.5 cada 1000 embarazos informados, mientras que en el 1992 era de alrededor de 20 cada 1000 embarazos (1).

Palabras claves: frecuencia, embarazo ectópico, hemorragia, shock hipovolémico.

ABSTRACT

We performed a retrospective study of the sample obtained. The study group consisted of 147 patients treated at the clinic full union in the period May to December 2011. The sample was obtained through a non-probability sampling, formed by women who had ectopic pregnancy. This gave a final sample of 6 patients. Ectopic pregnancy is considered to be a real medical emergency for that reason the interest in knowing the situation of this problem in Policlinico Union.

Ectopic pregnancy is considered a medical emergency hence the interest in knowing their behavior. The objectives of this

research were to determine the frequency of ectopic pregnancy in this health center, specify its main clinical manifestations, the most common medical history, among others. 147 pregnant patients were treated in the period May to December 2011, of which only six were patients with ectopic pregnancy. Main variables were recorded as age, clinical manifestations, complications and diagnostics. The most affected age group was 41-45 years with a total of 3 women, corresponding to 50%, in the age group of 26-30 find a case that corresponds to 17 percent, and at the age of 31 -35 years two cases for a percentage of 33. In all patients the main symptom was abdominal pain on one side of the lower quadrant, the diagnosis of ectopic pregnancy was broken in 2 patients and 4 of them unruptured ectopic pregnancy.

In the last two decades there has been a significant increase in the number of cases of ectopic pregnancy in the United States. In 1970 the rate was 4.5 per 1000 pregnancies reported, while in 1992 was about 20 per 1000 pregnancies (1).

Keywords: frequency, ectopic pregnancy, hemorrhage, hypovolemic shock

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es una de las causas de dolor agudo abdominal de gran dramatismo en la clínica. Tiene su origen en la implantación del óvulo fecundado fuera de su lugar normal. No pocas veces se emplea erróneamente el término embarazo ectópico (de ectos, fuera y topos, lugar) como sinónimo de embarazo extrauterino, en realidad el embarazo ectópico es más abarcador pues hay gestaciones dentro del útero que son ectópica (intersticial y cervical). Se trata de una de las gestorragias de la primera mitad del embarazo cuya expresión clínica habitual es la tríada clásica de dolor abdominal, sangramiento y amenorrea. Sus causas aún no están plenamente esclarecidas, se invocan como las más probables la destrucción de la estructura anatómica de la trompa de Falopio, las aberraciones de la motilidad tubárica, desequilibrios hormonales y la transмиграción del oocito. 2

A partir de su descripción, por primera vez, por Albucasis, en 1863; el EE es hoy un verdadero problema de salud, una emergencia médica cuyo diagnóstico posee una gran importancia por sus complicaciones, de hecho se le imputa del 5 al 12 % de las muertes maternas. 4,5

El embarazo ectópico es mas frecuente en múltiparas que en las primíparas. En general se observa un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos. 7

Los objetivos de esta investigación fueron determinar la frecuencia del embarazo ectópico en el policlínico unión,

*Médico general.

precisar sus principales manifestaciones clínicas, los antecedentes patológicos más frecuentes y la eficacia de la atención médica en la prevención de las graves complicaciones de esta entidad, incluida la muerte.

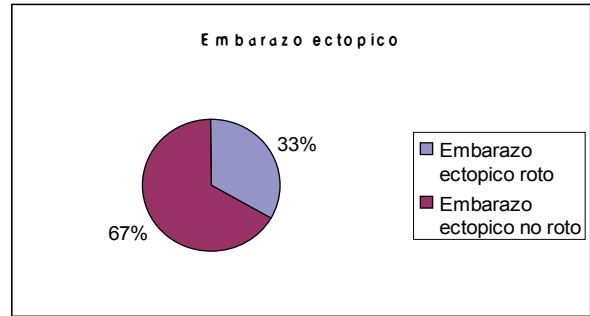
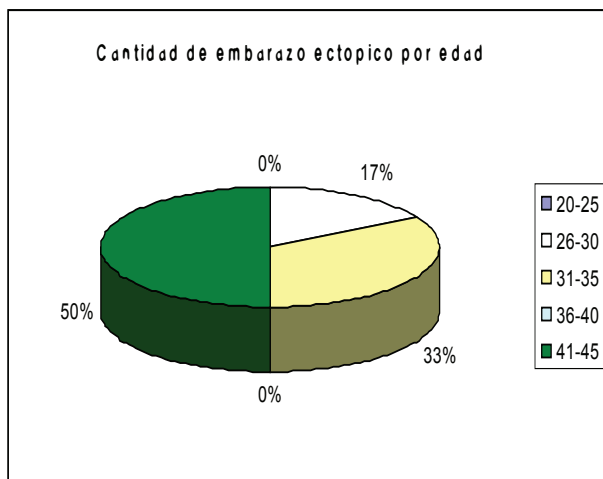
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la muestra obtenida. El universo de estudio estuvo integrado por 147 pacientes en total atendidas en el policlínico unión en el periodo de mayo a diciembre del año 2011. La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico, formada por las mujeres que presentaron embarazo ectópico. Se obtuvo una muestra final de 6 pacientes. Se consideró como condición para el diagnóstico de embarazo ectópico además de las manifestaciones clínicas y los criterios de los especialistas los resultados obtenidos del acto quirúrgico, del informe operatorio y de anatomía patológica. Se describió la frecuencia del embarazo ectópico por cada mes de estudio y se elaboró un formulario para el registro de los siguientes datos: nombres y apellidos, historia clínica, edad, fechas de ingreso y egreso, diagnósticos previo y definitivo, antecedentes patológicos, cuadro clínico, localización, medios diagnósticos empleados, informes operatorios y tratamiento. Los resultados se expresaron en porcentaje.

RESULTADOS

La población atendida fue un total de 147 embarazadas, de las cuales solo un total de 6 pacientes fueron diagnosticadas con embarazo ectópico por ultrasonografía en el periodo Mayo-Diciembre 2011, en el Policlínico Unión de Nagua. La edad más afectada fue de 41-45 años con un total de 3 mujeres, lo que corresponde al 50%, en el grupo etario de 26-30 encontramos un caso que corresponde al 17 por ciento, y en la edad de 31-35 años dos casos para un porcentaje de 33. En todas las pacientes el síntoma principal fue el de dolor abdominal de un solo lado de la fosa iliaca, el diagnóstico fue de embarazo ectópico roto en 2 pacientes y 4 de ellas embarazo ectópico no roto. De las 6 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico todas eran múltiparas.

Gráficos



DISCUSIÓN

El embarazo ectópico constituye la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en los primeros meses de la gestación (10.). Afortunadamente, con la llegada de la ecografía transvaginal y las pruebas de la subunidad beta de hCG (hCG beta), disminuyeron las tasas de incidencia de rotura de las trompas de Falopio y las tasas de mortalidad (10). En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados. 11

El embarazo ectópico es mas frecuente en múltiparas que en las primíparas. En general se observa un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos. 8

Así lo demuestra esta investigación en la cual obtuvimos como muestra 6 pacientes y todas fueron múltiparas, otro hallazgo de importancia es el hecho de que el grupo etario mas afectado fue el de 41-45 años con un total de 3 mujeres, lo que corresponde al 50%, el diagnóstico fue de embarazo ectópico roto en 2 pacientes (33 por ciento) y 4 de ellas embarazo ectópico no roto, lo que corresponde al 67 por ciento.

Cabe señalar que una de las limitaciones de esta investigación es el bajo número de mujeres estudiadas, lo que probablemente no permitió demostrar riesgo significativo de algunos de los factores señalados por la literatura extranjera.

CONCLUSIONES

Ni los factores de riesgo ni el cuadro clínico de un embarazo ectópico son lo suficientemente sensibles o específicos para establecer un diagnóstico definitivo. Por lo tanto, cualquier paciente en edad reproductiva debe ser estudiada si presenta dolor abdominal, cólicos o sangrado vaginal durante su embarazo.

Luego de valorar los datos obtenidos de esta investigación destacaremos lo siguiente; La población atendida fue un total de 147 embarazadas, de las cuales un total de 6 pacientes fueron diagnosticadas con embarazo ectópico por ultrasonografía en el periodo mayo-diciembre 2011 en el Policlínico Unión de Nagua. La edad más afectada fue de 41-45 años con un total de 3 mujeres, lo que corresponde al 50%, en el grupo etario de 26-30 encontramos un caso que corresponde al 17 por ciento, y en la edad de 31-35 años dos casos para un porcentaje de 33. En todas las pacientes el síntoma principal fue el de dolor abdominal de un solo lado de la fosa iliaca, el diagnóstico fue de embarazo ectópico roto en 2 pacientes y 4 de ellas embarazo ectópico no roto. De las 6 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico todas eran múltiparas.

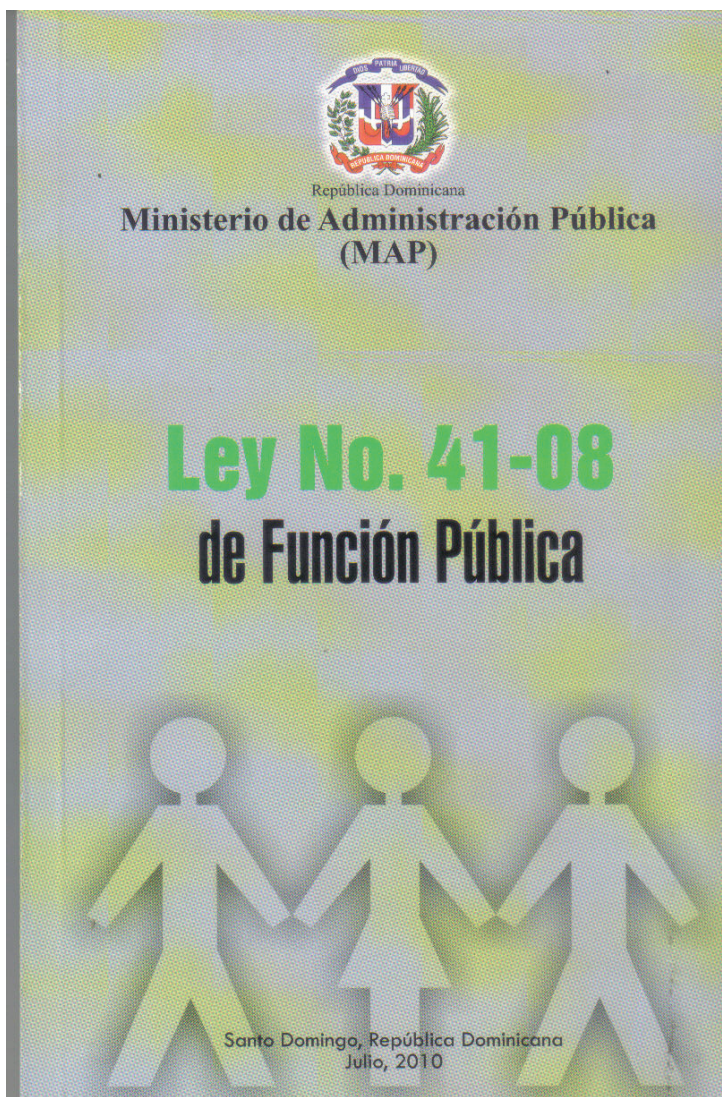
En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, lo que conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes

e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren un embarazo ectópico. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia que con frecuencia incluye la salpingectomía.

REFERENCIAS

1. Albert E. Reece, John C. Hobbins . Obstetricia Clínica, 3a ed. Buenos Aires, Medica Panamericana. 2010.
2. Kawakami S. Gynecologic and obstetric disorders presenting with abdominal pain. Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi 2001;61(3);75-83.
3. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Masías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999;25(1):66-70.
4. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de Conductas. Madrid: Salvat, 1994;t1:330-49.
5. Cabezas E. Embarazo ectópico. Rev Cubana med Gen Integr 1990;6(1):50-7.
6. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. [Editorial] Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1):3-7.
7. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuérne B, Linares Meléndez R, Benavides García S, Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(1):5-10.
8. Schwarcz, Ricardo L. Fescina, Ricardo, et al. Obstetricia, 6ª edición, Buenos aires: El Ateneo 2005, p. 215.
9. Paz Fuentes M, Cruzat Cruzat H, Barrera Quiala M. El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto. Rev Cubana Enferm 1999;15(1):22-7.
10. Goyaux N, Leke R, Keita N, Thonneau P. Ectopic pregnancy in African developing countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:305-12.
11. Chirinos de Covas MA. Embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enferm 1992;8(1):50-62.
12. Báez AE, Velásquez H. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev Cubana Enferm 1995;11(1):57-63.
13. Betancourt Núñez L. Incidencia de embarazo ectópico en hospitales de Luanda (RPA) en un año. Rev Cubana Obstet Ginecol 1982;8(2):109-205.
14. Botella Llusia J. Embarazo ectópico. En: Tratado de patología obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986;V 2:394-413.
15. Magman R, Shulman A, Magman BB, Barle UGF. Ectopic pregnancy. The new gynecological epidemic disease. Int J perfil 1992;37:146-64.
16. Kory LA. Diagnosis of ectopic pregnancy. Am J Roentgenol 2000;175(4):1185-6.
17. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy. Hum Retrad 1995;10(7):64.
18. Martínez Cuevas M, Martínez Nuzarelo O, Waltiez R, López Fernández R. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24 (1):13-7.
19. Toirac lamarque A. Clínica de las gestaciones ectópicas. Rev Cubana Obstet Ginecol 1982;8(4):491-500.





RECURRENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUIS E. AYBAR.

Francisco Felipe,* Andreysis Licelotte Rodríguez López,* Miguel Antonio Rodríguez Martínez,* Miguel Andrés Muñoz Paredes,* Rubén Darío Imentel.**

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo con el propósito de conocer la frecuencia de la recurrencia de sangrado digestivo alto, sus causas y factores de riesgo asociados. El estudio incluyó todos los pacientes que ingresaron con sangrado digestivo alto al Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar en los años 2006 – 2010. Para la recolección de información se elaboró un formulario que contiene las características sociodemográficas e información sobre la enfermedad, el cual se contestó revisando los expedientes encontrados en el archivo de registro médico del mismo centro de salud, luego de localizarlos a través del libro de registro de admisiones localizado en el área de internamiento. De un total de 1507 pacientes con sangrado gastrointestinal alto, 22 (1,5%) correspondieron a sangrado recurrente. La recidiva predominó en pacientes menores de 60 años (58,3%), y solo el 16,7 por ciento tenían más de 80 años. Corresponden al sexo masculino, 16 (72,7%) pacientes. El 45,5 por ciento provenían de Santo Domingo y el 26,4 por ciento era del interior del país principalmente regiones Sur y Norte. Las causas más comunes fueron la úlcera péptica (38,5%) y la gastropatía erosiva (38,5%). El nivel de riesgo de resangrado calculado según la escala de Rockall es moderado en la mayoría de los pacientes (50,0%). El 86,4 por ciento de los pacientes utilizó terapia farmacológica. Se recomienda continuar con la terapia utilizada, considerando que ha dado buenos resultados y se sugiere orientar a la población acerca de los factores de riesgo con miras a la prevención de la recurrencia de sangrado digestivo alto.

Palabras claves: Sangrado digestivo alto, causas, recurrencia, factor de riesgo.

ABSTRACT

A retrospective study was conducted in order to determine the frequency of recurrent upper gastrointestinal bleeding, its causes and risk factors. The study included all patients admitted with upper gastrointestinal bleeding in the Gastroenterology Center of Sanitary City Dr. Luis E. Aybar in the years 2006 to 2010. For data collection was developed a form that contains socio-demographics characteristics and disease information, which was answered by reviewing the records found in the medical record file of the same health center, after locating them through the admissions record book located in the admissions

area. Of a total of 1507 patients with upper gastrointestinal bleeding, 22 (1.5%) were recurrent bleeding. The predominant recurrence is in patients under 60 years (58.3%) and only 16.7 percent had more than 80 years. To masculine sex correspond 16 (72.7%) patients. The 45.5 percent came from Santo Domingo and 26.4 percent was mainly from the interior of the country, principally South and North. The most common causes were peptic ulcer (38.5%) and erosive gastropathy (38.5%). The rebleeding risk level calculated according to the scale of Rockall is moderate in most patients (50.0%). The 86.4 percent of patients used pharmacological therapy. It is recommended to continue with the therapy used considering it has been successful and finally it is suggested to guide the public about the risk factors for prevention of recurrent upper gastrointestinal bleeding.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, causes, recurrence, risk factor.

INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo alto sigue siendo un problema médico frecuente con morbimortalidad alta y en la cual la recurrencia del sangrado resulta una interrogante inquietante. La enfermedad ulceropéptica, es la causa más común de sangrado digestivo alto, y a pesar de la disponibilidad de fármacos antiulcerosos efectivos, la admisión hospitalaria por esta causa no ha disminuido en los últimos 10 años. 1 La edad avanzada unida a la presencia de *H. pylori* en el tracto gastrointestinal y al uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (Aines) ya se han identificado como los factores principales de padecer enfermedad ulceropéptica y de su recurrencia. Ana María Coats Calcaño y cols. realizaron una tesis titulada: Causas y frecuencia de recurrencia del sangrado digestivo alto en el centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar, los datos obtenidos, que incluye un total de 2263 pacientes con sangrado gastrointestinal alto, ingresados al área de Internamiento del centro ya mencionado, del 2001 al 2005, registran una recurrencia de sangrado digestivo alto de 9,8 por ciento. 2 Es bueno señalar que Sleisenger&Fordtran reportan una incidencia de 10 a 20 por ciento de sangrado digestivo alto recurrente, mientras que alrededor del 20 por ciento de los pacientes con sangrado digestivo alto con hemorragia activa o vasos visibles no sangrante se produce una recurrencia después del tratamiento con electrocoagulación. 2 Debido a que el sangrado digestivo alto constituye una de las causas más importantes de morbimortalidad en nuestro país, nuestro interés con la realización de este estudio era determinar la recurrencia de resangrado gastrointestinal alto y verificar si el

*Médico general

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

tratamiento ha sido efectivo en el transcurso de los últimos años, para así recomendar al Centro, si es necesario continuar con las mismas o corregirlas para reducir al mínimo las recidivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo que tiene el propósito de conocer la frecuencia de la recurrencia de sangrado digestivo alto y sus causas, a través de la recolección retrospectiva de datos extraídos de expedientes clínicos de pacientes que reingresaron desde enero del año 2005 a diciembre del 2010 al Centro de Gastroenterología.

Demarcación geográfica

La investigación tuvo lugar en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana. Este centro está localizado en la parte noroeste del Distrito Nacional, en el barrio María Auxiliadora, correspondiente a la región 0 de salud y al área 4; y está delimitado; al Norte, por la calle Osvaldo Bazil; al Sur, por la Federico Velásquez; al Este, por la Albert Thomas y, al Oeste, por la Federico Bermúdez. El mismo cuenta con un total de 29 camas, 23 para pacientes adultos y 6 para niños. Es el único centro de Gastroenterología público de la República Dominicana y se desarrolla un programa de residencia en Gastroenterología desde el 1 de Julio de 1995.

Población y universo

La población objeto de estudio comprende a 1 507 pacientes ingresados con sangrado digestivo alto en el área de internamiento del Centro de Gastroenterología durante el período antes señalado.

Muestra

La muestra estuvo representada por 22 pacientes que reingresaron con sangrado digestivo alto en el centro de Gastroenterología en el período ya señalado.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los pacientes que para el momento de la investigación cumplían los siguientes requisitos:

Haber sido reingresados en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar.

Que los expedientes estuvieran completos y a disponibilidad.

Haber hecho un evento de sangrado digestivo anterior.

Haberle hecho procedimiento de endoscopia digestiva alta.

Obtención del permiso para realizar la investigación.

No se discriminará edad ni sexo.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de información se elaboró un formulario en formato 81/2 x 11, integrado por 12 preguntas abiertas y 2 preguntas cerradas. Contiene los datos sociodemográficos y sobre la enfermedad como son: información sobre la recurrencia y las causas de sangrado digestivo alto, factores de riesgo y conducta terapéutica.

Procedimiento

La recolección de los datos fue realizada por los sustentantes por medio del formulario ya descrito, el cual se contestó revisando los expedientes encontrados en el archivo de registro médico del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria

Dr. Luis E. Aybar luego de localizarlos a través del libro de registro de admisiones localizado en el área de internamiento. Estos formularios fueron llenados en un período de cuatro semanas (mes de Junio) del año 2011, bajo la supervisión del asesor.

RESULTADOS

Cuadro I. Distribución de los pacientes con sangrado digestivo alto, según recurrencia.

Recurrencia	Total	%
Si	22	1.5
No	1485	98.5
Total	1507	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro II. Distribución de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según edad.

Edad (Años)	Total	%
≤ 60	12	58.3
61- 79	6	25.0
≥ 80	4	16.7
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro III. Distribución de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según sexo.

Sexo	Total	%
Masculino	16	72.7
Femenino	6	27.3
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro III. Distribución de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según procedencia.

Procedencia	Total	%
Distrito Nacional	4	18.2
Santo Domingo	10	45.5
Sur	4	18.2
Este	0	0.0
Norte	4	18.2
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro IV. Distribución de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	Total	%
Analfabeto	9	40.9
Primaria	6	27.3
Secundaria	3	13.6
Universitario	4	18.2
Técnico	0	0.0
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro V. Distribución de los pacientes con sangrado digestivo alto, según presencia o no de Helicobacter Pylori.

Helicobacter Pylori	Total	%
Si	9	40.9
No	13	59.1
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro VI. Distribución de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según causas.

Hallazgos endoscópicos (causas)	Total	%
Varices esofágicas	3	13.6
Gastritis	5	22.7
Úlcera péptica	5	22.7
Úlcera péptica + Várices esofágicas	4	18.2
Gastritis + Várices esofágicas	1	4.5
Úlcera péptica + Gastritis	4	18.2
Otras patologías*	0	0.0
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

*Tumores, obstrucción a la salida gástrica, hemangiomas, entre otras.

Cuadro VII. Distribución de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según tratamiento utilizado.

Tratamiento	Total	%
Farmacológico	19	86.4
Endoscópico	3	13.6
Quirúrgico	0	0.0
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Cuadro VIII. Distribución de pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto, según el nivel de riesgo de sangrado medido por la escala de Rockall.

Nivel de riesgo	Total	%
Alto	3	13.6
Medio	11	50.0
Bajo	8	36.4
Total	22	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

DISCUSIÓN

Los resultados conseguidos tras la presente investigación la cual incluyó 1507 pacientes con diagnóstico de sangrado gastrointestinal alto, hospitalizados en el área de internamiento del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, en el período 2006 - 2010, registran una recurrencia de 1,5 por ciento, la cual presenta una disminución de un 8,3 por ciento si la comparamos con el estudio realizado por Coats-Calcaño en el período 2001 - 2005, pesquisa que incluyó 2263 pacientes ingresados por sangrado digestivo alto en esta misma institución. 3 Un factor importante de sangrado digestivo alto es la edad avanzada (≥ 60 años), en la presente investigación no se ha confirmado esto ya que el 58,3 por ciento correspondió a personas menores de 60 años, lo que se aproxima al resultado de los pacientes en el mismo rango de edad encontrados en el estudio realizado anteriormente por

Coats-Calcaño, et al. La edad de 60 años es el punto de partida para calcular el riesgo de recurrencia de sangrado digestivo alto. 2 La edad promedio de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo fue de 55,3, con un rango de 21 a 87 años. Otro factor tomado en cuenta es el sexo donde el 72,7 por ciento de los pacientes con recurrencia de sangrado digestivo alto fueron de sexo masculino lo que concuerda con las investigaciones precedentes. Los pacientes provenían en su mayoría de la ciudad de Santo Domingo (45,5%), un número reducido de estos (26,4%) eran del interior del país.

Pese a que el SDA puede tener muchas causas, una gran parte de los episodios de sangrado son debidos a un reducido tipo de lesiones. 2,3 Esta investigación se asemeja totalmente con la literatura revisada, en la que se plantea que el 90 por ciento de estos casos de SDA se deben a alguna de las causas ya mencionadas. Los hallazgos endoscópicos de este estudio reportaron que las úlceras pépticas (38,5%) y la gastropatía erosiva (38,5%) están más inclinadas a resangrar que las várices esofágicas (23,1%), en contraste con los estudios previos donde las úlceras tenían el porcentaje más alto. El H. Pylori fue responsable del 59,1 por ciento del resangrado semejante al estudio anterior donde se refleja que el 59,2 por ciento de los casos fueron causados por la misma bacteria.

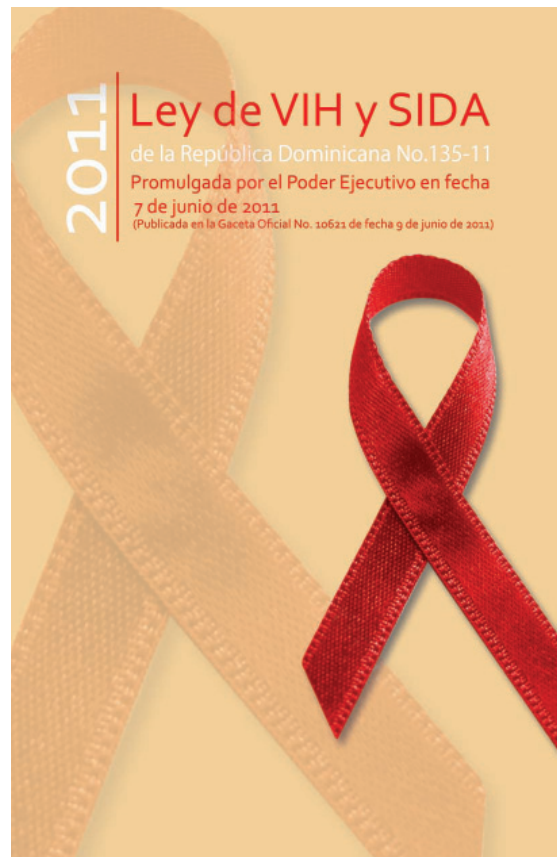
El nivel de riesgo de una nueva recurrencia de sangrado calculado según la escala de Rockall² que tienen estos pacientes es en la mitad de los casos, medio (50,0%). En un 36,4 por ciento el riesgo es bajo, esto es en vista de que la mayoría son menores de 60 años y llegaron al centro de salud en condiciones hemodinámicas estables, además de los hallazgos endoscópicos y la ausencia de enfermedades concomitantes en este número de pacientes. Los pacientes con riesgo alto de un nuevo sangrado (13,6%), fueron aquellos que presentaron enfermedades concomitantes importantes y edad avanzada. El tratamiento indicado en la mayoría de los casos de resangrado fue farmacológico (86,4%), aun estando descrito que el principal y más útil tratamiento de la úlcera sangrante es la endoscopia terapéutica. 6, 7

REFERENCIAS

1. Schwartz SI, Shires T, Fischer J. Principios de cirugía. 7ª edición. Madrid (España): McGraw-Hill Interamericana; 2000: 1136-39.
2. Borrero J, Restrepo J, Rojas W, Velez H. Fundamentos de medicina. Gastroenterología y hepatología. 5ª edición. Colombia: CIB; 2004:74-81.
3. Coats A, Feliz C, Medina A. Causas y frecuencia de recurrencia de sangrado digestivo alto en el centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. 2001-2005.
4. Friedman L, Feldman M, Sleisenger M. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 7ª edición, Buenos Aires (Argentina): Médica Panamericana, 2003: 226-249.
5. Harrison TR. Principios de medicina interna. 16ª edición, México: McGraw-Hill Interamericana; 2006:1: 267-270
6. Basto M, Vargas G, Ángeles P. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1980-2003. Rev. Gastroenterol Per. 2005; 25:9267.
7. Truyols-Bonet J, Martínez-Egea A, García-Herola A. Úlcera gástrica y duodenal. Guía de actuación clínica en atención primaria. En: <http://www.san.gva.es/docs/dac/>

- [guiasap035ulcera.pdf](#)
8. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB. Incidence and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage. BMJ 1995; 311:222-6.
 9. McNally PR. Secretos de la gastroenterología. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000: 405-412.
 10. Useche E, Villegas V, Ramírez E, Zambrano A, Morales L. Frecuencia de consumo de Aines en los pacientes con hemorragia digestiva superior no variceal. Revista GEN 2009; 63: 47-50.

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 EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ASISTIDAS EN LA CONSULTA DE LA CLÍNICA RURAL BAYACANES.

Franklyn Manuel Sosa Contreras, * Carlos José Rodríguez Quezada, * Rafael Antonio Ramos.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal de recolección de datos retrospectivo, para determinar la frecuencia de embarazo en las adolescentes asistidas en la consulta de la Clínica Rural Bayacanes Enero – Diciembre 2012. El universo estuvo constituido por 14 usuarias adolescentes que se diagnosticaron embarazadas durante el periodo de estudio. Los datos fueron obtenidos de la hoja de consulta prenatal y libro record de consulta, tomando las variables: edad, número de gesta, nivel escolar, número de chequeos durante el embarazo. Del total de las usuarias encontradas en nuestro estudio (14) se determinó que el mayor número de adolescentes embarazadas estuvo comprendido en las edades 16 y 18 años con 4 casos cada una para un 28.57 por ciento, según el nivel escolar la mayor frecuencia estuvo en las estudiante de secundaria o Bachillerato con 10 casos para un 71.43 por ciento, Según la cantidad de chequeos registrados la mayoría de los casos las adolescentes tuvieron de 3 a 4 chequeos registrados con 7 casos en total para un 50 por ciento.

Palabras claves: Embarazo, Adolescentes, Embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

We performed a descriptive cross-sectional study of retrospective data collection to determine the frequency of teenage pregnancy in the office assisted the Rural Clinical Bayacanes January to December 2012. The sample consisted of 14 users pregnant adolescents were diagnosed during the study period. The data was obtained from sheet prenatal consultation and record book, taking the variables: age, number of pregnancies, educational level, number of checks during pregnancy. Of the total number of users found in our study (14) found that the highest number of teenage pregnancies ranged in ages 16 to 18 with 4 cases each for a 28.57 percent, according to the school level was in the highest frequency the secondary or high school student with 10 cases for 71.43 percent, according to the amount of checks recorded most cases the adolescents had 3 to 4 checkups registered with 7 cases in total to 50 percent.

Keywords: Pregnancy, Teen, Teenage Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia

como la etapa comprendida entre los 11 y 19 años, y se consideran dos fases: La adolescencia temprana (de 12 a 14 años) y tardía (de 15 a 19 años)¹. La adolescencia es una etapa difícil del desarrollo del individuo, es un momento por el cual todos pasamos, en la cual se van dando cambios a nivel físico, psicológico y social. Los adolescentes se ven frecuentemente cuestionados sobre la aceptación propia y de los demás hacia su persona; son bombardeados por los medios de comunicación con modas, figuras públicas y apariencias muchas veces erróneas; lo que trae consigo una tormenta de confusión mental a los adolescentes. En esta etapa de la vida muchas veces se apartan de los lineamientos familiares, refugiándose con los “amigos” que van acordes con sus mentalidades, trayendo esto consigo la introducción de los adolescentes a los vicios (alcohol, narcóticos, cigarrillos, etc.), delincuencia, abandono de los estudios, embarazos NO planificados e Infecciones de transmisión sexual.²

El embarazo es una condición fisiológica que resulta de la unión del ovulo con el espermatozoide. Las adolescentes son una población de riesgo elevado durante la etapa del embarazo; el aumento de embarazadas adolescentes nos motivó al presente estudio para analizar el comportamiento de este fenómeno en la comunidad de Bayacanes.

Roja, M; Hidalgo, M. Algunos aspectos biopsicosocial de la adolescente embarazada. Hospital San Carlos. Concluyeron que el mayor porcentaje de adolescentes atendidos corresponde al grupo ubicado entre los 16 y 18 años de edad (68%). Al valorar el nivel educativo de las adolescentes, se observa que un 55% no completó sus estudios de secundaria.³

Velásquez, L; Zarate, J; Zarate, A. Entorno familiar y estilos de vida de riesgo de adolescentes escolares de la ciudad del Cusco, 2006. Concluyeron que el 8.48% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales. Además que el 28% de adolescentes iniciaron actividad sexual a los 14 años, 22.5% a los 13 años y 18.5% a los 15 años.

Peláez M, Jorge. Adolescente embarazada: características y riesgos. Hospital Docente materno Infantil “10 de Octubre”. Ciudad de la Habana, Cuba. 1997. Concluyó que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal de recolección de datos retrospectivo, para determinar la frecuencia de embarazo en las adolescentes asistidas en la consulta de la Clínica Rural Bayacanes Enero – Diciembre 2012. El universo estuvo constituido por 14 usuarias

*Médico general

*Médico gineco-Obstetra.

adolescentes que se diagnosticaron embarazadas durante el periodo de estudio. Los datos fueron obtenidos de la hoja de consulta prenatal y libro record de consulta, tomando las variables: edad, número de gesta, nivel escolar, número de chequeos durante el embarazo.

RESULTADOS

Del total de las usuarias encontradas en nuestro estudio (14) se determinó que el mayor número de adolescentes embarazadas estuvo comprendido en las edades 16 y 18 años con 4 casos cada una para un 28.57 por ciento, seguido de las de 17 y 19 años con 3 casos cada una para un 21.43 por ciento. El mayor número de las adolescentes fueron primigesta con 8

casos para un 57.14 por ciento como se muestra en el cuadro 1.

Según el nivel escolar la mayor frecuencia estuvo en las estudiante de secundaria o Bachillerato con 10 casos para un 71.43 por ciento, seguido de las estudiantes universitarias con 3 casos para un 21.43 por ciento y 1 casos en el nivel primario para un 7.14 por ciento como se muestra en el cuadro 2.

Según la cantidad de chequeos registrados la mayoría de los casos las adolescentes tuvieron de 3 a 4 chequeos registrados con 7 casos en total para un 50 por ciento, seguido de las que tuvieron de 1 a 2 chequeos con 6 casos para un 42.86 por ciento y solo 1 caso con 5 a 6 chequeos como se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 1. Distribución de los casos según edad/gesta de las adolescentes embarazadas.

Edad (años)	Gesta					
	Primigesta		Multigesta		Total	
	Caso	%	Caso	%	Caso	%
11	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0
16	3	21,43	1	7,14	4	28,57
17	1	7,14	2	14,29	3	21,43
18	3	21,43	1	7,14	4	28,57
19	1	7,14	2	14,29	3	21,43
Total	8	57,14	6	42,86	14	100.00

Fuente: Directa.

Cuadro 2. Distribución de los casos según edad/nivel escolar de las adolescentes embarazadas.

Edad (años)	Nivel escolar							
	Primaria		Secundaria		Univ.		Total	
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
11	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	7,14	3	21,43	0	0	4	28,57
17	0	0,00	3	21,43	0	0	3	21,43
18	0	0,00	2	14,29	2	14	4	28,57
19	0	0,00	2	14,29	1	7	3	21,43
Total	1	7,14	10	71,43	3	21,43	14	100.00

Fuente: Directa.

Cuadro 3. Distribución de los casos según edad/ numero de chequeos de las adolescentes embarazadas.

Edad (años)	Número de Chequeos									
	1 a 2		3 a 4		5 a 6		7 o más		Total	
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	3	21,43	1	7,14	0	0	0	0	4	28,57
17	0	0,00	3	21,43	0	0	0	0	3	21,43
18	1	7,14	2	14,29	1	7,14	0	0	4	28,57
19	2	14,29	1	7,14	0	0	0	0	3	21,43
Total	6	42,86	7	50,00	1	7,14	0	0	14	100,00

Fuente: Directa.

DISCUSION

El mayor número de adolescentes embarazadas estuvo comprendido en las edades 16 y 18 años con 4 casos cada una para un 28.57 por ciento, lo cual confirma el estudio realizado por Rojas et al el cual reveló que el mayor número de adolescentes atendidas correspondió al grupo ubicado entre los 16 y 18 años.

Así también el mayor número de las adolescentes fueron primigesta con 8 casos para un 57.14 por ciento, lo que confirma el estudio realizado por Peláez en cual se establece

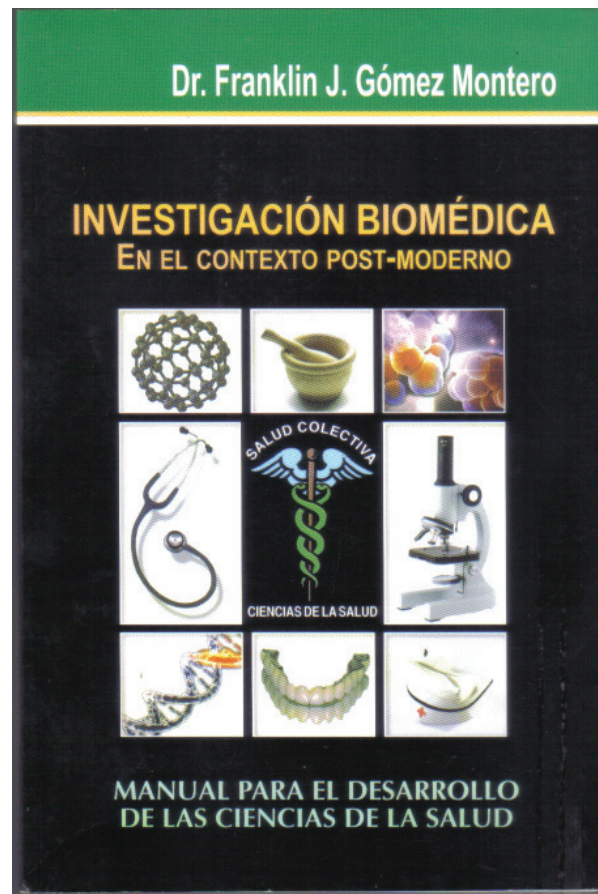
que entre el (73 al 93%) de las primigestas son adolescentes.

Al ver el nivel escolar la mayor frecuencia estuvo en las estudiante de secundaria o Bachillerato con 10 casos en total para un 71.43 por ciento, lo cual confirma el estudio realizado por Rojas et al en el que demostró que el 55% no completó sus estudios de secundaria.

Para la cantidad de chequeos registrados la mayoría de los casos las adolescentes tuvieron de 3 a 4 chequeos registrados con 7 casos para un 50 por ciento, en cuanto a esta variable no se encontraron estudios para compararla.

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)



FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A OLIGOHIDRAMNIOS EN EMBARAZADAS. HOSPITAL DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.

Nayrobey Hernández Abad,* Arelis Heredia del Rosario,* Raysa E. Pérez Agramonte.*

RESUMEN

Las características de las pacientes estudiadas estuvieron presentadas por: la edad materna en que más se presentó el oligohidramnios fue de 18-22 años, con un 41 por ciento; la edad gestacional más frecuente fue de 36-40 semanas, con un 61 por ciento; las complicaciones maternas clínicas que más se presentaron fueron preeclampsia con un 11.1 por ciento seguido de la hipertensión arterial crónica con un 6.9 por ciento. Además, la clasificación de las pacientes por el tipo de oligohidramnios que se presentaron en mayor proporción fue las que presentaron oligohidramnios severo con un 69 por ciento, también las complicaciones obstétricas-fetales y ovulares que más porcentajes presentaron durante el periodo de estudio fueron el retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) con un 24.4 por ciento seguido por la rotura prematura de membrana con un 16.7 por ciento respectivamente y por último como fetal están la disminución del test de apgar con un 19.5 por ciento seguido de la disminución de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) con un 16.7 por ciento, presentándose sin ningún tipo de complicaciones un 60 por ciento.

Palabras clave: Oligohidramnios, Factores de Riesgo, Embarazadas, Líquido Amniótico.

ABSTRACT

The characteristics of the patients studied were submitted by: The maternal age most affected with oligohydramnios was 18-22 years, with 41 percent, the most frequent gestational age of 36-40 weeks, with 61 percent, the maternal clinics complications most frequently mentioned were preeclampsia with 11.1 percent followed by chronic hypertension with 6.9 percent. In addition, the Severe oligohydramnios was found on higher proportion In comparison with other types with about sixty nine (69) percent of all the case studied. The fetal and ovular obstetric complications, occurred with higher rates during the period study were intrauterine growth retardation (IUGR) with 24.4 percent followed by the premature break membrane with a 16.7 percent respectively, and as fetal complications are the Apgar test decreased to 19.5 percent, followed by the fetal heart rate (FHR) with sixteen point seven (16.7) percent, sixty (60) percent of the newborns did not show any complication associated with the pathology mentioned above.

Key words: oligohydramnios, risk factors, pregnant, amniotic fluid.

INTRODUCCIÓN

El Oligohidramnios es una enfermedad del embarazo que se define como una disminución de líquido < 5 cm cúbico, la cual es muy preocupante, ya que conlleva a ciertas complicaciones como son: El alta tasa bruta de mortalidad, la compresión abdominal y pulmonar fetal, lo que limita sus movimientos diafragmáticos y suele llevar a hipoplasia pulmonar y renal, también se asocia con manchas de meconio sobre el líquido amniótico, la mala tolerancia durante el parto, la reducción de las puntuaciones del Test de Apgar y acidosis fetal.¹

La incidencia de oligohidramnios es del 2 al 3 por ciento definiendo como tal la condición que origina en las ecografías un índice de líquido amniótico < 50 mm.² Este se observa en el 12 por ciento de las mujeres con 41 semanas de embarazo o más.³ No se sabe exactamente sus causas, aunque las más conocidas del oligohidramnios son malformaciones y enfermedades renales del feto y la rotura prematura de membrana la cual contiene el líquido amniótico que rodea al feto. También se relaciona con algunos problemas de salud materna. Entre ellos se incluyen la hipertensión arterial o preeclampsia, la diabetes, el lupus eritematoso sistémico y los problemas placentarios.⁴

Éste puede presentarse en edades gestacionales tempranas, siendo menos frecuente, pero de peor pronóstico; también suele aparecer a mediados del embarazo y a término de éste, siendo este último el más frecuente y de mejor pronóstico. Marks y Divon, en 1992, encontraron oligohidramnios el cual se define como un índice de líquido amniótico de 5 cm o menor en 12 por ciento de 511 embarazadas de 41 semanas de edad gestacional o más. Gatman et al, en el 2002, descubrieron que la insuficiencia placentaria grave crónica causa disminución de líquido no atribuible a una menor producción de orina por el feto y a su vez el sufrimiento fetal aumenta conforme disminuya el volumen del líquido amniótico en todos los trabajos de parto, pero en especial después del término.⁵

Una causa muy importante que puede llevar a la disminución del líquido amniótico es el uso de fármacos como el enalapril o el captopril, en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Estos fármacos se administran en el embarazo sólo cuando deben utilizarse en el tratamiento de una insuficiencia cardíaca grave o de hipertensión. Tomar fármacos antiinflamatorios no esteroideos al final del embarazo también puede reducir la cantidad de líquido amniótico.⁶ Aunque cerca del 45 por ciento de los casos de oligohidramnios se solucionan en pocos días, sin que sea necesario realizar ningún tipo de tratamiento.⁷

La razón por la cual el oligohidramnios da origen a la investigación es porque podría ser considerado un problema

* Médico general.

de salud pública en República Dominicana y otros países debido a la gran cantidad de gestantes que se presentan en los hospitales con esta patología, principalmente en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, se considera que el tema de las características de las pacientes con oligohidramnios es de vital importancia debido a que con éste se podría educar a la población llevando la información sobre ésta, ya que quizás es conocida por algunos, pero desconocida por muchos.

El conocimiento de las características de las pacientes con oligohidramnios ayudaría al personal de salud a realizar un diagnóstico temprano y un fácil manejo de dicha patología, para así poder ofrecer una calidad de vida óptima para la madre y el neonato. Por lo antes mencionado y la gran cantidad de gestantes que han pasado por este problema de oligohidramnios sin haber tenido un diagnóstico definitivo y así poder evitar los riesgos que podrían causar, surge el ánimo a realizar esta investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional con elaboración retrospectiva de datos, con el objetivo de determinar las características de las pacientes con oligohidramnios en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo enero- diciembre 2010, realizándose un corte transversal en el tiempo de la investigación.

El método utilizado para la recolección de datos fue el formulario. Se creó una base de datos, utilizando el programa de Microsoft Excel 2007. Para el análisis de la información se utilizaron tablas de coeficientes de contingencias, tablas de variación, diagrama de barra e histograma según la exigencia de cada caso y se utilizaron medios matemáticos y estadísticos los cuales facilitaron medir las variables que llevaron a la conclusión de la presente investigación.

RESULTADOS

Cuadro 1. Edad materna según aparición. Hospital maternidad nuestra señora de la altagracia. Enero-diciembre 2010.

Grupo de edad (años)	Número de casos	%
18-22	58	41
23-27	40	28
28-32	29	20
33-37	8	6
38-42	7	4
≥ 43	1	1
Total	143	100

Fuente: Registro del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Cuadro 2. Edad gestacional según presentación en el problema de estudio. Hospital maternidad nuestra señora de la altagracia. Enero-diciembre 2010.

Edad gestacional (Semanas)	Número de casos	%
13-18	3	2
19-23	6	4
24-29	8	6
30-35	26	18
36-40	87	61
>41	13	9
Total	143	100

Fuente: Registro del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Cuadro 3. Factores de riesgo maternos clínicos presentes en el problema de estudio. hospital maternidad nuestra señora de la altagracia. enero-diciembre 2010.

Complicaciones Maternas Clínicas	Número de Casos	%
Diabetes	5	3.4
Hipertensión Crónica	10	6.9
Preeclampsia	16	11.1
Agnesia Renal	2	1.3
Hipovolemia	1	0.6
Sin complicaciones maternas presentes	70	48.9

Fuente: Registro del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Cuadro 4. Clasificación de las pacientes por el tipo de oligohidramnios según presentación. hospital maternidad nuestra señora de la altagracia. enero-diciembre 2010.

Clasificación de oligohidramnios	Número de casos	%
Leve	7	5
Moderada	37	26
Severa	99	69
Total	143	100

Fuente: Registro del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Cuadro 5. Complicaciones obstetricas-fetales y ovulares presentes en el problema de estudio. hospital maternidad nuestra señora de la altagracia. enero-diciembre 2010.

Complicaciones Obstétricas-Fetales y Ovulares.	Número de Casos	%
Rotura Prematura Membrana	24	16.7
Desprendimiento Prematura de Placenta Normo Inserta	5	3.4
Retraso de Crecimiento Intrauterino	35	24.4
Síndrome del Feto Transfundido Transfusor	2	1.3
Anomalías Congénitas	5	3.4
Óbito fetal	7	4.8
Muerte Prenatal	9	6.2
Meconio en Líquido Amniótico	5	3.4
Disminución de la FCF	24	16.7
Disminución del test de Apgar	28	19.5
Disminución del perfil Biofísico	2	1.3
Muerte neonatal	1	0.6
Hipoplasia pulmonar fetal	1	0.6
Sin complicaciones	104	72.7

Fuente: Registro del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio fueron encontrados un total de 193 gestantes que presentaron características del oligohidramnios en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, de las cuales se tomaron 143 gestantes para realizar el estudio, con la finalidad de proporcionar conocimientos sobre las características de las pacientes con oligohidramnios para así aportar al personal de salud facilidades de diagnósticos y manejo de dicha patología teniendo como resultado una mejor calidad de vida para la madre y el neonato.

En el estudio llevado a cabo por Bustelo en el 2003- 20068 no se encontró comparación con la edad materna mientras que el presente estudio se encontró que la edad materna presentada con mayor frecuencia fue el grupo de 18-22 años con un 41 por ciento, esto podría ser debido a la gran cantidad de embarazo en la adolescencia y en adultos jóvenes que se han presentado en los últimos años.

El grupo de edad gestacional que predominó fue el 34-40 semanas con un 61 por ciento, el cual coincide con los resultados obtenidos por Aguilar y cols en marzo 1995-marzo 1999 quien muestra 513 gestantes con una edad gestacional mayor de 34 semanas,9 pero no se podría realizar comparación total debido a que en el estudio realizado por Aguilar no fueron contabilizadas las gestantes con este rango de edad, ya que ellos sólo se enfocaron en las gestantes de 34 semanas.

Los factores de riesgos maternos clínicos que más predominaron fueron la preeclampsia con un 11.1 por ciento seguido de la hipertensión crónica con un 6.9 por ciento, lo que podría ser comparado con el estudio realizado por Bustelo en el 2003-2006 el cual reporta la hipertensión crónica con un 11.3 por ciento,10 se podría decir que es prácticamente menor que los resultados encontrados en esta investigación mientras que sobre la preeclampsia no fueron encontrados estudios comparativos.

Respecto al tipo de oligohidramnios este se podría clasificar mediante ultrasonografía y con el método de los cuatro cuadrantes que da el índice de líquido amniótico (ILA) en normal de 8-24 centímetros, leve de 6-8 centímetros moderado de 2-6 centímetros y severo de menos 2 centímetros.

La clasificación de las pacientes por el tipo de oligohidramnios que más predominó fue las que presentaron el oligohidramnios severo con un 69 por ciento encontrándose similitud por el estudio llevado a cabo por Aguilar y colaboradores en marzo de 1995-marzo 1999 el cual reportó un 75 por ciento de gestantes con índice de líquido amniótico entre 0.2 centímetros,14 siendo dicho hallazgo menor que el encontrado en esta investigación. Esto podría deberse a que la mayoría de las complicaciones de los casos presentados fueron por retraso de crecimiento intrauterino, ya que si el feto es muy pequeño no podrá eliminar la cantidad de líquido adecuadamente y la otra causa es la rotura prematura de membrana, ya que esto permite la salida de todo el líquido en la mayoría de los casos.

Las complicaciones obstétricas-fetales y ovulares más predominante fueron el retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) con un 24.4 por ciento, la rotura prematura de membrana con un 16.7 por ciento, al comparar este hallazgo con el de Bustelo en el 2003- 2006 el cual reportó 124 gestantes que presentaron retraso de crecimiento intrauterino para un 16.9 por ciento,11 se podría decir que es prácticamente menor que los resultados encontrados en esta investigación mientras que Díaz y colaboradores en el 2006 señalaron el retaso de crecimiento intrauterino con un 27.7 por ciento,12 siendo este hallazgo mayor que los encontrados en esta investigación. No encontrándose así estudios comparativos sobre las patologías obstétricas-ovulares como la rotura prematura de membrana. Los resultados arrojaron también que la complicación fetal frecuente fue la disminución del test de apgar con un 19.5 por ciento. Este hallazgo no se podría comparar con el de Martínez y colaboradores en el 2006 quienes obtuvieron el retraso de crecimiento intrauterino con una media de un 9.89 por ciento 13 debido a que el hallazgo encontrado en esta investigación es prácticamente el doble de los registrados por dichos autores.

REFERENCIAS

1. Boyd RL, Carter BS. Polyhydramnios and Oligohydramnios [base de datos en Internet]. USA: University School of Medicine; 2005, [actualizado: Feb. 14, 2008; acceso: March 19, 2011]. Disponible en: <http://www.emedine.medscape.com/article/975821-overview>.
2. Quiñones Brown I. Enfermedades: Oligohidramnios [ICD-10:041.0] y Polihidramnios [ICD-10:040]. [monografías en Internet]. Madrid: Diseases; 2007 [revisada 23 de agosto del 2010; acceso: 19 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.iqb.es/monografias/diseases/e009-01.htm>.
3. Martínez J, Campillos JM, Lapresta C, et al. Preinducción Cervical y Oligoamnios. Ginecol Obstet Mex. [revista on-line]. 2008 Septiembre. [Acceso 6 de junio de 2011]; 76(9): [P. 499-506]. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/septiembre2008/Ginecol-499-506.pdf>.
4. Equipo médico de baby sitio. Oligoamnios: Disminución del Líquido Amniótico [monografías en Internet]. España: Babystio S.A.; 2000 – 2011. [acceso: 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.iqs.es/monografia/diseases/e009-01.htm>.
5. Leveno JK; Hauth JC; Gilstrap L; Bloom SL; et al.

- Editores. Trastorno del Volumen del Líquido Amniótico. In: Cunningham FG; Obstetricia de Williams. 22ª ed. USA: McGraw-Hill/Interamericana; 2005. P. 525-534.
6. Greene MF. Embarazo de Alto Riesgo. En: Beers MH, Berga SL, Bowman MA, Drossmann DA, Mendell GL, Morley JE, et al, Editores. Nuevo Manual Merck de Información Médica General Vol. 2. 2ª ed. Barcelona: Océano; P. 1726-1727.
 7. Equipo médico de baby sitio. Oligoamnios: Disminución del Líquido Amniótico [monografías en Internet]. España: Babystio S.A.; 2000 – 2011. [acceso: 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.iqs.es/monografia/diseases/e009-01.htm>.
 8. Bustelo, G. Ultrasonografía en el Diagnóstico de Oligohidramnios. [Monografía on-line]. La Habana cuba. Hospital Docente Ginecobstétrico «América Aria»; Enero 2003 – diciembre 2006. [Acceso 8 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajo917/ultrasonografia-diagnostico-oligohidramnio.shtml>.
 9. Aguilar M, Águila S y Peñalver AM. Clínico – Epidemiológico del Oligoamnios. Revistaciencias.com. la Habana Cuba [Revista on-line]. 20 de febrero del 2007 [acceso: 21 de marzo del 2011]: Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicacion/eezealklvzjrjvpDij.php>.
 10. Bustelo, G. Ultrasonografía en el Diagnóstico de Oligohidramnios. [Monografía on-line]. La Habana cuba. Hospital Docente Ginecobstétrico «América Aria»; Enero 2003 – diciembre 2006. [Acceso 8 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajo917/ultrasonografia-diagnostico-oligohidramnio.shtml>.

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 Puella. 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.

FRECUENCIA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS ASISTIDOS EN UN CENTRO RURAL

Ángela Batista Lapaix,* Wendy de la Paz,* Jorge Baldera,* Rhadamelcis Castro,* Yngrid García Estévez.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia con la se diagnostica infección de vías urinarias en pacientes con Diabetes Mellitus, asistidos en la clínica rural “La Gallera” en la provincia de Elías Piña en el periodo julio-diciembre 2010. La población de estudio estuvo constituida por 180 pacientes que se presentaron en este centro de los cuales obtuvimos una muestra de 98 pacientes.

Se utilizó un formulario redactado utilizando los criterios formulados por los sustentantes para valorar las variables con el fin de conseguir nuestros objetivos de esta investigación. Se incluyeron las variables: Edad, sexo, síntomas, pruebas de laboratorio, etc.

De 180 pacientes con diabetes, 98 presentaron infección de vías urinarias.

Los pacientes fueron diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio.

El sexo más afectado fue el femenino con 54 casos para un 52.92%.

Se observó que los pacientes con más de 5 años de haberse diagnosticado como diabéticos fueron más propensos a sufrir de infección de vías urinarias.

Pacientes con presencia de bacteriuria en pruebas analíticas 80% de los pacientes fueron sintomáticos de infección urinaria (78 casos)

Palabras claves: Infección vías urinarias, diabetes, síntomas, bacteriuria.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive study was made of sectional with the objective to determine the frequency with the diagnosed urinary tract infection in patients with diabetes mellitus, assisted in the rural clinic “The Gallera” in the province of Elias Pina in the period July-December 2010. The study population consisted of 180 patients who presented in this center of which we had a sample of 98 patients.

A form was used drafted using the criteria developed by the njected to assess the variables in order to achieve our objectives of this research. It included the following variables: age, sex, symptoms, laboratory tests, etc, of 180 patients with diabetes, 98 submitted urinary tract infection. The patients were diagnosed by clinical and laboratory tests. Females were the most affected with 54 cases for a 52.92 %.

It was noted that diabetic patients with more than 5 years has been diagnosed as diabetic patients were more likely to suffer from

urinary tract infection. Patients with presence of bacteriuria in analytical tests 80% of the patients were symptomatic of urinary tract infection (78 cases)

Key words: urinary tract infection, diabetes, symptoms, bacteriuria.

INTRODUCCIÓN

Está comúnmente aceptado que los diabéticos tienen una mayor susceptibilidad de presentar infecciones. Así, se ha visto en numerosos estudios que la prevalencia de bacteriuria en la mujer diabética es 2-3 veces superior a la detectada en la población general¹⁻³. También se ha comprobado que la diabetes mellitus es un factor de riesgo independiente de infección urinaria nosocomial. Por otra parte, las infecciones urinarias a menudo pueden conducir a complicaciones severas de la diabetes mellitus como la cetoacidosis. Muchos de los estudios realizados para corroborar el aumento de infecciones urinarias en el diabético son antiguos, pero en la mayoría se sugiere una superior prevalencia de bacteriuria en la mujer diabética (un 8-20% según las series) frente a la no diabética (5%). No ocurre lo mismo en el varón, donde las diferencias encontradas no son significativas¹⁻³.

Los síntomas son variables, y no todas las personas experimentan los mismos, éstos pueden incluir urgencia al orinar, condolor, oardor, malestar general, dolor de cuerpo, ofrancamente ubicado en fosa renal ,las mujeres experimentan a menudo ,sensación de presión incómoda sobre hueso púbico, y el varón nos puede referir plenitud en el recto, puede ir acompañada la sintomatología de orina turbia,rojiza o teñida de sangre,si se acompaña de fiebre, frecuentemente es un signo de que ya alcanzó el riñón. También puede ir acompañada de náuseas o vómito.

Hay que vigilar también en las mujeres, la coexistencia de infecciones vaginales, pues muy frecuentemente por pena no las refieren y caemos en un círculo vicioso de reinfección, la mujer diabética frecuentemente se ve afectada por la candida albicans,hongo mas frecuente en ellas, si no se tratan las 2 en conjunto, tendremos reinfección.

A menudo una infección urinaria en diabéticas cura en 2-3 días siempre y cuando sea tratada a tiempo, y se mantenga en cifras dentro de lo normal, aunque el tratamiento debe continuar por los días prescritos por el médico para no recaer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se hizo un estudio de prospectivo con pacientes atendidos vía emergencia en el hospital Juan Pablo Pina y Moscoso

*Médico general.

Puello, que presentaron una o múltiples heridas de parpado en el periodo enero 2012.

Población y Muestra

La población estuvo constituida por un universo de 59 pacientes atendidos vía emergencia

Criterios de inclusión

- Pacientes con herida palpebral.
- Atendidos vía emergencia en los centros de salud citados.

Criterio exclusión

- Pacientes con otro tipo de herida.

Instrumento

Se recolectó la información en un formato diseñado para tal fin. Se utilizó un formulario de dos páginas 8 ½ por 11 pulgadas, en el cual se incluyeron variables como: edad, sexo, ubicación y características de la herida, manejo.

Plan de tabulación y análisis.

Los datos obtenidos de la presente investigación se procesaron y analizaron mediante programas estadísticos y base de datos. Se sometió a revisión por método manual y procesados luego en programa Excel 2010, se reportaron los resultados en tablas y gráficos por medio de recuento y por ciento para su mejor comprensión.

Principios éticos

Autonomía. Confidencialidad y beneficencia.

RESULTADOS

Utilizando los criterios formulados por los sustentantes para valorar las variables con el fin de conseguir nuestros objetivos de esta investigación. Se incluyeron las variables: Edad, sexo, síntomas, pruebas de laboratorio, etc. Y obtuvimos los siguientes resultados:

De 180 pacientes con diabetes, 98 presentaron infección de vías urinarias. Los pacientes fueron diagnosticados por clínica y pruebas de laboratorio. El sexo más afectado fue el femenino con 54 casos para un 55.1%. Se observó que los pacientes con más de 5 años de haberse diagnosticado como diabéticos fueron ligeramente más propensos a sufrir de infección de vías urinarias con 52 casos para un 53% 71 pacientes mostraron presencia de bacteriuria en pruebas analíticas representando el 72.4%. 60.2% de los pacientes presentaron clínica de infección de vías urinarias (59 casos). 79.59% de los pacientes fueron sintomáticos de infección urinaria (78 casos).

Infección de vías urinarias en diabetes		
Clinica	#casos	%
Px sintomaticos	59	60.2
Px asintomaticos	39	39.79

DISCUSIÓN

En este estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

Los pacientes diabéticos son más propensos a padecer infección de vías urinarias que un paciente no diabético. Es más común en mujeres que en hombres, esto puede deberse a infecciones vaginales.

Se observó que los pacientes con más de 5 años de haberse diagnosticado como diabéticos fueron ligeramente más propensos a sufrir de infección de vías urinarias. La mayoría de pacientes presentaron bacteriuria en prueba de orina. No todos los pacientes diabéticos con infección de vías urinarias tienen síntomas.

REFERENCIAS

1. Harrison. Principios de medicina interna. 16th edición.
2. Smith, urología general. 11th edición.
3. Zulaica cristina, infección de vías urinarias en el adulto.
4. Echevarría-zarate, infección del tracto urinario y manejo antibiótico
5. Gonzales Camarena D. et al Sensibilidad antibiótica de bacterias causantes de infecciones del tracto urinario. [en línea] Rev. MedHered 20 (1), 2009 [fecha de acceso 10 Noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.s.o.org.pe/pdf/rmh/v20n1/v20n1ao2.pdf>
6. Informe de la resistencia antimicrobiana en Hospitales en Perú 2007. Instituto Nacional de Salud. Consultado: 18 de Enero de 2012. Disponible en www.ins.gob.pe
7. Luján-Roca et al Frecuencia y susceptibilidad antimicrobiana de patógenos aislados en infección del tracto urinario [en línea] RevBiomed 2008; 19:110-115. [fecha de acceso 18 Noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb081925.pdf>
8. Enfermedades del tracto urinario año 2010. Dirección Regional de Salud de Piura.
9. Principales causas de morbilidad en el departamento de Ancash 2010. Ministerio de salud. (en línea). Consultado el 18 de Enero de 2012. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>
10. García A. Resistencia antimicrobiana de cepas de E. coli aisladas de ITU durante los años 2000 a 2002. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública 2002, 19.

CONSULTE

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

PACIENTES CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ABDOMEN AGUDO EN UNA CLÍNICA RURAL.

Marisol Maceo,* Michelle Abreu, * Yajaira Soto, * Ruth Pinales, * Yuraima Pérez.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia y la patología más común en el diagnóstico de casos con abdomen agudo que se presentan en la clínica rural "La Gallera" en la provincia de Elías Piña en el periodo julio-diciembre 2010. La población de estudio estuvo constituida por 104 pacientes que se presentaron en este centro por padecer signos y síntomas de abdomen agudo.

Se utilizó un formulario redactado utilizando los criterios formulados por los sustentantes para valorar las variables con el fin de conseguir nuestros objetivos de esta investigación.

Como síntomas secundarios resultó el dolor referido en 87 pacientes para un 90.84%. Náuseas y vómitos 31 pacientes para un 32.84% y otros 45.76%

Se encontró que el 100 por ciento de los pacientes que visitaron el centro, presentaron dolor abdominal como síntoma principal. 61 pacientes, que representaron un 63.44% estuvieron en el rango de edad de 16-40 años con un ligero predominio del sexo masculino.

58 pacientes para un 60.32% padecían de abdomen agudo médico. Con predominio del sexo femenino.

46 pacientes para un 47.84% padecían abdomen agudo quirúrgico, siendo la apendicitis aguda su principal causa. Predominando el sexo masculino en esta patología.

Es muy importante tener una buena base diagnóstica para evitar complicaciones y conservar el bienestar del paciente.

Palabras clave: Abdomen agudo, patología, signos, síntomas.

ABSTRACT

A descriptive study was conducted, retrospective and cross-sectional with the objective to determine the frequency and the most common pathology in the diagnosis of cases with acute abdominal pain, which are presented in the rural clinic "The Gallera" in the province of Elías Piña in the period July-December 2010. The study population was composed of 104 patients who presented in this center by suffering from signs and symptoms of acute abdomen.

A form was used drafted using the criteria developed by the variables in order to achieve our objectives of this research. It was found that 100 percent of the patients, who visited the center, had abdominal pain as main symptom. 61 Patients, which accounted for 63.44 per cent were in the age range of 16-40 years with a slight male predominance.

58 Patients to a 60.32 per cent suffered from acute abdomen

doctor. Female sex predominates.

46 Patients to a 47.84 per cent suffered from acute surgical abdomen, remains the acute appendicitis its main cause. Male in this pathology predominates.

It is very important to have a good base diagnosed to avoid complications and preserve the well-being of the patient.

Key words: Acute abdomen, pathology, symptoms, signs.

INTRODUCCIÓN

A veces resulta complicado interpretar los signos y síntomas de origen abdominal. Se requiere de conocimiento y experiencia. Todo dolor abdominal amerita una buena historia clínica y una adecuada exploración. La evolución del dolor es un dato importante y por ello deben evitarse los analgésicos y antibióticos antes de establecer la conducta a seguir.

El propósito de esta investigación es identificar la etiología del dolor en los pacientes vistos en este centro que presentaron al momento de la evaluación, características de abdomen agudo.

Antecedentes

Se realizó un estudio en el hospital Salvador B. Gautier en el 2005, por los bachilleres, Pichardo M., De la Cruz, Santos C., Jiménez, y Abreu en el cual se estudio una población de setenta y siete pacientes que asistieron a emergencia con cuadro de abdomen agudo, los cuales fueron atendidos por cirugía general, con una incidencia de 46 casos masculinos, el 68% y 21 femeninos, el 31%. La edad de los pacientes oscilo entre el menor grupo de quince a diecinueve años, con diez y 8 casos de 30 a 39 años con 14 casos de 49 años

Abdomen agudo es un proceso patológico intraabdominal, de inicio repentino, que cursa con dolor, repercusión sistémica y requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento

El abdomen agudo no siempre es quirúrgico; sin embargo, deben evitarse los procedimientos diagnósticos prolongados que pueden retrasar la solución quirúrgica. Clasificación de Bockus de las patologías que pueden causar abdomen agudo:

Grupo A. Padecimientos intraabdominales que requieren cirugía inmediata

Grupo B. Padecimientos abdominales que no requieren cirugía

Grupo C. Padecimientos extraabdominales que simulan abdomen agudo.

* Médico general

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia y la patología más común en el diagnóstico de casos con abdomen agudo que se presentan en la clínica rural "La Gallera" en la provincia de Elías Piña en el periodo julio-diciembre 2010.

Población y Muestra.

La población de estudio estuvo constituida por un universo de 422 pacientes con una muestra de 104 pacientes que se presentaron en este centro por padecer signos y síntomas de abdomen agudo

Criterios de inclusión

Pacientes con signos de abdomen agudo que se presentaron a este centro en el periodo seleccionado.

Criterio exclusión

Pacientes sin signos de abdomen agudo. Pacientes que se consultaron en fuera del periodo estudiado.

Instrumento

Se recolectó la información en un formato diseñado para tal fin, en el que se incluyeron las variables edad, sexo, motivo de consulta, características y localización del dolor, síntomas, hallazgos en pruebas complementarias. Los datos se calcularon y tabularon en Excel 2007, lo que permitió su análisis y representación en cuadros y gráficos.

Se utilizó un formulario de dos páginas 8 ½ por 11 pulgadas, en el cual se registraron los objetivos que utilizamos para obtener el resultado de este estudio.

Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos de la presente investigación se procesaron y analizaron mediante programas estadísticos y base de datos. Se sometió a revisión por método manual y procesados luego en programa Excel 2010, se reportaron los resultados en tablas y gráficos por medio de recuento y por ciento para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Se realizó un estudio con 104 pacientes que padecían de abdomen agudo y se encontró que el 100 por ciento de los

pacientes que visitaron el centro, presentaron dolor abdominal como síntoma principal. 61 pacientes, que representaron un 63.44% estuvieron en el rango de edad de 16-40 años con un ligero predominio del sexo masculino.

Como síntomas secundarios resultó el dolor referido en 87 pacientes para un 90.84%. Náuseas y vómitos 31 pacientes para un 32.84% y otros 45.76%

58 pacientes para un 60.32% padecían de abdomen agudo médico. Con predominio del sexo femenino.

46 pacientes para un 47.84% padecían abdomen agudo quirúrgico, siendo la apendicitis aguda su principal causa. Predominando el sexo masculino en esta patología.

Tipo de AA	# de casos	% de Casos
AA médico	58	60.32
AA Quirúrgico	46	39.68

Síntoma principal	#casos	% casos
Dolor abdominal	104	100
Náuseas/Vómitos	31	32.24
Dolor referido	87	90.84
Otro	44	45.76

DISCUSIÓN

En este estudio se llegó a la conclusión de que el síntoma clave en abdomen agudo es el dolor abdominal.

La edad de los pacientes estuvo en su mayoría entre el rango de 16-40 años.

Un poco más de la mitad padecían de abdomen agudo médico. Con predominio del sexo femenino.

El resto padecían abdomen agudo quirúrgico, siendo la apendicitis aguda su principal causa. Predominando el sexo masculino en esta patología.

Es muy importante tener una buena base diagnóstica para evitar complicaciones y conservar el bienestar del paciente.

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.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA RURAL SABANA DE BUEY BANÍ.

Ángela Peña,* Alexandra Vásquez,* Rafael Méndez,* Francia Santana,*
 Deury Batista,* Eglis Arzeno.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y una fuente directa con la finalidad de determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres que asistieron a la clínica rural de Sabana Buey, Bani, República Dominicana en el periodo diciembre 2011 abril 2012 en el cual asistieron 203 pacientes para un (100%) de casos.

En el cual se determinó un grupo de edades de los cuales el más frecuente fue de 21 -30 años con el uso de píldoras anticonceptivas que adquirieron dicho medicamento para un total de 50 paciente para (39.3%), tomando en cuenta que las pacientes de dicha unap

Entre el rango de edad antes descrito, prefirieron más el uso de píldoras anticonceptivas, a otro método de planificación familiar, la responsabilidad de planificación recae más sobre las mujeres en edad fértil que en los hombres de dicha comunidad, a pesar de que los métodos anticonceptivos se ofrecen total mente gratis.

Palabra clave: Planificación, responsabilidad, píldoras, condones, mujeres.

ABSTRACT

We performed a cross-sectional descriptive study and a direct source for the purpose of determining the use of contraceptive methods in women attending rural clinic SabanaBuey, Bani, Dominican Republic in the period April 2012 to December 2011 which was attended by 203 for patients (100%) of cases.

Which was determined in an age group of which the most frequent was 21 -30 years with the use of birth control pills who purchased the drug for a total of 50 patient (39.3%), taking into account that patients UNAP that between the age range described above, preferred over the use of birth control pills, another method of family planning, the planning responsibility falls more on women of childbearing age in men of that community, even though the contraceptive methods are offered free.

Keyword: Planning, responsibility, pills, condoms, women.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar como cualquier otro aspecto de la atención de la salud, depende de un equipo de personas aunque cada una realiza un trabajo diferente.

Los médicos reconocen al traer una criatura al mundo es una

de las tareas más importante y de más responsabilidad en el cuidado de la salud en comparación con la responsabilidad de atender un parto.

La mayoría de las técnicas que intervienen en la anticoncepción son relativamente simples. Casi todas las personas en algún momento de su vida necesitan consejo sobre planificación familiar por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tienen un papel muy importante en proporcionar tal consejo, los métodos anticonceptivos están directamente relacionados con factores demográficos, sociales, económicos e ideológico.

Un gran problema a nivel mundial para el área de la salud es la alta incidencia de embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, los cuales afecta con mayor frecuencia la población joven sin importar la edad por esta razón nos lleva a desarrollar este proyecto con la finalidad de motivar la planificación familias en la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y una fuente directa con el fin de determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de la comunidad Rural de Sabana Buey, Bani, Peravia diciembre 2011 – abril 2012.

El universo estuvo compuesto por 203 pacientes y la muestra por 203 pacientes los cuales asistieron a dicho centro de salud, se elaboró un formulario con varias variables, edad, método anticonceptivo de preferencia.

RESULTADO

Durante esta investigación se determinó que el grupo de edad de 21-30 usaron el método anticonceptivo de la píldora con más frecuencia, para un número de casos de 50 (39.3%),Seguido de 31-40 años con 42 casos (33.0%), menores 20 años números de casos de 35 (27.5%) siendo las mujeres menores de 20 años la de menor uso de píldoras los métodos anticonceptivos tuvieron una alta incidencia en el mes de enero, para un total de casos de 160 (36.7%), seguido del mes de abril con 94 casos (21.6%) seguidos febrero 91 casos (20.9%) luego diciembre con 53 casos (12.1%) y el mes que menos uso tubo de métodos anticonceptivos fue marzo 37 casos (8.5%).

Según el método de preferencia de las usuarias el más usado fue el condón 245 (56.0%) en hombres, seguidos de la píldora con 127 casos (29.0%) seguidos de las inyecciones con 42 casos (9.6%), luego minis píldoras de 23 casos (5,2%).

*Médico general

**Médico Familiar.

Cuadro 1. Uso de anticonceptivos distribuidos según la edad.

Edad (años)	No.casos	%
< 20	35	15
21-30	142	61.4
31-40	54	23.3
Total	231	100

Fuente directa del libro de planificación familiar, clínica rural sabana buey.

Cuadro 2. Uso de métodos anticonceptivos según métodos de preferencia

Método	No.casos	%
Píldora	127	29.0
mini píldora	23	5.2
inyecciones	42	9.6
condones	245	56.0
Total	437	100

Cuadro 3. Uso de métodos anticonceptivo, según distribución por mes.

Mes	casos	%
diciembre	53	12.1
Enero	160	36.7
Febrero	91	20.9
Marzo	37	8.5
Abril	94	21.6
Total	435	100

Fuente ídem

Cuadro 4. Uso de anticonceptivo píldora el más usado según la edad.

Edad (años)	No casos	%
<20	35	27.5
21-30	50	39.3
31-40	42	33.0
Total	127	100

DISCUSIÓN

El método anticonceptivo más usado en esta comunidad fue el preservativo con 245 casos (56.0%) en el cual se evidencia que la planificación familiar recae la responsabilidad sobre la mujer sin importar la edad, en mujeres el anticonceptivos más usado fue píldora con 127 casos (29.0%), y el mes que más método anticonceptivo se uso fue en enero 2012 con 160 casos (36.7%).

El anticonceptivo mayormente preferido fueron las píldoras con un 89.6% seguidos de las mini píldoras con un 6.8%

según un estudio realizado por la Dra. Sandra Guzman García sobre preferencia por los atributos de los anticonceptivos en la ciudad Juárez México, el método más utilizado es la píldora coincidiendo con este estudio.³

REFERENCIAS

1. Scielo, consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos Rev. Cubana med gen integr v.17n.4 ciudad de la habana (en línea)scielo.sld.cu/scielo.php? pid =s0864-21252001000400010&script=sci-arr
2. Scharz.ricardo; Ricardo, castro, rene, galimbertir diana, Martínez, Inés; García, oscar:et al guía para el uso de métodos anticonceptivos, argentina ministerio de salud. Octubre 2002 p.2-68
3. Guzmán García, Sandra; Snow. Rachel; altken, Iain. preferencia por los atributos de los anticonceptivos: voces de mujeres en ciudad Juárez, México 1997 p.28-35 (online) citado 29 de diciembre 2010) disponible en <http://centauro.cmq.edu.mx/dav/liberla/pdfs/aticonc/08010146.pdf>
4. Scielo, anticonceptivos en la adolescencia, Rev. Cubana endocrinología v. 18 n.1 ciudad de la habana enero-abril 2007,dra cruz,jeddu;dra Hernández,; Dra. Yanes marelis, Dra. Valdés isla.
5. Scielo, anticonceptivo postcoital en mujeres adultas y adolescentes sordas, Rev.med.electron v.31, no.6 matanzas nov-dic 2009, Dr. rodríguez, Domínguez; dr delio, Mendoza
6. Scielo, el embarazo y uso de anticonceptivo en adolescentes,rev. Panam salud publica vo-1 n4 Washington abril 1997 <http://dx.doi.org/10.1590/s10-20-4989199710>.
7. Agustín A, Bueno A, Moreno M, Valle C, Rabadán F. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. España 2008 [p. 5] (citado 15 ene 2013 en línea) disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo>.
8. Fernández R, Martínez H, Kopecky D, Muñoz M. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este", Petare. RevObstetGinecolVenez 2009; 69(1):28-34. (Citado 20 ene 2013 en línea) disponible en: <http://scielo.org.ve/pdf>.
9. Schwarz R, Castro R, Galimberti D, Martínez I, García O, Lomuto C, Etcheverry M, Queiruga M. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Ministerio de salud de argentina 2010; 85p (1) (citado 16 feb. 2013 en línea) disponible en: med.une.edu/catedras/sanitarias/guia_anti.pdf.
10. Hatcher, R. Y col. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de Información en Población de la Universidad Johns Hopkins, PopulationReports. 2008.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE DIABETOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE DIABETES, ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.

Maxsuel Zacarías Martínez Carmona, Nidia Naftli Melo Medina,* David Morillo Cipión,* Ángel Díaz Beltré,** Rodríguez Despradel.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo con el objetivo de determinar el Nivel de conocimiento sobre la diabetes en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. Febrero-Junio 2011. La población estuvo constituida por 198 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. Las variables en estudio fueron: sexo, ocupación, escolaridad, procedencia, fuente de Obtención de los conocimientos, tipo de Diabetes, años de diagnóstico. Se utilizó un cuestionario elaborado por los sustentantes contentivos de las variables de investigación. El nivel de conocimiento fue medido basándose en la escala de likert modificada. Se determinó que de los 177 pacientes, el 50 por ciento presentó un nivel de conocimiento regular. El grupo etario entre 44 a 49 años representó el nivel de conocimiento excelente con un 3.7 por ciento y el nivel de conocimiento malo un 25.9 por ciento. Un 90 por ciento del sexo femenino ocupó el nivel de conocimiento muy bueno. 5.7 por ciento de los empleados públicos representaron el nivel de conocimiento excelente, mientras 44.4 por ciento de los choferes representaron el nivel de conocimiento malo. El nivel de conocimiento excelente en un 75 por ciento fue representado por universitarios, mientras el nivel de conocimiento malo fue más frecuente en escolaridad primaria con un 44 por ciento. La procedencia rural representó el nivel de conocimiento muy bueno en un 70 por ciento. Los médicos representaron la mayor fuente de obtención de la información con un 28 por ciento. Un 75 por ciento de los pacientes con Diabetes tipo 1 representaron el nivel de conocimiento excelente. Los pacientes con más de 20 años de diagnóstico representaron el nivel de conocimiento excelente con un 4.5 por ciento, mientras que un 25 por ciento de los pacientes con 5 a 10 años de diagnóstico representaron el nivel de conocimiento malo.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

We performed a prospective descriptive study that was aimed to determine the level of knowledge about diabetes in patients attending in the consult in the National Institute of Diabetes, Endocrinology and Nutrition February to June 2011. The population consisted of 198 patients diagnosed with Diabetes Mellitus. We used a questionnaire compiled by the authors of the research variables. The variables studied were: sex, occupation, education, origin, source of obtaining knowledge,

type of diabetes, years of diagnosis. The level of knowledge was measured based on the modified Likert scale. It was found that of 177 patients, 50 percent had a regular level of knowledge. The age group between 44 to 49 years represented the excellent level of knowledge with a 3.7 percent and the knowledge level of 25.9 percent bad. About 90 percent of females represented ranked very good level of knowledge. 5.7 percent of public employees represented the excellent level of knowledge, while 44.4 percent of the drivers represented bad level of knowledge. The excellent knowledge level by 75 percent was represented by university students, while the bad level of knowledge was more frequent in primary school with 44 percent. The rural source represented very good level of knowledge by 70 percent. Physicians accounted for the largest source of obtaining information with 28 percent. About 75 percent of patients with type 1 diabetes represented excellent level of knowledge. Patients over 20 years of diagnosis represented excellent level of knowledge by 4.5 percent, while 25 percent of patients with 5 to 10 years represented the bad level of knowledge.

Keywords: Level of knowledge, Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

El paciente diabético debe conocer el manejo básico de su enfermedad para mejorar su estilo de vida y de esta forma disminuir el riesgo de complicaciones como: cardiovasculares, oculares, nefropatías, pie diabético, entre otras.

La deficiencia de planes educativos para los pacientes diabéticos ha incrementado el número de pacientes que presentan complicaciones, siendo cada día más importante la utilización de programas educativos conjuntamente al tratamiento farmacológico.

La Diabetes Mellitus es un síndrome caracterizado por aumento de los niveles de glucosa sanguínea causado por alteraciones de la secreción de la insulina, de su acción o de ambos y que se asocia a otros trastornos del metabolismo intermedio; su expresión más severa conlleva a la cetoacidosis, luego de varios años puede producir complicaciones en diversos órganos tales como la retinopatía, nefropatía, neuropatía y la arteriosclerosis.¹

La prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus ha aumentado asombrosamente en los últimos 20 años, en 1985 se calculaba que había 30 millones de casos en tanto que en el año 2000 se calculó que habrá 177 millones. Con los estilos actuales para el año 2030 más de 360 millones de personas presentaran diabetes.²

*Médico general.

**Asesor

Esta enfermedad ha ido aumentando de manera desproporcionada causando un alto costo a Salud Pública siendo objeto de amplias investigaciones, sin embargo a pesar de los múltiples estudios y publicaciones sobre el tema, el nivel de conocimiento esta enfermedad es uno de los aspectos menos conocidos.

Surgiendo de esta forma la duda de si existe una relación entre el nivel de conocimiento de los diabéticos y este aumento de complicaciones de la enfermedad. Por dicha razón se decide realizar esta investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo con el objetivo de determinar el Nivel de conocimiento sobre la diabetes en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. Febrero-Junio 2011. La población estuvo constituida por 198 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, incluyendo los pacientes con Diabetes Mellitus que asistieron a la consulta de diabetología durante el período de recolección de datos y pacientes dispuestos a colaborar previo consentimiento informado verbal, excluyendo pacientes que por una u otra razón no concluyeron la entrevista y pacientes con enfermedad neurológica o psiquiátrica que le limitaron comprender la entrevista. Posterior a la aprobación del tema, se visitó la dirección general del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, donde se depositó una carta dirigida al jefe de enseñanza con el propósito de que permitiera el acceso a la realización de la investigación; luego se realizó el diseño del cuestionario que se utilizó para entrevistar a los pacientes, el cual consta de 17 preguntas básicas sobre la diabetes para evaluar de manera general el nivel de conocimiento de los pacientes, el mismo fue elaborado por los sustentantes contentivos de las variables de la investigación. El nivel de conocimiento fue medido basándose en la escala de likert la cual fue modificada con la asesoría de un metodólogo y asesor clínico, dándole una valoración de manera descendente desde: Totalmente de acuerdo (2 puntos), De acuerdo (1 punto), Indiferente (0 puntos), Desacuerdo (-1 puntos) y Totalmente en desacuerdo (-2 puntos). El cuestionario aplicado en la entrevista tenía un valor mínimo de menos de 0 puntos y un máximo de 34 puntos. Los datos obtenidos fueron analizados y tabulados en los programas Microsoft Word y excel

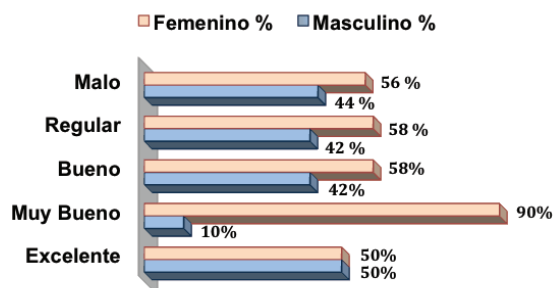
RESULTADOS

Nivel de conocimiento sobre la Diabetes en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Febrero- Junio 2011

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	%
Excelente	4	2
Muy Bueno	10	6
Bueno	36	20
Regular	88	50
Malo	39	22
Total	177	100

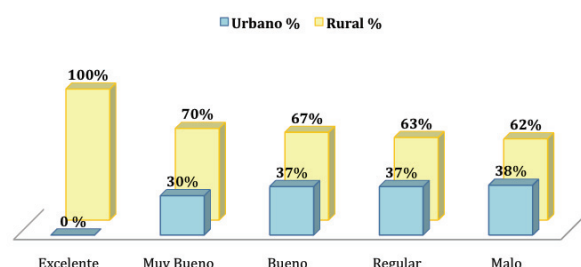
Fuentes: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos Instituto Nacional de Endocrinología,

Nivel de conocimiento sobre la diabetes según el sexo en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Febrero-Junio 2011



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos Instituto Nacional de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.

Nivel de conocimiento sobre la Diabetes según la procedencia en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Febrero- Junio 2011



Fuente: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos Instituto Nacional de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.

Nivel de conocimiento según el tipo de diabetes en pacientes que acuden a la consulta de diabetología del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Febrero- Junio 2011

Nivel de Conocimiento	Tipo de Diabetes						Total
	DM Tipo 1		DM Tipo 2		Otros Tipos		
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Excelente	3	75	1	25	0	0	4
Muy Bueno	4	40	6	60	0	0	10
Bueno	14	38.8	22	61.1	0	0	36
Regular	27	30.7	61	69.3	0	0	88
Malo	4	10.2	35	89.7	0	0	39
Total	52	29.3	125	70.6	0	0	177

Fuentes: Entrevista realizada a los pacientes diabéticos Instituto Nacional de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.

DISCUSIÓN

En el periodo de recolección de los datos fueron entrevistados un total de 198 pacientes diabéticos en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, de los cuales 177 se

escogieron como muestra para medir el nivel de conocimiento sobre su enfermedad, arrojando un nivel de conocimiento regular en 88 pacientes, representando un 50 por ciento. El 50 por ciento restante fue distribuido de la siguiente manera: 39 pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento malo, representando el 22 por ciento; 36 pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, representando el 20 por ciento; 10 pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento muy bueno, representando un 6 por ciento y finalmente 4 pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento excelente, representando un 2 por ciento. Al comparar estos hallazgos con los de González, A y Cols. Donde reportaron un nivel de conocimiento bajo, en la Clínica de Medicina Familiar Navarte, México; 2007, el nivel de conocimiento en este estudio resultó ser superior; pero al compararlos con Martínez, C y Cols. Quienes reportaron un nivel de conocimiento alto en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo; 2009, el nivel de conocimiento en este estudio resultó ser inferior.

El sexo femenino presentó un nivel de conocimiento mayor al masculino, representado por un nivel de conocimiento muy bueno con un 90 por ciento mientras el masculino un 10 por ciento. Estas coinciden con los de Martínez, C y Cols. Quienes reportaron que el sexo femenino obtuvo el nivel más alto de conocimiento con un 56 por ciento.

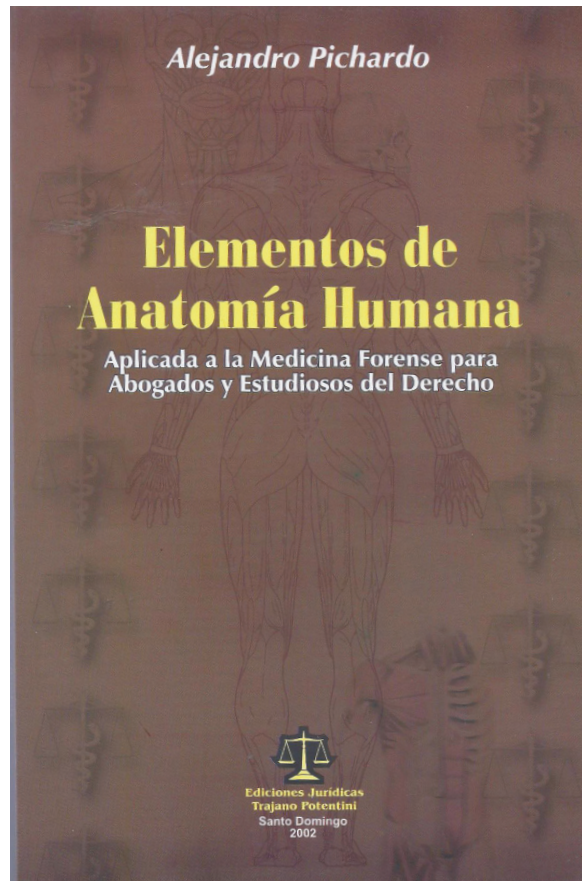
De acuerdo a la ocupación el nivel de conocimiento excelente está representado por los empleados públicos con 2 pacientes para un 5.7 por ciento. No coincidiendo así con Martínez, C y Cols. Quienes reportaron que las amas de casa ocupaban el nivel más alto de conocimiento con un 42 por ciento.

La fuente de información más utilizada fueron los médicos con 49 pacientes, representando un 28 por ciento. Estos no coinciden al compararlos con Noda, J y Cols. Quienes reportaron un nivel de conocimiento sobre la diabetes insuficiente, por deficiencia de parte de la educación de los médicos en los Hospitales generales, Lima (Perú); 2007.

En cuanto a los años diagnósticos de la enfermedad se determinó que posee una relación significativa con el nivel de conocimiento de los pacientes, establecido por 13 pacientes de 5 a 10 años de diagnóstico con un nivel de conocimiento malo, representando un 25 por ciento, mientras 10 pacientes entre 15 a 20 años de diagnóstico presentaron un nivel de conocimiento bueno, representando un 26.3 por ciento. Datos que no coinciden con Mercedes, B y Cols. Quienes reportaron que pacientes con 5 a 10 años de evolución de su enfermedad, representaron un 21 por ciento y con 10 años de evolución de su enfermedad representaron un 25 por ciento del nivel de conocimiento insuficiente.

REFERENCIAS

- Villegas A. Diabetes Mellitus. En Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina Endocrinología. 6 Ed. Colombia:Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006. P. 243-295.
- Powers A. Diabetes Mellitus. En Fauci A, kasper D, Braundwal E, Hauser S, Longo D, Jameson J y cols. Harrison Principios de Medicina Interna. 17 Ed. Mexico: McGraw-Hill; 2008. P. 2275-2310.
- Martínez C y cols. Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en personas que acuden a consulta de endocrinología (Tesis Doctoral). Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2009.
- Noda J, Pérez J, Rodríguez M, Aphan M. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. RevMedHered 2008; 19(2): 68-72.
- González A, Alvara E, Martínez R, Ponce R. Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. GacMédMéx ,2007; 143 (6): 453-462.
- Friginal, A. La formación de los pacientes diabéticos reduce los riesgos de complicaciones agudas y crónicas. Europress, 2008.
- Mercedes B, zerquera G, Rivas E, Muñoz J, Gutiérrez y, Castañedo E. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. Medisur (publicación periódica en línea) 2010 (Mayo 27, 2011); 8 (6): 21-27. Disponible en : <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/printerFriendly/1238/378>
- Fuentes F, Villanueva B. Impacto económico de la diabetes mellitus en la Republica Dominicana. Santo Domingo: 2008.
- Definición de conocimiento (Sitio en internet). Definicion.de. Disponible en: <Http://definición.de/conocimiento/>. Acceso el 12 de Mayo 2011.
- Hesssen J. Teoría del conocimiento. (programa de computadora). microsoftpowerpoint 2007. Asociación oaxaqueña de psicología; 2006.
- Diabetes Mellitus (Sitio en internet). Salud de Altura. Disponible en:<http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PROTOCOLOS/diabetes.pdf> Acceso el 8 de junio 2011.
- Educación para la diabetes-Información general (Sitio en Internet). University of Mariland Medical Center. Disponible en: http://www.ummm.edu/esp_ency/article/003996.htm. Acceso el 12 de Mayo 2011.
- Diabetes Mellitus. (Sitio en internet). Wikilearning. www.wikilearning.com/monografia/medicina_natural-diabetes_mellitus19543-12. Acceso el 8 de Junio 2011.
- Educación para la diabetes. (Sitio en internet). Medlines Plus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003996.htm>. Acceso el 15 de Junio 2011.
- Diabetes Mellitus. (sitio de internet). The Medical Biochemistry. Disponible en: <http://themedicalbiochemistrypage.org/spanish/diabetes-sp.html>. Acceso el 18 de Junio del 2011.
- Jiménez G. Estrategias educativas para familiares de pacientes diabéticos. (sitio en internet). Monografias. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos55/familiares-diabeticos/familiares-diabeticos2.shtml>. Acceso el 20 de junio del 2011.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. ADA. 2010; 33 supl 1: S11-S61.
- Catalá E. Educación diabetológica y cuidados de los pies en pacientes adultos mayores diabéticos tipo 2 con riesgo de pie diabético. Colón 2007-2008. Biblioteca Las casas, 2009; 6(2). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0535.php>. Acceso el 22 de Mayo del 2011.



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.

FRECUENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Raynilda Suárez Paulino,* Mildred Serrano Toledo,* Saúl Núñez Pérez,*
Ruth Agüero de Robles,** Jenne Ramírez.**

RESUMEN

Se realizó un estudio tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal a 121 pacientes diagnosticados con ictus isquémico a través de la historia clínica y la tomografía axial computarizada, describiéndose que un 12 por ciento de los pacientes presentaron fibrilación auricular, el rango de edad en donde más se desarrolló ictus fue en masculinos mayores de 75 años en un 29 por ciento, en el tipo de ictus isquémico reflejo que el trombotico fue el más frecuente con un 53 por ciento, los métodos diagnósticos más utilizados fueron la historia clínica y el electrocardiograma en todos los pacientes y la tomografía axial computarizada en un 90 por ciento mientras que la resonancia magnética en solo el 3 por ciento. Dentro de los factores de riesgo en el desarrollo de ictus el 93 por ciento cursaba con hipertensión arterial, el alcohol y el tabaco 49 y 45 por ciento respectivamente, diabetes mellitus tipo 2 con un 36 por ciento, el 40 por ciento había presentado un ictus antiguo y el 12 por ciento tenían fibrilación auricular. La terapia utilizada en pacientes que primero desarrollaron fibrilación auricular y luego ictus fue el uso de anticoagulantes en un 100 por ciento y antiagregantes plaquetarios en el 87 por ciento de los casos, mientras que los que solo cursaban con ictus isquémico se utilizó anticoagulantes en el 100 por ciento de los casos y antiagregantes plaquetarios en un 83 por ciento.

Palabras clave: Fibrilación auricular, ictus isquémico, frecuencia.

ABSTRACT

We performed a descriptive, prospective and transversal study to 121 patients diagnosed with ischemic stroke through the clinical history and CAT scan, describing that 12 percent of the patients presented atrial fibrillation, the age range where stroke most developed was in 75 years or older masculine in a 29 percent. The type of ischemic stroke reflected that the thrombotic was the most frequent with a 53 percent followed by the transitory ischemic attack and the embolic with a 20 percent each one, the diagnosis methods that were most frequently used were clinical history and electrocardiogram in all the patients and CAT scan in 90 percent while magnetic resonance imaging in just 3 percent. In the risk factors of the development of stroke we had that 93 percent had to issue with blood hypertension, alcohol and smoke 49 and 45 percent respectively, type 2 diabetes with a 36 percent, 40 percent had a previous stroke and 12 percent had atrial fibrillation. The therapeutic scheme in patients that first developed

atrial fibrillation and the ischemic stroke was the use of anticoagulants in 100 percent and platelets antiagregants in 87 percent of the cases, meanwhile the patients with just ischemic stroke were given anticoagulants in 100 percent of the cases and platelets antiagregants in an 83 percent.

Key words: Atrial fibrillation, stroke, frequency.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es una arritmia supraventricular con complicaciones tromboembólicas importantes tanto en frecuencia como en severidad sobre todo a nivel cerebral. La fibrilación auricular se considera un factor de riesgo independiente para la aparición de ictus isquémico, y su identificación es de vital importancia para la prevención y posibles complicaciones.

La obtención de datos clínicos permitió medir la frecuencia de la fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico y demás factores cardiovasculares que predisponen a la aparición del ictus, determinando hallazgos electrocardiográficos de la fibrilación auricular en ictus isquémico y el tipo de ictus más frecuente.

En un estudio realizado por Mesa y colaboradores en el Hospital Militar Central Doctor Carlos J. Finley, en Cuba, sobre la recurrencia del ictus cerebro vascular isquémico y su relación con algunos factores de riesgo en el año 2002, se observa que la frecuencia de ictus recurrentes fue entre 6 y 14 por ciento de casos reportados y se asoció en patologías como hipertensión en un 5 por ciento, cardiopatías en un 3 por ciento, diabetes en un 3 por ciento y en fibrilación auricular en un 3 por ciento. De un total de 298 pacientes egresados por ictus isquémico se incluyeron 151 casos que fueron seguidos durante un año posterior al evento en consulta externa, a todos se le estudiaron los factores de riesgo y se registró la aparición de eventos isquémicos recurrentes.

En otra publicación sobre fibrilación auricular y riesgo de isquemia cerebral de julio del 2008 de Erbguth, se encontró que el 51 por ciento de los episodios cerebrovasculares, a lo largo de la vida, se producían en el grupo de edad de mayores de 75 años. La incidencia neta anual fue de 1,74 por 1000 (1,47 para hombres y 2,01 para mujeres). Después de ajustar por edades la población europea, la tasa de incidencia fue 1.34 por 1000 (1,48 para hombres y 1,25 para mujeres). La tasa global de mortalidad a los 28 días fue del 19,4 por ciento, a los 3 meses fue del 28,5 por ciento y al año del 37 por ciento. Aproximadamente el 80 por ciento de los accidentes cerebro vasculares se deben a isquemia cerebral.

*Médico general.
**MSP

Además en un artículo publicado por la American Heart Association, en el 2010, sobre la fibrilación auricular después del ictus isquémico, donde se estudiaron 239 pacientes consecutivos que sufrieron accidente cerebro vascular transitoria sin diagnóstico previo de fibrilación auricular y que fueron sometidos a registro de Electrocardiograma (ECG) de 24 horas y también registros con ECG portátil durante 10 segundos del ritmo cardíaco dos veces por día durante 30 días. De los 239 pacientes incluidos el 56 por ciento eran hombres con una edad media de 72 años (39- 91). En 17 pacientes se diagnosticó fibrilación auricular con la combinación de ambos métodos. De éstos, 12 casos de fibrilación auricular se diagnosticaron utilizando registros intermitentes de ECG. El porcentaje de fibrilación auricular en toda la población fue del 7,1 por ciento y aumentó al 11,7 por ciento cuando se incluyó a las personas de 75 años. Ningún paciente < 65 años tuvo fibrilación auricular

Agregándole el estudio publicado por Landivar en el departamento de cardiología del hospital Univalle, en el 2009, comparó la utilización de Dalteparina.

Aun así la cantidad de estudios que se han hecho relacionados con la frecuencia de fibrilación en pacientes con ictus isquémico aun sean recientes no abarca la cantidad que se debería tener si se compara con la importancia que tienen estas patologías en conjunto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: 15 pacientes diagnosticados con ictus isquémico que además presentaron fibrilación auricular y fueron ingresados en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Universo: El universo estuvo conformado por 121 pacientes que presentaron ictus isquémico y estuvieron ingresados en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

Método, Técnica y Procedimientos: Una vez aprobado el anteproyecto de investigación junto con el formulario de recolección de datos diseñado, se elaboró una carta de permiso expedida por el Departamento de Tesis y firmada por la directora Licda. Meregilda Familia, la cual fue llevada al Departamento de Enseñanza del Hospital Salvador B. Gautier, tras aprobar la solicitud de permiso por el Jefe de Enseñanza, se entregó al jefe del departamento de Cardiología y neurología del Hospital Salvador B. Gautier, una vez autorizadas, se seleccionó todos los pacientes que fueron diagnosticados con ictus isquémico y fibrilación auricular, se procedió a revisar los expedientes de dichos pacientes, posterior a esto se escogió la población según los criterios de exclusión y fue aplicado el formulario de recolección de datos, se recopiló la información, y los datos fueron tabulados para su análisis.

Demarcación geográfica: El estudio tuvo lugar en el Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier centro de salud de tercer nivel el cual está ubicado en el sector Ensanche la fe de la ciudad de Santo Domingo, en la calle Alexander Fleming esquina Pepillo Salcedo, en el periodo junio noviembre 2011. **Variables:** Ictus isquémicos, fibrilación auricular, sexo, edad, métodos diagnósticos, tratamientos utilizados.

Fuente de información: Historia clínica, resultados de electrocardiogramas y tomografía axial computarizada y procedimientos terapéuticos.

Procesamiento y análisis de la información Los datos obtenidos fueron procesados y tabulados en programas de Microsoft como Excel, Word 2007 y presentados a través de cuadros y gráficos para su mayor comprensión.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico hospital dr. Salvador bienvenido gautier junio- noviembre 2011.

	Frecuencia	%
Ictus isquémico con fibrilación auricular	15	12.00
Ictus isquémico sin fibrilación auricular	106	88.00
Total	121	100.00

Fuente: Expediente Medio Pacientes con fibrilación auricular. Hospital Salvador B. Gautier

Cuadro 2. Edad y sexo de los pacientes con ictus isquemico que desarrollaron fibrilacion auricular. Hospital dr. Salvador bienvenido gautier junio- noviembre 2011.

Edad (años)	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	F	%	F	%
40-44	2	2	1	1
45-49	3	2	5	4
50-54	4	3	7	6
55-59	3	2	7	6
60-64	3	2	11	9
65-69	3	2	10	8
70-74	4	3	16	13
>75	7	6	35	29
Total	29	24	92	76

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador B. Gautier

Cuadro 3. Tipos de ictus isquémico en pacientes con fibrilación. Hospital dr. Salvador bienvenido gautier junio- noviembre 2011.

Tipo isquemico	Fibrilacion auricular	
	Frecuencia	%
Embolico	3	20
Lacunar	1	7
Ataque isquemico transitorio	3	20
Trombotico	8	53
Total	15	100

fuentes: expedientes del hospital salvador b. gautier

Cuadro 4. Métodos diagnósticos utilizados en la población de estudio hospital dr. Salvador bienvenido gautier junio- noviembre de 2011

Método diagnóstico	Frecuencia	%
Historia clínica	121	100
Electrocardiograma	121	100
Tomografía axial computarizada	109	90
Resonancia magnética	4	3

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador B. Gautier

Cuadro 5. Factores de riesgos de ictus isquémico en pacientes ingresados en el hospital dr. Salvador bienvenido gautier junio- noviembre 2011.

Factores de riesgos	Frecuencia	%
Alcohol	59	49
Tabaco	54	45
Hipertension arterial	113	93
Dislipidemia	2	2
Hipercolesterolemia	6	5
Cardiopatía isquémica	15	12
Diabetes mellitus	43	36
Fibrilación auricular	15	12
Ictus antiguo	49	40
Síndrome metabólico	11	9
Fluter auricular	1	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	6	5
Enfermedad pulmonal obstructiva crónica	4	3
Neumonía	4	3
Insuficiencia renal Crónica	5	4

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador B. Gautier

Cuadro 6. Tratamiento utilizado en pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico. Hospital dr. Salvador b. Gautier junio- noviembre 2011.

Tratamiento				
Fármacos	Pacientes con fibrilación auricular		Pacientes con ictus isquémico	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Anticoagulantes	15	100	106	100
Antiagregantes plaquetarios	13	87	88	83

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador B. Gautier

DISCUSIÓN

La fibrilación auricular está considerada una de las enfermedades más importantes a nivel cardiovascular para el desarrollo de ictus isquémico, según Kannel y Benjamin en su artículo sobre la situación epidemiológica de la fibrilación auricular cita que actualmente en Estados Unidos aproximadamente 2, 3 millones de personas están diagnosticadas con fibrilación auricular y este número puede aumentar al pasar de los años.²⁴ En el presente estudio estuvo representado que de los 121 pacientes el sexo el masculino con 92 casos y la edad es por encima de los 75 años con 35 casos, lo que deja establecido que la frecuencia de ictus isquémico por fibrilación auricular ha ido aumentando con el envejecimiento de la población, datos similares fueron obtenidos del estudio de Candel y Matesanz que demuestran que la edad de aparición tiene una prevalencia por encima de 67 años, según el sexo la probabilidad de una fibrilación auricular es 1,5 veces mayor en masculinos que en femeninos.⁹

En el tipo de ictus isquémico más frecuentes en los pacientes con fibrilación auricular evaluadas en este estudio, hay un

predominio del tipo de ictus de origen trombotico en un 53 por ciento, en la que contradice a los diferentes estudios que se reviso donde plantean que el tipo de ictus isquémico más frecuentes es el de origen embólico; Ruiz y Romo sustentan este resultado al igual que Ferros en su estudio que apuesta a que estos son generalmente severos y que se asocia a un alto grado de fatalidad predisponiendo a la recurrencia.¹¹

La historia clínica indudablemente demostró ser el pilar para el diagnóstico de estas enfermedades, en la población de este estudio se tomaron 121 paciente de los cuales el 100 por ciento se les realizó historia clínica, con relación al electrocardiograma tuvo el mismo porcentaje ya que este también se ha convertido uno de los principales medios diagnósticos en actualidad en nuestro medio; Childers R comenta que el electrocardiograma es útil para el diagnóstico de fibrilación y que es evidente que se complemente con la historia clínica y que se realice al momento de producirse los signos y síntomas que siguieran esta enfermedad.²⁶

Las técnicas de imagen han revolucionado la valoración de los pacientes con ictus isquémico, sin duda la tomografía axial computarizada ha sido el procedimiento más ampliamente difundido en estudio de pacientes con ictus isquémico y se debe realizar lo más temprana posible y de una manera sistemática, en este estudio la tomografía axial computarizada tuvo un 90 por ciento.

En el presente estudio los factores de riesgos del ictus isquémico la hipertensión se registro en un 93 por ciento de los casos coincidiendo con el estudio de Hughens donde plantea que el principal factor de riesgo del ictus es la hipertensión. El segundo factor de riesgo en este estudio es el alcohol con 59 casos seguido del tabaquismo con 54 casos; Está bien claro que dentro de los factores de riesgo cardiológicos la fibrilación auricular es la principal causa en el desarrollo de ictus isquémico y que esta puede como factor independiente producir la complicación, sin embargo la presencia de otras entidades tanto cardiológicas como no, que pueden causar en segunda instancia fibrilación auricular o de primera línea desarrollar el ictus isquémico fueron medidas en nuestro estudio obteniendo que de 121 pacientes un 93 por ciento de los pacientes con ictus isquémico cursan con hipertensión arterial, alrededor del 45 por ciento fuma tabaco, un 49 por ciento toma alcohol, el 40 por ciento habían tenido un ictus anterior y que el 39 por ciento sufre de diabetes.

Un estudio con datos similares fue el publicado por Rodríguez D. el cual muestra que la prevalencia e incidencia de la fibrilación auricular aumenta con la diabetes (1.4 por ciento para los hombres y 1.5 por ciento para las mujeres), con la hipertensión arterial (1.5 para los hombres y 1.4 para las mujeres) y la enfermedad valvular cardíaca (1.8 para los hombres y 3.4 para las mujeres). También está asociada y complicada por la presencia de falla cardíaca y la obesidad.¹⁰

Dentro del abordaje terapéutico tenemos que en el estudio de Aguilar y Hart Se recomienda administrar warfarina durante un tiempo prolongado con un índice internacional normalizado (International Normalized Ratio, INR) ideal de 2.0 a 3.0 en los pacientes con fibrilación auricular persistente o frecuente y paroxística de larga duración, así como con factores de riesgo.²⁸

REFERENCIAS:

1. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. 3rd. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST.

1. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke 1993; 24: 35-41.
2. Adams RJ, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, et al. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. Stroke . 2008;39:1647-1652. Epub 2008 Mar 5.
3. Aguilar M, Hart R, Pearce L. Anticoagulantes orales versus tratamiento antiplaquetario para la prevención de accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular no valvular y sin antecedentes de accidente cerebrovascular ni de accidente isquémico transitorio. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 4.
4. Albers, G; Caplan L; Easton. TIA Working Group. Transient ischemic attack—proposal for a new definition. N Engl J Med.2002;347:1713–6.
5. Alvarez Sabin J. Mortalidad hospitalaria por Ictus. Revista Española de Cardiología. (revista en internet) 2008 (acceso noviembre 2011) volumen 1. P1009-1007.
6. Aragoncillo P. Anatomía Cardíaca. En López A, Macaya M: Salud Cardiovascular del Hospital San Carlos y de Fundación BBVA. 1ra ed. Bilbao: Editorial Nerea S. A; 2009.P.40-37.
7. Aziz NA, Leonardo-Bee J, Philips M. Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke. Cochrane Syst Rev.2008;2.
8. Blaauw Y, Van Gelder IC, Crijns HJ. Treatment of atrial fibrillation. Heart 2002;88:432–437.
9. Bravo Y; Martí-Fábregas J. Tratamiento de la fase aguda del ictus. Revista de neurología del hospital santa creu. (revista en internet)2006(acceso noviembre 2011). volumen 1. P 40.disponible en :www.doyma.es.Jano.
10. Camm JA, Kirchhof P, Lip Gy, Shotten V, Savelieva I. Guía práctica clínica para el manejo de fibrilación auricular. Revista española de cardiología (revista en la internet). 2011 (acceso agosto 2011).volumen 2. P83-6. Disponible en: www.revescardiologia.org/sites/default/files/elsevier/pdf.



CONOCIMIENTOS SOBRE INTOXICACIÓN CON QUÍMICOS AGRÍCOLAS EN LA POBLACIÓN ADSCRIPTA A LA UNAP DEL PINO, LA VEGA.

Laurina Virginia Zorrilla Madera,* Elbania Peña Ventura,* Rossi Jobanca Bonilla Díaz,* Richard Greivin Polanco Jimenez,* María Fernanda Toribio, Hirayda Henríquez.**

RESUMEN

La Intoxicación por productos agrícolas utilizados en las labores es muchas veces minimizada tanto por las empresas como por el propio agricultor. Estudios proporcionados por Julio Cabrerías et al 2 sobre incidencia de intoxicaciones en 1990 en el Hospital Dr. Arturo Grullón, Santiago, República Dominicana, señala un 84% de intoxicaciones causadas por productos agrícolas fueron por órgano fosforados. Situación que nos motivó a realizar un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal en el mes de Agosto 2012, con el objetivo de determinar el conocimiento sobre intoxicación por productos agrícola que tiene la población adscripta al Centro de Atención Primaria El Pino, La Vega, República Dominicana.

Palabras claves: Intoxicación, Productos agrícolas, pesticida, fertilizantes.

ABSTRACT

The poisoning for farm product used chemical it's minimizes occasional for company and labored, don't get away of performance the work poisoning for organophosphate incidence 1990 form Dr. Arturo Grullon Hospital, Santiago July Cabrerías2 showed 84%. With the objective of know the poisoning of population The Pine, La Vega, Dominican Republic To August 2012, we performed one prospective, cross sectional and descriptive study, concerning todeterminate.

Keys words: Poisoning, farm product, fertilizer and pesticide.

INTRODUCCIÓN

Los productos químicos usados en las labores agrícolas forman parte del desarrollo tecnológico, entre ellos se encuentran los plaguicidas sintéticos usados para prevenir y destruir las pestes y daños en los alimentos agrícolas, también los fertilizantes, sin dudas tiene usos beneficiosos, sin embargo al ser diseñados para afectar los organismos vivos, son un riesgo para la salud humana. Estos productos químicos son causas de las siguientes intoxicaciones:

Ocupacionales, durante el trabajo, proceso, derivados, fabricación, almacenamiento, transporte, aplicación y disposición final.

Accidental, cuando la exposición con estos productos se presenta de manera inesperada.

Intencional cuando se produce con el propósito de causar daño, incluye los intentos de suicidios, suicidios y homicidios. La tasa de mortalidad ha aumentado de 0.3/100,000 habitantes

en 1992, hasta 3/100,000 habitantes a nivel mundial. 8

Cuadro 1. Productos químicos agrícolas

Insecticidas minerales	Minerales	Arsénico Flúor Azufre Selenio
	Orgánico de síntesis	Órgano fosforado clorados Carbamatos Antracénico
	Aceite minerales	Petróleo Nicotina Piretrina rotenona
Herbicidas	Origen vegetal	
	Minerales Orgánico de síntesis	Sales Fitohormonas Derivados de urea, fenil, tiadizina, tiadizole
Fungicida	Otros	
	Minerales órgano metálico Orgánico	Sales Fitohormona Derivados de la urea, fenil
Rodenticidas	Cumarini-cos Inorgánico	Warfarina Sales de talio

Fuente: OMS

Las formulas de los plaguicidas son compuestos que incluyen sustancias transportadoras diluyentes con alto potencial toxico. Las leyes 87-01 y 42-01 responsabilizan a los empleadores de la implementación de las medidas de prevención de riesgo y promoción de la salud, también especifica que los trabajadores deben cumplir estas medidas^{4, 5}

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento adquirido por los agricultores sobre intoxicaciones causadas por productos químicos agrícolas se le aplica una encuesta a la población adscripta al Centro de Atención Primaria El Pino, La Vega, República Dominicana conteniendo las variables edad, exposición, productos químicos más utilizados y conocimiento adquirido de medidas preventivas, este instrumento se aplicó en el mes de agosto 2012. El universo estuvo compuesto por 700 familias perteneciente al Centro de Salud, la muestra fue

*Médico general

**Médico familiar y comunitario.

estratificada por viviendas, entrevistando a 127 agricultores quienes consintieron ser entrevistados. El criterio de inclusión fue agricultor que en el momento del estudio ejercieran labores agrícolas y perteneciente al Centro de Atención Primaria El Pino.

RESULTADOS

Los datos se expresan en los siguientes cuadros:

Cuadro 2. Distribución de los grupos de edades en agricultores encuestados El Pino, La Vega. 2012.

Grupos edades/ años	Frecuencia	%
25 - 30	7	5
31 - 35	9	7
36 - 40	14	11
41 - 45	18	14
46 - 50	24	18
51 - 55	26	20
56 y mas	29	25
Total	127	100

Fuente: encuesta

Cuadro 3. Distribución por exposición de los agricultores encuestados El Pino, La Vega. 2012.

Exposición	Frecuencia	%
Fertilizante	127	100
Plaguicida	127	100
Organofosforado	103	80
Organoclorado	31	24
Cumarinico	28	22
Otros	19	15
Combinados	13	10

Fuente: encuesta

Cuadro 4. Distribución por Conocimiento adquirido de los agricultores encuestados El Pino, La Vega. 2012.

Conocimiento adquirido	Frecuencia	%
Se enteró por charla en la empresa	79	61
Leyendo las etiquetas	33	25
Sobre uso de protector	21	16
Sobre el lavado de manos frecuente	17	13
Sobre el uso adecuado de guantes y bota de hule	14	11

Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

El estudio publicado en el Boletín de epidemiología 1 refirió 22 casos ingresados en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal de intoxicaciones por alimentos contaminados por plaguicidas y tres muertes por esta causa en diciembre 2000. Existen también publicaciones sobre el tratamiento de las intoxicaciones y escasas publicaciones sobre los conocimientos y las medidas que toman los agricultores para reducir el riesgo de exposición a los plaguicidas, fertilizantes y otros en República Dominicana. En nuestro estudio a la población de La Vega referente a estos conocimientos adquiridos por los agricultores mostró que el 77% era mayor de 41 años. El cuadro No. 3 reveló al 100% de ellos utilizando fertilizantes y pesticidas, de ellos el 80% laboraban con organofosforados; 24% con uso de organoclorados; el 22% usó cumarinicos para matar roedores y el 10% trabajo con esos productos químicos de manera combinada. El cuadro No. 4, revela el 79% de los agricultores tenía el conocimiento adquirido sobre esta materia en charlas ofrecidas por las empresas, solo el 25% supo por lectura de las etiquetas, el 16% refiere conocer el uso de protectores; 13% recuerda lo relativo al lavado frecuente de las manos y el 11% le hablaron sobre el uso de ropas adecuadas, guantes y botas de hule.

REFERENCIAS

1. Boletín epidemiológico Junio – diciembre. Intoxicación alimentaria por plaguicida. 2001: 10 -11
2. Cabrera, J. Intoxicaciones por organofosforados. 1988 -1990: 46
3. Espinal, R. Frecuencia de intoxicaciones en Hospital San Vicente de Paul. 2003 - 2005: 6 -8
4. Ley 42-01 República Dominicana.
5. Ley 87 -01 República Dominicana
6. Martin, J. intoxicación por roenticida cap. 10
7. Navarro, H. Intoxicacion por químicos usados en agricultura. 2006: 45.
8. Organización Mundial de la Salud. Productos agrícolas y sus componentes. 2000:22
9. Ruiz, C. secuelas por intoxicación con órganos fosforados 2002: 25
10. Santis, J. brotes de intoxicación en trabajadores agrícolas 2004: 67 – 68
11. Torres, M. Emergencia en intoxicación por cumarinico. 2003: 71
12. Valleneva, C. Intoxicaciones agudas por plaguicidas. 2003:32

PACIENTES MASCULINOS ASEGURADOS, CON DIAGNÓSTICO DE HTA EN UN CENTRO RURAL

María de la Cruz,* Fanny Félix,* María Crespo,* Flor Bisonó,* Dary Guerrero,* Aquino**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar cuántos pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) asegurados son consultados y a los cuales se les da seguimiento medicamentoso en el centro rural “Cañafistol” en el periodo de agosto 2012.

El estudio conto con un universo de 56 pacientes de los cuales la muestra estuvo constituida por 21 pacientes para un 37.5%.

El rango de edad predominante en esta patología fue 55-64 años con 11 pacientes para un 52.38%.

El 100% de los pacientes llevan su tratamiento en este centro de salud y usan los medicamentos proporcionados en el mismo por SENASA para sus afiliados.

La hipertensión en los hombres difiere de la hipertensión en las mujeres.

Los valores de la presión arterial se desarrollan de muy diferente manera con la edad en hombres y mujeres. También existen diferencias entre sexos en el grado en que se diagnostica y trata la hipertensión. En los hombres la hipertensión se detecta y trata menos que en las mujeres.

Palabras clave: Hipertensión arterial, masculinos asegurados, diagnóstico.

ABSTRACT

A retrospective descriptive study was performed on sectional to determine how many patients with a diagnosis of high blood pressure (HBP) insured are consulted and to which they are given medication monitoring in the rural center “Cañafistol” in the period of August 2012. The study counted with a universe of 56 patients from whom the sample was composed of 21 patients for a 37.5 %.

The predominant age range in this pathology was 55-64 years with 11 patients to a 52.38 %. The 100% of the patients take their treatment in this health center and used the drugs provided in the same by SENASA for its affiliates. Hypertension in men differs from hypertension in women.

Blood pressure values are carried out in very different ways with age in men and women. There are also differences between the sexes in the degree to which it is diagnosed and treated hypertension. In men the hypertension is detected and treated less than in women.

Key Words: arterial hypertension, masculine insured, fault finding.

INTRODUCCIÓN

Presión arterial, es a la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea sangre. Si esta presión aumenta y permanece elevada bastante tiempo, puede causar daños en el organismo de muchas formas. La presión arterial alta es una afección grave que puede causar enfermedad coronaria (conocida también como enfermedad de las arterias coronarias), insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular (derrame cerebral), insuficiencia renal y otros problemas de salud.

La hipertensión en los hombres difiere de la hipertensión en las mujeres.

Los valores de la presión arterial se desarrollan de muy diferente manera con la edad en hombres y mujeres. También existen diferencias entre sexos en el grado en que se diagnostica y trata la hipertensión. En los hombres la hipertensión se detecta y trata menos que en las mujeres.

Pero muchas personas no se dan cuenta de que están en riesgo de sufrir de hipertensión, según la American Heart Association y la Asociación Americana del Accidente Cerebrovascular (American Stroke Association).

Antecedentes

Cerca de 1 de cada 3 adultos en los Estados Unidos tiene presión arterial alta. Por lo general, la enfermedad por sí sola no produce síntomas. Una persona puede sufrirla durante años sin saberlo. Sin embargo, durante ese tiempo la presión arterial alta puede causar daños en el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones y otras partes del cuerpo.

Por lo general, los números de la presión arterial se escriben con la presión sistólica arriba o antes de la diastólica, por ejemplo, 120/80 mmHg. (La abreviatura “mmHg” significa milímetros de mercurio, que son las unidades en que se mide la presión arterial).

Categorías de los valores de la presión arterial en adultos (en mmHg o milímetros de mercurio)

Categoría	Sistólica (número de arriba)		Diastólica (número de abajo)
Normal	Menos de 120	y	Menos de 80
Prehipertensión	Entre 120 y 139	o	Entre 80 y 89
Presión arterial alta			
Fase 1	Entre 140 y 159	o	Entre 90 y 99
Fase 2	160 o más	o	100 o más

La presión arterial no es igual a todas horas. Disminuye cuando se duerme y aumenta cuando se despierta. También

* Médico general.
 **Internista.

aumenta cuando está emocionado, nervioso o realizando una actividad. Si los valores de presión arterial permanecen por arriba de los límites normales la mayor parte del tiempo, corre el riesgo de presentar problemas de salud.

Es posible que los números de presión sistólica y diastólica no estén en la misma categoría de presión arterial. En este caso, se encuentra en la categoría más grave de las dos. Por ejemplo, si el número de presión sistólica es 160 y el de presión diastólica es 80, este se define como la presión arterial alta en fase 2. Si el número de presión sistólica es 120 y el de presión diastólica es 95, es la presión arterial alta en fase 1.

Factores de riesgo

La edad avanzada

La presión arterial tiende a aumentar con la edad. Si usted es un hombre de más de 45 años o una mujer de más de 55, corre más riesgo de tener presión arterial alta.

La raza y el grupo étnico

Se presenta con más frecuencia en adultos de raza negra.

El sobrepeso o la obesidad

El sexo

Entre las personas adultas, las mujeres sufren menos presión arterial alta que los hombres. Sin embargo, las mujeres jóvenes y de edad madura (entre los 18 y los 59 años) tienen más probabilidades que los hombres de darse cuenta de que tienen la presión alta y de buscar tratamiento.

Los hábitos poco saludables. Entre ellos están:

- Consumir demasiado sodio (sal)
- Consumir alcohol en exceso
- No consumir suficiente potasio en la alimentación
- No realizar suficiente actividad física
- Fumar

Los antecedentes familiares de presión arterial alta. El estrés.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal para determinar cuántos pacientes asegurados (SENASA) se presentaron en el centro de atención primaria “Cañafistol” en San Juan de la Maguana, en el mes de agosto 2012 y sus principales causas de consulta. El estudio conto con un universo de 158 pacientes y una muestra de 65 casos.

Criterios de Inclusión

-Expedientes completos de:

Pacientes asegurados, consultados en dicho hospital en el periodo citado con diagnóstico de HTA.

Criterios de Exclusión

Pacientes que no cumplían con los criterios y objetivos de estudio:

Procedimiento

Se utilizó un cuestionario elaborado en función de objetivos y se procesaron y tabularon los datos obtenidos en Excel 2010 para su mejor comprensión.

RESULTADOS

El estudio conto con un universo de 56 pacientes de los cuales la muestra estuvo constituida por 21 pacientes para un 37.5%.

El rango de edad predominante en esta patología fue 55-64 años con 11 pacientes para un 52.38%, continuándose con el rango de 65+ con 6 pacientes para un 28.57%.

El 100% de los pacientes llevan su tratamiento en este centro de salud y usan los medicamentos proporcionados en el mismo por SENASA para sus afiliados.

Distribución según rango de edad

Rango de edad	# Casos	%
25-34	0	0
35-44	1	4.76
45-54	3	14.28
55-64	11	52.38
65+	6	28.57
Total	21	100

Fuente: Records pacientes asegurados

Afiliación

Seguro	# Casos	%
Pacientes afiliados	21	100
Pacientes no afiliados	0	0
Total	21	100

Fuente: Records pacientes asegurados

DISCUSIÓN

Comparando con la población femenina afectada de HTA (44 casos), es claro que la población masculina afectada por esta patología es poco menos de la mitad. Cabe destacar que a la hora de acudir a un centro de salud, la mujer tiene mejor criterio en cuanto a pedir ayuda y reconocer algún padecimiento. A pesar de que el hombre es quien generalmente trabaja y por consiguiente consta de un acceso más fácil a seguro médico, aun así la mujer acude más fácilmente a los centros de salud. De todos modos por este y otros criterios, se presentan más casos de HTA en mujeres, ya que asimismo según estudios realizados a nivel internacional, este es el sexo más afectado.

CONCLUSIÓN

El estudio conto con un universo de 56 pacientes de los cuales la muestra estuvo constituida por 21 pacientes.

El rango de edad predominante en esta patología fue 55-64 años.

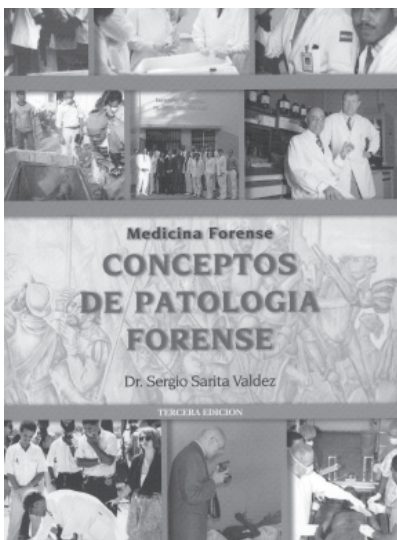
Todos los pacientes llevan su tratamiento en este centro de salud y usan los medicamentos proporcionados en el mismo por SENASA para sus afiliados.

REFERENCIAS

1. Factores de riesgo de la hipertensión que podrían sorprenderte” Publicado 04/05/12 15:00 - Por HealthDay Artículo por HealthDay, traducido por HolaDoctor.com
2. Acta méd. costarricense v.47 n.3 San José jul. 2005 Epidemiología y patogenia de la hipertensión arterial esencial, rol de angiotensina II, óxido nítrico y endotelina
3. Velázquez Monroy O et al. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch cardiolog Mex 2002; 72 (1): 75
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42:1206–52.
5. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2012; 125:e2–e220.
6. CDC. Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension—United States, 1999–2002 and 2005–2008. MMWR 2011;60:103–8.

7. Gu Q, Dillon CF, Burt VL, Gillum RF. Association of hypertension treatment and control with all-cause and cardiovascular disease mortality among US adults with hypertension. *Am J Hypertens* 2010; 23:38–45.
8. Farley TA, Dalal MA, Mostashari F, Frieden TR. Deaths preventable in the U.S. by improvements in use of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 2010; 38:600–9.
9. Wofford MR, Minor DS. Hypertension: issues in control and resistance. *CurrHypertens Rep* 2009; 11:323–8. *CurrHypertens Rep* 2009; 11:323–8.
10. Frieden TR, Berwick DM. The “Million Hearts” initiative—preventing heart attacks and strokes. *N Engl J Med* 2011;365:e27.
11. Banerjee D, Chung S, Wong EC, Wang EJ, Stafford RS, Palaniappan LP. Underdiagnosis of hypertension using electronic health records. *Am J Hypertens* 2012; 25:97–102.

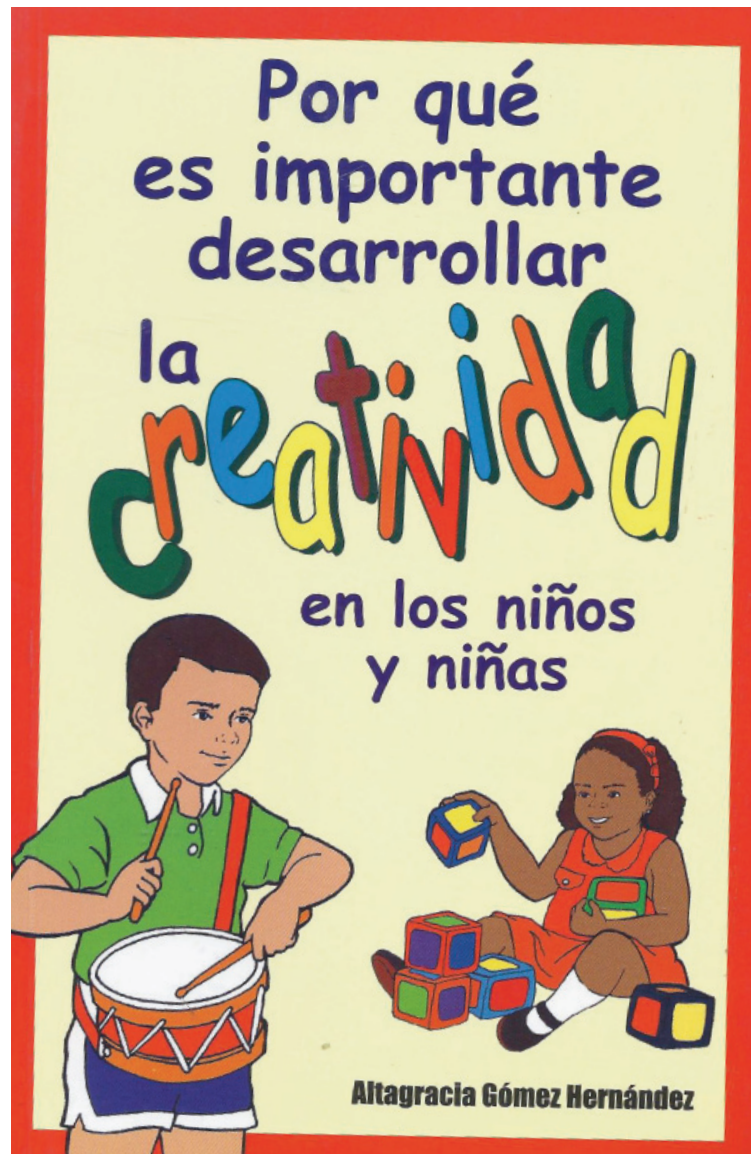
LIBROS · LIBROS · LIBROS



Conceptos de patología Forense

Autor: Dr. Sergio Sarita Valdez

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



FRECUENCIA DE PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DE FISIATRÍA, DEL HOSPITAL GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL.

Rosa M. Ureña,* Hilda Peralta Cambumba,** LeironUviera,** Digna Jorge,** Sonia Tejada Matos,**

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo, con el objetivo de evaluar la frecuencia de parálisis facial en paciente que asistieron a la consulta de fisiatría del Hospital General de la Policía Nacional, en un lapso de tiempo comprendido entre el mes de enero del 20012 hasta el mes de Diciembre del año 20012. Se revisaron 937 expedientes, de los cuales 33 pacientes presentaron parálisis facial. Se determino que la frecuencia de parálisis facial o de bell fue de 3.52%. Siendo la Edad más afectada 41-50 con un 27.27%. La frecuencia en el sexo masculino fue de 57.68% siendo el sexo femenino el de menor frecuencia con 42.42%. Enero y febrero fueron los meses con mayor frecuencia ambos con un 15%.

Palabras claves: Parálisis Facial, Consulta de Fisiatría.

ABSTRACT

We performed a retrospective and descriptive study in order to evaluate the frequency of facial paralysis in patients attending the Physiatrist's practice at the General Hospital of the National Police, in a period of time between January and December of the year 2012. 937 records were reviewed, of which 33 patients had facial paralysis. It was determined that the frequency of facial paralysis of Bell was 3.52%. The most affected age was 41-50 with a 27.27%. The frequency in males was 57.68%. Females were the least affected with a 42.42%. The months with higher frequency were January and February, both with 15%.

Keywords: Facial Paralysis, Physiatrist's practice.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica idiopática o primaria, es aquella que tiene comienzo agudo y no tiene causa conocida. Se asociaba con el enfriamiento brusco del rostro (parálisis a frigore), sin embargo, actualmente la etiología se atribuye a un proceso inflamatorio en el nervio debido a una infección viral (particularmente de la familia herpes virus). Provoca parálisis de los músculos inervados por la rama temporofacial y cervicofacial del nervio facial, ocasionando la pérdida total o parcial de los movimientos voluntarios, reflejos y automáticos de dichos músculos.

La parálisis facial periférica idiopática o parálisis de Bell es la causa más común de parálisis facial aguda. Los músculos de un lado de la cara se debilitan o paralizan y los surcos

alrededor de los labios, la nariz y la frente se "alisan". Al intentar sonreír la boca se desvía hacia el lado opuesto a la lesión. La saliva puede salirse por el ángulo bucal. La mejilla puede hincharse dado que el músculo buccinador se haya paralizado. La dificultad del paciente para cerrar el ojo origina irritación y predispone a la infección o ulceraciones corneales.

La parálisis de Bell acompaña a la presencia del DNA del virus del herpes simple (herpes simple virus, HSV) tipo 1 en el líquido endoneural y el músculo auricular posterior, lo cual sugiere que la reactivación del virus en el ganglio geniculado pudiera ser la causa del trastorno. Sin embargo, no se ha corroborado la participación causal del virus recién mencionado, en la parálisis de Bell entre los receptores de la vacuna intranasal desactivada para influenza.

Los pacientes afectados por parálisis facial presentan una asimetría facial, debido a la hipo o atonía de la musculatura afectada, lo que provoca un impacto emocional negativo, causándole severos problemas en la interrelación con su entorno social y disminución franca en la calidad de vida. La parálisis facial provoca además, queratitis a repetición, úlceras corneales, epifora, incontinencia de la secreción salival, acumulación de alimentos en el vestíbulo yugal, movimientos anormales, dificultades al hablar y falta de expresividad.

Esta entidad tiene una frecuencia de 20 a 30 casos por 100.000 personas al año, hombres y mujeres presentan incidencia similar, presenta picos en la edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, y entre los 50 y 60 años, su mayor número de casos en los meses fríos de diciembre, enero y febrero, las mujeres embarazadas y diabéticos en enero y febrero es más frecuentes.

Su fisiopatología es desconocida aunque la hipótesis más difundida es la inflamación del nervio que produce compresión e isquemia dentro del canal facial.

Se han propuesto diferentes tipos de mecanismos etiopatogénicos: genético, vascular, infeccioso, inmunitario y vírico por herpes simple tipo I (VHS-1). Desde el aislamiento del genoma del VHS-1 en el líquido endoneural de personas con parálisis de Bell, la activación de VHS-1 es ampliamente aceptada como la causa de la mayoría de los casos de parálisis de Bell.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y suele presentar las siguientes características: Parálisis facial difusa con o sin afectación del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua y de la secreción lagrimal y salivar.

Inicio agudo, en ocasiones precedido de otalgia, curso progresivo y máxima paresia en las 3 primeras semanas.

Más de las dos terceras partes de las personas con parálisis

*Médico fisiatra.

**Médico general.

de Bell, presentarán una completa recuperación de forma espontánea.

El pronóstico es mejor cuanto menor sea el grado de paresia. La mejoría clínica se consigue en el 85% de los casos en las 3 primeras semanas. Del resto, algunos mejoran entre 3 y 6 meses más tarde.

En el estudio con mayor número de pacientes que no recibieron tratamiento alguno se encontró que el 71% presentan una recuperación completa de la función motora de los músculos faciales, el 13% presentan secuelas leves y el resto (16 %) sufren secuelas permanentes de moderadas a graves con contracturas musculares y discinesias.

El tratamiento consiste en esteroides, antivirales, vitaminas, fisioterapia y en algunos casos cirugía

Esteroides. En la parálisis de Bell, el uso de esteroides en las primeras 72 horas es de utilidad, la prednisona a dosis de 1 mg/kg/día (máximo 80 mg), la cual se debe descender paulatinamente en el término de 7 a 10 días. Otros autores recomiendan usar 60 mg. diarios por tres días y descender paulatinamente.

Antivirales. Se recomienda la administración complementaria de antivirales como el aciclovir. En caso de infección por herpes simple, se administran 200 mg de aciclovir cinco veces al día (cada cuatro horas), durante cinco días.

Vitaminas. Se recomienda el uso de vitaminas neurotrópicas B1, B6, B12 o bien mecobalamina, ya sea vía oral o parenteral, lo cual ayuda a la remielinización. También son de gran importancia las lágrimas artificiales y gotas cada 4 horas en el ojo del lado de la parálisis facial, para lubricar adecuadamente la córnea. Anteojos oscuros, para evitar la reseca o el polvo ambiental y Oclusión del ojo con terramicina por las noches, si el lagoftalmos es severo.

Cirugía. Si la recuperación espontánea del nervio no se produce, la presentación clínica a largo plazo usualmente incluye sincinesias, atrofia muscular por desuso, adhesión del tejido blando y alargamiento muscular con la consiguiente ptosis facial, provocando además en el lado afectado una hipercontracción de la musculatura, dando como resultado el desbalance facial clásico.

Idealmente la reparación del nervio dañado es el mejor tratamiento, pudiéndose realizar solo cuando este se encuentra intacto y el tiempo transcurrido entre la lesión y la reparación es mínimo. Las técnicas que se han utilizado para tratar esta secuela van desde neurorafiastransfaciales hasta colgajos libres microvascularizados y microinervados con resultados, que en algunos casos son satisfactorios.

La finalidad de este estudio es demostrar la incidencia de parálisis facial en el Hospital General de la Policía Nacional. Así como destacar el grupo etario más frecuente y si existe predisposición por algún género. Y que época del año es más frecuente la entidad a tratar.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que se llevo a cabo en la siguiente investigación fue descriptivo, de fuente retrospectiva de información de corte transversal. Para determinar la frecuencia de parálisis facial en el Hospital General de la Policía Nacional Enero-Diciembre 20012. Santo Domingo Rep. Dom. Para la recogida de datos en el campo de estudio se utilizo como instrumento básico, un protocolo de investigación, en el que los nombres de los pacientes aparecen en anonimato, por cuestiones bioéticas, el mismo incluía fecha, número de expediente, edad diagnóstico y procedimientos realizados. La población tomada incluyo

todos los pacientes que asistieron a consulta de Fisiatría del Hospital de la Policía Nacional durante el periodo de Enero-Diciembre 20012. De esta población se extrajo como muestra todos los pacientes diagnosticados con parálisis facial que asistieron a la consulta de fisiatría. Luego de obtener todos, estos fueron analizados y discutido. Los aspectos de mayor interés fueron: la edad más frecuente, el sexo y la época del año donde es más frecuente dicha enfermedad.

RESULTADOS

En el departamento de fisiatría se encontró un total de 937 expedientes de pacientes que asistieron a este departamento, de los cuales 33 pacientes presentaron la entidad correspondiendo a un (3.52%). cuadro1. la edad más frecuente de 41-50% con 9 pacientes para un (27.27%).cuadro2. el sexo más afectado fue el masculino con un(57.58%).cuadro3. y los meses de mayor frecuencia fueron enero y febrero ambos con un (15%). cuadro4

Frecuencia de parálisis facial en pacientes que asistieron a la consulta de fisiatría en el hospital general de la policia nacional, enero - dic. 2012.		
Record revisados	Frecuencia	%
Pacientes que asistieron a la consulta de fisiatría con diagnóstico de parálisis facial	33	3.52
Pacientes que asistieron a la consulta de fisiatría sin diagnóstico de parálisis facial	904	96.48
Total	937	100.00

Fuente: Historias clínicas departamento de archivo del Hospital General Policía Nacional

Distribucion por edad de los/las pacientes con parálisis facial que asistieron a la consulta de fisiatría en el hospital general de la policia nacional.

Edad	Frecuencia	%
0 - 20	5	15.15
21 - 30	4	12.12
31 - 40	4	12.12
41 - 50	9	27.27
51 - 60	2	6.06
61 - 70	6	18.18
70 en adelante	3	9.09
Total	33	100.00

Fuente: Historias clínicas departamento de archivo del Hospital General Policía Nacional

Sexo en pacientes con parálisis facial que asistieron a la consulta de fisiatría en el hospital general de la Policía Nacional

Sexo	Frecuencia	%
F	14	42.42
M	19	57.58
Total	33	100.00

Fuente: Historias clínicas departamento de archivo del Hospital General Policía Nacional

Mes De Mayor Asistencia De Pacientes A La Consulta De Fisiatria En El Hospital General De La Policia Nacional

Mes	Frec.	%	Paciente Diagnosticados Con Paralisis Facial	%
Enero	60	6.40	5	15.15
Febrero	125	13.34	5	15.15
Marzo	41	4.38	1	3.03
Abril	102	10.89	3	9.09
Mayo	87	9.28	4	12.12
Junio	43	4.59	2	6.06
Julio	115	12.27	3	9.09
Agosto	68	7.26	4	12.12
Septiembre	80	8.54	2	6.06
Octubre	80	8.54	1	3.03
Noviembre	44	4.70	0	-
Diciembre	92	9.82	3	9.09
Total	937	100.00	33	100.00

Fuente: Historias clínicas departamento de archivo del Hospital General Policía Nacional

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según la revista inglesa *carrentconcepts in neurology*. La frecuencia en Inglaterra es de 20 a 30 casos por 100,000, sin embargo en el hospital que se realizo el estudio se encontró 33 casos por 937 pacientes que asistieron a la consulta de fisiatria de este hospital.

El autor Lewis P Rowland refiere que en sus investigaciones las edades más frecuentes es en la tercera y quinta década de la vida, estudio que se relaciona con el realizado debido a que el grupo etario más frecuente fue de 41-50.

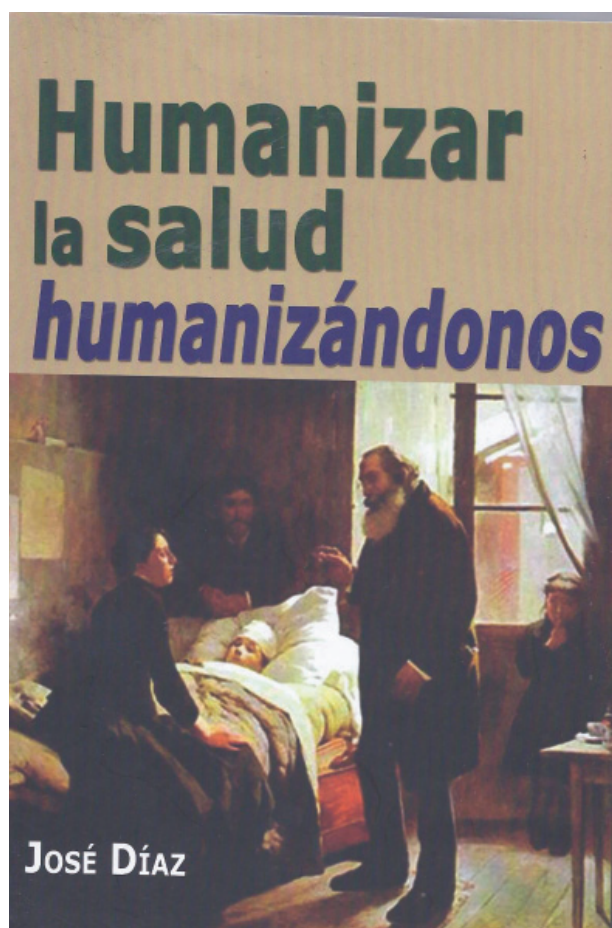
En la revista *cielo* se evidencia un estudio donde hombres y mujeres presentan incidencia similar, en el que se realizo se nota mayor frecuencia en el sexo masculino aunque la diferencia no es tan significativa.

En este mismo estudio se encontró mayor número de casos en los meses fríos de diciembre, enero y febrero, estudio que se relaciona con el realizado debido a que los meses con mayor frecuencia fueron Enero y Febrero.

Hasta ahora no se conoce la causa específica que origina esta entidad, aunque la mayoría de los pacientes tenían historias de cambio brusco de temperatura.

REFERENCIAS

1. Adour k, Kedar MD: the New England journal of medicine. Carrent concepts in neurology. 2009 august 5, vol 507 # 348-351
2. Berkow R, Beers M. Editores.Paralisis facial, Manual Merck. 10 ed. 2009. Pág. 359.
3. Fenómeno de Bell disponible en: <http://www.clinicapanamericana.com/informacion/paralisis-facial-periferica.php>
4. Fauci A, KasperD.editores.Principio de medicina interna. Paralisis de Bell. En: 17ª ed.Vol II mexico: mc grawhill;2009.pag.2584-2585.
5. Lois A., Gispert C. Coordinadores.Paralisis Facial, Diccionario de medicina Océano Mosby. 5 ed. Barcelona: Océano; 2001
6. Moore L. nervio facial En: Dalley A, coordinador. Anatomía con Orientación Clínica. quinta edición. Buenos Aires: Panamericana; 2007.p. 944-945.
7. Parálisis Facial Idiopática Disponible En : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262006000200015&script=sci_arttext
8. Parálisis Facial Periférica, disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos67/paralisis-facial-periferica/paralisis-facial-periferica.shtml#ixzz2NB8sVuOV>.
9. Parálisis de Bell. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_facial_perif%C3%A9rica <http://www.clinicapanamericana.com/informacion/paralisis-facial-periferica.php>
10. Piedrofitaponz F. Neurofisiología. Primera edición. Madrid: Editorial síntesis;1991
11. Rowland I. Neurología de merit. Decima edición .Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2001. Pág. 458-459.
12. Tratamiento quirúrgico de paralisis facial disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262006000200015&script=sci_arttext.



INCIDENCIA DE CASOS DE DIARREA EN PACIENTES DE 0-18 AÑOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL.

Eliana Paola Molina Genao,* Félix Martínez, * Eduardo Cordero.*

RESUMEN

La diarrea es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada que se caracteriza por un aumento de la frecuencia, el volumen o la fluidez de las deposiciones. El número de deposiciones es muy variable y puede oscilar de tres al día, a tres por semana. En esta investigación se utilizó un tipo de estudio retrospectivo, en el Hospital Municipal De Tamboril en el periodo abril-julio 2012, en pacientes de 0-18 años, con el objetivo de determinar y demostrar por el análisis de datos estadísticos la incidencia de casos de EDA en este hospital. Determinamos que de 1,897 pacientes consultados, 593 resultaron con EDA, para un porcentaje de un 31.2%.

El sexo con mayor número de casos fue el masculino, con un 51.6% para 306 casos. El grupo de edad de pacientes estudiados oscilaba de 0-18 años, de los cuales los pacientes de 5-14 años fueron los más afectados, con 55.5% para 329 casos. En cuanto a los signos y síntomas, la diarrea y la deshidratación de leve a moderada, siempre estuvieron presentes. La obtención de los resultados fueron obtenidos de los estudios de los libros de registros, EPII y formularios de consultas y emergencias de este Hospital Municipal De Tamboril.

Donde se hace notoria la baja incidencia de EDA en niños menores de un año en dicho hospital.

Los sistemas estadísticos de registros de los pacientes del sector público, no tienen la organización necesaria, que brinde facilidad al que necesite datos precisos, para desarrollar el trabajo científico que se requiere.

Un aspecto importante es el conocimiento del manejo y la dinámica a seguir en la evolución de la enfermedad, para que el paciente termine sano.

Palabras claves: Diarrea, deshidratación, incidencia.

ABSTRACT

Diarrhea is an infectious disease and auto intestinal limited generally characterized by an increase in the frequency, fluidity or volume of bowel movements. The number of stools is highly variable and can range from three a day to three a week. In this study we used a kind of retrospective, Municipal Hospital Tamboril in the period April to July 2012, in patients 0-18 years, in order to determine and demonstrate statistical data analysis the incidence EDA in this hospital. We found that of 1,897 patients surveyed, 593 were with EDA, for a percentage of 31.2%.

Sex with the highest number of cases was male, with a 51.6% to 306 cases. The age group of patients studied ranged

from 0-18 years, of which patients aged 5-14 years were the most affected, with 55.5% for 329 cases. As for the signs and symptoms, diarrhea and mild to moderate dehydration, were always present. Obtaining the results obtained from studies of the books of records, and forms EPII consultations and emergencies of this Tamboril Municipal Hospital.

Where is notoriously low incidence of ADD in children under one year in the hospital. Statistical systems of patient records in the public sector, do not have the necessary organization, that provides easy to need accurate data to develop the scientific work that is required.

Importantly, knowledge management and dynamic forward in the evolution of the disease, so that the patient ends healthy.

Keywords: diarrhea, dehydration, incidence.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo como el nuestro, representa una de las primeras causas de muerte en la población infantil, contribuyendo a la desnutrición.

La palabra Diarrea proviene del vocablo griego antiguo *διάρροια* (*diárrhoia*), es decir, *διά* (*dia*) “a través” y *ῥέω* (*rhein*) “corriente o flujo”. La Diarrea es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en comparación con las condiciones fisiológicas, lo cual con lleva una baja absorción de líquidos y nutrientes, y puede estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito. La diarrea se considera aguda cuando las evacuaciones intestinales son frecuentes, líquidas, abundantes con una duración de 2-3 semanas. Ocupa el segundo lugar en enfermedades infantiles dejando de ser el primero gracias a los sueros de rehidratación oral (SRO).

De las diarreas, las más frecuentes pueden ser virales, donde el agente más común es el rotavirus, después están las Parasitarias (*shiguella* sp, *criptosporidium*, *guardia lambia*) y en las Bacterias (*vivrio cholerae*, *escherichia coli*, *salmonella*, entre otras). Normalmente estos agentes se diseminan por vía fecal oral, es decir con la ingestión de agua o alimentos contaminados. Los factores predisponentes son: el tratamiento inapropiado, la mala nutrición, la alimentación infantil inadecuada, higiene personal y domestica deficiente, falta de agua potable, ausencia de medidas eficaces contra epidemias y el tiempo que se tarda en corregir las diferentes problemáticas para que baje la incidencia.

Se deben destacar las debilidades con que cuenta El Sistema

*Médico general.

Nacional De Salud para corregir los factores que intervienen en la aparición de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, con la finalidad de determinar la incidencia de casos de diarrea en pacientes de 0-18 años, que acudieron a la Consulta Y Emergencia Del Hospital Municipal De Tamboril, abril-julio 2012. Estos Pacientes llegaban con signos y síntomas que evidenciaban el síndrome diarreico. Este estudio pudo realizarse gracias a la facilidad brindada por el personal adecuado, luego de dirigirme a dicho centro, pensé que obtendría los datos necesarios y principales con el fin de obtener la mayor cantidad de datos sobre la enfermedad interesada a investigar. Por esta razón se revisaron los libros de registros de los pacientes y se encontró:

De una población estudiada de 1,897 pacientes, 593 pacientes resultaron afectados por EDA. Comprendido en el grupo de edad de 0-18 años, donde la frecuencia de la enfermedad diarreica aguda en pacientes afectados, fue de un 31.2% y la población no afectada fue de un 68.7%.

Según la variable sexo, el mayor número de casos fue el masculino con un porcentaje de un 51.6% para 306 casos. Mientras que el sexo femenino, con un menor porcentaje, de 48.4% para 287 casos. Según el grupo de edades el rango de edad más frecuente fue de 5-14 años con un porcentaje de 55.5% para 329 casos. Los que resultaron con menos porcentaje, fueron menores de 1 año de edad para un 2.7% de 16 casos. Mientras que de 1-4 años, se obtuvo un 25.6% para 152 casos. En tanto que de 15-18 años, un 16.2% para 96 casos.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia De Enfermedad Diarreica Aguda En El Hospital Municipal De Tamboril.

Población estudiada: 1,897 pacientes			
Pacientes afectados: 593		Pacientes no afectados: 1,304	
Frec. 593	Porc: 31.2	Frec: 1,304	Porc: 68.7

Cuadro 2. Pacientes afectados por enfermedad diarreica aguda según el sexo.

Sexo	Número de casos	%
Masculino	306	51.6
Femenino	287	48.4
Total	593	100,0

Cuadro 3. Pacientes afectados por enfermedad diarreica aguda según grupos de edades.

Edad (años)	Número de casos	%
< 1	16	2.7
1-4	152	25.6
5-14	329	55.5
15-18	96	16.2
Total	593	100,0

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La enfermedad diarreica aguda es primordialmente un “trabajo de equipo”, donde la madre, el equipo de salud y el estado juegan un papel indispensable para la solución de este problema de Salud. Es recomendable asesorar a las madres, ya sea en consultas o trabajos comunitarios de capacitación sobre la mejor manera de manipular los alimentos, la ingestión de agua potable, la higiene personal, entre otros.

Por otro lado, la madre, es la que tiene un mayor compromiso, al momento de prevenir que sus niños se enfermen, puesto que, esto afecta la dinámica familiar y los padecimientos suelen ser costosos.

Se pudo observar que la edad de 5-14 años fueron los más afectados.

Al momento de identificada la enfermedad, el hospital, cuenta con un programa de atención integral de las enfermedades que inciden en la infancia.

REFERENCIAS

1. Guarinoy A, Albano F. Guia para el manejo ambulatorio de pacientes con diarrea aguda. Nápoles.
2. Sánchez C, MD. Oficina de Recursos Educativos. FEPAFEM.
3. Ministerio De Salud Pública. R.D. Normas de Pediatría.
4. Harrison. Medicina Interna. 18 ed.
5. Heymann D. Control de Enfermedades Transmisibles. 10 ed.
6. Protocolo de Evaluación Sanitaria Rápida en Situaciones de Emergencia. Enfermedades Diarreicas Agudas. 2011.
7. Alerta Epidemiológica. OPS. Cólera y Diarrea. República Dominicana. 2010
8. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Elaboración y Revisión Permanente de Guías de Practica Clínica de la Diarrea en el 1 y 2 Nivel de Atención.

FRECUENCIA Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA LA CALETA, LA ROMANA, REPÚBLICA DOMINICANA.

Micaela Mejía Telfor,* Alexandra Mateo,* Larissa Rojas,* Vicky De Los Santo,* Hector A. Sosa.*

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo con información retrospectiva de corte transversal, de los usuarios que asistieron a la consulta de medicina familiar. Esta investigación tiene como objetivo determinar la cantidad de pacientes con hipertensión arterial, según el sexo, la edad, con o sin antecedente mórbido, el tipo de tensión arterial y tratamiento.

Se procedió a la revisión de 2212 expedientes de los cuales 60 fueron diagnosticados con Hipertensión arterial para un (100%). Siendo el sexo femenino más afectado con 40 casos para un (67%). El intervalo de edad más afectado es de 65 y más con 29 pacientes para un (48%). Se encuentra con mayor índice sin antecedente mórbido 51 casos (85%). El tipo de tensión arterial más frecuente fue la Hipertensión arterial estadio II con 48 casos (80%).

Palabra clave: Hipertensión arterial; Presión arterial alta; Tensión arterial alta.

ABSTRACT

This is a descriptive study with cross-sectional retrospective information from users who attended the outpatient clinic. This research is to determine the number of patients with hypertension, according to sex, age, with no history or morbid, blood type and treatment.

We proceeded to the review of 2212 cases of which 60 were diagnosed with hypertension for a (100%). Females were more affected with 40 cases for a (67%). The most affected age range is 65 and most for 29 patients (48%). It is most morbid antecedent index without 51 cases (85%). The blood type most prevalent was hypertension stage II with 48 cases (80%).

Key word: Hypertension, high blood pressure.

INTRODUCCIÓN.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y

por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

La hipertensión arterial, de manera silente, produce cambios en el flujo sanguíneo, a nivel macro y microvascular, causados a su vez por disfunción de la capa interna de los vasos sanguíneos y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, que son las responsables de mantener el tono vascular periférico. Muchos de estos cambios anteceden en el tiempo a la elevación de la presión arterial y producen lesiones orgánicas específicas.

En el 90 % de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.

Clasificación de la tensión arterial

Clasificación de la PA medida en consulta según las distintas guías						
Según AHA (2003)	Según ESC (2007)	Según NICE en consulta (2011)	Presión sistólica		Presión diastólica	
			(mmHg)		(mmHg)	
			mmHg	kPa	mmHg	kPa
Normal	Óptima		<120	<16	y <80	<10.5
Prehipertensión	Normal	Normal	120-129	16.0-17.2	ó 80-84	10.7-11.2
	Normal-alta		130-139	17.3-18.5	ó 85-89	11.3-11.9
HTA estadio 1	HTA grado 1	HTA estadio 1	140-159	18.7-21.2	ó 90-99	12.0-13.2
HTA estadio 2	HTA grado 2	HTA estadio 2	160-179	21.3-23.8	ó 100-109	13.3-14.5
	HTA grado 3	HTA grave	≥180	≥23.9	ó ≥110	≥14.6
Hipertensión sistólica aislada			≥140	≥18.7	y <90	<12.0

*Médico general.

Clasificación de la PA medida por AMPA o MAPA, según NICE (2011).		
Estadio	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
HTA estadio 1	135-159	ó 85-99
HTA estadio 2	150-179	ó 95-109

Diagnóstico

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a través de los antecedentes familiares y personales, una exploración física y otras pruebas complementarias.

Tratamiento

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Las pastillas son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, ya que el médico también suele recomendar una dieta para perder peso y medidas como no abusar del consumo de sal, hacer ejercicio con regularidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, de fuente retrospectiva, de corte transversal el cual tiene como objetivo determinar la Frecuencia y Tratamiento de Hipertensión Arterial en la consulta de medicina familiar en la unidad de atención primaria La Caleta, La Romana, Republica Dominicana, junio – Diciembre 2012.

El universo estuvo constituido por el total de 2212 pacientes con expedientes clínicos de los usuarios que asisten a consulta general. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial según las pruebas de laboratorio y mapa de tensión arterial. En dicho estudio se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados con hipertensión, mayores de 22 años que acudieron a la consulta en dicho periodo.

Las variables (edad, sexo, con o sin antecedente mórbido, el tipo de tensión arterial y tratamiento) sometidas a este estudio fueron analizadas mediante los datos obtenidos, los cuales se tabularon y se calcularon de forma estadística, en frecuencia, porcentaje, proporción, medidas de tendencias centrales y discreción que se mostraran en cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Los resultados del estudio; sobre Frecuencia y Tratamiento de Hipertensión Arterial en la consulta de medicina familiar en la unidad de atención primaria La Caleta, La Romana, Republica Dominicana, junio – Diciembre 2012, se presentan a continuación en tablas, con sus respectivos análisis.

Tabla 1. Distribución porcentual por edad de los usuarios diagnosticados con hipertensión que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria La Caleta, La Romana, Republica Dominicana, junio – Diciembre 2012.

Edad	Frecuencia	%
22-44	6	10
45-54	13	22
55-64	12	20
65 y más	29	48
Total	60	100

La tabla muestra que del 100% de los pacientes que acudieron a consulta el 48% correspondió a la edad entre rango de 65 y más teniendo su mayor porcentaje, seguido en segundo lugar del 22% en intervalo de 45-54, aquí podemos ver claramente que en personas por debajo de 45 años hubo un 90% diagnosticados con hipertensión arterial por lo que en estos tres intervalos esta ya el mayor porcentaje y el menor porcentaje de los intervalos se encuentra de 22-44 con un 10%.

Grafico

Tabla 2. Distribución porcentual por sexo de los usuarios diagnosticados con hipertensión arterial que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria La Caleta, La Romana, Republica Dominicana, junio – Diciembre 2012.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	40	67
Masculino	20	33
Total	60	100

En esta tabla vemos claramente que el sexo más afectado con hipertensión arterial es el femenino con un 67% en contraste con el masculino con un 33%.

Tabla 3. Distribución porcentual por el tipo de tensión arterial más frecuente entre los usuarios diagnosticados con hipertensión que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria La Caleta, La Romana, Republica Dominicana, junio – Diciembre 2012.

Tipo de Tensión Arterial	Frecuencia	%
Hipertensión arterial estadio I	12	20
Hipertensión arterial estadio II	48	80
Total	60	100

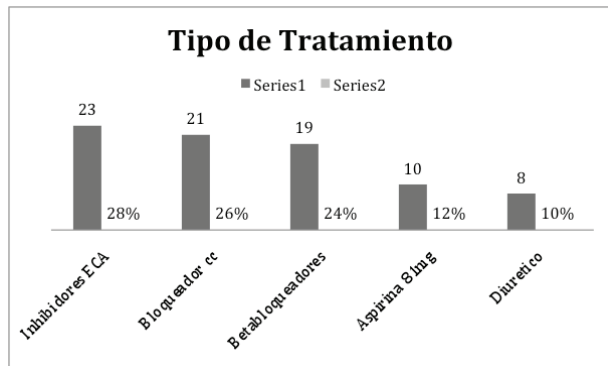
En este pastel podemos ver claramente que los pacientes con antecedentes mórbidos solo se presentaron 9 casos para un 15%, en relación a lo que no presentaron antecedentes 51 casos (85%).

Tabla 5. Distribución porcentual por el tipo de tratamiento aplicado en hipertensión arterial más frecuente entre los usuarios diagnosticados con hipertensión que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria La Caleta, La Romana, Republica Dominicana, junio – Diciembre 2012.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Inhibidores ECA	23	28
Bloqueador de los canales de calcio	21	26
Betabloqueadores	19	24
Aspirina 81mg	10	12
Diuretico	8	10
Total	67	100

En este grafico podemos ver claramente el tipo de tratamiento aplicado en hipertensión arterial más frecuente, siendo los Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina con 23 pacientes para un 28%, seguido de los bloqueadores de los canales de calcio en un 26%.

Grafico 5.



DISCUSIÓN

Agustina Mejía Aquino; realizaron un estudio descriptivo de corte transversal sobre conocimientos, actitudes y practicas preventivas sobre hipertensión arterial en la población adulta, municipio de Yaguata, provincia de San Cristóbal, Republica Dominicana Septiembre – Diciembre 2008. En el cual arrojaron los siguientes resultado de 1416 jefes de familias residente en la zona solo representaba el 5.6% del universo con solo 79 viviendas. También que el sexo femenino fue el más afectado para un 60.8% en relación al masculino para un 39.2%. De acuerdo el grupo de edad mayor, se encuentra entre 50 y más con un 35.4% y de 41 a 50 años con un 28%. Por lo cual guarda relación con nuestro estudio debido a que el sexo femenino fue más afectado para un 67% en contraste con el masculino con un 33%. Asimismo el 48% correspondió a la edad de 65 y más teniendo su mayor porcentaje, seguido en segundo lugar del 22% en intervalo de 45-54.

Vinalisi Morillo Ferreras, Yulissa M. Jiménez Florián y Cols. Realizaron un estudio sobre la incidencia de hipertensión arterial en el hospital San Bartolomé de Neyba en el periodo del mes de junio año 2010, los resultado en cuanto al tipo de tratamiento predomino el uso de bloqueadores de los canales de calcio 65 pacientes (59.6%), seguido de los Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina en 48.6%. Este estudio no guarda relación con el nuestro debido a que predomino Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina con 23 pacientes para un 28%, seguido de los bloqueadores de los canales de calcio en un 26%. León y Cols. en el 2009 en cuba, obtuvo un predominio de los diuréticos en un 81%

al igual Coca y Cols., en el 2006, en España, los diuréticos predominaron en un 51.8%.

REFERENCIAS

1. Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD (2009). «Cap. 11 Hypertensive vascular disease». En Saunders (Elsevier). Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease (8th edición). ISBN 978-1-4160-3121-5.
2. Dreisbach, Albert W; Sat Sharma y Claude Kortas (feb. de 2010). «Hypertension» (en inglés). Nephrology: Hypertension and the Kidney. eMedicine.com.
3. José F. Guadalajara Boo (jefe de Servicio Clínico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez). Programa de actualización continua para Cardiología. pp. p8.
4. Kasper, Braunwald, Faustin, Hauser, Longo, Jameson, Harrison. Principios de Medicina Interna 16a edición, Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva, Editora Mc.Gramw-Hill, vol. 1, 2006.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. (December 2003). «Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure». Hypertension 42 (6): pp. 1206–52.
6. Mancia G, De Backer G, Dominiczack A, et al. (2007). «2007 Guidelines for the management of arterial hypertension» (en inglés). European Heart Journal (28): pp. 1462-1536. Archivado.
7. Mancia G, De Backer G, Dominiczack A, et al. (2007). «Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007» (en español). Rev Esp Cardiol. 9 (60): pp. 968.e1-e94.
8. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults». National Institute for Health and Clinical Excellence. Consultado el 30-12-2012.
9. Agustina Mejía Aquino. Conocimientos, actitudes y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en la población adulta. Municipio de Yaguata, provincia de San Cristóbal, Republica Dominicana Septiembre – Diciembre 2008.
10. Vinalisi Morillo Ferreras, Yulissa M. Jiménez Florián y Cols. Incidencia de hipertensión arterial en el hospital San Bartolomé de Neyba. Revista Dominicana APS, 2011. Vol.20. no.1 pág. 50-52.

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>



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" (grisacea, 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

ANEMIA: PREVALENCIA DE USUARIO QUE ACUDEN A CONSULTA DE MEDICINA GENERAL EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SEMANA SANTA, YAGUATE, SAN CRISTÓBAL, REPUBLICA DOMINICANA.

Alexandra Mateo,* Larissa Rojas,* Micaela Mejía Telfor,* Vicky De Los Santo,* Hector A. Sosa.***

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo con información retrospectiva de corte transversal, de los usuarios que asistieron a la consulta de medicina general. Esta investigación tiene como objetivo determinar la cantidad de pacientes con anemia, el sexo y rango de edad más afectada, y el tipo de anemia más frecuente.

Se procedió a la revisión de 4877 expedientes de los cuales 1950 fueron diagnosticados con anemia según analítica para un 40%. Siendo el sexo femenino más afectado con 1407 casos para un 72.2%. El intervalo de edad más afectado es de 15-25 años con 582 pacientes para un 30%. El tipo de anemia más frecuente fue la anemia microcítica hipocromía con 1445 casos para un 74.1%.

Palabra clave: anemia, prevalencia, microcítica.

ABSTRACT

Is a descriptive study with retrospective information of cross section, of the users who attended the general medicine consultation. This investigation must like objective determine the amount of patients with anemia, the sex and rank of affected age more, and the type of more frequent anemia.

It was come to the revision of 4877 files of which 1950 were diagnosed with anemia according to analytical for a 40%. Being the most affected sex the feminine one with 1407 cases for a 72.2%. The age interval more affected is the one of 15-25 anuses with 582 patients to 30%. The most common type of anemia was microcytic hypochromia with 1445 cases for 74.1%.

Key word: anemia, prevalence, microcytic.

INTRODUCCIÓN

La anemia es el problema de salud más común en el mundo, que afecta principalmente a las mujeres en edad reproductiva, a los infantes y a los niños. En América Latina y el Caribe, la prevalencia es menor, aproximadamente 40% en mujeres embarazadas, con los mayores niveles en el Caribe.

La anemia es la deficiencia de glóbulos rojos, lo cual puede ser por pérdida de estos o por formación demasiado lenta.

El hematocrito es útil también para determinar el tipo de anemia pues junto al número de glóbulos rojos y la cantidad de hemoglobina ayudan a determinar los índices de glóbulos rojos como:

Volumen Corpuscular Medio (VCM): Estable el tipo de anemia en base al tamaño, pudiéndose clasificar en:

Microcítica: anemia por falta de hierro y Talasemia.

Macrocítica: deficiencia de ácido fólico, de vit B12, enfermedades hepáticas, alcoholismo.

Normocítica: pérdida de sangre aguda, anemia aplásica, válvulas coronarias protésicas, sepsis, tumor.

Formula:- VCM (mm³)= Vol. Total hematíes (µm) x 10
 No. De eritrocitos (millones)

Valor normal:- 80 a 94 femtolitros

Hemoglobina Corpuscular Media (HCM): es el valor medio de hemoglobina en cada hematíe. La disminución de este índice supone un trastorno en la síntesis de hemoglobina y el aumento aparecen algunos casos de macrocitosis.

Formula:- HCM (pg.)= Hemoglobina (g/dl) m³ x 10
 No. De eritrocitos (millones)

Valor normal:- 26 a 32 picogramos

Concentración Corpuscular Media de Hemoglobina (CHCM): este nos indica la concentración de hemoglobina en el promedio de glóbulos rojos. Es la razón entre la cantidad de hemoglobina y el hematocrito, así clasificando las anemias en:

Hipocrómicas: anemia por falta de hierro y Talasemia.

Hipercrómicas: deficiencia de ácido fólico, de vit B12, enfermedades hepáticas, alcoholismo.

Normocrómicas: pérdida de sangre aguda, anemia aplásica, válvulas coronarias protésicas, sepsis, tumor.

Formula:- CHCM (%)= Hemoglobina (g/dl) x 100
 Hematocrito (%)

Valor normal:- 32 a 36%

Estos índices son útiles para establecer el carácter de anemia. Clasificación de Anemia

Anemia normocítica normocrómica

Pérdida de sangre aguda, anemia aplásica, válvulas coronarias protésicas, sepsis, tumor.

Anemia microcítica hipocrómica

Anemia por falta de hierro, intoxicación y Talasemia.

Anemia microcítica normocrómica

Deficiencia de eritropoyetina secundaria al fracaso renal.

Anemia macrocítica normocrómica

Deficiencia de ácido fólico, de vit B12, enfermedades hepáticas, alcoholismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, de fuente retrospectiva, de corte transversal el cual tiene como objetivo determinar

*Médico general.

**Asesor.

la prevalencia de anemia, en la unidad de atención primaria Semana Santa, municipio de Yaguata, provincia San Cristóbal, desde Julio hasta diciembre del año 2012.

El universo estuvo constituido por el total de 4877 pacientes con expedientes clínicos de los usuarios que asisten a consulta general. La muestra estuvo constituida por 1950 pacientes diagnosticados con anemia según las pruebas de laboratorio. En dicho estudio se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados con anemia, mayores de 15 años que acudieron a la consulta en dicho periodo.

Las variables (edad, sexo y el tipo de anemia) sometidas a este estudio fueron analizadas mediante los datos obtenidos, los cuales se tabularon y se calcularon de forma estadística, en frecuencia, porcentaje, proporción, medidas de tendencias centrales y discreción que se mostraron en cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Los resultados del estudio; Prevalencia de Anemia en usuario que acuden a consulta de medicina general en la unidad de atención primaria Semana Santa, Yaguata, San Cristóbal, República Dominicana, Julio - diciembre 2012, se presentan a continuación en tablas, con sus respectivos análisis.

Tabla 1. Distribución porcentual por edad de los usuarios diagnosticados con anemia que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria Semana Santa, Yaguata San Cristóbal en el periodo Julio-diciembre del año 2012.

Edad (años)	Frecuencia	%
15-25	582	30
26-35	526	27
36-45	348	18
46-55	251	13
56-65	138	7
>65	105	5
Total	1950	100

La tabla muestra que del 100% de los pacientes que acudieron a consulta el 30% correspondió a la edad entre rango de 15-25 teniendo su mayor porcentaje, seguido en segundo lugar de 27% en intervalo de 26-35, aquí podemos ver claramente que en personas por debajo de 36 años hubieron 57% diagnosticados con anemia por lo que en estos dos intervalos esta ya el mayor porcentaje. Le siguen los intervalos de 36-45 con un 18%, 46-55 con un 13%, 56-65 con 7%, y en menor proporción >65 con un 5%.

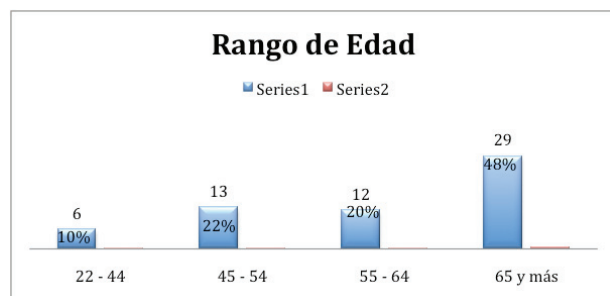


Tabla 2. Distribución porcentual por sexo de los usuarios diagnosticados con anemia que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria Semana Santa, Yaguata San Cristóbal en el periodo Julio-diciembre del año 2012.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	1407	72.2
Masculino	543	27.8
Total	1950	100,0

En esta tabla vemos claramente que el sexo más afectado con anemia es el femenino con un 72.2% en contraste con el masculino con un 27.8%

Tabla 3. Distribución porcentual por el tipo de anemia más frecuente entre los usuarios diagnosticados con anemia que asistieron a consulta en la unidad de atención primaria Semana Santa, Yaguata San Cristóbal en el periodo Julio-diciembre del año 2012.

Tipo de anemia	Frecuencia	%
Microcítica Hipocrómica	1445	74.1
Normocítica Normocrómica	415	21.3
Macroscítica Normocrómica	90	4.6
Total	1950	100,0

En este gráfico podemos ver claramente el tipo de anemia más frecuente, siendo la Microcítica Hipocrómica con un 74.1%, seguida de la Normocítica Normocrómica con un 21.3%, y la menos frecuente la Macroscítica Normocrómica con un 4.6 por ciento.

DISCUSIÓN

En el año 2008, Horacio Marín, Gustavo; Rivadulla, Patricia; Negro, Laura y cols., realizaron un estudio poblacional de prevalencia de anemia en población adulta de Buenos Aires, Argentina, donde los resultados fueron analizados en 1.136 pacientes de los 1.200 seleccionados, la prevalencia de anemia en adultos fue en edad de 15-25 para un 26,3%. Por lo cual guarda relación con nuestro estudio debido a que 582 casos corresponden al 30% de los afectados.

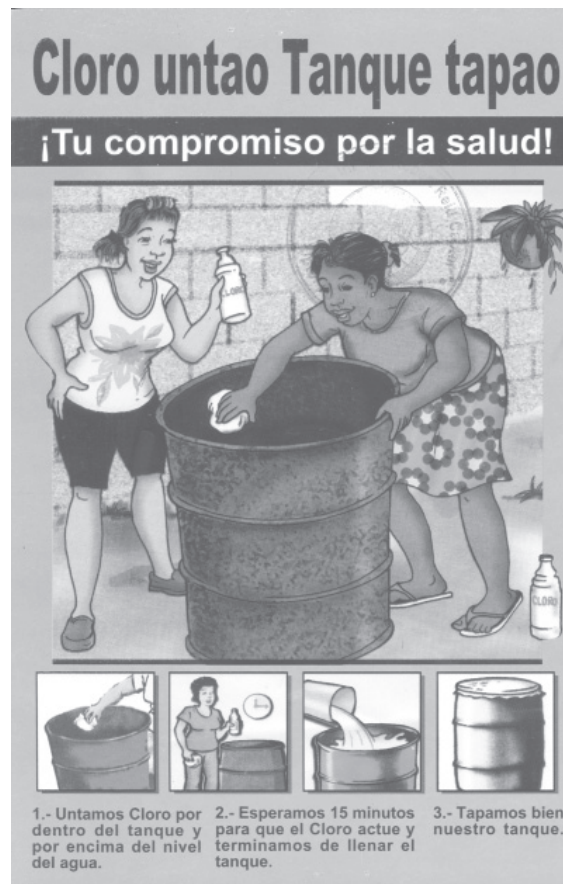
Rita Isabel Leguen Tejada, Belkis Aracelis Gonzales Cornielle; realizaron un estudio sobre morfológica de los eritrocitos en la clasificación y diagnóstico diferencial de las anemias en el laboratorio clínico del Hospital Jaime Sánchez, Barahona; entre agosto - octubre 1989, lo cual se colocaron 103 muestra sanguínea, encontrando solo 43 casos (100%) de pacientes afectados, siendo el sexo femenino el más afectado con 25 casos, en relación al sexo masculino con 18 casos. Dicho estudio también guarda relación con el nuestro debido a que 1407 casos (72.2%) pertenece al sexo femenino; mientras que el sexo masculino solo presentó 543 casos (23.8%).

Lissi A. Sena - Méndez., María T. Romero - Reyes., y cols., realizaron un estudio en el año 2008 titulado Anemias más frecuentes en usuarios del laboratorio del dispensario médico San Agustín de Haina, donde 420 casos encontrados el tipo de anemia más frecuente fue la microcítica hipocrómica con 251 casos (59.8%), continuo por la anemia normocítica Normocrómicas con 113 casos (26.9%). Por lo cual guarda relación con nuestro estudio debido a que 1445 casos (74.1%) se presentaron con anemia microcítica hipocrómica, seguido de los afectados por anemia normocítica Normocrómicas con 415 casos (21.3%).

REFERENCIAS

- Jesús F. San Miguel, Fermín M. Sánchez- Guijo. Hematología manual básico razonado, 3ª. Edición,

- editora Elsevier, 2009.
2. José Carlos Jiménez Pérez, David Gómez Almaguer. Hematología la sangre y sus enfermedades, 2ª. Edición, Editora Mc.Gramw-Hill, 2009.
 3. Francisco Cuellar A., Francisco Falabella F. Fundamento de medicina, Hematológica, 6ª Edición, 2004.
 4. Shilyn B. Mckenzie. Hematología Clínica, 2ª. Edición, Editora Manual Moderno, 2009.
 5. Kasper, Braunwald, Faustin, Hauser, Longo, Jameson, Harrison. Principio de medicina interna, 17ª Edición, Editora Mc.Gramw-Hill, vol. 1, 2011.
 6. Bernadette Rodak. Hematología fundamentos y aplicaciones clínicas, 2ª. Edición, Editorial Medica Panamericana, 2010.
 7. Gustavo Horacio Marín, Patricia Rivadulla, Laura Negro y cols. Prevalencia de anemia en población adulta de Buenos Aires, Argentina; año 2008.
 8. Méndez Lissi A. Sena, María T. Romero, Roberson Sarita y cols. Anemias más frecuentes en usuarios del laboratorio del dispensario médico San Agustín de Haina; año 2008.
 9. Rita Isabel Leguen Tejada, Belkis Aracelis Gonzales Cornielle. Estudio morfológico de los eritrocitos en la clasificación y diagnóstico diferencial de las anemias en el laboratorio clínico del Hospital Jaime Sánchez, Barahona; entre agosto - octubre 1989.
 10. Sans-Sabrafen, J.; Besses Raebel, C.; Vives Corrons, J.L. Hematología clínica, 5ª edición, editora Elsevier, 2006.



FE DE ERRATA

De la página 123 a la 126 del número 1, del volumen 74 del año 2013, de la Revista Médica Dominicana (Rev Méd Dom) fue publicado el artículo: EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN LA SALA CLÍNICA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. LUIS EDUARDO AYBAR ENTRE 0-5

AÑOS. Vimary Ceballos, Taina Guerrero, Kathlien Pérez, Glenys E. Castillo, Erick V. Félix Pérez, Edisson R. Félix Félix Sin embargo, por un error en la diagramación fue omitido el nombre de la Dra. Glenys E. Castillo, integrante de los autores. Se publica la presente fe de errata para los fines de lugar.

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



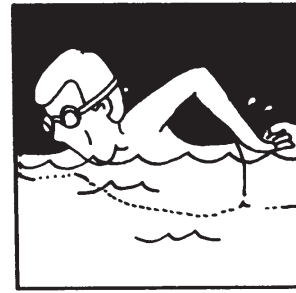
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

INCIDENCIA DE INFECCIONES DE MANOS EN PACIENTES TRAUMATIZADOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER.

Eliana Ysabel Duran, Angelina Ysabel Duran,* Orlando Ubiera Soriano,* Hector Herrand Perdomo, ****José Francisco Mejía.*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en los pacientes traumatizados con infecciones de manos atendidos en el hospital Dr. Salvador B. Gautier. El universo lo constituyeron 59 pacientes que acudieron al departamento de Cirugía del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, con una muestra de 23 pacientes seleccionada en el periodo de tiempo desde el Enero del 2010 hasta el 11 de Abril del 2011. Se analizaron las variables obtenidas en una planilla al efecto utilizando el método porcentual y frecuencia absoluta.

La incidencia de infecciones de mano en pacientes traumatizados en el hospital Dr. Salvador B. Gautier es alta con un 38.9%.

En la serie predominó la tercera y 4ta década de la vida. El sexo masculino fue el más afectado en el 78.2 % de los casos. Las contusiones fueron responsables en un 65.3% de la causas de infecciones de mano en pacientes traumatizados seguidas por las heridas por arma blanca mientras el estafilococo Aureus fue el agente etiológico aislado en un 60.9% de los casos. El absceso fue el tipo de infección más frecuente en esta serie con un 56.5%.

La historia clínica y el cultivo fueron el método diagnóstico más utilizado en 100 % para diagnosticar y posteriormente tratar las infecciones de mano en pacientes traumatizados y suele ser acompañado por la radiografía de mano en el 95.6% y por la tomografía en un 4.3%. En esta serie, el 69.5% de los pacientes traumatizados con infecciones de mano fueron tratados de forma combinada (quirúrgico y conservador) y solo un 30.5% ameritaron un tratamiento conservador, cabe resaltar que el drenaje fue el procedimiento quirúrgico más empleado en un 81.3%.

El 30.5% de los pacientes que fueron tratados de forma conservadora evolucionaron satisfactoriamente, no obstante el 69.5% que fueron sometidos al tratamiento quirúrgico tuvieron una evolución tórpida.

Palabras claves: Traumatismo, Infección, Mano

ABSTRACT

Hand incidence of infections in trauma patients who arrive at hospital DR. SALVADOR B. GAUTHIER 2010-11 DURING JANUARY APRIL 2011.

We conducted a retrospective, cross-sectional and descriptive in trauma patients with hand infections treated in the hospital Dr. Salvador B. Gautier. The universe was made up of 59

patients who presented to the Department of Surgery of Hospital Dr. Salvador B. Gautier, with a sample of 23 patients selected in the time period from January 2010 through April 11, 2011. Obtained data were analyzed in a spreadsheet for this purpose using the percentage method and absolute frequency.

The incidence of hand infections in trauma patients in the hospital Dr. Salvador B. Gauthier is high with 38.9%.

In the series dominated the third and 4th decade of life. Males were the most affected in 78.2% of cases. Bruises were responsible for 65.3% of the causes of infections in trauma patients hand followed by stab wounds while *Staphylococcus aureus* was the causative agent isolated in 60.9% of cases. The abscess was the most common type of infection in this series with a 56.5%.

The history and culture were the most widely used diagnostic method 100% in diagnosing and subsequently treating hand infections in trauma patients and is usually accompanied by hand radiography in 95.6% and by 4.3% in CT.

In this series, 69.5% of trauma patients with hand infections were treated combined (surgical and conservative) and only 30.5% merited a conservative, it is worth noting that drainage was the most commonly used surgical procedure in a 81.3%.

The 30.5% of patients who were treated conservatively evolved satisfactorily, despite the 69.5% who underwent surgery had a torpid.

Keywords: trauma, infection, Hand

INTRODUCCIÓN

La mano es un órgano básico del aparato locomotor necesario para el funcionamiento normal y armónico de las actividades cotidianas del ser humano.

Las infecciones de la mano aun no son una entidad nosocomial tan frecuente. No obstante, en el Hospital Salvador B. Gautier la incidencia es muy alta en pacientes con trauma de miembros superiores.

Las contusiones fueron responsables de la causas de infecciones de mano en pacientes traumatizados seguidas por las heridas por arma blanca mientras el estafilococo Aureus fue el agente etiológico. El absceso fue el tipo de infección más frecuente en esta serie.

La historia clínica, los estudios de gabinete, radiografía de mano o tomografía confirmada por el cultivo son las modalidades empleadas para diagnosticar las infecciones de mano en pacientes traumatizados.

El manejo de los pacientes traumatizados con infección de mano se basa en un tratamiento conservador y quirúrgico.

*Médico general
**Cirujano Plástico

La morbilidad se correlaciona proporcionalmente y de forma directa con el manejo inicial de las infecciones, con el tipo de infección y/o un drenaje y revitalización incorrecta de los tejidos así como los factores concomitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal sobre Incidencia de infecciones de manos en pacientes traumatizados en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier durante el periodo Enero 2010 al 11 Abril 2011.

Acudieron a la emergencia de cirugía del hospital Dr. Salvador B. Gautier, la muestra la constituyeron 23 pacientes para un 38.9% que cumplieron con los requisitos de la investigación en el periodo comprendido entre Enero del 2010 al 11 de Abril del 2011.

Se investigaron 59 pacientes con traumatismo de miembro superior que acudieron a la emergencia de cirugía del hospital Dr. Salvador B. Gautier, la muestra la constituyeron 23 pacientes para un 38.9% que cumplieron con los requisitos de la investigación en el periodo comprendido entre Enero del 2010 al 11 de Abril del 2011.

Para la recolección de la información de diseño un protocolo y se procedió aplicar al libro de registros de los pacientes, tomando en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, procedencia.

Los datos obtenidos fueron tabulados con métodos manuales descriptivos presentados en cuadros y textualmente para su interpretación y posterior discusión.

RESULTADOS

Se encontró que la incidencia de las infecciones de manos en pacientes traumatizados en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier es bastante alta (38.9%) debido al mecanismo de acción, el agente causal y el estado inmunológico de estos pacientes.

Tabla II. Cultivo y susceptibilidad al antibiótico

Microorganismos Aislados	Sensibilidad	Resistencia	No.	%
Estafilococos Aureus	Amikacina y Emipenen	Meticilina y cefalosporinas	14	60.9
Pseudomona Aeruginosa	Imipenen	Ceftriazona, Ampicilina	1	4.3
Streptococo Viridians	Levofloxacina y Amikacina	Tetraciclina, Trimetroprin	1	4.3
Cándida Albicans	Miconasol	Tobramicina	1	4.3
Eikenella Corodens	Amikacina, Imipenen	Cefepima	1	4.3
Enterobacter Cloacal	Imipenen	Ampicilina/Subaltan	1	4.3
Proteus Vulgaris	Piperacilina	Amoxicilina Vs Acido Clavulanico	1	4.3
No Crecimiento			3	13.1
Total			23	99.9

Tabla III. Sintomatología

Manifestaciones Clínicas	No.	%
Dolor, Edema, Fiebre	6	26.1
Dolor, Rubor y Calor	3	13
Dolor, Fiebre, Tumefacción	2	8.7
Eritema, Fiebre, Vesículas, Ampollas	2	8.7
Salida de Pus, Fiebre	2	8.7
Edema, Hipersensibilidad Local	2	8.7
Sangrado por la Herida	6	26.1
Total	23	100

El sexo prevalente fue el masculino para un 78.2%

La edad promedio de infección de manos en pacientes traumatizados oscila entre 9-44 años. No se reporto ningún caso de infección de manos en pacientes traumatizados en el renglón de edad 54-62 años. Y un caso esporádico a los 63 años. (Tabla I)

La incidencia de infecciones de mano en pacientes traumatizados es mayor hasta los 40 años con un pico entre los renglones 18-26 años seguido del renglón 27-35 años. (Tabla I).

El *Stafilococcus Aureus* fue el principal agente etiológico aislado en nuestro estudio. (Tabla II).

El absceso fue el tipo de infección mas frecuente y le sigue en orden de frecuencia la celulitis, la linfangitis, la paroniquia y el panadizo. (Grafico I)

La fiebre y el dolor fueron los síntomas cardinales combinados con los signos de Celsius. (Tabla III).

Tabla 1. Distribución Edad y Sexo

Grupos Etarios	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
9-17	1	4.3	2	8.7	3	13
18-26	8	34.8	1	4.3	9	38.8
27-35	4	17.4	1	4.3	5	21.7
36-44	2	8.7	1	4.3	3	13
45-53	2	8.7	0	0	2	8.7
54-62	0	0	0	0	0	0
63-71	1	4.3	0	0	1	4.3
Total	18	78.2	5	21.7	23	99.9

DISCUSIÓN

En nuestra investigación durante el periodo de Enero 2012- 11 Abril 2011, fueron asistidos en el Departamento de Emergencias de Cirugía del Hospital Dr. Salvador B. Gautier un total de 59 pacientes con traumatismo de miembro superior, la muestra la constituyeron 23 pacientes para una incidencia de 38.9% que cumplieron con los criterios de inclusión, quedando en estrecha relación con estudios realizados anteriormente en Latinoamérica.

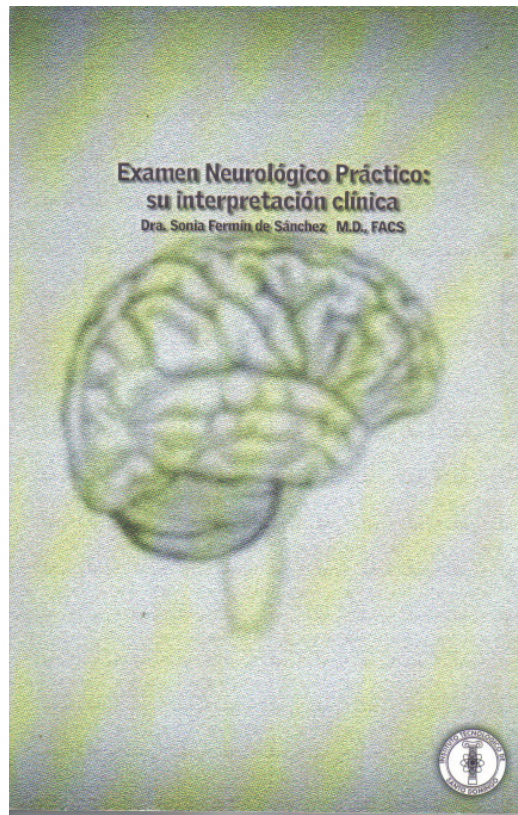
Nuestro estudio se corrobora con los datos de las diferentes literaturas con respecto a la prevalencia del sexo masculino sobre el sexo femenino y también de la incidencia de trauma con respecto a la edad, siendo la tercera a la quinta década por su alta actividad productiva producían mas traumas en esos pacientes.

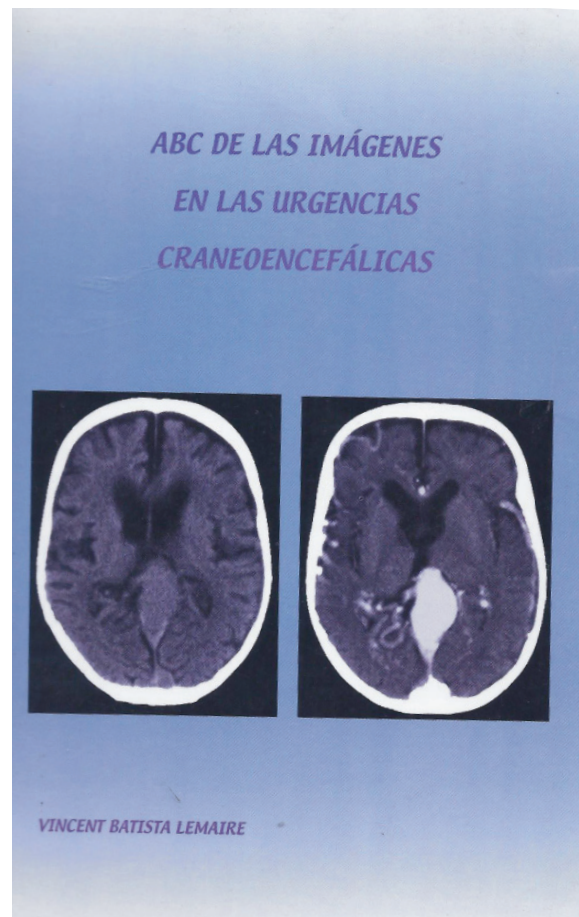
Esperamos que a partir de nuestra investigación se inicie un programa que busque pprotocolizar el manejo de los pacientes traumatizados, organizar y archivar los datos de los pacientes para que estos sean accesibles para futuras investigaciones, mejorar el rol de los infectologos, ósea participación mas cercana en estos casos y establecer una política juiciosa del

uso de los antibióticos.

REFERENCIAS

1. Abel Archundia García, (2009): Cirugía y Educación Quirúrgica, México, Mc Graw Hill Interamericana.
2. Alejandro García Gutierrez y Gilberto Pardo Gómez Cirugía, (2006): Ec Med Ciencias Medicas: La Habana
3. Armando. V (2005). Cirugía menor de urgencia: México: McGraw-Hill Book.
4. Andrew B. Peitzman, (2006) Manual de Trauma, Atención médico-Quirúrgica: México: Mc Graw Hill
5. Coiffman y Cols (2009). Cirugía plástica y reconstructiva de la mano: México: McGraw-Hill Book.
6. Delgado Gil y Cols. (2009): Infecciones de mano. Columbia.
7. David C. Dugdale,(2009):Medline plus: Estados Unidos
8. Gerard M. (2009): Diagnóstico y tratamiento quirúrgico: México: Manual Moderno.
9. Hoppenfeld y Boer, (2010): Abordajes en Cirugía Ortopédica: New York Bronx.
10. http://books_médicos.blogspot.com





FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD Y EL BAJO PESO AL NACER Y SUS COMPLICACIONES TEMPRANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA.

Rosa madeleine Astacio Tavares,* Luz celeste Cedano,* Yuditza Ester Luciano,* Lidia Patricia Polanco,* Glenys Francisca García,* Elsie de la Rosa,** Soledad Marrero.**

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores asociados a la prematuridad y el bajo peso al nacer y sus complicaciones tempranas, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y documental en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, en el período del 1ro de enero al 30 de junio de 2008.

El universo constituido por los prematuros y bajo peso al nacer, nacidos durante el período en estudio con un total de 266.

Los factores asociados a estas entidades fueron madres en los extremos de la vida reproductiva y con chequeo prenatales irregulares, desnutrición, anemia e hipertensión crónica.

Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo las constituyeron las infecciones de vías urinarias, ruptura prematura de membrana e hipertensión inducida por el embarazo.

Las complicaciones más frecuente fueron: la Sepsis Neonatal con un 29% para los prematuros y un 12.4% bajo peso al nacer. Seguida de Hiperbilirrubenemia 12.6%.

Las complicaciones más frecuentes para los prematuros fueron Sepsis Neonatal 29% e hiperbilirrubinemia en 12.69%.

Para los de bajo peso, sepsis neonatal 12.4% e hiperbilirrubenemia 9.3%.

Palabras claves: prematuridad, bajo peso, complicaciones tempranas.

ABSTRACT

To determine the associated factors. To prematurity, low birth, weight and any; other Early complications; A descriptive Retrospective and documental study was Done since January 1 ert to June 30Th Of 2008 in Regional Hospital Dr. Antonio Musa, located, in San Pedro de Macoris -Dominican Republic.

The universe of this study was all the premature an low birth born the estudy period. In this maternity; 266 total born.

The maternal associated factor found was: mothers in reproductive life extremities, irregular prenatal checks, crome hypertension anemia^ and desnutrición.

The pregnancy associated complications was urine infection, premature rupture of membrans and.pregnant induce hipertensión.

The neonatal complications in order of apanence was.

Neonatal sepsis 29% premature, 12.4% in low -birth weight.

Hiperbilirrubinemia, 12.4% in premature, 9.3% low7 birth weight.

In premature, intracranial hemorrhage: 8.7%7 In low birth

* Médico general.

** Perinatólogo.

weight - mecomal aspiration 4.4%

Key words: factors - prematurity - low birth weight early - complications.

INTRODUCCIÓN

Múltiples son las teorías que se asocian a la prematuridad y al bajo peso al nacer; dentro de estos ocupa un lugar preeminente la morbilidad materna durante el embarazo.

Un gran número de reportes indican que los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer difieren de los normales en algunas características fisiológica, metabólicas e inmunológica, lo que determina que presenten una morbilidad muy variada y una mayor incidencia de patología respiratoria, trastornos, metabólicas y patología infecciosa entre otras (1).

La prematuridad, representa el 75% de la mortalidad prenatal global (2) y el bajo peso al nacer es responsable de las dos terceras partes de las muertes que ocurren en la, primera semana de vida. De allí la importancia que representa para la salud publica la disminución de la incidencias- de estas entidades y así reducir la tasa de morbimortalidad Neonatal

Se han realizado en el país diversos estudios sobre prematuridad y bajo peso al nacer, así como de las complicaciones globales es estos (4r5r6)5 pero ninguno acerca con complicaciones temprana de forma específica, de ahí el interés de nuestro estudio al relacionar factores asociados a estas entidades y sus cotrpicaciones tempranas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y documental realizado en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa, durante el periodo enero «jumo del año 2008. Con el objetivo de conocer los factores asociados ala Prematuridad y el bajo peso al nacer así como sus complicaciones tempranas.

Nuestro Universo estuvo constituido por los 266 neonatos prematuros y bajo peso nacidos durante este período.

Para la recolección de los datos se elaboró un protocolo que fue un aplicado en rodas los récord a fin de obtener los datos sobre edad materna, chequeos prenatales, edad gestacional por fecha de ultima menstruación, complicaciones maternas durante el embarazo, peso y talla de los neonatos así como las complicaciones temprana de los mismos.

RESULTADOS

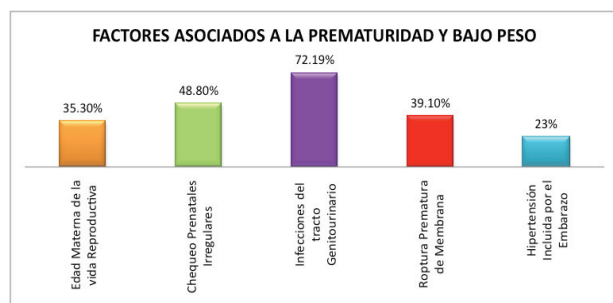
En el período de estudios se presentaron un total de 2,628 nacimientos, de los cuales 103 casos resultaron prematuros y los 163 bajo ele peso al nacer.

Los factores asociados de manera frecuente fueron la edad

materna en los extremos de la vida reproductiva 35.3%, chequeos pre-natales irregulares 48.8%, las infecciones del tracto genitourinario 72.19%, la ruptura prematura de membranas 39.1% y la hipertensión inducida por el embarazo 23%.

Los prematuros se complicaron con sepsis neonatal el 29% de los casos Hiperbilirubinemia 12.6% y la hemorragia intracraneal 8.7%. En los de bajo peso al nacer la sepsis neonatal también ocupó el primer lugar con 12.4% seguida por la Hiperbilirubinemia 9.3% aspiración de meconio 4.4%.

Las muertes en el 66.7% de los casos ocurrió en las primeras 72 horas en los prematuros el 25% de los casos fue por hemorragia intracraneal. En los casos de bajo peso al nacer la causa de muerte fue la sepsis neonatal en el 40% de los casos.



DISCUSIÓN

El objetivo de estudios fue el de establecer vínculos entre la morbilidad durante el embarazo con la aparición de neonatos prematuros y de bajo peso al nacer; y las consiguientes complicaciones tempranas de los mismos.

Encontramos que el porcentaje de prematuridad y bajo peso al nacer (BPN) en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa fue de 6.2% de BPN (163 casos de 2.628 nacidos durante el período en estudio) y prematuros un 3.9% (103 casos). La mayoría de las madres de los neonatos presentaron edades comprendidas entre los extremos de la vida reproductiva y con un control prenatal inadecuado.

De todas las patologías maternas asociadas a la aparición del

BPN y preterminos las más frecuentes fueron: desnutrición materna, hipertensión arterial crónica, diabetes y nefropatías.

De las complicaciones durante el embarazo las más frecuentes fueron: las infecciones del tracto genito-urinario. Ruptura Prematura de Membranas (RPM) e Hipertensión inducida por el embarazo,

La mayoría de los preterminos fue adecuado para la edad gestacional (AEG) y los BPN presentaron retraso de tipo disarmonico.

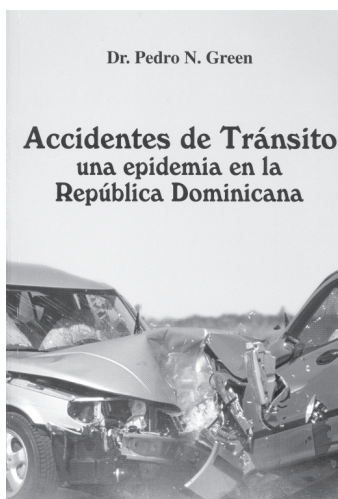
Las complicaciones tempranas que primaron en ambos grupos fueron de orden infeccioso; Sepsis Neonatal, seguida por la Hiperbilirubinemia, hemorragia intracraneal en preterminos y aspiración de meconio para los BPN,

Las mayorías de los productos fueron engrasados vivos, las defunciones ocurrieron en las primeras 72 horas, atribuidas a (HIG) y sepsis en preterminos y a sepsis en BPN

REFERENCIAS

1. Medicina de Urgencias Pediátricas. Primera edición en español de MC Graw-Hill interamericana. Impreso en México. 1987
2. Tratado de pediatría de Thomas Maclnery, Julia K, Tzal. volumen2, buenos aires, argentina. Impreso en España. 1990
3. Manual de Pediatría de Gerald B. Merenstein, David W.Kaplan, Adam A. Rosenberg. Editora el manual moderno, décimo quinta edición, 31 de marzo del 2000, México DF.
4. Garrido Caidu, José Alemán y Cois, Características del bajo peso al nacer en el Hospital de Maternidad del Instituto de seguros sociales. Archivo dominicano de Pediatría Volzz- N 1 enero- abril 1986
5. Mendoza, Consuelo; Rivera Angela; Peralta Yudelka
6. Causas y Complicaciones del Bajo peso en la Maternidad Manuel E. Perdomo (IDDS) Santo Domingo, 1994
7. Mendoza, Hugo.
8. El Retardo del Crecimiento Intrauterino en la República Dominicana; Factores de Riesgo;
9. Centro de Investigación en Salud Materno-Infantil (CENISMÍ) 1993

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.

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS MAYORES DE 35 AÑOS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA PUEBLO ABAJO I, SAN JOSÉ DE OCOA.

Admirca Dotel Vólquez,* Joanny Idenise Aguasvivas Báez,* Grancis J. González Tejeda,* Robert Manuel Ferreras Cuevas.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, con recolección prospectiva de datos con el fin de determinar la Prevalencia de Hipertensión Arterial en usuarios mayores de 35 años de la Unidad de Atención Primaria de Pueblo Abajo I, del municipio San José de Ocoa, Provincia del mismo nombre, a Julio 2012.

Reconociendo la importancia de conocer los indicadores de salud de las diferentes comunidades, se hace bastante necesario el establecer cuáles son las enfermedades prevalentes, para que con ello se establezcan los protocolos para el gasto en salud de manera prioritaria. En este estudio se pudo establecer que la prevalencia total de la hipertensión arterial en adultos mayores de 35 años usuarios de la unidad de atención primaria pueblo abajo I fue de 24,3%, siendo más frecuentes en los mayores de 65 años, los cuales se establecía en un 52% del total de hipertensos registrados en el estudio. Con respecto a la presentación de complicaciones se reconocía a la insuficiencia cardíaca congestiva como la más frecuente con un 6,1%, seguido de infarto agudo al miocardio con un 3%. Además en el mismo estudio se determinó que las enfermedades concomitantes que aparecen con la hipertensión arterial esta la diabetes mellitus con un 17%, y siendo más frecuente en las mujeres. En cuanto a las opciones terapéuticas más utilizadas por los hipertensos de este estudio, se reconoció a los antagonistas de calcio como los más frecuentes con un 41%, seguidos de los beta bloqueadores con 30%.

En torno a la aparición de la enfermedad en el estudio se reconoce que entre los rangos de edades de entre 35 a 49 años la edad de aparición es de 1 a 5 años. Y entre los mayores de 65 años era de más 10 años.

Palabras claves: Prevalencia, Hipertensión Arterial, Atención Primaria, salud, enfermedad.

ABSTRACT

We conducted a descriptive study with prospective data collection in order to determine the prevalence of hypertension in over 35 users Unit Down Village Primary I, the municipality San José de Ocoa, Province of the same name, to July 2012.

Recognizing the importance of knowing the health indicators of the different communities, it becomes quite necessary to establish what the prevalent diseases, thereby to establish protocols for health spending in priority. In this study it was found that the overall prevalence of hypertension in adults older than 35 users in primary care people lived down I was 24.3%, being more

common in those over 65 years, which is established in 52% of hypertensive patients registered in the study. With regard to the presentation of recognized complications of congestive heart failure is the most common with 6.1%, followed by acute myocardial infarction with 3%. Also in the same study found that concomitant diseases that appear with hypertension with diabetes mellitus is 17%, and is more common in women. As more therapeutic options used by this study hypertensive, were recognized calcium antagonists as the most frequent with 41%, followed by 30% with beta blockers.

Around the onset of the disease in the study recognize the ages between 35 to 49 years age of onset is 1 to 5 years. And among those over 65 years was over 10 years.

Key words: Prevalence, Hypertension Arterial, Primary Care, health, Disease.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una incuestionable prioridad en salud pública por la importancia que supone en cuanto a gastos económicos y por la gran cantidad de personas que padecen de este tipo de enfermedad. Los beneficios del manejo integral que opere de manera armónica y continua son costo efectivo. El control de la hipertensión arterial requiere de acceso regular a los servicios de salud para que los usuarios puedan ser detectados y tratados de una manera oportuna. De hecho se ha detectado el bajo costo que puede tener este tipo de intervención y lo favorable que resulta.

Las enfermedades cardiovasculares son una gran problemática en salud pública, y los recursos que se invierten en dichas enfermedades implica la necesidad de establecer números reales y la verdadera situación en cuanto a los perfiles de salud para poder establecer las políticas de salud y los protocolos de intervención para así tener un gasto priorizado y contribuir a cambiar los perfiles de salud en caso especial a las enfermedades cardiovasculares entre ellas la hipertensión arterial.

En países tanto en desarrollo, como en vías de desarrollo la prevalencia de la hipertensión arterial es alta, y este hecho se evidencia en los diferentes estudios sobre el particular, como es el caso de la encuesta demográfica de salud en México que la sitúa en un 30%, en cuanto a República Dominicana la ENDESA 2007 confirma las cifras en 30%. Estos datos hacen necesario que se conozca mejores datos demográficos y epidemiológicos de la enfermedad, para así reconocer sobre qué aspectos deben trabajarse o enfocarse más los trabajos para la intervención y el cambio de patrones de estas enfermedades,

*Médico general.

como el caso particular que nos ocupa el de la hipertensión arterial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte longitudinal, con recolección prospectiva de datos, con el fin de determinar la prevalencia de Hipertensión arterial en usuarios mayores de 35 años de la Unidad de Atención Primaria Pueblo Abajo I, del Municipio de San José de Ocoa, Provincia del mismo nombre, en Julio 2012.

La Unidad de Atención Primaria Pueblo Abajo I está ubicada en el centro del Municipio de San José de Ocoa, de la misma provincia del sur del país.

Se estableció como criterio de inclusión a la población mayor de 35 años que padecen de hipertensión arterial, según los registros de las fichas familiares asignadas en la Unidad De Atención Primaria Pueblo Abajo I, en el tiempo del estudio. Los datos fueron manejados con el mayor nivel de discrecionalidad. Los datos obtenidos fueron tabulados en los programas Microsoft Word y Microsoft Excel.

RESULTADOS

En este estudio se pudo establecer la prevalencia de hipertensión arterial en usuarios mayores de 35 años de la unidad de atención primaria pueblo abajo I a julio 2012, tal y como lo establece el cuadro No. 1, evidenciándose con un 24,3 por ciento de la población.

Cuadro 2. Relación De Hipertensión Con Otras Enfermedades Según Usuarios Hipertensos De La Unidad De Atención Primaria Pueblo Abajo I, San José De Ocoa, Julio 2012

Enfermedad	35 a 49 años	50 a 64 años	Mayor de 65 años	Total	
				Cantidad	Porcentaje
Diabetes Mellitus	3	13	22	38	18
Asma Bronquial	0	3	1	4	2
Endocrinopatías	1	1	2	4	2
Trastornos Psiquiátricos	1	0	2	3	1
Artritis	1	0	0	1	0,4
Gastritis	0	2	6	8	4

Encontramos en este estudio que los grupos de medicamentos utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial, los antagonistas del calcio fueron los más frecuentes, alcanzando el 41 por ciento del total de usuarios incluidos en esta investigación, seguidos de los beta bloqueadores con un 30,6 por ciento y los vasodilatadores directos con 0,9 por ciento, según lo muestra el cuadro No. 3.

Cuadro 3. Relación De Hipertensión Con Terapéutica Utilizada Según Usuarios Hipertensos Mayores De 35 Años De La Unidad De Atención Primaria Pueblo Abajo I, San José De Ocoa, Julio 2012.

Edad	35 a 49 años	50 a 64 años	Mayores de 65 años	Total	
				Cantidad	Porcentaje
Beta- bloqueadores	14	21	30	65	31
Antagonistas De Canales De Calcio	9	29	49	87	41
Inhibidores De La ECA	6	20	28	54	25
Antagonistas De Receptores A-II	1	7	8	16	8
Diuréticos De Asa	5	9	15	29	14
Diuréticos Tiazidicos	5	14	24	43	20
Vasodilatadores Directos	0	0	2	2	0,9

Cuadro 1. Prevalencia de Hipertensión Arterial En Usuarios Mayores de 35 años de la Unidad de Atención Primaria Pueblo Abajo I, San José de Ocoa, Julio 2012.

Edad (años)	Población hipertensa		Población general	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	%
35 a 49	39	9	430	100
50 a 64	62	34	185	100
≥ 65	111	44	255	100
Total	212	24,3	870	100

En torno a la comorbilidad de la hipertensión arterial se reconoció a la diabetes mellitus como la más frecuente, registrándose el 17,9%, y siendo esta mayor en el sexo femenino, seguidos por la gastritis con 3,7 por ciento, siendo la de menor frecuente la artritis con un solo caso para un 0,4 por ciento, tal como lo muestra el cuadro No. 2

Según estudios la hipertensión arterial es más frecuente en el sexo femenino, hecho corroborado en esta investigación en donde el 69,3 por ciento de los diagnosticados con hipertensión arterial corresponden a el sexo femenino y más frecuente en mayores de 65 años, según lo muestra el grafico No. 1.

A sabiendas que las enfermedades cardiovasculares pueden presentar complicaciones a corto y largo plazo, en dicho estudio se reconocieron algunas complicaciones en los usuarios diagnosticados con hipertensión arterial, siendo la más común la insuficiencia cardíaca congestiva con un 6,1 por ciento, seguido del infarto agudo al miocardio con 3,7 por ciento y la enfermedad vascular periférica con un 0,8 por ciento, tal y como lo evidencia el gráfico No. 2.

Cuadro 4. Relación De Hipertensión Arterial Con Tiempo De Aparición De La Enfermedad Según Usuarios Hipertensos Mayores De 35 Años De La Unidad De Atención Primaria Pueblo Abajo I, San José De Ocoa, Julio 2012.

Edad	35 a 49 años	50 a 64 años	Mayor de 65 años	Total	
				Cantidad	Porcentaje
Menor De 2 Años	8	13	5	26	12
2 A 5 Años	12	22	8	42	20
5 A 9 Años	10	20	31	61	29
Mas De 10 Años	9	7	67	83	39

DISCUSIÓN

En este estudio se reconoce la prevalencia de hipertensión arterial en un 24,3 por ciento, hecho que se relaciona con estudios nacionales e internacionales que establecen dicho valor en aproximadamente un 30 por ciento a la población de esos estudios. También la aparición de la enfermedad con otro tipo de patologías como lo son la diabetes mellitus con 17 por ciento, hecho que pudiese complicar en cierto modo el manejo de las mismas. Además de aumentar los costos de intervención y tratamiento para el usuario y su entorno. Con relación al sexo más frecuente el sexo femenino resulto con el 69,3 por ciento hecho que puede tener varios factores a investigar y es que los hombres se enferman menos o no acuden a sus correspondientes revisiones médicas, hecho que debe ser tomado en cuenta para establecer estrategias para la captación y diagnóstico en la población masculina. Entre las complicaciones más frecuentes encontramos que la insuficiencia cardíaca congestiva representa el 6 por ciento, seguida del infarto agudo al miocardio con 3,7 por ciento lo que puede aumentar el costo de la enfermedad y provocar baja laboral del paciente dependiendo de la intensidad del hecho, y con relación a la aparición de la enfermedad guarda esto gran relación con los años de los usuarios, ya que en mayores de 65 años es más frecuente la aparición mayor a 10 años la enfermedad, mientras que entre 35 a 64 años es de 1 a 5 años, con alrededor del 30 por ciento, datos útiles para establecer protocolos y estrategias para la detección, tratamiento, promoción y prevención de dicha enfermedad, tanto para las autoridades sanitarias, como para la población en general.

REFERENCIAS

1. Fauci; Braunwald; Kasper; Hauser; Et Al. HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. Ed. Mac-Graw Hill. México, 17va edición, 2009.

De acuerdo al tiempo de aparición de la enfermedad, este hecho tenía gran relación con la edad del usuario diagnosticados con hipertensión arterial, ya que en mayores de 65 años tenía una aparición la enfermedad mayor a 10 años (60,3%). Mientras que los rangos de edad entre 50 a 64 años fueron más frecuente de 2 a 5 años, igual que entre 35 a 49 años, tal como se muestra en el cuadro No. 3.

2. Grupo CTO. MANUAL CTO DE MEDICINA Y CIRUGIA. Ed. Mac- Graw Hill, Madrid, 7ma edición, 2007.
3. Departamento de Medicina Universidad Washington. MANUAL WASHINGTON DE TERAPEUTICA MÉDICA. Edit. Lippincot-Williamns, Missouri, 30va edición, 2007.
4. OPS/OMS. PREVENCIÓN, DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Edit. OPS/OMS, 2003.
5. Ferri, Fred. CONSULTOR CLÍNICO FERRI. Edit. Océano Mosby, España, 2006.
6. SESPAS/CERSS. GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA. Santo Domingo 2009.
7. SESPAS/CERSS. GUÍA DIAGNÓSTICA Y DE TRATAMIENTO DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA. 2da edición, Santo Domingo, 2008.
8. ENCUESTA DEMOGRÁFICA EN SALUD- ENDESA 2007 SANTO DOMINGO 2008.
9. ENCUESTA NACIONAL EN SALUD (ENS-2009), MÉXICO, 2010.
10. Campo c, Ruicope. ANGIOTENSINA E HIPERACTIVIDAD PARASIMPÁTICA EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR LIGADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Edit. Medicina General, México, 2001.
11. Delgado, C. FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Edit. Mac-GrawHill, Mexico, 1999.
12. Robbins. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Edit. Mac-Graw Hill. México, 7ma edición, 2001.
13. Feliz Feliz, Luis. Metodología de Investigación en Salud. Editora Universitaria. 2000.



FRECUENCIA DE CASOS DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS DE 0-6 MESES ASISTIDOS VÍA EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN LA CLÍNICA RURAL EL ROSARIO.

*Sheila Zafra, *Ariela Grullon, *Sumaya Salcedo, *Rosanna Vilomar, *Zuleica Brito (médicos generales) **J.C. De Jesús (Pediatria, asesor).

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo para medir la frecuencia de casos de niños con bronquiolitis en edad comprendida entre 0-6 meses asistidos vía emergencia de pediatría en el centro rural "El Rosario" en el periodo sept-nov 2012.

Se incluyeron los menores de 1 año con Bronquiolitis en el periodo citado. Se obtuvo una muestra de 46 pacientes.

La bronquiolitis ocurrió en el grupo de 3-6 meses de edad en el 81.5% de los pacientes. La enfermedad mostró mayor incidencia en temporadas frías.

Los signos y síntomas más constantes fueron la tos en 92.86% y las sibilancias en 81.25%. Entre las complicaciones, ocurrió falla respiratoria aguda en 6% pacientes, apneas en 7%.

El tratamiento incluyó hidratación 90.15%, oxigenoterapia 62,9%.

18% de los pacientes fueron hospitalizados.

La bronquiolitis es más frecuente en menores de 6 meses, la incidencia de la enfermedad aumenta en los períodos de invierno debido al clima. El agente etiológico es el virus sincitial respiratorio, pero generalmente no se hace la prueba viral y el tratamiento se hace por clínica.

Palabras claves: Bronquiolitis, virus sincitial respiratorio.

ABSTRACT

A retrospective study was conducted to measure the frequency of cases of children with bronchiolitis in age between 0-1 year assisted track emergency pediatrics in the rural center "The Rosary" in the period Sep - Nov 2012. We included the age of 1 year with bronchiolitis in the cited period. We obtained a sample of 46 patients. Bronchiolitis occurred in the group of 3-6 months of age in the 81.5 % of the patients.

The signs and symptoms were most constant coughing in 92.86 % and wheezing in 81.25 %. Among the complications, acute respiratory failure occurred in 6% of patients, apnoeas in 7 %. The treatment included hydration 90.15 %, oxygen therapy 62.9 %. 18% Of the patients were hospitalized. Bronchiolitis is more frequent in children younger than 6 months, the incidence of disease increases during periods of winter due to the climate.

The causative agent is the respiratory syncytial virus, but usually not done the viral test and the treatment is done per clinic.

Key Words: bronchiolitis, respiratory syncytial virus.

*Médico general

INTRODUCCIÓN

Se considera la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancias asociado a evidencia clínica de infección viral en un niño menor de dos años. Es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de etiología infecciosa, expresada clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña.

Las lesiones principales son edema peribronquial y obstrucción de la luz por los tapones de moco y detritus celulares; debido a esto el aire queda atrapado más allá de las lesiones bronquiales, lo que provoca hiperinflación alveolar, y en caso de que la lesión sea mayor, los pulmones mostrarán signos de hiperinsuflación

La bronquiolitis es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, altamente transmisible, expresada clínicamente por obstrucción de las vías aéreas pequeñas. Se manifiesta con tos, rinorrea, fiebre, taquipnea, retracciones, sibilancias espiratorias y atrapamiento de aire.

Es más frecuente en lactantes menores de un año, especialmente entre los dos y seis meses, con incidencia reportada de 11,4/100 niños/año en el primer año y con descenso a 6/100 niños/año en el segundo año de vida. Se dice que es una enfermedad francamente estacional, ya que son relativamente pocos los casos en verano y su incidencia aumenta al máximo durante el invierno en los meses de noviembre y marzo.

Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar una bronquiolitis grave incluyen el nacimiento prematuro, padecer previamente una enfermedad pulmonar o cardíaca crónica y tener un sistema inmunológico debilitado por enfermedades o medicamentos.

El virus sincitial respiratorio es la principal causa de bronquiolitis en la niñez. Suele ser el único agente causal cuando la enfermedad es epidémica, siendo responsable del 60 a 80% de los casos. En forma esporádica es causada en más del 50% de los casos por agentes diferentes al VRS, como el virus parainfluenza en especial el tipo 3, el virus influenza tipo A, los adenovirus los rinovirus, el virus de la parotiditis y el M. pneumoniae.

La enfermedad pulmonar crónica preexistente, las cardiopatías congénitas, la deficiencia inmune, la prematuridad, los padres fumadores y tener una edad de tres meses o menos predisponen a enfermedad severa, y en algunos casos, a la muerte. Menos del 3% de los lactantes sin factores de riesgo requieren hospitalización y en ellos la mortalidad es menor del 1%, pero esta situación varía considerablemente si existen

factores de riesgo, aumentando la mortalidad hasta 35%.

La enfermedad se caracteriza por afectación inicial del tracto respiratorio superior con la tríada, tos, rinorrea y estornudos, que ocurre en el 95% de los casos; después de 48 horas se acentúa la tos, el niño tiene dificultad para alimentarse. La taquicardia es frecuente, la fiebre generalmente es leve o el niño está afebril y aumenta la afectación del tracto respiratorio: taquipnea de intensidad variable con fase espiratoria prolongada, sobredistensión del tórax con descenso variable del hígado debajo del reborde costal; en la mayoría de los pacientes se auscultan sibilancias y en algunos casos roncus y crépitos asociados. La cianosis, las retracciones subcostales y el tiraje pueden ocurrir según la severidad de la enfermedad.

Las apneas pueden ser significativas debido a que ocurren hasta en el 20% de los niños hospitalizados con infección por VRS. Aproximadamente, 2 a 5% de niños hospitalizados progresan a falla respiratoria aguda y requieren ventilación mecánica de sostén.

El diagnóstico de la enfermedad es eminentemente clínico. Los Rx de tórax muestran típicamente atrapamiento aéreo e infiltrados intersticiales centrales bilaterales. También pueden observarse áreas de consolidación en parches y atelectasias segmentarias.

La mayoría de los casos de bronquiolitis son leves y su tratamiento no requiere hospitalización. Hay algunos criterios que pueden orientar sobre la necesidad de hospitalización como son: niños muy enfermos o tóxicos, edad menor de seis meses, niños prematuros, frecuencia respiratoria mayor de 70 por minuto, saturación de oxígeno menor de 95%, niños con dificultad para alimentarse y atelectasias en la radiografía de tórax.

El tratamiento de sostén inicial incluye la administración de oxígeno suplementario y un adecuado aporte de líquidos. Si bien existe controversia sobre el beneficio del uso de broncodilatadores adrenérgicos en niños con bronquiolitis, hay suficiente información a favor que respalda su empleo. Respecto a la teofilina, no se ha demostrado que sea beneficiosa en niños con bronquiolitis aguda, eventualmente se podría considerar su uso en pacientes con falla respiratoria aguda. A pesar del papel predominante de la inflamación de la vía aérea en la patogenia de la bronquiolitis, los corticoides no han demostrado tener valor en el tratamiento de estos pacientes.

Los antibióticos carecen de valor terapéutico, salvo que exista una neumonía bacteriana secundaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo, retro-prospectivo en la clínica rural El Rosario. La información fue extraída del libro de reporte de pacientes de emergencia de pediatría de la institución. Se incluyeron en el estudio todos los menores de 6 meses a quienes se les hizo diagnóstico de Bronquiolitis entre sept-nov 2012.

La información fue recopilada manualmente en un formulario que contenía las variables para cumplir los objetivos de la investigación. Luego procesados y tabulados en Excel 2010 para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Se realizó un estudio retro prospectivo para medir la frecuencia de casos de niños con bronquiolitis en edad comprendida entre 0-6 meses asistidos vía emergencia de pediatría en la clínica rural el rosario en el periodo sept-nov 2012.

Se incluyeron los menores de 6 meses con Bronquiolitis en el

periodo citado. Se obtuvo una muestra de 46 pacientes.

Se incluyeron los menores de 6 meses con Bronquiolitis en el periodo citado. Se obtuvo una muestra de 46 pacientes.

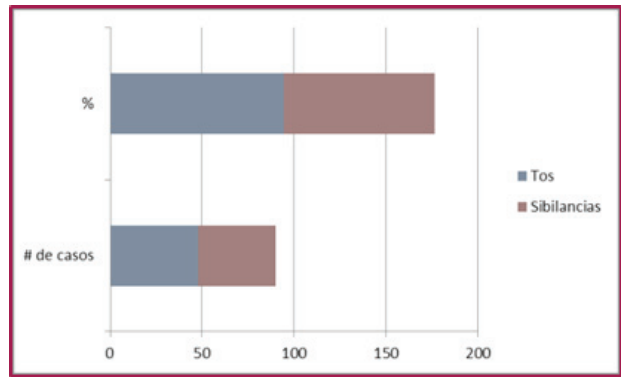
La bronquiolitis ocurrió en el grupo de 3-6 meses de edad en el 81.5% de los pacientes. La enfermedad mostró mayor incidencia en el mes de diciembre que fue cuando la temperatura estuvo más fría y donde hubo un brote de la enfermedad.

Los signos y síntomas más constantes fueron la tos en 92.86% y las sibilancias en 81.25%. Entre las complicaciones, ocurrió falla respiratoria aguda en 6% pacientes, apneas en 7%.

El tratamiento incluyó hidratación 90.15%, oxigenoterapia 62,9%.

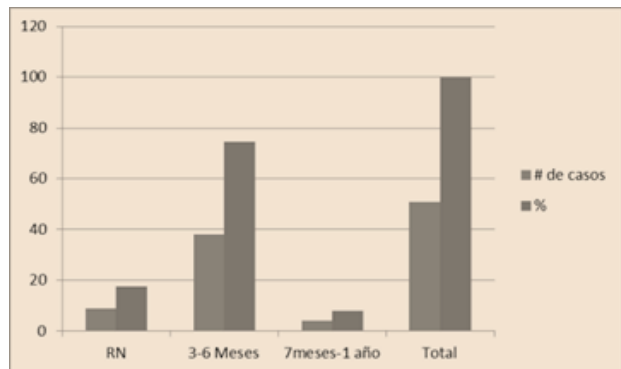
18% de los pacientes fueron hospitalizados.

Signos y síntomas principales



Fuente: Pacientes asistidos vía emergencia en el Rosario, sept-nov 2012

Rango de edad



Fuente: Pacientes asistidos vía emergencia en el Rosario, sept-nov 2012

CONCLUSIÓN

- El grupo de edad predominante fue de 3-6 meses de edad.
- Los signos y síntomas más frecuentes fueron tos y sibilancias.
- El tratamiento fue conservador al cual los pacientes respondieron adecuadamente con complicaciones mínimas.
- No hubo muerte.

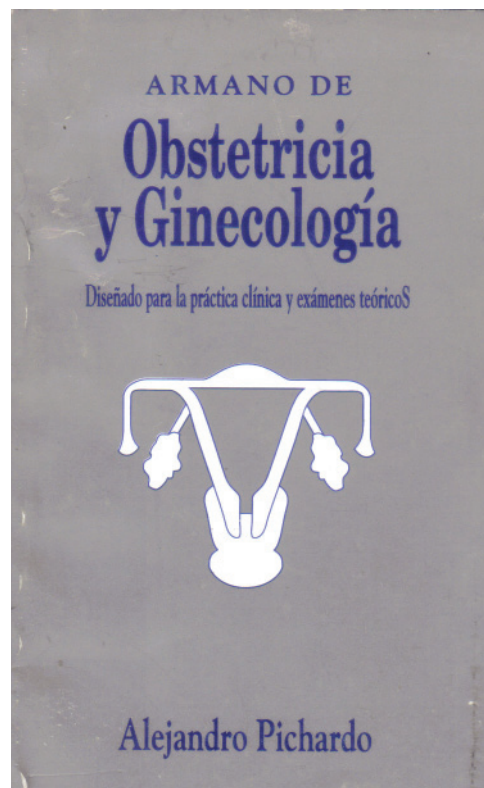
DISCUSIÓN

Al igual que en esta investigación en un estudio realizado con 324 pacientes (Bronquiolitis en menores de dos años en el HUSVP de Medellín) se concluyó que “Bronquiolitis en menores de

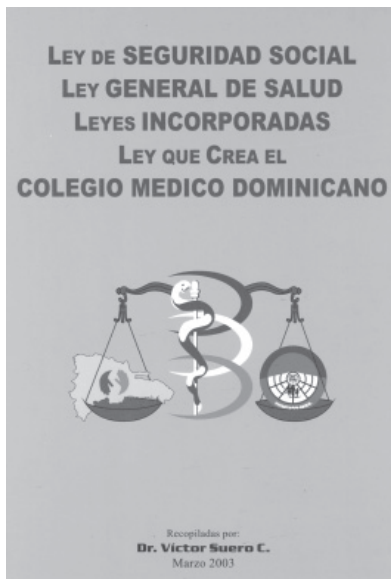
dos años en el HUSVP de Medellín, 94-98) La bronquiolitis ocurrió en el grupo de 3-6 meses de edad en el 62,0% de los niños, lo cual indica un predominio en el mismo rango de edad. La enfermedad mostró dos picos de mayor frecuencia, de abril a mayo y de noviembre a enero. Comparando los signos y síntomas asociados a la enfermedad, sus resultados fueron muy parecidos a los nuestros mostrando los siguientes resultados: Los signos y síntomas más constantes fueron la tos en 98,6% y las sibilancias en 82,1%. . En 48 pacientes se evaluaron virus respiratorios y en 54,1% se identificó el agente causal. El tratamiento incluyó broncodilatadores en 96,4%, esteroides en 62,9% y antibióticos en 89 %. A diferencia, en el tratamiento, no se usaron esteroides al igual que ellos. Dándose un tratamiento más conservador en nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Bronquiolitis in children. SIGN publication number 91. 2006, p. 1-41.
2. López Guinea A, Casado Flores J, Martín Sobrino MA, Espínola Docio B, De la Calle Cabrera T, Serrano A, García Teresa MA. Bronquiolitis grave. Epidemiología y evolución de 284 pacientes. AnPediatr (Barc). 2007;67:116-22.
3. Jovell AJ, Aymerich M. Evidencia científica de decisiones en sanidad. Barcelona. Grupo MSD. 1999;65-105;221-34.
4. Jovell AJ, Navarro Rubio MD. Guías de práctica clínica. FMC. 1995;2:152-5.
5. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS, 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. N° 2006/OI www.guiasalud.es.
6. Etxeberria A, Rotaeché R, Lekue I, Callén B, Merino M, Villar M, et al. Descripción de la metodología de elaboración- adaptación- actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la CAPV. Proyecto de Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2005. Informe n°: Osteba D-05-03.
7. Carroll KN, Gebretsadik T, Griffin MR, Wu P, Dupont WD, Mitchel EF, et al. Increasing burden and risk factors for bronchiolitis-related medical visits in infants enrolled in a state health care insurance plan. Pediatrics. 2008 Jul;122(1):58-64.
8. Figueras Aloy J, López Sastre J, Medrano López C, Bermúdez-Cañete Fernández R, Fernández Pineda L, Bonillo Perales A, et al. Spanish multidisciplinary consensus on the prevention of respiratory syncytial virus infection in children. AnPediatr (Barc). 2008;69(1):63-71.
9. González D, González E. Bronquiolitis aguda: bases para un protocolo racional. AnEspPediatr 2001; 55 (4): 355- 364.
10. Sánchez I, Bertrand P. Bronquiolitis aguda. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E y col. Pediatría. Editorial Médica Panamericana, Quinta Edición, Madrid 1997. pp. 1297-1301.



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.

INCIDENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO EN LA UCI DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER.

Rivas Eliam, *Ortega Melissa, **Jimenez Meryl, **Acosta Anny Miguelina. **

RESUMEN

En las últimas décadas, la frecuencia del sangrado digestivo en UCI se ha incrementado, particularmente en aquellos pacientes que requieren ventilación mecánica. Desde 1960 se han tratado de explicar los mecanismos fisiopatogénicos involucrados en el sangrado. El objetivo de nuestra investigación fue determinar la incidencia de sangrado gastrointestinal alto en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Salvador B. Gautier, admitidos en el periodo comprendido entre el 1o. de diciembre de 2012 hasta 28 de febrero de 2013, además de identificar principal factor de riesgo que predispone a este, el grupo de pacientes más afectados y profilaxis más adecuada con cualquier tipo de inhibidor de bomba de protones, sucralfato o antiH2. Este fue un estudio descriptivo de incidencia en el cual se recolectaron los datos por medio de una revisión sistemática diaria de las historias de pacientes nuevos admitidos en la UCI durante el periodo comprendido entre 1o. de diciembre de 2012 hasta 28 de febrero de 2013, que realizaban sangrado gastrointestinal alto durante su estancia en ella. Los resultados y conclusiones más relevantes fueron que el sangrado fue mayor en el sexo masculino, que el rango de edad de mayor episodios fue entre 66-75^a, los factores de más importancia que predisponen a un pte en la unidad de cuidados intensivos para presentar un SGIA fueron el uso de ventilador en primer lugar, seguido del uso de corticoesteroides, fallo hepático, padecer una coagulopatía y tener un estado séptico, ya para finalizar evaluamos la incidencia de SGIA a pesar de tener profilaxis con cualquier tratamiento utilizado para esta, donde al utilizar la ranitidina hubo mayor incidencia de episodios y por supuesto tenemos el grupo de pacientes a quienes no se le dio la profilaxis donde casi un 100% de estos realizaron sangrado correspondiendo a 4 ptes de 5.

Palabras clave: sangrado digestivo alto, unidad de cuidados intensivos, profilaxis.

ABSTRACT

In recent decades, the frequency of gastrointestinal bleeding in ICU has increased, particularly in patients requiring mechanical ventilation. Since 1960 they have tried to explain the pathophysiologic mechanisms involved in bleeding. The objective of our research was to determine the incidence of upper gastrointestinal bleeding in the Intensive Care Unit of the Hospital Salvador B. Gautier, admitted in the 1st period. December 2012 to February 28, 2013, and identify major risk

factor predisposing to this, the patient group most affected and most appropriate prophylaxis with any proton pump inhibitor, sucralfate or antiH2. This was a descriptive study of incidence at which the data was collected through a systematic review of the daily stories of new patients admitted to the ICU during the period from the 1st. December 2012 to February 28, 2013, who performed upper gastrointestinal bleeding while staying in it. The results and major conclusions were that the bleeding was higher in males, the age range was between 66-75 episodes more meetings, more important factors that predispose to a pte in the intensive care unit to present a SGIA fan were to use first, followed by the use of corticosteroids, liver failure, and have coagulopathy suffer a septic state, and to evaluate the incidence of completion despite having SGIA prophylaxis any used for this treatment, where the ranitidine use was higher incidence of events and of course we have the group of patients who were not given prophylaxis where almost 100% of these bleeding performed ptes corresponding to 4 of 5.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, intensive care unit, prophylaxis.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva es una enfermedad frecuente y grave, el número de ingresos se ha mantenido e incluso ha aumentado y la mortalidad sigue siendo significativamente alta desde 1945; a pesar de los avances alcanzados en los últimos 50^a en el manejo del paciente crítico y el desarrollo de potentes medicamentos antisecretorios y nuevas tecnologías diagnóstica y terapéutica. Son múltiples las causas de sangrado digestivo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y su manejo es cada vez más controversial, incluyendo cuestiones de tanta importancia como la profilaxis para sangrado gastrointestinal, que a la fecha se encuentra ampliamente justificada en la literatura médica, especialmente contra úlceras de estrés o como bien se ha denominado recientemente enfermedad vascular isquémica del tracto gastrointestinal.

Existen varios tipos de lesiones en la mucosa gastrointestinal que pueden llegar a sangrar en pacientes críticos en la UCI, dentro de los cuales se destacan: úlceras por estrés (conocidas en la actualidad como enfermedad vascular isquémica), malformaciones arteriovenosas, tumores, várices esofágicas, entre otras. Sin embargo, se constituye como causa más frecuente de sangrado digestivo en la UCI, la enfermedad vascular isquémica que puede ser de dos tipos: lesión superficial de la mucosa de tipo difuso y úlcera profunda que compromete la mucosa y penetra a la submucosa, y se localiza en su mayoría en el cuerpo y el fondo gástricos. La mortalidad

*Gastroenterólogo
**Médico general

global asociada con sangrado digestivo llegó a ser muy alta en la literatura mundial en los años ochenta, oscilando entre 48.5% y 87.5%; sin embargo, con el advenimiento de los recursos farmacológicos para profilaxis y diferentes métodos terapéuticos, cada día es menor y puede reducirse en la mayoría de instituciones de cuidado crítico hasta un 12-15%.

A través de diferentes estudios internacionales se han identificado diversos factores de riesgo para desarrollar un sangrado del tubo digestivo alto en pacientes ingresados en la UCI. Por ejemplo, en pacientes posoperatorio de cirugía cardiovascular, el riesgo es aproximadamente 0.4%; en pacientes con eventos cerebrovasculares que no tienen soporte ventilatorio mecánico, el riesgo es de 0.1% a 3%. Hay una gran relación entre la duración de la ventilación mecánica (más de 48h aumenta en riesgo), el tiempo de estancia en la UCI y la incidencia de úlceras. De la misma forma se han dilucidado factores predisponentes específicos para realizar SGIA como son: cursar con coagulopatía, historia de úlcera gastrointestinal o sangrado en el año anterior a la admisión a la UCI, sepsis, estancia prolongada en UCI más de una semana, sangrado gastrointestinal oculto persistente a lo largo de seis días, uso de corticosteroides, posoperatorios de neurocirugía por trauma craneoencefálico severo, o posoperatorios con requerimiento de ventilación mecánica, quemados severos y cursar con falla orgánica múltiple con compromiso renal y hepático.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo principal del trabajo se centró en calcular la incidencia de sangrado gastrointestinal en pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Salvador B. Gautier, admitidos en el periodo comprendido entre el 1o. de diciembre de 2012 hasta 28 de febrero de 2013, determinar los principales factores de riesgos para realizar este y por último determinar cual sería la mejor profilaxis para evitar la realización de SGIA en la UCI

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de incidencia, donde la población estudiada está conformada por todos los pacientes admitidos en la unidad de cuidado intensivo, tanto el clínico, cardiovascular y quirúrgico, del Hospital Salvador B. Gautier a partir del 1o. de noviembre de 2012 hasta el 28 de febrero de 2013, que cumple con los criterios de inclusión en el estudio.

Criterios de inclusión: todo paciente ingresado a las unidades de cuidados intensivos (clínico, cardiovascular y quirúrgico) en el periodo del 1o. de noviembre de 2012 hasta el 28 de febrero de 2013, con más de 24h, quienes realizaron sangrado gastrointestinal alto durante su estancia en la unidad. Criterios de exclusión: haber realizado un sangrado gastrointestinal e ingresar a la unidad de cuidados intensivo o estar recibiendo tratamiento actual para sangrado gastrointestinal alto realizado en los últimos días.

Los datos del estudio se recolectaron por medio de una revisión sistemática diaria de las historias de pacientes nuevos admitidos en la UCI, los cuales fueron seguidos durante toda su estancia en la UCI para determinar la aparición de un evento hemorrágico en vía digestiva durante el intervalo de tiempo establecido. Se ingresaron un total de 88 pacientes a la unidad de cuidados intensivos durante el periodo ya descrito anteriormente de los cuales 13 realizaron un sangrado gastrointestinal alto.

RESULTADOS

La muestra recolectada alcanzó un total de 88 pacientes, donde el promedio de edad fue 72 años, con una máxima de 94ª y una mínima de 21ª, donde la incidencia más alta de

SGIA según la edad fue en el rango de 66-75ª con una cantidad de ptes de 28, con un número de 5 ptes de 13 que sangraron correspondiente a un 38.5%, seguido de los rangos de edades de 56-65 con 15 ptes, 76-85 con 19 ptes, 86-95 con 6 ptes con número de sangrado de 2 ptes para cada rango con un 15.4%. De esta población en estudio el sexo femenino obtuvo la mayoría de los pacientes con 49 ptes y un porcentaje de 55.7% mientras que el sexo masculino tuvo una cantidad de 39 ptes que corresponde a un 44.3%, de estos el sangrado predominó en el sexo masculino en 8 ptes de 13, con un porcentaje de 61.5%.

En cuanto a los factores de riesgos más relevantes en los pacientes estudiados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Salvador B. Gautier, admitidos en el periodo comprendido entre el 1o. de diciembre de 2012 hasta 28 de febrero de 2013 para realizar sangrado gastrointestinal alto tenemos el uso de ventilador fue el factor de más influyente para desarrollar el sangrado con una cantidad de ptes usándolo de 13 (14.8%) de los cuales 3 ptes realizaron SGIA con un porcentaje de 23.07%, seguido de los cuadros sépticos 10 ptes (incluían cualquier foco infeccioso), uso de esteroides 9 ptes, el fallo hepático 10 ptes y coagulopatías 7 ptes con una cantidad de pacientes que sangraron para los 4 grupos de 2 ptes correspondiendo a un 15%. Ya por último tenemos los ptes postquirúrgicos (cualquier subespecialidad) con 10 ptes y traumas craneoencefálicos con 9 ptes, de los cuales sangraron un número de 1 pte para cada grupo correspondiente a un 7.7%.

De acuerdo a la protección gástrica o no que estaban recibiendo los pacientes ingresados en la UCI encontramos que los ptes estaban protegidos casi todos en su totalidad con inhibidores de la bomba de protones 57 ptes de los cuales sangraron 2 ptes correspondiente a un 15.4%, utilizando ranitidina un total de 22 ptes, sangrando 4 ptes con un porcentaje de 30.7% y con sucralfato teníamos 6 ptes de los cuales sangraron 3 ptes con un 23%. Para finalizar solo a 5 ptes no recibieron profilaxis para SGIA luego de ingresar a la unidad de los cuales 4 de 5 realizaron el evento.

Tabla 1. Incidencia de SGIA por género en la UCI del HSBG diciembre 2012- febrero 2013

Sexo	Cantidad	%	Sangraron	%
Femenino	49	55.7	5	38.5
Masculino	39	44.3	8	61.5
Total	88	100	13	100,0

Tabla 2: Distribución de los ptes por edad que realizaron SGIA en la UCI del HSBG diciembre 2012- febrero 2013

Edad (años)	Cantidad	%	Sangraron	%
18-29	4	4.54	0	0
30-45	7	7.95	1	7.7
46-55	9	10.2	1	7.7
56-65	15	17	2	15.4
66-75	28	31.8	5	38.5
76-85	19	21.6	2	15.4
86-95	6	6.8	2	15.4
Total	88	100	13	100,0

Tabla 3: Factores de riesgo para SGIA en la UCI del HSBG diciembre 2012- febrero 2013

Factor de riesgo	Cant.	%	Sangraron	%
Sepsis	10	11.4	2	15.4
ACV	12	13.6	0	0
Uso de ventilador	13	14.8	3	23.07
Fallo hepático	10	11.4	2	15.4
Fallo renal	6	6.8	0	0
Uso de esteroides	9	10.2	2	15.4
TCE	9	10.2	1	7.7
Quemados	2	2.3	0	0
Postquirúrgico	10	11.4	1	7.7
Coagulopatias	7	7.95	2	15.4
Total	88	100	13	100

Tabla 4: Tratamiento profiláctico como factor de riesgo para SGIA en la UCI del HSBG diciembre 2012- febrero 2013

Protección gástrica	Cant.	%	Sangraron	%
Inhibidores de la bomba protones	57	64.7	2	15.4
Ranitidina	20	22.7	4	30.7
Sucralfato	6	6.8	3	23
No protección	5	5.6	4	30.7
Total	88	100,0	13	100,0

DISCUSIÓN

Al concluir nuestro trabajo pudimos enfatizar varios factores que predisponen a un paciente en la unidad de cuidados intensivos a realizar un SGIA, encontrando que en una muestra de 88 pacientes la mayoría eran mujeres pero los masculinos fueron que tuvieron la mayor incidencia en sangrado, esto no fue una sorpresa para nosotros ya que en diferentes literaturas como la encontrada en el libro de la UCI de Paul Marino, 3ra edición 2007 exponen como factor de riesgo importante el sexo masculino, al igual que en la tesis realizada por la Dra. GutiérrezAlaya en el Hospital Enríquez Cabrera en la ciudad de las Habanas, Cuba, en el año 2007. Encuanto al rango de edades con mayor predisposición observamos que los mayores de 65 años hasta los 75 años tuvieron más incidencia de sangrado en nuestro Hospital, con una media de los pacientes que tuvieron sangrado alto en la UCI de 70^a, en lo cual coincidimos con la tesis de la Dra. GutiérrezAlaya realizada en el Hospital Enríquez Cabrera en la ciudad de las Habanas, Cuba, en el año 2007 donde la edad promedio que presentaron sangrado en la UCI fue 73^a y en la realiza por Dr. Rivera Rivas realizada en la UCI del hospital escuela Antonio Lenin Fonseca, Nicaragua 2004 donde la edad fue 72^a.

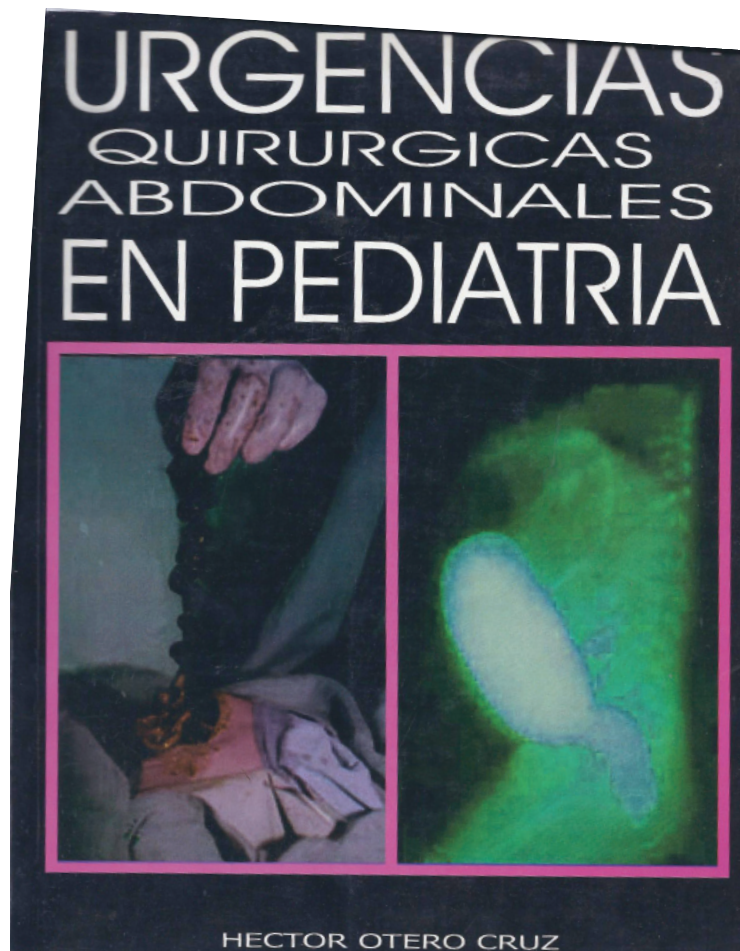
Dentro de los factores de riesgo que ocupo el primer lugar en la unidad de cuidados intensivos nuestro hospital esta el uso de ventilador, al igual que ha sucedido en diferentes estudios que sustentan esto y en diversas literatura que explican la fisiopatología del porque es tan prevalente el SGIA en pacientes que se someten a soporte ventilatorio como es el estudio de Incidencia de sangrado digestivo en la UCI del Hospital Universitario San Ignacio, publicado en la revista Acta Médica Colombiana, vol. 34, núm. 2, abril-junio, 2009, y este riesgo es mayor según aumenta los días del paciente en el ventilador;

seguido en igual frecuencia por los pacientes ingresados con fallo hepático en los cuales hay una predisposición innata por el hecho de ser hepatopatas pero con el estrés y ciertas medidas a los que son sometidos haya en la unidad sangran más fácil, también están los cuadros sépticos, el uso de altas dosis de esteroides, pacientes con copagulopatía de base o adquiridas en la unidad.

El tratamiento de las úlceras y erosiones agudas por estrés consiste sobre todo en su prevención, una vez que la hemorragia es manifiesta la gravedad de esta se refleja en el índice de mortalidad, el cual se aproxima a un 50%. La profilaxis ocupa un ardua labor tanto para el personal médico como el personal de enfermería porque a pesar de que la mayor parte de los pacientes estaban protegidos utilizando cualquier fármaco con este fin hubieron 5 pacientes que por una razón cualquiera no recibieron profilaxis, de los cuales 4 presentaron sangrado gastrointestinal alto sumándole un gran porcentaje en mortalidad a los mismos. Pero algo que nos dejo inquietos es que a pesar de que los pacientes estuvieron recibiendo profilaxis con inhibidor de bomba, anti H2 y sucralfato realizaron episodios de sangrado, aunque fuera una mínima cantidad de los pacientes, el grupo que mas eventos tuvo fue el que utilizo ranitidina seguido en frecuencia del sucralfato que en relación a la cantidad de pacientes que lo utilizaba y la cantidad que realizaron el sangrado fue el mayor de todos, dato con el cual no fuimos compatible con la literatura encontrada en el libro de la UCI de Paul Marino, 3ra edición 2007, que señala que el uso de sucralfato como profilaxis tanto para infecciones del trato gastrointestinal y sangrado digestivo alto a obtenido resultados muy satisfactorios en los últimos años.

REFERENCIAS

1. Rivera Rivas G. factores de riesgo asociados a sangrado del tubo digestivo alto no variceal en pacientes de la UCI, ingresado en el Hospital escuela Antonio Lenin Fonseca, periodo enero 2000 a diciembre 2003. [tesis] Nicaragua 2004.
2. GutiérrezAlaya. Factores de riesgo asociado a Sangrado digestivo en la unidad de cuidados intensivos, Hospital Enríquez Cabrera, periodo enero 2003 a diciembre 2007. [tesis] Cuba 2007.
3. Marino, Paul L.; Sutin, Kenneth M. M.D; El Libro de la UCI, profilaxis digestiva, editora LWW, Edición 3^a, pag. 61-77, Año 2007.
4. Alvarado Bestene J. Profilaxis de sangrado digestivo en la Unidad de cuidados Intensivos, 15 de marzo 2007. Disponible en: <http://med.javierana.edu.co/publi/universitas/serial/v43n1/0009%20profilaxis.pdf>.
5. Ojiako K, Shingala H, Schorr C, Gerber DR. Famotidine versus pantoprazole for preventing bleeding in the upper gastrointestinal tract of critically ill patients receiving mechanical ventilation. Am J CritCare 2008; 17: 142-7.
6. Delgadillo, Vivian Paola; Londoño, Darío; Alvarado, Jaime. Incidencia de sangrado digestivo en la UCI del Hospital Universitario San Ignacio, Acta Médica Colombiana, vol. 34, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 73-79
7. Sleisenger and Fordtran's, Upper Gastrointestinal Bleeding, libro Gastrointestinal and Liver Disease, Vol 1, capitulo 19, 9th edition, pag 203-306, año 2009.



PRESIÓN INTRAOCULAR MEDIA EN UNA MUESTRA POBLACIONAL

Herbert Stern Díaz, * Hansell J. Soto Ramos, ** María de L. Crespo Franco. **

RESUMEN

El ojo es considerado el órgano central de la visión, su firmeza y forma se deben a la presión interna ejercida por los líquidos que contienen (humor acuoso y vítreo), llamándose ésta: Presión intraocular (PIO). En este estudio retrospectivo y de corte transversal se recolectaron las PIO medidas de 450 ojos en pacientes de la Clínica Oftalmológica de Santo Domingo con el objetivo de comparar y correlacionar los datos obtenidos con aquellos teóricamente aceptados como "normales". Al utilizar los criterios de exclusión se obtuvo una muestra de 430 datos, de los cuales el 59% corresponden al género femenino y el 41% restante al masculino. La PIO promedio global fue de 13.18 mmHg +/- 2.19 mmHg, en el grupo femenino fue de 14.15 mmHg +/- 2.44 mmHg y en el grupo masculino de 13.84 mmHg +/- 2.52 mmHg.

Palabras clave: presión intraocular, humor acuoso.

ABSTRACT

The eye is considered the central organ of vision, firmness and form are due to internal pressure exerted by the liquid that contain (aqueous humor and vitreous), calling it: intraocular pressure (IOP). In this retrospective and cross sectional study measurements were collected IOP of 450 eyes in patients of the Clinica Oftalmologica de Santo Domingo in order to compare and correlate the data obtained with those theoretically accepted as "normal". By using the exclusion criteria, a sample of 430 data, of which 59% are in the female and the remaining 41% male. The global average IOP was 13.18 mmHg +/- 2.19 mmHg in the female group was 14.15 mmHg +/- 2.44 mmHg and 13.84 mmHg male group +/- 2.52 mmHg.

Key words: intraocular pressure, aqueous humor.

INTRODUCCIÓN

El globo ocular es el elemento fundamental del órgano de la visión, es irregularmente esférico ya que su diámetro anteroposterior es mayor que el transversal y su peso oscila entre 7 a 8 gramos. Su consistencia es firme debido a la presión intraocular que ejercen los líquidos que contiene (humor acuoso y vítreo).

El globo ocular se compone de una pared y un contenido. La pared esta formada por 3 membranas concéntricas: a) Tunica Fibrosa constituido por esclera y córnea b) membrana media musculovascular y c) membrana interna; constituido por la

retina. El contenido, denominado medios transparentes, consta de: a) Cristalino, b) Humor acuoso, ubicado entre cristalino y córnea, y c) Cuerpo Vitreo, ubicado posterior al cristalino hasta la retina.¹

Como se ha descrito con anterioridad, la presión intraocular (PIO) se encarga de mantener la forma del ojo. El humor acuoso posee un ciclo que describe su producción (por el cuerpo ciliar), circulación (entrando hacia la cámara posterior pasando a través de la pupila a la cámara anterior y luego periféricamente hacia el ángulo iridocorneal) y reabsorción (a través de la malla trabecular hacia el canal de Schlemm).

La tonometría es el proceso por el cual se mide la PIO, la técnica más usada alrededor del mundo es la tonometría por aplanación, la cual consiste en la medición de la fuerza requerida para aplanar una área específica de la córnea (ápice corneal). El rango normal de la PIO es de 11 a 21 mmHg.²

La importancia de la PIO radica en que es un dato predictivo de patologías como el glaucoma y la hipertensión intra ocular. Una medida por encima de los límites superiores puede indicar una mala absorción del humor acuoso, así como también una sobre producción del mismo; ésta última siendo la menos frecuente.³ Si no se corrigen los niveles altos de la PIO, puede llevar a daños irreversibles como lo es la ceguera.⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo retrospectivo y de corte transversal fue llevado a cabo utilizando datos de pacientes atendidos en el área de diagnóstico de la Clínica Oftalmológica de Santo Domingo. Se recolectaron los resultados de tonometría de 225 pacientes, de los cuales se descartaron 10 por poseer algún criterio de exclusión. Debido a que cada paciente se le realizan mediciones en cada ojo, la población fue de 450 datos y la muestra; 430.

Criterios de inclusión:

- Pacientes cuya tonometría se halla realizado en la Institución.
- Pacientes de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Reportes que indiquen una patología ocular de base que curse con aumento de la presión intra-ocular.
- Reportes a los cuales les falte algún dato, incluyendo sexo, nombre, etc.

El procesamiento de datos se ha realizado mediante tabulación y organización de la muestra, calculando la media aritmética y la desviación estándar global. Posteriormente se procedió a organizar los datos tomando en cuenta el sexo y nuevamente se calculó la media aritmética para cada sub-

*Oftalmólogo.

**Médico general.

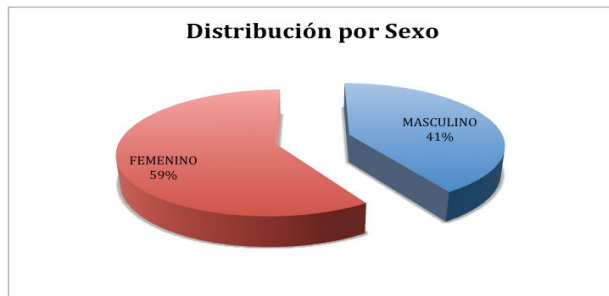
grupo (Masculinos y Femeninas).

RESULTADOS

La población utilizada para el estudio fue de 450 medidas, de los cuales se excluyeron un total de 20; dejando una muestra de 430 datos.

Se observa una distribución por sexo en el cual el 59% corresponde al género femenino y el restante 41% al sexo masculino (Gráfica 1).

Gráfica 1

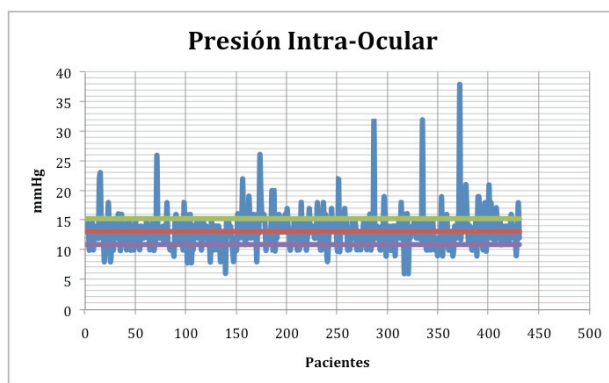


Se encontró que el promedio de la presión intraocular de la muestra es 13.18 mmHg con una desviación correspondiente a +/- 2.19 mmHg, el cual deja un rango aproximado de 11 – 15 mmHg. Evidencias en la gráfica (Gráfica 2) sugieren que a pesar de que en los reportes de tonometría no se especifica, hay pacientes que pueden cursar con alguna patología ocular que se acompañe de presiones intra oculares elevadas. Prueba de esto son las varianzas excesivamente altas de alguno datos.

Gráfica 2

En la segunda parte, se puede ver que hay una diferencia significativa entre la PIO media de la población femenina en relación a la masculina.

Tabla 1



Sexo	PIO media	Desviación estándar
F	14.15 mmHg	+/- 2.44 mmHg
M	13.84 mmHg	+/- 2.52 mmHg

La media de la PIO tiende a ser mayor en el sexo femenino que en el masculino solamente por décimas de la unidad de medida. Si se utiliza la regla de redondeo se evidencia que la PIO no se ve afectada por el sexo del paciente.

REFERENCIAS

1. Rouviere, H; Delmas, A. Anatomía humana. Tomo I. Undécima edición. Editorial Masson. Barcelona, España. 2005. Pág 373.
2. Riordan-Eva, P; Cunningham, E., Vaughan & Asbury's General Ophthalmology. Décimo octava edición. Editorial Mc Graw Hill. Estados Unidos. 2011. Pág 223-225.
3. Grupo CTO. Manual CTO, República Dominicana. Tomo III. Segunda Edición. Editorial CTO. Madrid, España. 2012. Pág, 810.
4. Fernandez Perez, J; Alañon Fernandez, F; Ferreiro Lopez, S. Oftalmología en Atención Primaria. Tercera Edición. Editorial Alcalá. 2003. Pág 203.
5. Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Nelson Fausto. Robbins and Cotran Patología Estructural y Funcional. Séptima Edición en español. Editorial Elsevier. España.
6. Arthur Guyton, John Hall. Textbook of Medical Physiology. Undécima edición. Editorial Elsevier Saunders. Estados Unidos. 2006. Pág. 623.
7. F. Charles Brunicaudi et al. Schwartz Principios de Cirugía. Octava edición en español. Editorial Mc Graw Hill. México. 2006
8. Rich Daly. Connection Between Corneal Thickness and Pressure reinforced. Artículo en línea de ASCRS Eyeworld. 2008. <http://www.eyeworld.org/article.php?id=4749&strict=&morphologic=&query=cct>
9. Gold, D; Lewis, R; Oftalmología de Bolsillo. Editorial Marban. España. 2006. Pág 359.
10. Robert Johnson, Patricia Kuby. Estadística elemental, lo esencial. Tercera edición en español. Editorial Thomson. México D.F. 2004

FRECUCENCIA DE PACIENTES OPERADOS DE COLELITIASIS EN UN CENTRO PRIVADO.

Pamela Segura, Carlos Morla,*David Jimenez,* Yaressy Mendoza,*
Estephanie Hernández,* Dagoberto Muñoz.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar con qué frecuencia se intervienen quirúrgicamente pacientes con colelitiasis en la clínica "Dr. Díaz" en el periodo octubre-diciembre 2012. Con una muestra de 36 pacientes.

El estudio conto con una muestra de 38 pacientes a los que se realizo colecistectomía.

El sexo mas afectado fue el femenino con un 97.36%

El rango de edad predominante estuvo entre 36-65 años con un 58.3%

Los signos y síntomas mas frecuentes fueron nauseas, vómitos, dolor a la exploración abdominal. Los menos frecuentes: fiebre e ictericia.

Palabras clave: Diagnóstico, colelitiasis, colecistectomía.

ABSTRACT

A retrospective descriptive study was performed on sectional to determine how often involved surgically patients with cholelithiasis in the clinic, the "Dr. Díaz" in the period October - December 2012. With a sample of 36 patients.

The study was conducted with a sample of 38 patients who underwent cholecystectomy. Females were the most affected with a 97.36 % The predominant age range was between 36-65 years with a 58.3 % The signs and symptoms were more frequent nausea, vomiting, pain in the abdominal exploration. The less frequent: fever, and jaundice.

Key Words: Diagnosis, cholelithiasis, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

Son depósitos duros y similares a cristales de roca que se forman dentro de la vesícula biliar. Estos cálculos pueden ser tan pequeños como un grano de arena o tan grandes como una pelota de golf, dependiendo del tiempo que haya transcurrido en su formación.

La causa de los cálculos biliares varía. Algunos cálculos se forman cuando hay demasiado colesterol o bilirrubina en la bilis. (La bilis es un líquido que ayuda al cuerpo a digerir las grasas). Otros cálculos se forman si no hay suficientes sales biliares o si la vesícula no logra vaciarse adecuadamente.

Un tipo de cálculos biliares, llamados cálculos de pigmento, tienden a ocurrir en personas que padecen afecciones médicas que hacen que el hígado produzca demasiada bilirrubina. Los

cálculos de pigmento también son más comunes en personas con cirrosis hepática e infecciones de las vías biliares.

Los cálculos biliares son un problema de salud común en todo el mundo y son más frecuentes en las mujeres, indígenas estadounidenses y personas mayores de 40 años de edad.

La vesícula biliar obstruida presenta edema de la pared y su luz se distiende con bilis. Posteriormente se infecta (fundamentalmente con *Escherichia coli*). En la mayor parte de los casos (85%) la obstrucción cede y el proceso inflamatorio retrocede espontáneamente. Si la obstrucción continúa, pueden producirse complicaciones tales como perforación de la vesícula biliar, bien sea libre en el peritoneo, localizada a los tejidos pericolecistíticos o al tubo digestivo (fístula bilio-digestiva).

La evaluación radiográfica de la colecistitis aguda debe efectuarse primero con radiografías simples del abdomen y del tórax. El estudio puede mostrar en la colecistitis enfisematosa la existencia de gas en la vesícula biliar. Los cálculos radiopacos también pueden ser visualizados.

El US es altamente útil en el abdomen agudo secundario o colecistitis. La exploración puede mostrar la existencia de vesícula biliar distendida con cálculos en su interior. El edema de la pared produce engrosamiento de la misma, e incluso una doble pared. La colocación del transductor sobre la zona de la vesícula biliar produce un dolor muy selectivo (Murphy ecográfico positivo). Una evaluación reciente del signo demuestra que la fiabilidad diagnóstica es de 87.2%. Con los signos radiológicos descritos el diagnóstico de colecistitis aguda se puede hacer en un 91.8% de los casos.

El tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática (cólico biliar, colecistitis, etc.) es la colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar), además del tratamiento médico del dolor y de la inflamación. Es preferible intervenir con cirugía laparoscópica en los primeros días de la fase aguda del cólico o de la colecistitis.

El tratamiento no quirúrgico, con tratamiento médico de ácidos biliares orales que facilitan la disolución de los cálculos puede ser una alternativa en pacientes en los que el riesgo de una intervención quirúrgica no recomienda su realización.

La litotricia, recomendada en algunos casos de pacientes con litiasis única no calcificada de menos de 20 mm y vesícula con funcionamiento normal. No puede realizarse en pacientes con antecedentes de pancreatitis, con quistes o aneurismas hepáticos, entre otros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte

*Médico general

**Cirujano general.

transversal para determinar con que frecuencia se intervienen quirúrgicamente pacientes con colelitiasis en la clínica "Dr. Díaz" en el periodo octubre-diciembre 2012. Con una muestra de 36 pacientes.

Criterios de Inclusión y exclusión

-Expedientes completos de pacientes con diagnóstico de colelitiasis.

Criterios de Exclusión

Pacientes sin el diagnóstico de colelitiasis y fuera de los objetivos estudiados.

Procedimiento

Se utilizo un cuestionario elaborado en función de objetivos y se procesaron y tabularon los datos obtenidos en Excel 2010 para su mejor comprensión.

RESULTADOS

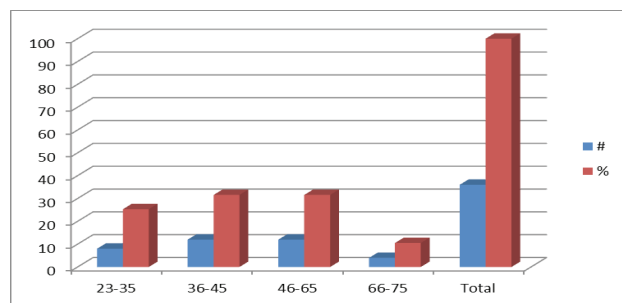
El estudio conto con una muestra de 36 pacientes a los que se realizo colecistectomía en el mes de agosto con diagnóstico de colelitiasis.

El sexo mas afectado fue el femenino para un 93.1%

El rango de edad predominante estuvo entre 36-65 años con un total de 21 casos para un 58.3%.

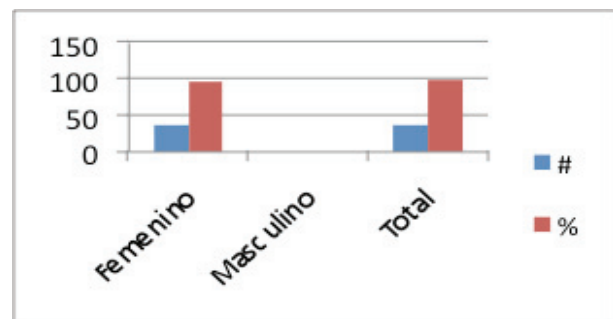
Los signos y síntomas mas frecuentes fueron nauseas, vómitos, dolor a la exploración abdominal. Los menos frecuentes: fiebre e ictericia.

Distribución por rango de edad



Fuente: Expediente de px operados en clínica Dr. Díaz

Distribución por sexo.



Fuente: Expediente de px operados en clínica Dr. Díaz

DISCUSIÓN

Según estudios internacionales, la colelitiasis es la segunda causa de abdomen agudo quirúrgico(J. Rodriguez y asoc.) y al igual que en nuestro estudio es mucho mas frecuente en mujeres, debido a los factores de riesgos como embarazo, uso de anticonceptivos etc.

CONCLUSIÓN

-El sexo femenino fue el más afectado.

-El rango de edad predominante estuvo entre 36-65 años.

-Los signos y síntomas mas frecuentes fueron nauseas, vómitos, dolor a la exploración abdominal.

REFERENCIAS

1. Faye C, Laing MD: Evaluación diagnóstica de los pacientes en quienes se sospecha colecistitis. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 1:3-22, 2000.
2. L Donoso, AJ Villanueva, A Martínez-Noguera. Ultrasonografía de la vesícula y vía biliar. Tratado de Medicina Interna Medicine. 5ª edición. Vol. 81. Marzo 1991.
3. M Provencio, CS Pedrosa. Diagnóstico por imagen. En Pedrosa: Compendio de
4. FT Dombal. Diagnóstico del dolor abdominal. 2ª edición. Masson-Salvat 1993. Barcelona.
5. Garrison F G. Historia de la Medicina. Editorial Espasa Calpe; Barcelona España 2005
6. Puig-Diví,V. Guarner,L. Protocolo 22 en Protocolos Diagnósticos Terapéuticos en Patología Digestiva Servicio de Aparato Digestivo Hospital General Vall d'Hebrón Editorial ProusScience SA 1998
7. Dr. Juan Rodríguez-Loeches Fernández, Dr. Gilberto Pardo Gómez. Temas de Cirugía. Cuba, 2da. Ed. 2011. Pág. 99
8. Soler. Vaillant R, Pérez Cárdenas JC, Díaz Mitjans O, Ceruto Santander LA, Guerra vicaria E, Rodríguez Parra R. Abdomen agudo no traumático. Edit CienciasMédicas C Habana 2004.
9. Silen W. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. 18th edition. Oxford University Press. Oxford, 1991.
10. Schwartz, Principios de Cirugía, Usa, 7ma Ed., Página 1129

FRECUENCIA DE FRACTURAS EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA.

**Eduardo Duquela, *Vilma Salcedo, *Franciris Vargas, *Nelson Encarnación,*

RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo prospectivo para determinar la frecuencia con que se presentan pacientes con trauma en atención primaria y causa de fractura en pacientes asistidos. En el periodo noviembre 2012-enero 2013.

Durante este periodo se recibieron vía emergencia 21 pacientes. Con edades comprendidas entre 15-50 años.

18 Presentaron herida cerrada. 3 Presentaron herida abierta.

El 68% de los casos fue por causa de accidente de tránsito.

7% por riñas

14 pacientes fueron mayores de edad. 12 masculinos, 2 femeninos.

7 pacientes fueron niños. 6 varones, 1 hembra.

A todos los pacientes se les inmovilizo como método de primeros auxilios y se refirieron a un centro de 3er nivel para manejo y tratamiento.

Palabras clave: Fractura, fémur, herida.

ABSTRACT

It was a prospective descriptive study to determine the frequency with which they are presented with trauma patients in primary care and cause of fracture in patients assisted. In the period November 2012-January 2013. During this period were received via 21 emergency patients. With ages between 15-50 years.

18 Presented wound closed. 3 Presented open wound.

The 68% of the cases was caused by traffic accident. 7% 14 patients were older than age. 12 Male, 2 female.

7 Patients were children. 6 Males, 1 female.

All patients were immobilized as a method of first aid and referred to a center of 3rd level for management and treatment.

Key Words: Fracture, femur, wound.

INTRODUCCIÓN

Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Una fractura es una ruptura parcial o total del hueso. Cuando se produce una fractura, ésta se clasifica como abierta o cerrada:

Abierta: el hueso atraviesa la piel y es visible, o donde una herida profunda a través de la piel lo deja a la vista.

Cerrada: el hueso se rompe, pero la piel permanece intacta.

Las fracturas ocurren cuando se ejerce sobre el hueso una

fuerza mayor de la que éste puede absorber. Los huesos son más débiles cuando se tuercen. Las rupturas de los huesos pueden ser producto de caídas, traumatismos, golpes o patadas al cuerpo.

Tipos

Una fractura se describe según su localización, su mecanismo de producción, el trazo o configuración de la misma, por su extensión, por el desplazamiento de los fragmentos entre sí, por la estabilidad del foco, por su relación con el ambiente externo y por sus complicaciones.

Causas

El trauma es lo que más fracturas causa. Caídas, accidentes, etc, son circunstancias que pueden causar fractura. También la osteoporosis también puede causar fracturas, ya que debido a esta enfermedad, los huesos se vuelven frágiles y se rompen con más facilidad. Pero el uso excesivo también puede causar fracturas, lo cual es muy común en los atletas (fracturas por stress o fatiga).

A pesar de que cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente.

Diagnóstico

Es imprescindible realizar una prueba de imagen para poder afirmar que hay una fractura en un hueso. Para poder diagnosticar una fractura de fémur se suele realizar radiografías del muslo. Con un par de radiografías suele ser suficiente para conocer el tipo de fractura y decidir cual va a ser el tratamiento mas adecuado. Sin embargo en ocasiones es necesario realizar un escáner (tomografía computarizada) o una resonancia magnética nuclear para poder concretar el trazo de fractura y el desplazamiento de los fragmentos.

Tratamiento

Las fracturas de fémur requieren en la mayoría de las ocasiones tratamiento quirúrgico para resolverse. Cuando la calidad ósea es buena y la fractura lo permite, se pueden utilizar clavos o placas atornilladas específicamente desarrolladas para sujetar los fragmentos mientras se forma el callo de fractura.

Hay ocasiones en las que si la capacidad de marcha del paciente estaba muy disminuida antes de la fractura (generalmente vida cama-sillón) o si la situación general del paciente es muy mala (enfermedades importantes mal controladas) se puede optar por no operar; asumiendo que la capacidad para caminar va a quedar muy disminuida. De esta manera se intenta evitar los riesgos de la cirugía, que en ocasiones son fatales.

En la mayoría de los casos en los que se opera con clavos o placas atornilladas y en los que se ponen prótesis, se intentara levantar de la cama al paciente en las primeras

24 o 48 horas. Lo habitual es que se permita apoyar la pierna poco a poco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo prospectivo para determinar la frecuencia con que se presentan pacientes con trauma en atención primaria y causa de fractura en pacientes asistidos. En el periodo noviembre 2012-enero 2013.

Criterios de Inclusión

Pacientes que se presentaron vía emergencia con algún tipo de fractura durante el periodo señalado.

Criterios de Exclusión

Pacientes que no cumplían con los criterios y objetivos de estudio.

Procedimiento

Se utilizó un cuestionario elaborado en función de objetivos y se procesaron y tabularon los datos obtenidos en Excel 2007 para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Se hizo un estudio descriptivo prospectivo para determinar la frecuencia con que se presentan pacientes con trauma en atención primaria y causa de fractura en pacientes asistidos. En el periodo noviembre 2012-enero 2013.

Durante este periodo se recibieron vía emergencia 21 pacientes. Con edades comprendidas entre 15-50 años.

18 Presentaron herida cerrada. 3 Presentaron herida abierta.

El 68% de los casos fue por causa de accidente de tránsito.

7% por riñas

14 pacientes fueron mayores de edad. 12 masculinos, 2 femeninos.

7 pacientes fueron niños. 6 varones, 1 hembra.

A todos los pacientes se les inmovilizo como método de primeros auxilios y se refirieron a un centro de 3r nivel para manejo y tratamiento.

Distribución por sexo

Pacientes masculinos	Pacientes Femeninas.	Total pacientes
18	3	21
85.7%	14.3%	100%

Fuente: pacientes de la clínica "El Rosario" nov-2012-dic 2013.

DISCUSIÓN

Según los datos provenientes de estudios efectuados por otros autores el grupo más afectado fue de individuos jóvenes y del sexo masculino. En la Argentina el Instituto de Seguridad y Educación Vial (ISEV) estudió a 1.169 conductores de

vehículos partícipes en siniestros viales ocurridos entre enero y noviembre de 2007. Se arribó a la conclusión de que 5 de cada 10 conductores no superaban los 30 años y de estos, 42 tenían 16 años. Al igual que en nuestro estudio que dio resultados muy similares en cuanto al rango de edad e igual en cuanto al sexo.

Sharma y cols. (2007) sostienen que lesiones y fatalidades pueden ocurrir en todo tipo de transporte; numéricamente en el mundo la mayoría son accidentes de tránsito en carreteras o rutas. En sus servicios de traumatología y ortopedia asistió, en el período 2000-2006, un promedio anual de 736 lesiones por accidentes de tránsito (2 por día).

La especialidad de Traumatología y ortopedia es la más importante y relacionada con lesiones por vehículos de motor, lo cual se confirmó en nuestro datos ya que todas las fracturas de fémur vistas en un mes fueron por accidentes de tránsito.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los casos fue por causa de accidente de tránsito.

Casi todos los pacientes fueron masculinos.

A todos los pacientes se les inmovilizo como método de primeros auxilios y se refirieron a un centro de 3r nivel para manejo y tratamiento.

REFERENCIAS

1. Koval KJ, Zuckerman JD. Femur. Fracturas y Luxaciones. 2ª ed. Madrid: Marbán; 2003.
2. Asociación Luchemos Por La Vida. El argentino y los accidentes de tránsito. Revista Luchemos por la Vida. 5(
3. Bastida J, López M, Aguilar P, González B, et al. The economic costs of traffic accidents in Spain. Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care. 2004;56(4):883-89.
4. DEIS. Indicadores de salud seleccionados República Argentina. Años 2000 a 2005.
5. DPTVP, DPEV. Accidentes de tránsito en San Miguel de Tucumán por mes. Tucumán, 2004.
6. INDEC. Muertos y heridos en accidentes de tránsito automotor por provincia. Total del país. Años 2001-2005.
7. ISEV. Siniestralidad y mortalidad de los conductores de vehículos. Información Accidentológica. 2007;1-11
8. ISEV. Quinto Reporte Mercosur y Tercer Latinoamericano de Siniestralidad Vial Base 2005/2006 2005/2006 .
9. Sharma BR, Harish D, Vij K. Road-traffic accidents-a demographic and topographic analysis. Medicine, Science & the Law. 2001;41(3):266-74.
10. Trollidal, Bjorn. An investigation of the effect of privatization of retail sales of alcohol on consumption and traffic accidents 2005;100(5):662-71.

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS ASOCIADA A HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COTUI.

Mileidy Rondón, * Yaira Susaña, *Yenis Peña.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia de diabetes mellitus asociada a hipertensión arterial en una unidad de atención primaria en Cotuí, (República Dominicana), durante el periodo Junio 2012-Enero 2013, donde se determinó que de 537 pacientes hipertensos investigados, 178 casos resultaron con Diabetes Mellitus de los cuales se obtuvo una prevalencia de Diabetes Mellitus asociada a Hipertensión Arterial del (33.15%), el sexo más afectado fue el sexo femenino con 98 casos (55.06%). El grupo de edad más afectado por ambas patologías fue de 45 -60 años con 72 casos (40-45%), seguido del grupo etario de 61- 75 años con 47 casos (26.40%). El factor de riesgo más encontrado correspondió a la Obesidad con 44 casos (24.72%), seguido del Tabaquismo con 38 casos (21.35%), Sedentarismo con 35 casos (19.66%), Hiperlipidemia con 26 casos (14.61%), Consumo de Sodio con 15 casos (8.43%), Alcoholismo con 12 casos (6.74%) para otros correspondió 8 casos (4.49%).

Palabras claves: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipidemia, Sedentarismo.

ABSTRACT

We performed a descriptive, retrospective, cross-sectional, with the objective of determining the prevalence of diabetes mellitus associated with hypertension in a primary care unit in Cotuí, (Dominican Republic) during the period June 2012-January 2013, where found that of 537 hypertensive patients investigated, 178 cases were with Diabetes Mellitus which yielded a prevalence of Diabetes Hypertension associated Mellitus of (33.15%), sex was the most affected with 98 female cases (55.06%). The age group most affected by both diseases was 45 -60 years with 72 cases (40-45%), followed by the age group of 61-75 years with 47 cases (26.40%). The more risk factors accounted Obesity found with 44 cases (24.72%), followed by smoking in 38 cases (21.35%), sedentary with 35 cases (19.66%), hyperlipidemia in 26 cases (14.61%), Sodium Intake with 15 cases (8.43%), alcoholism in 12 cases (6.74%) corresponded to other 8 cases (4.49%).

Key words: hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, sedentary lifestyle.

INTRODUCCIÓN

En el 2011 ha quedado patente la relevancia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como los dos principales factores de riesgo implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y, además, un problema de salud pública de primer orden.¹ El informe anual de la American Heart Association destaca que la prevalencia de Diabetes Mellitus ha aumentado en un 61% en Estados Unidos en las últimas dos décadas.²

Se ha estimado además que para el 2030 existirán en el mundo entre 350 y 366 millones de personas enfermas de diabetes mellitus (DM). En el caso de hipertensión, las proyecciones indican que para 2025 existirán 1 500 millones de personas que padezcan esta enfermedad.¹⁻³

Durante el 2008, en México la Diabetes Mellitus se posicionó en la población adulta como la primera causa de muerte y las enfermedades hipertensivas como la séptima.³

La hipertensión afecta al 20% de la población mundial y es una comorbilidad frecuente de la diabetes. Ambas patologías son factores independientes de riesgo cardiovascular y daño renal, pero al coexistir duplican las complicaciones cardiovasculares y quintuplican el desarrollo de insuficiencia renal avanzada.

En la diabetes, la hipertensión es dos veces más frecuente que en la población general. En la Diabetes Mellitus tipo 1, la hipertensión es secundaria a la nefropatía. En la tipo 2, en cambio, la hipertensión precede a la nefropatía y a veces a la diabetes; el 40% de los pacientes tiene hipertensión al efectuar el diagnóstico. En los hipertensos el riesgo de desarrollar diabetes es 2 a 4 veces mayor que en los normotensos.

Los diabéticos son más sensibles a la actividad vasoconstrictora de la angiotensina II, de la noradrenalina y el sodio. La hipertensión en la diabetes de tipo 2 es parte del síndrome cardiometabólico que comprende insulinoresistencia, obesidad central, dislipidemia (triglicéridos elevados, colesterol-HDL bajo, LDL aumentado), microalbuminuria, hipercoagulabilidad, tendencia a la inflamación, hipertrofia ventricular izquierda, hiperuricemia, y sensibilidad al sodio. La hiperglicemia disminuye la producción de óxido nítrico y aumenta el estrés oxidativo, generando un endotelio disfuncionante.⁴

La hipertensión arterial sistémica se define como una elevación de la presión arterial hasta un nivel que aumenta el riesgo de lesión en distintos lechos vasculares, especialmente retina, cerebro, corazón y riñones cuando se presentan cifras de presión arterial mayores de 140/90 mmHg. Los factores de riesgo que suelen estar presentes en la mayoría de las personas

*Médico general.

que la sufren son aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, y otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

La hipertensión arterial se clasifica según su causa (primaria o secundaria), edad de aparición o estadio de gravedad; de acuerdo a esta última se decide si debe o no tratarse.⁵

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia a largo plazo a una disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

La diabetes mellitus se clasifica:

1. Diabetes Mellitus tipo 1
2. Diabetes Mellitus tipo 2
3. Otros tipos específicos de Diabetes
4. Diabetes Gestacional
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada. 6

En diversos estudios epidemiológicos se ha podido comprobar que aproximadamente entre un 40% y un 60% de los diabéticos padecen hipertensión, estas tienden a asociarse con mucha frecuencia y esto no es producto del azar sino que se debe a que existen mecanismos comunes para ambas enfermedades.⁷

La diabetes tipo 2 y la hipertensión son afecciones crónicas de comienzo asintomático, y la pesquisa en los sujetos de mayor riesgo es la conducta más apropiada para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Las complicaciones asociadas con estos dos padecimientos son variadas, frecuentes y costosas.

La detección y control de estos enfermos debe ser responsabilidad del primer nivel de atención, cuyas funciones incluyen introducirlos al sistema de salud, iniciar el tratamiento temprano, evitar complicaciones y tener capacidad de referencia oportuna hacia otros niveles de atención. Resulta evidente que para lograr tal propósito, estas unidades deben contar con personal de salud capacitado, equipamiento e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema de información funcional y actualizado.

Debido a la repercusión social, económica y sus complicaciones además de la alta influencia en la morbimortalidad del adulto en capacidad laboral a nivel mundial y en nuestro país, hacemos el presente estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de diabetes mellitus asociada a hipertensión arterial en una clínica de Atención Primaria en Cotuí, provincia Sánchez Ramírez, en el periodo Junio 2012-Enero 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar la frecuencia de Diabetes Mellitus asociada a Hipertensión Arterial en una clínica de Atención Primaria, Cotuí, Provincia Sánchez Ramírez, en el periodo Junio 2012- Enero 2013.

El universo estuvo comprendido por 537 pacientes que asistieron a la consulta general, de estos se obtuvo una muestra de 178 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

La recolección de los datos se realizó a través de los expedientes clínicos especialmente para la investigación, donde se recopilaban los datos más relevantes para la misma y los cuales fueron extraídos de las fichas familiares de cada

paciente.

El manejo estadístico consistió en la utilización del programa de computación Excel, para el análisis de los datos y determinación de cuadros y gráficos.

RESULTADOS

De 537 pacientes hipertensos investigados, 178 casos resultaron con Diabetes Mellitus de los cuales se obtuvo una prevalencia de Diabetes Mellitus asociada a Hipertensión Arterial del (33.15%), el sexo más afectado fue el sexo femenino con 98 casos (55.06%). El grupo de edad más afectado por ambas patologías fue de 45 -60 años con 72 casos (40-45%), seguido del grupo etario de 61- 75 años con 47 casos (26.40%). El factor de riesgo mas encontrado correspondió a la Obesidad con 44 casos (24.72%), seguido del Tabaquismo con 38 casos (21.35%), Sedentarismo con 35 casos (19.66%), Hiperlipidemia con 26 casos (14.61%), Consumo de Sodio con 15 casos (8.43%), Alcoholismo con 12 casos (6.74%) para otros correspondió 8 casos (4.49%).

Tablas

Prevalencia de Diabetes asociados a Hipertension arterial		
	Cantidad	%
hipertensos sin diabetes mellitus	359	66.85
hipertensos con diabetes mellitus	178	33.15
total	537	100.00

Fuente: Fichas Familiares de salud de los pacientes de la UNAP

Factores de riesgo asociado a Hipertension arterial		
Factor de riesgo	Cantidad	%
hiperlipidemia	26	14.61
obesidad	44	24.72
tabaquismo	38	21.35
sedentarismo	35	19.66
alcoholismo	12	6.74
Consumo elevado de sodio	15	8.43
otros	8	4.49
total	178	100.00

Fuente: Fichas Familiares de salud de los pacientes de la UNAP

Distribución de Diabetes asociadas a Hipertensión arterial según Sexo		
Sexo	Cantidad	%
masculino	80	44.94
femenino	98	55.06
total	178	100.00

Fuente: Fichas Familiares de salud de los pacientes de la UNAP

Distribución de Diabetes asociadas a Hipertensión arterial según edad		
Edad	Cantidad	%
30 a 45	23	12.92
46 a 60	72	40.45
61 a 75	47	26.40
> 76	36	20.22
total	178	100.00

Fuente: Fichas Familiares de salud de los pacientes de la UNAP

DISCUSIÓN

De 537 pacientes hipertensos investigados, 178 casos resultaron con Diabetes Mellitus de los cuales se obtuvo una prevalencia de Diabetes Mellitus asociada a Hipertensión Arterial del (33.15%), el sexo más afectado fue el sexo femenino con 98 casos (55.06%). El grupo de edad más afectado por ambas patologías fue de 45 -60 años con 72 casos (40-45%), seguido del grupo etario de 61- 75 años con 47 casos (26.40%). El factor de riesgo mas encontrado correspondió a la Obesidad con 44 casos (24.72%), seguido del Tabaquismo con 38 casos (21.35%), Sedentarismo con 35 casos (19.66%), Hiperlipidemia con 26 casos (14.61%), Consumo de Sodio con 15 casos (8.43%), Alcoholismo con 12 casos (6.74%) para otros correspondió 8 casos (4.49%).

Según un estudio realizado en la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile la obesidad es un factor muy relevante en la patogenia de la diabetes mellitus, de dislipidemias secundarias y de hipertensión arterial. El aumento del tejido graso, especialmente con distribución tóraco-abdominal-visceral, genera o acentúa una insulinoresistencia, con la consiguiente hiperinsulinemia, produciéndose un síndrome plurimetabólico que es el nexo común en un número significativo de pacientes que elevan así su riesgo cardiovascular.⁸ Esto se modifica sustancialmente con la corrección de la obesidad, teniendo en cuenta que en lo posible ella se debe evitar estimulando hábitos de vida saludable desde la edad infantil⁸, lo cual guarda relación con nuestro estudio ya que este reporto que la Obesidad es el factor de riesgo mas determinante en el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

La asociación de la diabetes con la hipertensión parece ejercer un efecto sinérgico en el desarrollo de la enfermedad coronaria, pues la hipertensión coexistente está asociada a la hipertrofia de ventrículo izquierdo, señales electrocardiográficas de infarto del miocardio e historia previa de otros eventos cardiovasculares que pueden ocurrir incluso al diagnóstico inicial de la diabetes. La hipertensión arterial acelera la disminución de la función renal en pacientes con diabetes tipo II y proteinuria; por lo tanto, es prudente que en estos pacientes cualquier aumento de la presión arterial por encima de 130/85 mm Hg debe ser tratada con energía.¹⁵ Realmente el sexto reporte del Joint National Committe que trata sobre la prevención, detección, valoración y tratamiento de la

hipertensión arterial (JNC VII),¹⁶ recomienda que se inicie el tratamiento medicamentoso en pacientes con presión arterial en el límite superior de la normalidad (definido como 130 - 39/85- 89 mm Hg) y diabetes.⁹ De ahí deriva la importancia de la realización del presente estudio, ya las unidades de atención primaria es la puerta de entrada de los pacientes al sistema de salud y de esto dependen las posibles complicaciones que mas adelante presente este paciente sino es bien concientizado y/o orientado acerca del manejo de su enfermedad.

REFERENCIAS

1. Cordero, Alberto; Lekuona, Inaki; Galve, Enrique. Y cols. Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus, España. Rev. Española Cardiol. Vol. 65 no. 1, España 2011.
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2011 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2011;123:e18-e209.
3. Ortiz, Maki; Garrido, Francisco; Orozco, Ricardo. y cols. Sistema de protección social en salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. Salud Pública, vol. 53, no. 4, México 2011.
4. Zabala, Carlos. Hipertension y Diabetes Mellitus: el tratamiento debería disminuir y mantener la presión arterial en cifras de 120/80 mmHg. Rev. Med. Clin. Condes, vol. 16 no. 2, Abril 2005. 117-122.
5. http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_hipertension.pdf
6. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/DiabetesMellitus.pdf>
7. http://geosalud.com/hipertension/hiper_diabetes.htm
8. Maiz, Alberto. Consecuencias Patologicas de la obesidad: Hipertension Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 26, no. 4, Chile 1997.
9. Crespo, Nelson; Martinez, Anabel; Rosales, Ernesto. Y cols. Diabetes mellitus e hipertensión. Estudio en el nivel primario de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr, vol. 18, no. 5, Ciudad de la Habana sep- oct. 2002

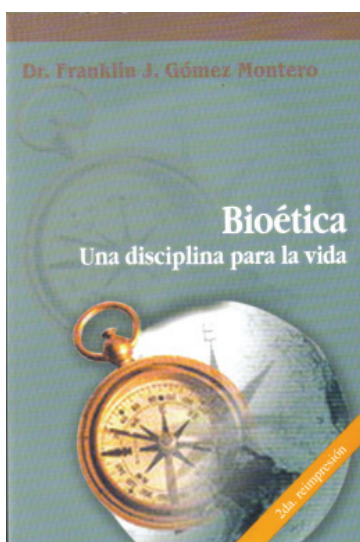


ARS - CMD
Colegio Médico Dominicano

**Tu salud y la de los tuyos, está segura, en manos
de quienes siempre han trabajado por ti**

Los Médicos

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.

FRECUENCIA Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN PACIENTES FEMENINAS ASISTIDAS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ANGOSTURA DE LA PROVINCIA INDEPENDENCIA.

Claudio Enmanuel García Lluberes,* Rosa Madeleine Astacio Tavarez,*
Yoanna Catherine Altagracia Neddall, * Atahualpa Arismendy de Aza
Morales,* Nidia Esther Jiménez Morla,* Roberto García Márquez.**

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la frecuencia y tratamientos de infección de vías urinarias en pacientes femeninas en edad fértiles 10-49 años en la Unidad de Atención Primaria de Angostura, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico durante el período comprendido entre Junio 2011- Marzo del 2012. El universo estuvo constituido por las pacientes femeninas asistida en la Unidad de Atención Primaria de Angostura. En la cual, la población total estuvo representada por 45 pacientes que correspondieron a la patología mencionada. Durante este período de estudio, las edades oscilan entre 10-49 años con 45 casos para un 100%. Según los signos y síntomas de presentación con 100% de los pacientes, los síntomas más frecuentes en nuestra investigación fueron disuria, tenesmo y polaquiuria que no se acompañan de bacteriuria notable reciben nombre síndrome uretral agudo. Entre los tratamientos que más se utilizaron fueron la ampicilina con 20 casos (44.4 %). De los 45 casos diagnosticados con infección de vías urinarias 31 fueron casos nuevos (68.8%) mientras que un 14 fueron recurrentes (31.1%).

Palabras claves: infección, vías urinarias, síndrome uretral agudo,

ABSTRACT

In order to know the frequency and treatment of urinary tract infection in fertile age female patients 10-49 years in the angostura primary care unit, conducted a retrospective, descriptive and analytical study for the period between June 2011 - March 2012. The universe was formed by female patients assisted in the angostura primary care unit. Which the total population was represented by 45 patients that corresponded to the abovementioned pathology. During this period of study ages range from 10-49 years with 45 cases to 100%. According to the signs and symptoms of presentation with 100% of the patients, the most common symptoms in our research were dysuria, urgency and frequency that are not accompanied by significant bacteriuria are called acute urethral syndrome. Among the treatments most used were the ampicillins with 20 cases (44.4%). Of the 45 cases diagnosed with tract infection urinary tract 31 were new cases (68.8%) while a 14 were recurrent (31.1%).

Keywords: infection, urinary tract, acute urethral syndrome.

*Médico general.
**Cirujano.

INTRODUCCIÓN.

La infección del tracto urinario (ITU), es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Los síntomas que acompañan a una infección de orina son los que componen el síndrome miccional, teniendo en cuenta que las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas.

Ante un síndrome miccional en el que se excluyen otras causas del mismo (vaginitis, uretritis, prostatitis) y se confirma la presencia de leucocitos en orina se puede hacer el diagnóstico de infección urinaria sin necesidad de realizar urocultivo. Las infecciones del tracto urinario pueden ser tratadas con éxito con antibióticos. En casos no complicados, a menudo la enfermedad cede sin medicamentos.

Según la localización principal del tracto urinario donde se localiza la infección se considera:

Uretritis: Infección urinaria localizada en la uretra.

Cistitis: Localizada en la vejiga urinaria.

Pielonefritis: Localizada en los riñones.

Prostatitis: Localizada en la próstata.

Recientemente se ha discutido la utilidad de clasificar las infecciones urinarias basadas en los hallazgos clínicos porque tiene la ventaja de dividir a los pacientes en grupos basados en factores clínicos comunes, lo que puede tener impacto sobre la morbilidad y el tratamiento. Basado en ello, se clasifican las infecciones urinarias en:

Cistitis no complicadas en mujeres jóvenes

Cistitis recurrentes en mujeres jóvenes

Pielonefritis agudo no complicada en mujeres jóvenes

Infección urinaria complicada y sus variedades

Infección urinaria asociada a colocación de catéteres

Infección urinaria en hombres

Bacteriuria asintomática

En lo que se refiere a la epidemiología, las infecciones urinarias se subdividen en asociada a la sonda hospitalaria, y no asociada a la sonda extrahospitalaria. Todas ellas pueden ser sintomáticas o asintomáticas. Las infecciones extrahospitalarias son muy frecuentes y ocasionan más de 7 millones de consulta medicas anuales en estados unidos. En la población femenina, estas infecciones afectan a 1 a 3% de la niñas en edad escolar y su incidencia se incrementan luego de manera notables en la adolescencia, con el comienzo de las relaciones sexuales. Una gran parte de las infecciones sintomáticas agudas afectan a mujeres jóvenes; en un estudio prospectivo se demostró una incidencia anual de 0.5 a 0.7 infecciones por pacientes al año en este grupo entre los varones, , las infecciones urinarias sintomáticas agudas surgen

en el primer año de vida (a menudo están relacionadas con anomalías urológicas); de ahí en adelante las infecciones en cuestión son poco frecuentes en varones menores de 50 años. La aparición de bacteriuria asintomática sigue en curso paralelo al de la infección sintomática y es rara entre los varones menores 50 años, pero frecuentes en las mujeres de entre 20 y 50. La bacteriuria asintomática es más común en varones y mujeres ancianos, y las tasa alcanzan hasta 40 y 50% en algunos estudios. La incidencia de pielonefritis no complicada agudas en mujeres de 18 a 49 años que no están hospitalizadas es de 28 casos por 10,000 de ellas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo con recolección de datos retrospectivos, con el objetivo de conocer la Frecuencia y tratamiento de infección vías urinarias en paciente femeninas asistida en la unidad de atención primaria de angostura de la provincia independencia durante el periodo Junio del 2011– Marzo 2012.

El universo estuvo constituido por las paciente femenina de 10- 49 años asistida en la unidad de atención primaria de angostura. La población estuvo asistida por 45 pacientes que correspondieron a la patología en estudio. Para la recolección de los datos, revisamos, cada expediente y se aplico un protocolo diseñado en bases a la variables los datos obtenidos fueron tabulados, procesados, y analizados para su interpretación y discusión posterior.

RESULTADOS

De 2,679 pacientes que asistieron a la consulta de la clínica rural de angostura en el periodo de Junio del 2011– Marzo 2012, 45 pacientes fueron diagnosticados con infección de vías urinarias por medio de un examen de orina realizado. El grupo etareo mas afectados fue 20–29 con un total de 25 casos (55.5%) Cuadro 1. Los síntomas más reportado correspondió piuria 26 casos (57.7%) tenesmo 5 casos (11.1%) y polaquiuria 5 (11.1%) cuadro 2. Los meses donde se registro un mayor número de casos fueron julio, diciembre, febrero con 7 (15.5%), seguido de noviembre con 6 casos (13.3%). Tratamiento predominante en nuestro estudio fue la ampicilina la cual fue utilizados en 20 casos (44.4%) cuadro 3. De los 45 casos 14(31.1%) fueron nuevos recurrentes, y 31(68.8%) fueron nuevos casos.

Cuadro 1. Distribución de infección de vías urinarias según la edad

Edad (años)	Frecuencia	%
10-19	2	4.4
20-29	25	55.5
30-39	15	33.3
40-49	3	6.6
Total	45	100,0

Fuente Directa:

Cuadro 2. Distribución de infección de vías urinarias según los síntomas

Síntomas	Frecuencia	%
Piuria	26	57.7
Disuria	9	20
Tenesmo	5	11.1
Polaquiuria	5	11.1
Total	45	100,0

Fuente Directa

Cuadro 3. Distribución de infección vías urinarias según tratamiento utilizado

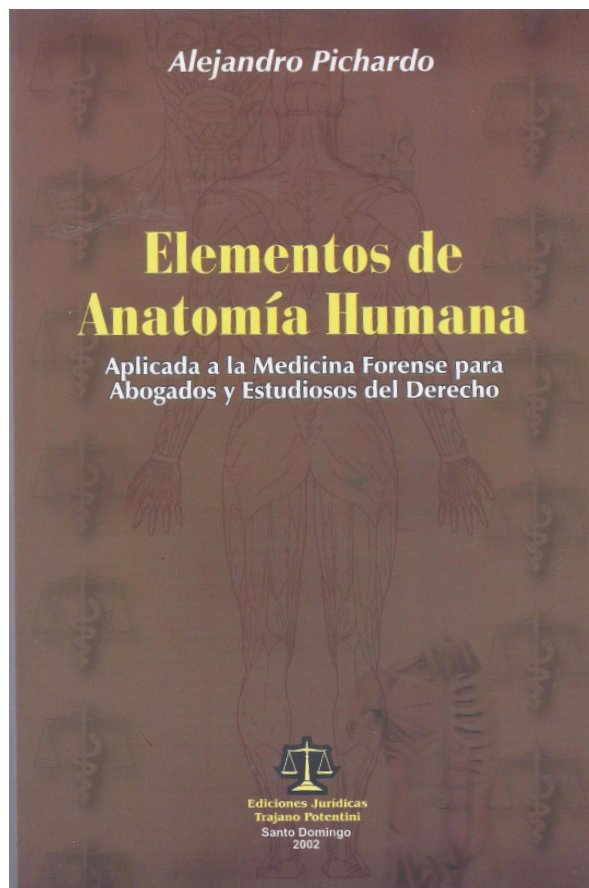
Tratamientos	Caso	%
Ampicilina	20	44.4
Ciprofloxacina	15	33.3
Trimetropin Sulfa	10	22.2
Total	45	100,0

DISCUSIÓN

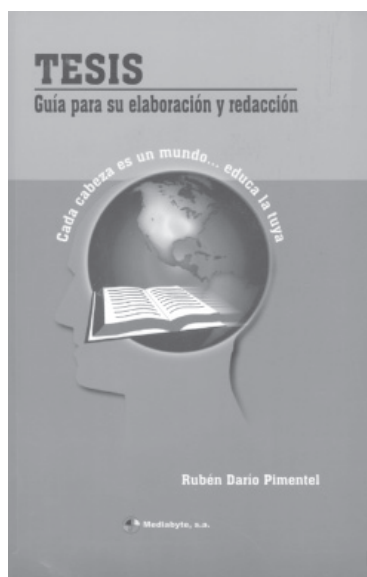
Luego de haber visto los resultado de esta investigación viendo el alto índice de IVU en la consulta médica con 45 casos para un 100% de los paciente que asistieron a dicha consulta, a fin de crear fuentes y medidas de prevención y con ellas mejorar el pronóstico del paciente. Los resultados obtenidos muestran que el sexo que más afectado fue el femenino con un 45 para un 100% debido a que esta presentan mayor re infección en esta comunidad y acuden con más facilidad al centro de salud, todas estas infecciones de vías urinarias son causadas por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga. Esto puede llevar a infección, con mayor frecuencia en la vejiga misma, la cual puede propagarse a los riñones. La mayoría de las veces, el cuerpo puede librarse de estas bacterias. Sin embargo, ciertas afecciones aumentan el riesgo de padecer infecciones urinarias. Las mujeres tienden a contraerlas con más frecuencia debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano que en los hombres. Debido a esto, las mujeres tienen mayor probabilidad de contraer una infección después de la actividad sexual o al usar un diafragma para el control de la natalidad. La menopausia también aumenta el riesgo de una infección urinaria. El grupo de edades más afectado fue 20- 29 años (para un 55.5%) y de 30-39 años con 15 paciente (para un 33.3%) concordando estos con otros estudio refiriéndose a que estas edades son las más vulnerables. La sintomatología más frecuentes fue la piuria con 26 casos para un 57.7% y el mes con más casos fueron julio, diciembre, febrero con 7 casos cada uno (para un 15.5%). El tratamiento de elección para la IVU que más se utilizo fue la ampicilina con 20 casos (para un 44.4%).

REFERENCIAS

1. A B C Alfredo Vázquez Vigoa. Infección urinaria en el adulto Rev Cubana Med 1998; 34(2). Consultado 28 de septiembre de 2010.
2. Corey Foster, Neville F. Mistry, Parvin F. Peddi, Shivak Sharma. Manual Washington DE Terapéutica Médica. 33a. Ed. Infecciones Genitourinarias. Washington, D.C: Servicio editorial Wolters kluwer Lippincott William & Wilkins, 2010: 472–476.
3. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Infecciones vías urinarias. 17a. Ed. Infecciones urinarias, pielonefritis y prostatitis 282. Washington, D.C: Servicio editorial Mc Graw Hill, 2009: 1820-1827.
4. Warren JW et al: Guidelines for antimicrobial therapy of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Clin infect Dis 29: 745, 1999.
5. Talan Da et al: comparison of ciprofloxacin (7 days) and trimethoprim- sulfamethoxazole (14 days) for acute uncomplicated pyelonephritis in women. JAMA 283:1583,2000.
6. JOHNSON JR et al: Systematic review. Antimicrobial urinary catheters to prevent catheter associated UTI in hospitalized patient. Ann Intern Med 144:116.2005.
7. HOOTON TM et al: Amoxicillin- clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women. A randomized trial. JAMA 293: 949, 2005.
8. FIHN SD et al: Clinical practice: acute uncomplicated urinary tract infection in women. N Engl J Med 349: 259, 2003
9. Scholes D et al: Risk factors associated with acute pyelonephritis in healthy women. Ann Intern Med 142: 20, 2005.
10. Guía Diagnostica y de Tratamiento de las Unidades de Atención Primaria (UNAP). MISP. Santo Domingo RD 2009; p.120–123.



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.

SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS DE LAS COMUNIDADES DE VILLA FUNDACIÓN, SABANA BUEY, ARROYO HONDO, QUIJÁ QUIETA, LAS CALDERAS Y LAS SALINAS. PROVINCIA PERAVIA, REPÚBLICA DOMINICANA.

*Xiomary Saray Mercedes Febles, * Judith Natalia Faña Aybar, *** Rafael Johnson.****

RESUMEN

El objetivo general de este estudio es identificar las condiciones social y económica en que se desenvuelven los presuntos enfermos mentales crónicos de estas comunidades.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por todas aquellas personas que presuntamente fueran enfermos mentales crónicos, adultos, cualquier nacionalidad y que fueran residentes de las comunidades implicadas. Se procedió a investigarlo a través de familiares y personas de la comunidad aplicando un protocolo de investigación.

El 52% del total de los casos estudiados correspondieron al sexo masculino. Se encontró que el 67% de los enfermos mentales de las comunidades estudiadas dependían económicamente de sus familias. El 52% de los pacientes investigados vestían de manera inadecuada y el 67% tenían una conducta pasiva. Se observó que el 67% de los pacientes se encontraba libre en casa y finalmente 90% de los casos no recibía tratamiento.

Palabras clave: Protocolo de investigación, Enfermo mental, Crónico.

ABSTRACT

The overall objective of this study is to identify the social and economic conditions in which they develop chronic mental patients suspected of these communities.

We conducted a descriptive research and cross-cutting. The study population consisted of all persons who were allegedly mentally ill patients, adults, any nationality and who are residents of the communities involved. We proceeded to investigate through family and community members using a research protocol.

Some 52% of the cases studied were male. It was found that 67% of mental patients in the study communities economically dependent on their families. 52% of patients surveyed improperly dressed and 67% had a passive behavior. It was observed that 67% of the patients were free in house and finally 90% of patients receiving no treatment.

Key words: research protocol, mentally ill, Chronic.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales son frecuentes en la práctica médica. Los cambios a que se haya sometido el sistema

sanitario actual subrayan la necesidad de que los médicos de atención primaria asuman la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento iniciales de los trastornos mentales más frecuentes.

Es importante que se realice un diagnóstico lo antes posible para asegurar que los pacientes accedan a los servicios médicos adecuados y optimizar el pronóstico clínico, ya que existe una alta prevalencia de trastornos mentales.

Tal es el caso de Estados Unidos donde entre 2 y 3 millones de personas carecen de hogar y de ellos una tercera parte sufre grandes problemas de salud mental. Unido a esto están la falta de higiene, de nutrición, consumo de sustancias y traumatismos físicos hacen que el acceso a los servicios de salud sea más difícil para estas personas. Un estudio de la American Psychiatric Association (APA) en 2007 reveló que el 42% del deambulante de la costa Oeste de los Estados Unidos está diagnosticado con enfermedad mental. En República Dominicana el último estudio epidemiológico realizado para identificar la situación de salud mental, específicamente depresión, fue en 1980.

Sólo un bajo porcentaje de los enfermos mentales recibe atención de salud especializada y formal; los puntos de contacto principales son los ambulatorios y los servicios de urgencia. La atención primaria es el entorno preciso en que pueden observarse y tratarse la carencia de hogar y la dependencia de sustancias y así proceder a la evaluación y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas de una manera eficiente. Para esto es preciso destruir las barreras en cuanto al sistema de salud tradicional, reconociendo obstáculos físicos y costes emocionales relacionados a la atención de las personas con un déficit mental.

Los objetivos principales para la realización de esta investigación son: Identificar las condiciones social y económica en que se desenvuelven los presuntos enfermos mentales crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas, Diseñar y aplicar un protocolo de investigación para identificar, ubicar y cuantificar las personas con enfermedad mental que viven en el área geográfica determinada. Establecer cómo viven, vestimenta, conducta y tratamiento de los enfermos mentales. Disminuir la estigmatización del enfermo mental. Lograr que los resultados arrojados por esta investigación sirvan para mejorar las acciones de salud y la integración social de los enfermos mentales de la provincia Peravia y propiciar una mejor calidad de vida.

Los resultados obtenidos en esta investigación podrán ser utilizados como parámetro por las autoridades correspondientes para conocer las necesidades básicas en cuanto a salud mental

* Médico general

**Residente I de Medicina Interna.

***Psiquiatra.

de las comunidades y tomar las medidas necesarias y servirá como línea de base para futuros estudios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas aquellas personas que presuntamente fueran enfermos mentales crónicos, adultos, cualquier nacionalidad y que fueran residentes de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas. La población de estudio fue identificada con la ayuda de los médicos pasantes y líderes de cada comunidad.

La provincia Peravia fue creada el 23 de noviembre de 1944 con el nombre de Provincia de Baní. Su nombre actual de Peravia le fue dado el 29 de noviembre de 1961. Nombrada por el Valle de Peravia, lugar donde se encuentra la capital provincial. Cuenta con una población total de 169,865 habitantes. La provincia tiene dos municipios: Baní y Nizao y nueve Distritos Municipales: Catalina, El Carretón, Matanzas, Paya, Sabana Buey, Villa Fundación, Villa Sombrero, Pizarrete y Santana. En cuanto a la población total de cada comunidad implicada, para el año 2006 Villa Fundación contaba con 8,896 habitantes, Sabana Buey con 3,035 habitantes, Arroyo Hondo con 267 habitantes, Quijá Quieta con 912 habitantes, Las Calderas con 1,588 habitantes y Las Salinas con 1,197 habitantes.

La agropecuaria es la principal actividad de la provincia, produciéndose hortalizas (tomate, cebolla, etc.), frutales, café. La ganadería vacuna es importante seguida de la caprina. Aunque no muy importante, se pesca en el Mar Caribe. En Baní y proximidades se está desarrollando la industria, sobre todo la agroindustrial. Hay producción de sal en Las Salinas. La actividad turística se concentra en la costa caribeña, especialmente alrededor de la Bahía de Calderas aunque también en Las Dunas. Otra forma muy importante de subsistencia son las remesas desde el exterior.

Técnica

Al localizar un posible caso de patología psiquiátrica en cualquiera de las comunidades, se procedió a investigarlo a través de familiares y personas de la comunidad aplicando un protocolo de investigación creado por la Dirección Provincial de Salud de Peravia y modificado por las autoras, conteniendo preguntas tanto abiertas como cerradas y donde se incluyeron las variables siguientes: forma de comunicación con el enfermo, estadía del paciente, modo de subsistencia, conducta, vestimenta, existencia de co-morbilidades y situación terapéutica.

Luego de recopilada la información y plasmada en los formularios previamente numerados se procedió a interpretar los mismos, así como a tabular y graficar utilizando el software Microsoft Excel 2007.

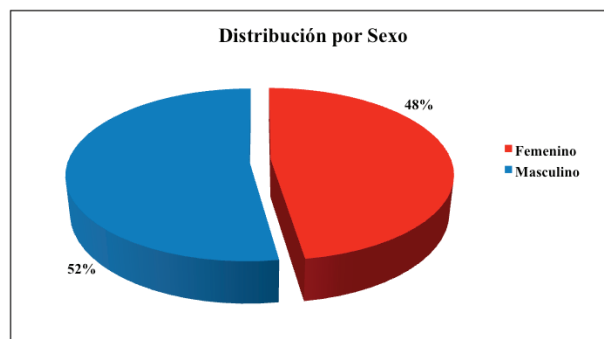
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En la investigación se logró localizar 21 casos en total, de los cuales 11 eran hombres y 10 mujeres. En cuanto a la situación o estado de los pacientes se encontró que 4 estaban deambulando, 14 libres en casa y 3 enclaustrados.

Del total de pacientes 14 dependían económicamente de su familia, 5 trabajaban y 2 subsistían con limosnas. 10 de

los pacientes vestían de manera adecuada y 11 inadecuada. En relación a la conducta, 14 de los pacientes eran pasivos, 5 agresivos y 2 desinhibidos. Por último, sólo 2 pacientes recibían medicamentos, el resto no tomaba.

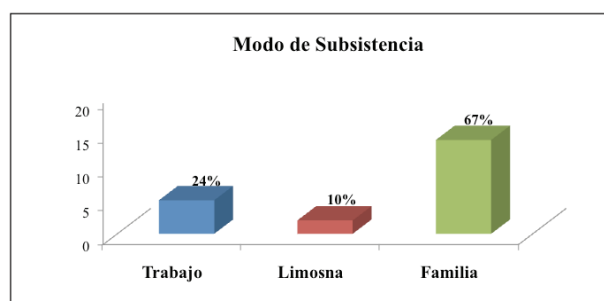
Gráfica 1. Distribución según el sexo de los Enfermos Mentales Crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas. Agosto-Octubre 2008. Provincia Peravia, República Dominicana.



Fuente: Directa.

En la gráfica se puede observar que el sexo masculino representó la mayor frecuencia con un total de 11 pacientes, equivalente a un 52% y el sexo femenino, la menor frecuencia con un total de 10 pacientes, representando un 48%. Estas cifras no concuerdan con la literatura revisada ya que esta revela que en el sexo femenino hay un mayor predominio de enfermedades psiquiátricas, principalmente esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. (3)

Gráfica 2. Distribución de acuerdo al modo de subsistencia de los Enfermos Mentales Crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas. Agosto-Octubre 2008. Provincia Peravia, República Dominicana.

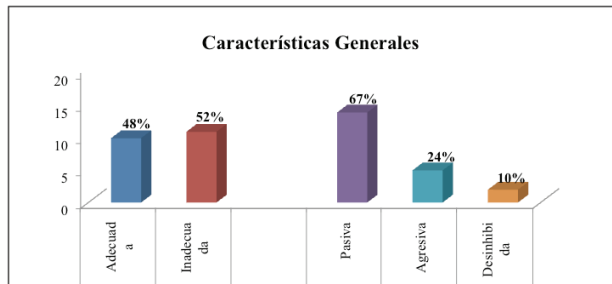


Fuente: Johnson, Mercedes, Faña. Agosto-Octubre 2008

La gráfica muestra que 14 del total de pacientes, para un 67%, eran dependientes económicamente de sus familias, 5 pacientes para un 24% podían subsistir por sí mismos y sólo 2 pacientes, para un 10%, sobrevivía de limosnas.

Esta gráfica se elaboró con la finalidad de identificar qué porcentaje de la totalidad de los pacientes con enfermedades psiquiátricas de las comunidades estudiadas podía subsistir por sí mismo ya que esto es un elemento importante para el progreso económico del individuo y un indicador del estado de bienestar general.

Gráfica 3. Distribución de acuerdo a características generales: vestimenta y conducta de los Enfermos Mentales Crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas. Agosto-Octubre 2008. Provincia Peravia, República Dominicana.

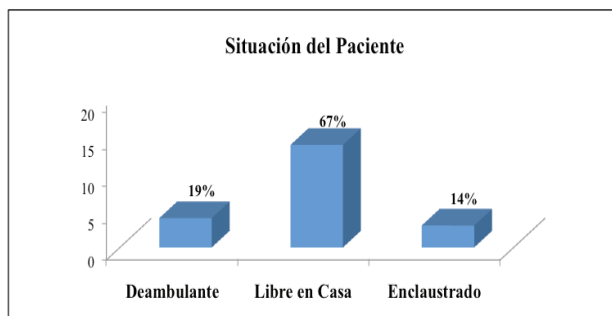


Fuente: Directa.

Esta gráfica muestra dos variables, vestimenta y conducta, que indican el estado general del paciente. En cuanto a la vestimenta, 11 de los pacientes, equivalente a un 52% era inadecuada y los 10 pacientes restantes, con un 48%, tenían una vestimenta adecuada. Estos resultados se le atribuyen al estado mental de los pacientes que no les permitía identificar en qué momento vestirse, en el caso de los que estaban desnudos, o vestir ropa limpia.

Refiriéndose a la conducta, 14 pacientes, para un 67% tenían una conducta pasiva, 5 del total de los pacientes, un 24%, eran agresivos y 2 pacientes, para un 10% eran desinhibidos.

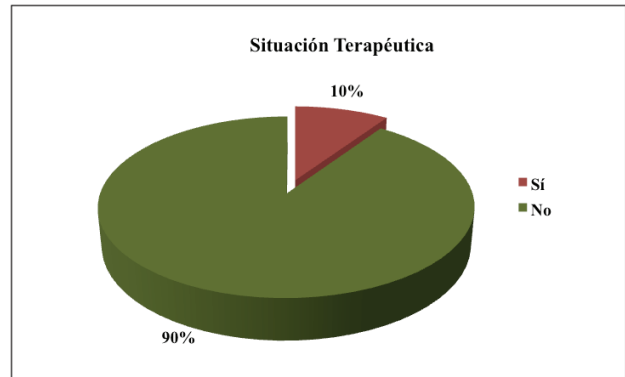
Gráfica 4. Distribución según estado o situación de los Enfermos Mentales Crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas. Agosto-Octubre 2008. Provincia Peravia, República Dominicana.



Fuente: Directa.

Una rápida observación de la gráfica revela que 14 pacientes del total, equivalente a un 67% se encontraban libres en casa, 4 de los pacientes, representando un 19% deambulaban y enclaustrados solamente 3 pacientes correspondiente a un 14%. Este resultado se puede atribuir al hecho de que el 67% de los pacientes eran cuidados y sustentados por sus familiares y también a que el 67% de la totalidad tenía una conducta pasiva que les permitía relacionarse adecuadamente con su entorno.

Gráfica 5. Situación Terapéutica de los Enfermos Mentales Crónicos de las comunidades de Villa Fundación, Sabana Buey, Arroyo Hondo, Quijá Quieta, Las Calderas y Las Salinas. Agosto-Octubre 2008. Provincia Peravia, República Dominicana.



Fuente: Directa.

En la gráfica se puede apreciar que un alto porcentaje de los pacientes (90%), correspondientes a 19 de los casos no recibía tratamiento, mientras que solamente 2 pacientes (10%) estaba bajo tratamiento psiquiátrico.

Los resultados arrojados pudieran ser debidos a que la alta morbilidad de esta problemática representa una importante carga social, tanto por la pérdida de la capacidad productiva, como por el alto costo de los servicios de salud mental.

Al finalizar la investigación se puede concluir que el sexo masculino representó la mayor frecuencia en las patologías psiquiátricas, con un total de 11 pacientes, equivalente a un 52% no concordando esto con la literatura investigada.

Se reveló que la mayoría de los pacientes dependían económicamente de sus familias, resultando 14 del total de pacientes correspondiente a un 67%. Esta información es relevante debido a que por el hecho de ser un paciente con enfermedad mental, no pudiera ser un ente productivo y en su lugar se convierta en una carga para la familia y la sociedad.

Se demostró que 11 de los pacientes, equivalente a un 52% vestían inadecuadamente. Este resultado se debió al limitado discernimiento que tienen estas personas en cuanto a las normas de la sociedad para vestirse. Otro factor analizado fue la conducta, encontrándose que 14 de los 21 pacientes tenían una conducta pasiva, representando un 67%. Este dato podría resultar favorable para el inicio de un tratamiento y para una interacción más adecuada entre el paciente y su entorno.

Otra conclusión fue que del total de los pacientes 14 de los casos o un 67% se encontraba libre en casa relacionándose esta información con el hecho de que estas personas, en su mayoría, eran dependientes de su familia y también tenían una conducta pasiva que les favorecía para no estar enclaustrados ni deambulando.

Por último, pero no menos importante estuvo el hecho de que 19 pacientes, que representaban un 90 por ciento del total no recibía tratamiento, debiéndose esto al alto costo del acceso a los servicios de salud mental.

REFERENCIAS

1. Alonzo- Fernández, Francisco. Nosografía Psiquiátrica. Compendio de Psiquiatría. Madrid: Editorial Oteo; 1978. Pág.21-25.

2. Kleinman, Arthur; Cohen, Alex. El problema mundial de los trastornos mentales. Investigación y Ciencia. Estados Unidos, Mayo 1997. Pág. 32-36.
3. Moreno Ceballos, Nelson. Crisis y Salud Mental en la República Dominicana. Revista Dominicana de Psiquiatría. República Dominicana, Enero-Abril 1991. 37-45.
4. Mella, César. Las prácticas en salud: tendencias que se observan y su correspondencia con las necesidades de salud de la población. Salud, Salud Mental y Educación: Ponencias y Reflexiones. República Dominicana: Editora Librería La Trinitaria. 23-39.
5. IESM-OMS. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en República Dominicana. Yan Impresos. República Dominicana, 2008.
6. SESPAS. Ley sobre Salud Mental. No.12-06. República Dominicana, 2007.
7. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Psiquiatría. Cañizares Artes Gráficas. 6ta. Edición. España, 2006.
8. Mella, César. Salud Mental del Dominicano: una aproximación básica. Santo Domingo: Editora Universitaria UASD, 1988. 21-25.
9. La Salud Mental en Las Américas: una reforma de mentalidad. Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/saludmental_003.htm
10. World Psychiatric Association (WPA). <http://www.wpanet.org>
11. De Moya, E. Antonio. Salud Mental Comunitaria: hacia una política de desarrollo humano integral. 1er. Congreso Nacional de Sociología. Santo Domingo, Noviembre 1978.
12. Kasper, Dennis; Fauci, Anthony. Trastornos Psiquiátricos. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16ava. Edición. Volumen II. Estados Unidos: Editora McGraw-Hill, 2005. 2805- 2821.
13. Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud. Boletín 2008.
14. Dirección Provincial de Salud, Peravia. Departamento de Información y Estadística.
15. Baruk, Henri. La psiquiatría social. Madrid: Oikos- Tau S.A. Ediciones, 1979.
16. Puertas, Gloria; Ríos, Cielo; Del Valle, Hernán. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. Revista Panamericana de Salud. Volumen 20, No.5. Noviembre 2006. 324-330.
17. Salud en las Américas 2007. Volumen IV- Países, No.22. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos, 2007.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. 4ta. Edición. Estados Unidos: Editora R.R. Donnelley & Sons Company, 2005.
19. Diccionario de Medicina Océano Mosby. 4ta. Edición. España: Editorial Océano, 2002.
20. Oficina Nacional de Estadística. <http://www.one.gob.do>
21. American Psychiatric Association (APA). <http://www.psych.org>



ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL EN HEMODIÁLISIS. HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Soraily Del Orbe Frias,* Martha Irene Morales Mena,* Jean Carlos Núñez García,* Rigoberto Jiménez.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de alteraciones ecocardiográficas de pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. **Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Los datos fueron obtenidos mediante formulario de recolección y medición directa de talla, peso y circunferencia abdominal. Se estudiaron 39 pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis con evaluación ecocardiográfica realizada en el periodo septiembre-diciembre 2011. **Resultados y conclusiones:** Se encontró alteración ecocardiográfica en el 100 por ciento de los pacientes estudiados. La alteración ecocardiográfica más frecuente fue la hipertrofia ventricular izquierda, presente en el 77 por ciento de los pacientes estudiados, seguida de la disfunción diastólica ventricular izquierda con un 67 por ciento, dilatación auricular izquierda con 41 por ciento, enfermedad pericárdica 28 por ciento, disfunción sistólica 21 por ciento y calcificaciones valvulares 15 por ciento. El rango de edad más frecuente fue el de 65 años o más con un 23 por ciento y el sexo más frecuente fue el masculino con 72 por ciento. El 51 por ciento de los pacientes tenían 3 años o más en hemodiálisis. Se verificó hipertrofia ventricular izquierda en el 85 por ciento de los pacientes con 3 o más años en hemodiálisis, frente al 68 por ciento en aquellos con menor tiempo. Se identificó antecedentes de hipertensión arterial en la totalidad de los pacientes estudiados, el 10 por ciento eran obesos, 13 por ciento diabéticos y el 31 por ciento tenían antecedentes de tabaquismo.

Palabras clave: Alteraciones ecocardiográficas, insuficiencia renal terminal, hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: Determine the frequency of echocardiographic alterations in end-stage renal disease patients on hemodialysis at Doctor Salvador Bienvenido Gautier Hospital. **Study Type:** descriptive, retrospective and transversal. The data were obtained using collection form and direct measurement of height, weight and waist circumference. 39 patients were studied, all with end-stage renal disease on hemodialysis with echocardiographic evaluation in the period September-December, 2011.

Results and conclusions: Echocardiographic alteration was found in 100 percent of the patients studied. The most common abnormality was left ventricular hypertrophy, present in 77 percent of the patients studied, followed by

left ventricular diastolic dysfunction by 67 percent, left atrial dilatation with 41 percent, pericardial disease in 28 percent, systolic dysfunction with 21 percent and valvular calcifications with 15 percent. The most frequent age range was greater than equal to or 65 years with 23 percent and the most frequent sex was male with 72 percent. The 51 percent of patients had 3 or more years on hemodialysis. Left ventricular hypertrophy was verified in 85 percent of patients with 3 or more years on hemodialysis, compared to 68 percent in those with less time. The study identified a history of hypertension in all patients studied, 10 percent were obese, 13 percent had diabetes and 31 percent had a history of smoking.

Keywords: Echocardiographic alterations, end-stage renal disease, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

Los eventos cardiovasculares constituyen la causa principal de muertes en aquellos pacientes con nefropatía crónica (enfermedad renal crónica) en terapia de sustitución renal con hemodiálisis. En estos pacientes existe un riesgo de desarrollar un evento cardiovascular entre 3 y 50 veces superior al que existe en la población general, esto a causa de la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales, la propia uremia, el tratamiento de sustitución renal, entre otras razones.

Las alteraciones ecocardiográficas aumentan las probabilidades de desarrollar eventos cardiovasculares¹ y estas alteraciones son muy frecuentes en los pacientes con enfermedad renal terminal, como muestra el estudio de Salgueira et al en el cual el estudio ecocardiográfico fue normal sólo en 5 de 79 pacientes para un 6,2 por ciento.

En el estudio realizado por Gómez et al, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en la ciudad de Sevilla, España, realizado entre noviembre del 2005 y diciembre del 2009, se estudiaron un total de 356 pacientes con insuficiencia renal terminal derivados para estudio cardiaco previo al trasplante renal. A estos les fue realizado estudio ecocardiográfico encontrando hipertrofia ventricular izquierda en el 68,5 por ciento, disfunción sistólica 7,6 por ciento, disfunción diastólica 42,1 por ciento y calcificaciones valvulares en el 37,1 por ciento de los pacientes en estudio. El mismo estudio también revela una gran prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial 95,8 por ciento, Tabaquismo 53,4 por ciento y diabetes mellitus 27,2 por ciento. La edad promedio de los pacientes fue de 54,3 años y el tiempo medio de terapia de sustitución renal de 1,1 años.

*Médico general

Un estudio brasileño realizado por Barberato et al, se incluyeron 129 pacientes (78 hombres) con edad promedio de 52 mas o menos 16 años y duración de la diálisis de 7 mas o menos 4 meses. La evaluación ecocardiográfica reportó hipertrofia ventricular izquierda en 110 de los 129 pacientes para un 85 por ciento y disfunción sistólica en 24 (19 por ciento), aisladas o en asociación. En el 45 por ciento de los individuos se encontró dilatación de la aurícula izquierda, la disfunción en la diástole del ventrículo izquierdo fue diagnosticada en 73 por ciento¹. También se constato elevada prevalencia de distintos factores de riesgo tales como diabetes mellitus en el 34 por ciento, obesidad en el 9 por ciento, el 11 por ciento era fumadores y la mayoría de los pacientes en cuestión usaban medicación antihipertensiva.

En el Hospital Universitario Virgen Macarena, de Sevilla, España, para el año 2005, Salgueira et al, estudiaron 79 pacientes no seleccionados (43 hombres y 36 mujeres) con edad media de 48,8 mas o menos 15 años y tiempo medio en hemodiálisis de 83 mas o menos 62 meses, en los cuales el estudio

ecocardiográfico fue normal sólo en 5 pacientes que corresponde al 6,2 por ciento, el 93,7 por ciento restante fue diagnosticado de hipertrofia ventricular izquierda. Entre estos se detectaron otras alteraciones ecocardiográficas como disfunción sistólica, disfunción diastólica y calcificaciones valvulares. De manera similar a los demás estudios presentados, el de Salgueira et al, también mostraron una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes, tabaco y obesidad.³

Otro estudio también realizado por Salgueira et al demostró calcificaciones valvulares en el 40 por ciento de los pacientes estudiados siendo la válvula más afectada la mitral. En otro estudio, Cornejo, Avila y Portocarrero estudiaron 40 pacientes de ambos sexos pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del HNSE EsSalud-Cusco, a los que se realizó un estudio ecocardiográfico en el servicio de cardiología. Se diagnosticó hipertrofia ventricular izquierda en el 75 por ciento de los pacientes.

Tomando en cuenta la relevancia del hallazgo de alteraciones ecocardiográficas y su importancia epidemiológica, está más que justificada la determinación de la frecuencia de las alteraciones ecocardiográficas en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución renal con hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población estuvo conformada por 39 pacientes con insuficiencia renal terminal en el programa de hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier con evaluación ecocardiográfica realizada en el periodo septiembre-diciembre 2011. Estuvo conformado por 106 pacientes con insuficiencia renal terminal que forman parte del programa de hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. El estudio fue realizado en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, centro de salud de tercer nivel, ubicado en el sector Ensanche la Fe de la ciudad de Santo Domingo, en la calle Alexander Fleming esquina Pepillo Salcedo, delimitado al norte con la calle Germán Pérez; al sur por la Alexander Fleming; al este por la calle 39 y al oeste por la Respaldo 49. Las variables en estudio fueron: alteraciones ecocardiográficas, edad, sexo, tiempo de hemodiálisis y factores asociados a riesgo cardiovascular. Inmediatamente aceptado el anteproyecto de investigación junto con el formulario de recolección de datos elaborado, se redactó una carta de permiso expedida por el Departamento de Tesis y firmada por la directora Licenciada Meregilda Familia, la cual fue llevada al Departamento de Enseñanza

del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Tras aprobar la solicitud de permiso por el Jefe de Enseñanza y las autoridades pertinentes, se seleccionó todos los pacientes con insuficiencia renal terminal, se procedió a revisar los expedientes de dichos pacientes, posterior a esto se escogió la población según los criterios de exclusión e inclusión. A estos pacientes les fue realizada evaluación ecocardiográfica modo M, bidimensional, doppler pulsado continuo y a color, se midió la circunferencia de la cintura y estatura con una cinta métrica de un milímetro de precisión, con estos datos se calculó el índice de masa corporal.

Luego de esto se aplicó el formulario de recolección de datos, se recopiló la información, y los datos fueron tabulados y procesados en los programas Microsoft Excel, Microsoft Word 2007 y presentados a través de cuadros y gráficos para su mejor entendimiento.

RESULTADOS

Cuadro 1. Alteraciones ecocardiográficas en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialisis. Hospital doctor salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Alteraciones ecocardiográficas	Frecuencia	Total	(%)
	39	39	100

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador Bienvenido Gautier

Cuadro 2. Alteraciones ecocardiográficas más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialisis del hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Alteraciones	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertrofia ventricular izquierda	30	77
Disfunción diastólica	26	67
Disfunción sistólica	8	21
Dilatación aurícula izquierda	16	41
Calcificaciones valvulares	6	15
Enfermedad pericárdica	11	28

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 3. Edad y sexo de los pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialisis con alteraciones ecocardiográfica en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Edad	Femenino		Masculino	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)
20-24	0	0	1	4
25-29	2	18	1	4
30-34	0	0	2	7
35-39	2	18	3	11
40-44	3	27	1	4
45-49	0	0	3	11
50-54	0	0	2	7
55-59	1	9	4	14
60-64	2	18	2	7
≥65	1	9	9	32
Total	11	100	28	100

Fuente: Expedientes del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 4. Tiempo en hemodiálisis de los pacientes con insuficiencia renal terminal con alteraciones ecocardiográfica en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Tiempo en hemodiálisis (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 3	19	49
≥ 3	20	51
Total	39	100

Fuente: Expedientes del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 5. Presencia de hipertrofia ventricular izquierda según el tiempo en hemodiálisis de los pacientes con insuficiencia renal terminal en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Hipertrofia ventricular izquierda	Tiempo en hemodiálisis			
	< 3 años		≥ 3 años	
	Frec.	Porcentaje (%)	Frec.	Porcentaje (%)
Presente	13	68	17	85
Ausente	6	32	3	15
Total	19	100	20	100

Fuente: Expedientes del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 6. Factores de riesgo cardiovascular de pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis con alteraciones ecocardiográficas en el hospital doctor salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Factores de riesgo cardiovascular	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión arterial sistémica	39	100
Obesidad	4	10
Diabetes mellitus	5	13
Tabaco	12	31

Fuente: Expedientes del Doctor Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

DISCUSIÓN

Las alteraciones ecocardiográficas son muy frecuentes en los pacientes en terapia renal sustitutiva con hemodiálisis, tal como plantea el estudio de Salgueira et al, quienes encontraron ecocardiograma normal en solo 5 de 79 pacientes estudiados, para un 6,2 por ciento. En el presente estudio el 100 por ciento de los pacientes reportaron alteraciones en la evaluación ecocardiográficas.

En la investigación de Salgueira et al, la edad media de los pacientes fue de 48, 8 años y el sexo mas frecuente el varón con 43 de los 79 pacientes, el tiempo medio en hemodiálisis fue de 83 meses. En el presente estudio la edad media fue de 52,7 años (20-87), siendo el rango mas frecuente aquellos con edad igual o mayor a 65 años y el sexo mas frecuente el masculino con 28 de los 39 pacientes estudiados para un 72 por ciento, el tiempo medio en hemodiálisis de la población en cuestión fue de 38,8 meses (3,2 años).

La utilidad del ecocardiograma abarca tres aspectos que son, el control de la disfunción miocárdica, observar la función valvular y la situación pericárdica. 54 La hipertrofia ventricular izquierda es una de las anomalías ecocardiográficas más

frecuentes en la enfermedad renal crónica en hemodiálisis y se asocia a un pronóstico francamente desfavorable⁵⁵. Barberato y colaboradores evaluaron 129 pacientes en hemodiálisis crónica hallando hipertrofia ventricular izquierda en el 85 por ciento de los pacientes¹, similar a los hallazgos de la investigación de Salgueira que reveló hipertrofia ventricular izquierda en el 93 por ciento de los pacientes³. Cornejo y Ávila reportaron la alteración en el 75 por ciento⁴. Esto es semejante a lo encontrado en el presente estudio en el cual la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda fue del 77 por ciento de los pacientes estudiados, siendo la alteración ecocardiográfica más frecuentemente encontrada. En el mismo sentido también se encontró que la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda fue mayor en aquellos pacientes con más de 3 años en hemodiálisis, presentando dicha alteración el 85 por ciento de los casos y resultando solo en el 68 por ciento de aquellos con menos de 3 años. Esto pudiera explicar el hallazgo de Gómez y González de Hipertrofia ventricular izquierda en el 68,5 por ciento, ya que en su población de estudio el tiempo medio en hemodiálisis fue de 1,1 años².

La disfunción sistólica se considera un gran indicador de pronóstico desfavorable para los pacientes en hemodiálisis. En el estudio de Federico Gómez se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en un 7,6 por ciento², cifra menor a la encontrada por Barberato y colaboradores los cuales reportaron disfunción sistólica en el 19 por ciento¹. De manera similar en el presente estudio de investigación se encontró disfunción sistólica en el 21 por ciento de un total de 39 pacientes estudiados. Según el artículo publicado por Silvio Henrique Barberato y Roberto Pecoits-Filho, aunque el valor pronóstico y la prevalencia de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en pacientes urémicos en diálisis no es del todo conocida, ésta varía alrededor del 65 por ciento⁵⁵. Esto coincide con otros estudios como el de Salgueira³ y el presente, que reportan disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en el 63,5 por ciento y el 67 por ciento respectivamente. Los estudios comentados no concuerdan con lo encontrado por Gómez y colaboradores cuyo estudio reporta disfunción diastólica en el 42 por ciento de los pacientes estudiados².

La calcificación de las válvulas cardíacas es frecuente en pacientes crónicamente tratados con diálisis, tal como lo demuestran ciertos estudios en los cuales la frecuencias de calcificaciones valvulares varía entre el 37 y el 41 por ciento^{1,3,4}, aunque su valor pronóstico en ésta población es aun controvertido⁵³. Los resultados del presente estudio difieren de los comentados ya que las calcificaciones valvulares solo fueron encontradas en 6 pacientes de los 39 estudiados, para un 15 por ciento.

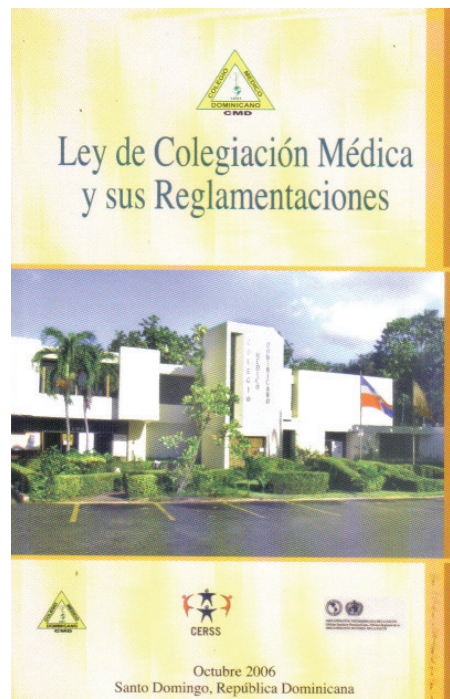
Otra alteración ecocardiográfica frecuente en los pacientes del presente estudio, y la cual es considerada como un sólido predictor de eventos cardiovasculares⁵⁵, fue la dilatación de la aurícula izquierda, presente en el 41 por ciento de los pacientes, acorde con el estudio de Barberato y colaboradores en los que la dilatación de la aurícula izquierda fue encontrada en el 45 por ciento de los casos¹.

Según Gunukula y Spodick, alrededor del 20 por ciento de los pacientes urémicos que requieren hemodiálisis crónica desarrollan enfermedad pericárdica asociándose a uremia y/o diálisis ineficiente⁷³. En este estudio fue encontrada patología pericárdica en 11 de los 39 pacientes estudiados para un 28 por ciento, algo mayor a lo citado y que pudiera estar en relación con deficiencias en la correcta aplicación de la terapia de sustitución renal de los pacientes estudiados.

Los factores de riesgo tradicionales tienen una gran prevalencia en los pacientes con enfermedad renal crónica³⁷. Tal como lo muestra la investigación de Barberato y colaboradores en la cual la mayoría de los pacientes (77 por ciento) usaba medicación antihipertensiva, el 34 por ciento eran diabéticos, el 11 por ciento fumadores y el 9 por ciento eran obesos (Índice de Masa Corporal mayor de 27,8 kilogramos por metro cuadrado en varones y 27,3 en mujeres) y 31,6 por ciento eran fumadores³. En la población del presente estudio el total de los pacientes estudiados presentaba hipertensión arterial sistémica y el 13 por ciento diabetes mellitus. Se encontró obesidad en el 10 por ciento de los pacientes, detectada por cálculo de índice de masa corporal; el 31 por ciento de los pacientes tenían antecedente de tabaquismo. El mayor porcentaje de obesidad en la población del estudio de Salgueira pudiera estar explicada por el menor punto de corte del Índice de Masa Corporal para el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Barberato S, Bucharles S, Sousa A, Costantini CO, Costantini CRF, Pecoits-Filho R. Prevalencia e Impacto Pronóstico de la Disfunción Diastólica en la Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(4): 441-446.
2. Gómez Pulido F, Gonzáles Vargas-Machuca MF, Junco Domínguez MV, Arjona Barrionuevo J, López Haldón J, Sánchez González A et al. Hallazgos ecocardiográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el pre-trasplante renal. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63 Supl 3:1-217 / pág. 145.
3. Salgueira M, Milán J, Moreno R, Armas J, Aresté N, Jiménez E, et al. Insuficiencia cardíaca y disfunción diastólica en pacientes en hemodiálisis: factores asociados. *Nefrología.* 2005; 25(6): 668-77.
4. Salgueira M, Jarava C, Moreno R, Armas J, Aresté N, Palma A, et al. Calcificaciones valvulares cardíacas en pacientes en hemodiálisis: análisis de factores predisponentes. *Nefrología.* 1998; 28(3): 221-226.
5. Cornejo B, Avila J, Portocarrero R. Enfermedad cardiovascular: prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda en pacientes hemodializados del HNSE Essalud cusco – 2002. *Situa.* 2002; 11 (21): 44-46.
6. Abhayaratna WP, Seward JB, Appleton CP, Douglas PS, Oh JK, Tajik AJ, et al. Left atrial size: physiologic determinants and clinical applications. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 47: 2357-63.
7. Alcázar R, Albalade M. Nuevas fórmulas para estimar el filtrado glomerular, Hacia una mayor precisión en el diagnóstico de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2010; 30(2): 143-6.
8. Alcázar R, Egocheaga M, Orte L, Lobos J, González E, Álvarez F, et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; 28 (3) 273-282.
9. Alpert MA. Cardiac performance and morphology in end-stage renal disease. *Am J Med Sci.* 2003; 325: 168-78.
10. Aragoncillo P. Anatomía Cardíaca. En López A, Macaya M: *Salud Cardiovascular del Hospital San Carlos y de Fundación BBVA.* 1ra ed. Bilbao: Editorial Nerea S. A; 2009.P.37-38.
11. Arévalo M. El riñón normal, Anatomía e histología. En: Hernando L, Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egido J, Lamas S. *Nefrología Clínica.* 3 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. P. 3-5.



CASOS CLÍNICOS

El buen trato al paciente No sólo es un deber



MOLA HIDATIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

Leidy L. Mateo Ruiz,* Carolina Méndez Rodríguez,* Jaime Jorge Manzur,* Adriana Oliart,* Noemí Guerrero Cueto, Alvaro Gartner.**

RESUMEN

La mola hidatiforme es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular. La mola hidatiforme de acuerdo a criterios histocitogenéticos, se clasifica en dos grandes grupos: completa y parcial. (1)

La frecuencia se calcula en uno cada 2,000 embarazos, aunque en algunos países de Asia y América central es muy superior. Dicha frecuencia es mayor en multíparas y mujeres de edad avanzada. Puede repetirse en embarazos ulteriores. (2) Presentamos el caso de una paciente femenina de 22 años de edad, primigesta, natural y residente en Santo Domingo, la cual llega a la emergencia del hospital de la mujer dominicana referida desde otro centro de Salud por presentar niveles tensionales elevados con un embarazo viable de 18.5 semanas, paciente es ingresada, estudiada clínicamente y con estudios para clínicos, diagnosticada como una probable mola parcial, confirmada por reporte histopatológico.

Palabras claves: mola hidatiforme, placentosis, hidrops, quistes tecaluteínicos.

ABSTRACT

A hydatidiform mole, or otherwise known as a molar pregnancy, is an adenomatous cystic degeneration of chorionic villi which covers the placenta and the remaining trophoblastic tissue. Cytogenetic studies are used to classified moles into two types, complete and partial. The incidence is 1 in 2000 pregnancies, nevertheless in some countries like Asia and the Americas, the incidence may be higher. The incidence increases in multiparas and women with advanced age, and it may appear in subsequent pregnancies. We are presenting a case of a 22 year old primigravida female, who was born and currently resides in Santo Domingo. She presented to the emergency room of the Hospital de la Mujer Dominicana as a referral from another facility with high blood pressure and a viable pregnancy of 18.5 weeks. She was admitted to the hospital for diagnostic work up which included a full history, physical examination and diagnostic studies. A partial mole was the probable diagnosis, which was confirmed by histopathologic evaluation.

Keywords: Hydatidiform mole, placentitis, hydrops, tecaluteinic cysts.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende una serie de trastornos relacionados con la fertilización y se deriva de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana (hiperplasia) y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional, tendencia variable a la invasión local y a metástasis, y cuyo denominador común es la hipersecreción de Beta hCG.³

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende: Mola hidatidiforme (embarazo molar - MH) Mola invasora (MI), Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), Tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP), Coriocarcinoma (CC).³

La mola hidatiforme es una alteración de la gestación que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3 cm, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas que confieren el típico aspecto de "racimos de uvas", del cual deriva su nombre. El término hidatiforme viene del griego, asemeja un racimo de uvas (refiriéndose a la forma del crecimiento intrauterino); y mola, traducido del latín, significa piedra de molino. La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable es la completa o clásica, en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidropica y son avasculares, aunque puede observarse algún vaso degenerado, siendo notable la hiperplasia del citotroblasto y del sincitiotroblasto.⁴

La incidencia del embarazo molar varía geográficamente, por razones desconocidas la incidencia es mayor entre 7 a 10 veces en el sudeste asiático, en comparación con Europa o América del Norte; así por ejemplo, en Taiwán la incidencia es de 1 en 125, mientras que en Estados Unidos es de 1 en 1.500 nacidos vivos. El factor de riesgo más asociado con la mola hidatidiforme completa es la edad, ya que mujeres mayores de 40 años tienen un riesgo 5 a 10 veces mayor que mujeres jóvenes; Las mujeres con embarazo molar previo tienen un riesgo del 1 por ciento de presentarlo nuevamente, esto es, 10 veces mayor en comparación con la población general. Si presentan un segundo embarazo molar el riesgo se aumenta entre del 15 por ciento al 18 por ciento.⁵

El papel de los oncogenes en la patogénesis del embarazo molar y la neoplasia trofoblástica gestacional ha sido más estudiado en los últimos años. En la mola completa se ha descrito un aumento de la expresión de p53 y c-fms, así como una sobreexpresión de c-myc, c-erbB2, bcl-2, p21, Rb y MDM2, lo cual sugiere que esas oncoproteínas pueden ser importantes en la patogénesis de esta entidad. En la mola

*Médico residente de Obstetricia.

** Gineco-Obstetra.

completa la sobreexpresión de EGFR y c-Erb-B3 se ha asociado significativamente con el desarrollo posmolar de una neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), lo que indica un papel importante en la patogenia de la entidad por parte de esta familia de oncogenes.⁶

Desde 1978 Szulman y Surti establecieron que las MHC tenían un cariotipo 46, XX, y sugirieron su origen androgenético. Está bien establecido que las molas completas (MHC) son diploides y diandrías, es decir, que tienen dos complementos cromosómicos, ambos derivados del padre. En el 90% de los casos el complemento diploide surge de la fertilización de un ovulo vacío (que ha perdido el núcleo) por un espermatozoide que, una vez dentro del ovulo, duplica su material genético (fertilización monospermica); en el otro 10 por ciento se originan por una fertilización dispermica, es decir, por la fertilización simultánea de dos espermatozoides a un ovulo vacío. Una tercera opción, mucho más rara que las anteriores, es la fertilización de un ovulo vacío por un espermatozoide previamente diploide.⁷

Usualmente, el complemento triploide es 69, XXY (58%), menos frecuentemente es 69, XXX (40%) y muy raramente, 69, XYY (2%) (1, 8). Aun cuando la mola triploide está asociada a una mayor supervivencia del embrión, comparada con la mola diploide, la triploidia es una de las más letales anomalías cromosómicas, encontrándose hasta en el 10 por ciento de los abortos espontáneos.⁷

El síntoma y signo clínico más importante en el embarazo molar es el sangrado o manchado vaginal, que se presenta entre un 89 a 97 por ciento de las pacientes, esta patología se debe sospechar cuando encontramos una Beta-hCG mayor de 100.000 UI en embarazos tempranos. También, otro signo importante es una altura uterina mayor a la esperada para la edad gestacional, lo cual se produce por una amplia proliferación trofoblástica secundaria a un elevado nivel de Beta-hCG; esto ocurre en cerca del 50 por ciento de las pacientes. La ausencia de actividad cardíaca fetal ocurre a pesar del tamaño uterino francamente suprapúbico (excepto en embarazo gemelar con una mola y un embarazo normal).¹

Los quistes tecaluteínicos están presentes hasta en un 46 por ciento de los embarazos molares completos, y generalmente son mayores de 5 cm (6-12 cm), pero pueden verse hasta de 20 cm de diámetro. Esta aparición se explica por hiperestimulación ovárica de la β -hCG circulante. Aunque generalmente se presentan durante el embarazo molar, también se pueden ver luego de la evacuación del embarazo, y su resolución puede tardar hasta 8 semanas. La torsión de quistes tecaluteínicos o su ruptura sucede en el 1 a 2 por ciento de las pacientes. La hiperémesis gravídica también es más frecuente en estos embarazos por niveles elevados de estrógenos, y se encuentra hasta en un 26 a un 29 por ciento de las pacientes.⁸

En pacientes con embarazo molar completo, igualmente, se ha identificado hipertiroidismo (7%) por estimulación excesiva de los niveles altos de β -hCG sobre la glándula tiroidea, inclusive se ha descrito tormenta tiroidea en el momento de la inducción anestésica para evacuación del embarazo molar; las complicaciones cardiovasculares y metabólicas de la tormenta tiroidea se pueden prevenir con el uso de β -bloqueadores.⁹

Con la disponibilidad de pruebas sensibles para detectar β -hCG y la ecografía temprana, el diagnóstico se realiza más temprano, en el primer trimestre.⁶

Teniendo en cuenta lo anterior, a toda paciente con diagnóstico de embarazo molar debemos descartarle potenciales complicaciones médicas como anemia, toxemia,

o hipertiroidismo; por lo tanto, se debe practicar un examen físico completo y pruebas de laboratorio, incluyendo la determinación del grupo sanguíneo, hemoglobina, hematocrito, y evaluar función tiroidea, hepática y renal. También se deben efectuar estudios en búsqueda de enfermedad metastásica, como radiografía de tórax y ecografía hepáticas.⁶

Las características morfológicas microscópicas de la mola completa son un aspecto vesicular descrito como imagen en racimo de uvas, mientras que las características histopatológicas son generalizadas y consisten en inflamación de las vellosidades coriónicas, hiperplasia trofoblástica difusa y marcada atípica difusa en el sitio de implantación del trofoblasto. La presentación clínica del embarazo molar parcial es similar a la de un aborto incompleto dado por sangrado genital y dolor tipo cólico en hipogastrio; de hecho, el diagnóstico, en su gran mayoría, se realiza en el estudio histopatológico. En esta patología se puede encontrar tejido fetal porque hay información genética materna y paterna. Las características histopatológicas del embarazo molar parcial incluyen vellosidades coriónicas edematizadas de diferentes tamaños, hiperplasia trofoblástica focalizada, leve atípica en el sitio de implantación del trofoblasto, trofoblasto festoneado, vellosos, con prominente estroma, e inclusiones trofoblásticas.¹⁰

Gonadotropina coriónica humana. Niveles elevados por encima de lo esperado para la edad gestacional de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana se encuentran en el embarazo molar completo pero no siempre en el parcial. Es útil para el seguimiento y un valor elevado está relacionado con el volumen trofoblástico; es así como, una paciente con niveles muy elevados de esta hormona, tiene mayor riesgo de desarrollar posteriormente una neoplasia trofoblástica gestacional.¹⁰

El ultrasonido ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Este método es más sensible para diagnosticar embarazo molar completo, ya que presenta una característica ecográfica que se deriva de la tumefacción de las vellosidades coriónicas y se conoce con el signo de lluvia de nieve. En el diagnóstico del embarazo molar parcial se han descrito dos signos ecográficos; uno es la degeneración quística focal de la placenta, y el segundo, una relación entre el diámetro transversal y antero-posterior del saco gestacional mayor de 1,5 (VPP 87%). Actualmente es muy raro ver embarazos molares parciales avanzados donde se identifique placenta con degeneración quística o feto hidrópicos y/o con malformaciones congénitas.⁸

El uso de la inmunohistoquímica en la expresión de un gen materno conocido puede ser útil para identificar la presencia de una copia funcional en un embarazo molar parcial, y la ausencia de él, en un embarazo molar completo.⁸

Tratamiento. Una vez hecho el diagnóstico, debe evaluarse el paciente con el fin de descartar condiciones médicas asociadas que pueden desencadenar las complicaciones ya mencionadas, en el momento de la evacuación molar. Es así como debemos evaluar la presencia de anemia significativa, preeclampsia, hipertiroidismo o desequilibrio hidro-electrolítico.^{1,2,5}

Para pacientes sin deseo de fertilidad en el futuro, la histerectomía es una opción que elimina el riesgo de invasión local pero no el de metástasis, y en el mismo acto quirúrgico se pueden drenar los quistes tecaluteínicos si son importantes. Si no hay paridad satisfecha, el tratamiento de elección es el legrado por aspiración de la cavidad uterina; la evacuación se puede realizar independientemente del tamaño del útero, y debe ir seguida de legrado uterino instrumental para confirmar

la evacuación completa del tejido trofoblastico.^{1,2,5}

Después de la evacuación molar las pacientes deben seguirse cuidadosamente para descartar el desarrollo posterior de una neoplasia trofoblastica gestacional (NTG); aproximadamente, del 18 al 28 por ciento de las pacientes con mola completa desarrollaran una neoplasia persistente, mientras que en el embarazo molar parcial el riesgo de persistencia de NTG es del 2 al 4 por ciento.¹¹

Es importante hacer hincapié en el uso de un método anticonceptivo confiable durante todo el periodo de seguimiento, ya que esto disminuye la posible confusión que surge en la interpretación de aumento de β -hCG en una paciente que no ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable. Monoquimioterapia. Se han logrado tasas de remisión equivalentes y excelentes en el tratamiento de la NTG no metastasica y de bajo riesgo mediante quimioterapia con un solo agente:

Metotrexate (MTX): 20-25 mg IM/día por 5 días cada 7 días

Actinomicina D (ACT D): 10-12 mcg/kg IV/día por 5 días cada 7 días MTX 1 mg/kg IM días 1, 3, 5, 7 + Ác. folínico 0,1 mg/kg días 2, 4, 6, 8 cada 7 días .

Se mide la concentración serica de β -hCG una vez a la semana después de cada ciclo de quimioterapia y la curva de regresión de la β -hCG ser vira como base para identificar la necesidad de tratamiento adicional; se continua quimioterapia hasta que la β -hCG sea normal. Se considera remisión de la enfermedad si se obtienen tres títulos de β -hCG semanales consecutivos en límites normales. Se debe mantener anticoncepción sostenida durante todo el tratamiento quimioterapeutico. Se administra un segundo ciclo de quimioterapia bajo las siguientes condiciones si la concentración de β -hCG establece una meseta durante mas de tres semanas consecutivas o empieza a incrementarse de nuevo, o si la concentración de β -hCG no disminuye en 1 log dentro de los 18 días siguientes a la terminación del primer tratamiento; y si los leucocitos $> 3.000/mm^3$, PMN $>1.500/mm^3$ y plaquetas $>100.000/mm^3$; y BUN, SGPT, SGOT son normales.^{2,4,5}

QUIMIOT ERAP IA CO MBINADA. Tratamiento triple (MTX, ACT-D, clorambucil)

El regimen EMA-CO (etoposido, metotrexato, actinomicina, ciclofosfamida y vincristina)

El tratamiento triple con MTX, Act-D y ciclofosfamida (MAC) es suficiente.

Duración del tratamiento. Hasta que la paciente logre tres concentraciones normales y consecutivas de β -hCG. Una vez logradas las concentraciones normales, se administraran por lo menos dos ciclos adicionales de quimioterapia para reducir el riesgo de recaída.^{2,4,5}

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de paciente femenina de 22 años de edad, primigesta, natural y residente en Santo Domingo, profesora de profesión, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos conocidos, la cual acude vía emergencia del hospital de la mujer Dominicana referida desde otro centro por presentar niveles tensionales elevados en orden 150/100 mmhg, cursando con un embarazo de 18.5 semanas por sonografía extrapolada de las 11 semanas, presenta sonografía del día anterior que reporta un embarazo de 16.3 semanas ascitis fetal congénita y onfalocele, FCF presente y regular. Paciente con una AU: 22cm, FCF 150 l/m Du 0/10mnts, TV: vagina normotérmica, cervix posterior sin modificaciones. Se ingresa con diagnóstico de Embarazo 16.3

sems. / Hipertensión arterial Crónica/ Onfalocele fetal. Con la finalidad de estabilizar niveles tensionales y realizar estudios complementarios. Durante su ingreso paciente es manejada con antihipertensivos persistiendo los niveles tensionales elevados a pesar del tratamiento. Se realizan estudios para clínicos: albuminuria al azar que reporta 300mg, B hcg 1,000,000 mU/ml, alfa-feto proteína 500.9 IU/ml, T4 libre 1.76 ng/dL, TSH 0.006 mU/ml, sonografía abdominal donde se observa derrame pleural bilateral, se realiza una nueva sonografía obstétrica que reporta feto de 20 semanas 412 gramos FCF presente, placentosis, gran hidrops, meningocele y pequeño onfalocele, grandes quistes tecaluteinicos de ovario derecho 14 cms y ovario izquierdo 10cms, se realiza una nueva Hcg que reporta 2,000,000 mU/ml.

Diagnóstico: Embarazo de 19 semanas x use 11 sem/ probable mola parcial/ Preclampsia severa/ malformaciones fetales.

Manejo y evolución: el comité de bioética del hospital discute el caso junto al equipo médico, decidiendo realizar evacuación de cavidad uterina, realizando nueva BHCG post evacuación 41,847 mU/ml., radiografía de tórax sin evidencia patológica, nueve días después paciente es egresada en condiciones estables y se mantiene en seguimiento por el departamento de gineco-oncología del centro, reporte histopatológico: tejido placentario benigno, con focos de infartos recientes/ vellosidades coriónicas con cambios hidrópicos leves/ membranas amnióticas benignas.

DISCUSIÓN

El examen fisico y los estudios complementarios realizados a la paciente del caso presentado apoyan el diagnóstico de mola parcial. Entre los hallazgos mas relevantes encontramos la historia de hiperemesis gravídica, elevación de los niveles tensionales con presencia de albuminuria, hallazgos sonograficos de hiperplacentosis y un feto con múltiples malformaciones, presencia de quistes teca luteinicos y datos de laboratorios correspondiente a una elevación de BHCG que alcanzo niveles máximos de 2,000,000 mU/ml, y datos a favor de hipertiroidismo.

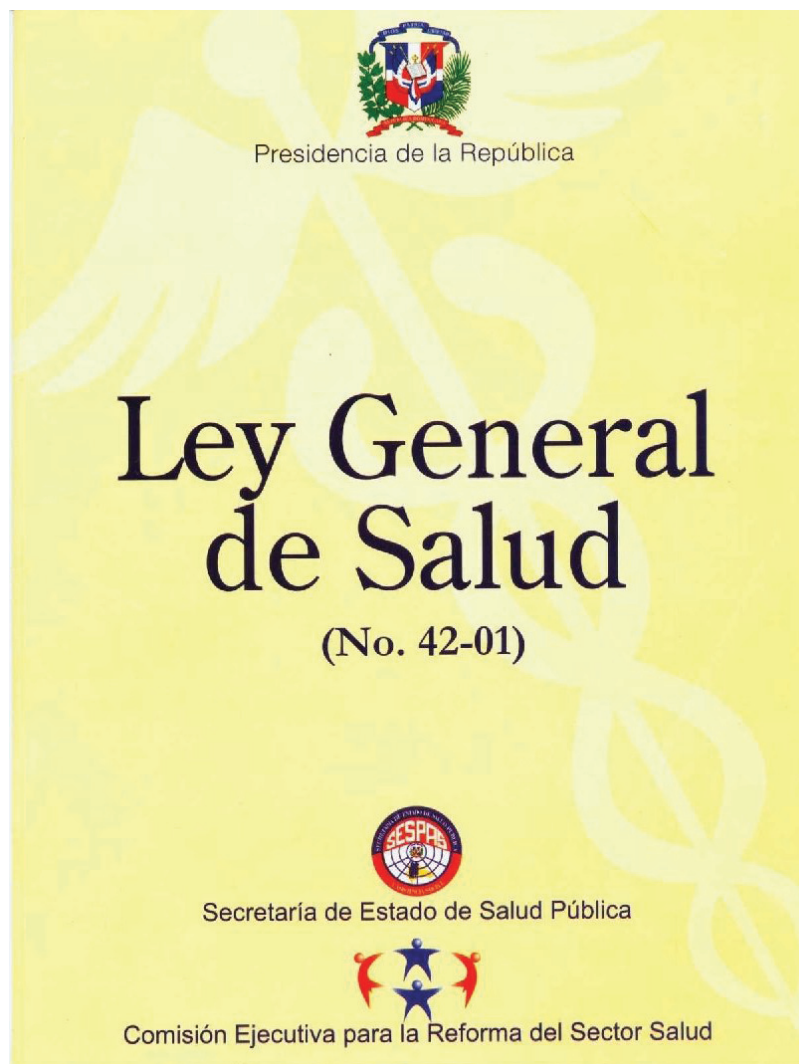
Cabe destacar la particularidad del caso ya que la enfermedad trofoblastica gestacional se presenta con mayor frecuencia en mujeres multiparas y de gestantes añosas, siendo la paciente de nuestro caso primigesta y con a penas 22 años de edad, en este caso no hubo aumento exagerado de la altura uterina como es propio de la mola parcial ni presencia de sangrado transvaginal.

Después de la evacuación molar las pacientes deben seguirse cuidadosamente para descartar el desarrollo posterior de una neoplasia trofoblastica gestacional (NTG); aproximadamente, del 18 al 28 por ciento de las pacientes con mola completa desarrollaran una neoplasia persistente, mientras que en el embarazo molar parcial el riesgo de persistencia de NTG es del 2 al 4 por ciento. Es importante hacer hincapié en el uso de un método anticonceptivo confiable durante todo el periodo de seguimiento, ya que esto disminuye la posible confusión que surge en la interpretación de aumento de β -hCG en una paciente que no ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable

REFERENCIAS

1. Pérez Sanchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. cuarta edición. Mediterraneo. 2011.pag 562-571.
2. Schwarcz R, Duverges C, Fescina R y cols. Obstetricia. 6ta Ed. Editorial

3. El Ateneo.2005 pag. 221-223
4. Ezpeleta J, López A. Enfermedad trofoblástica gestacional. Aspectos clínicos y morfológicos. Revista española de patología. Vol. 35, n.º 2, 2002.
5. Rivero M, Mermet G, Hrycuk G. Mola parcial con evacuación abdominal: presentación de un caso Servicio de Tocoginecología. Hospital “Angela de Llano”. Corrientes - Argentina. (03783) 436982
6. Pérez J, Carmona M, Moreno F y cols. Estudio anatomopatológico de un caso de mola parcial. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. v.66 n.2 Caracas jun. 2006. ISSN 0048-7732
7. Navarro M, Castellanos J, Cardona O, y cols. Embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente. Caso clínico. Ginecol. Obstet. Mex. 2008; 76(5):275-9
8. Ribbeck G, Muñoz C, Gutiérrez S. Mola incompleta, eclampsia y síndrome HELLP: Un caso clínico. Rev Chil Ultrasonografía. 2006; Volúmen 9/ N° 2: 62-66.
9. Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak. 13va. 2003. Ed.Mcgraw –Hill Interamericana.
10. Álvarez E, Bello J, González A y cols. Displasia mesenquimatosa de placenta. Revistas Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol.47 Núm. 09. ISSN: 0304-5013.
11. Castejón O, Molina R, Rivas A y cols. La variabilidad morfológica de la vellosidad placentaria hidrópica. Gac Méd Caracas 2002;110 (2):210-216
12. Campos C, Caballero A, Mucientes Fy cols. Displasia mesenquimática placentaria. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. v.70 n.4 Santiago 2005. version On-line ISSN 0717-7526.



RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON EL COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTO ABDOMINAL TRANSVERSO (TRAM): A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jesús Abréu Montero, * Tony Pérez Caballero, ** George Dallemand,**
Yaindi Nicole Herasme Alberto,**

RESUMEN

La cirugía de reconstrucción de seno con colgajo de músculo abdominal TRAM, como alternativa para las pacientes con mastectomías por patologías oncológicas previas. Existen diversas técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de seno. La mayoría de las pacientes son médicamente adecuados para la reconstrucción de seno, ya sea inmediatamente después de la extirpación de un seno o más adelante. Sin embargo, las mejores candidatas son las mujeres que tienen cáncer que se pueda eliminar con una mastectomía, siempre y cuando esto se pueda determinar.

El objetivo de esta revisión es informar del conocimiento actual de la cirugía de reconstrucción de seno con colgajo de músculo abdominal TRAM como alternativa para las pacientes con mastectomías a partir de un caso clínico.

ABSTRACT

Breast surgery reconstruction with TRAM abdominal muscle flap as an alternative to mastectomy for patients with previous oncology disease. There are several surgical techniques for breast reconstruction. Most patients are medically appropriate for breast reconstruction, either immediately after removal of a breast or later. However, the best candidates are women who have cancer that can be removed with a mastectomy, provided this can be determined.

The aim of this review is to report the current knowledge of surgical breast reconstruction with TRAM abdominal muscle flap as an alternative to mastectomy patients based on a case report.

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros tiempos las mamas han sido visualizadas por la sociedad como un símbolo de feminidad y sensualidad, siendo así de suma importancia para el autoestima de cualquier mujer en caso de algún tipo de alteración que la coloque fuera de los parámetros normales que ha estipulado la sociedad a lo largo de los años. La pérdida de una de ellas supone para la mujer disminución de la autoestima, con sufrimiento psicológico y signos de ansiedad, sentimientos de vergüenza

que, en definitiva, alteran sus relaciones personales, sociales y profesionales.

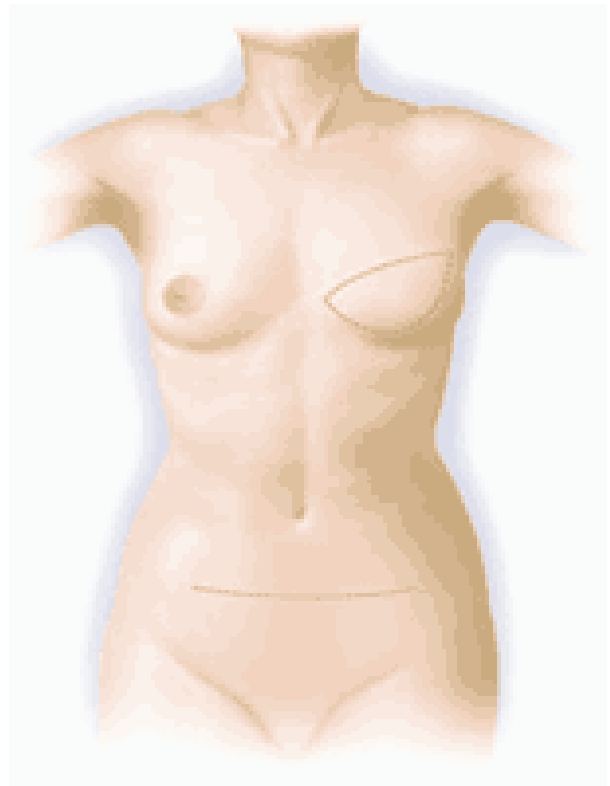
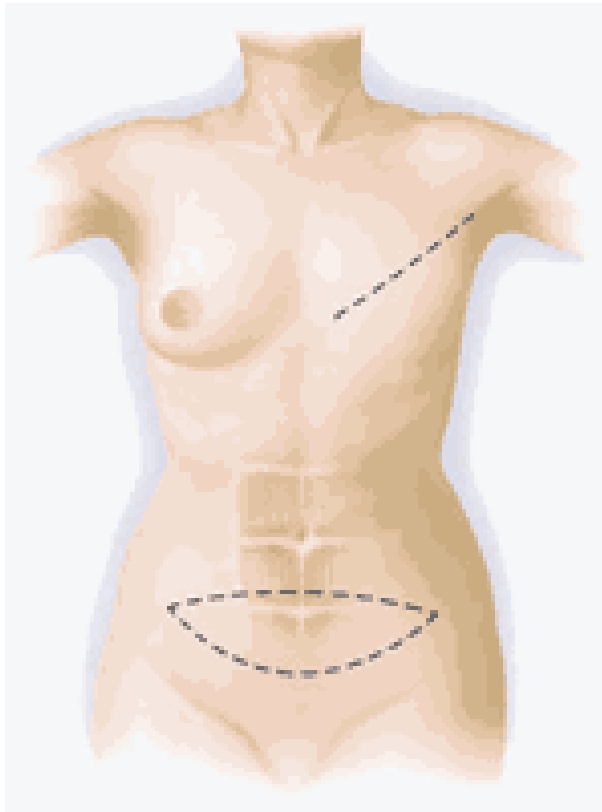
De todos es sabido que la reconstrucción mamaria permite a la paciente evitar este proceso tan desagradable y afrontar con mayor optimismo su problema oncológico y gracias a los avances en la cirugía para la reconstrucción de mama, una tercera parte de las mujeres a quienes se les extirpa el seno, tienen la opción que su seno (o senos) sea reconstruido. Aun cuando los tratamientos médicos, quirúrgicos y de radiación para el cáncer de mama, han aumentado el número de procedimientos disponibles para salvar el seno; cerca de una tercera parte de las pacientes con cáncer de mama todavía requieren una mastectomía (la extirpación de uno, o de ambos senos). Además, otras mujeres tienen sus senos extirpados debido a otras enfermedades. La reconstrucción de mama incluye el crear un montículo de seno que asemeja lo más posible la forma y la apariencia del seno natural. La meta de la cirugía reconstructiva es crear un montículo que se parezca al seno opuesto y también para lograr la simetría. Si ambos senos han sido extirpados, la meta de la cirugía reconstructiva es de forma concreta la de crear ambos montículos aproximadamente del mismo tamaño de los senos naturales de la paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 57 años de edad, G2P1C1A0. Con antecedentes patológicos y/o quirúrgicos de salpingoclasia, herniorrafia discal, histerectomía, cáncer de mama combinado (Lobulillar infiltrante y Medular) diagnosticado a los 54 años de edad, que se le realiza mastectomía radical y vaciamiento axilar. Llevó tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Al momento de la consulta pre-operatoria vemos una paciente con mastectomía derecha sin piel necesaria para prótesis a la cual se le propone cirugía tram con colgajo abdominal para así responder a sus preocupaciones estéticas. El colgajo es una porción de tejido piel, grasa que se transporta desde el sitio donante (abdomen) hacia la región mamaria, para formar la nueva mama. El tejido se va a mantener unido a su sitio de origen (abdomen), conservando su circulación original. El colgajo con su soporte sanguíneo es tunelizado por debajo de la piel hasta el tórax (se conserva el pedículo muscular y también los vasos sanguíneos que irrigan la nueva mama).

*Cirujano Plástico. Centro de Cirugía Plástica y Lipoescultura (CECILIP)

**Médico pasante.



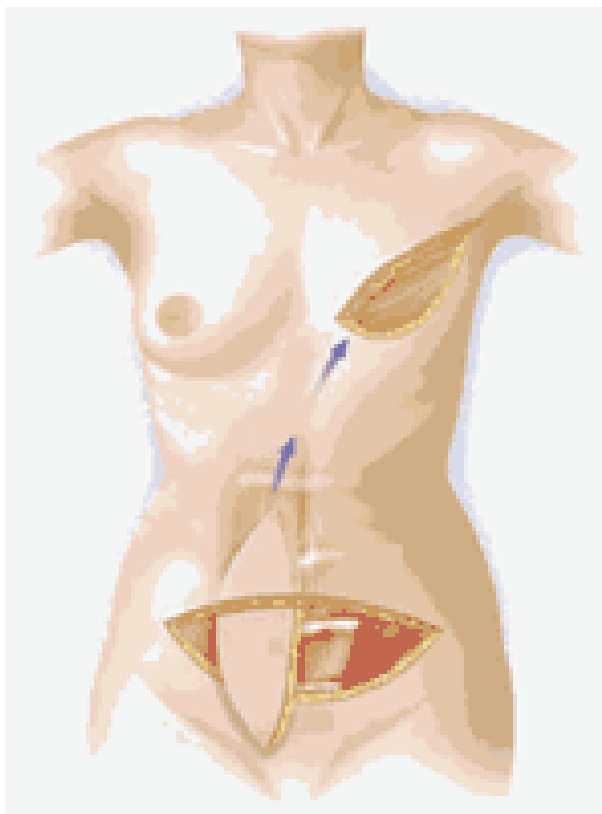
Se le realiza la reconstrucción mamaria con colgajo TRAM abdominal, sin refuerzo protésico, con buena evolución postoperatoria, sin complicaciones. La paciente permanece libre de enfermedad con buen resultado estético.

DISCUSIÓN

La cirugía plástica ha evolucionado hasta obtener procedimientos que nos permiten realizar reconstrucciones de todo tipo y con baja tasa de morbilidad. Hoy en día existen varias opciones de tipo reconstructiva para las mujeres que padecen de cáncer mamario y que han sido sometidas a una mastectomía radical. Uno de los métodos más populares es la cirugía de reconstrucción de seno con colgajo del músculo recto abdominal transverso (TRAM). En este se incluye la piel, tejido graso y el músculo propiamente dicho; este colgajo es llevado con su irrigación, que está dada por la arteria epigástrica superior, hasta el defecto dejado por la mastectomía.

La reconstrucción de la mama tras un cáncer es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales dentro de la cirugía plástica más seguros y gratificantes, tanto para la paciente como para el equipo médico. Con esta técnica se busca recrear una mama de aspecto natural que incluye la areola y el pezón, eliminando la necesidad de usar prótesis y restaurando la imagen corporal de la paciente, y por tanto, mejorando la calidad de vida.

Según el momento de la realización de esta cirugía se pueden clasificar en reconstrucción inmediata y reconstrucción retardada o diferida, siendo la primera la que ha demostrado mayores ventajas. Con la reconstrucción inmediata el resultado estético obtenido es mejor y más natural, además se ha demostrado que los costos a largo término son menores en comparación con la retardada.



El tiempo de internamiento varía de 3 a 4 días. El retorno a las actividades leves de rutina se da cerca de la tercera semana del postquirúrgico. La gran ventaja de este método es que por el hecho de proporcionar una buena cantidad de tejido, no hay necesidad de utilizar prótesis, y la mama reconstruida queda con una consistencia muy próxima a la mama preservada. Entonces se obtiene una neomama pendulante y blanda, de aspecto natural, la cual experimenta los cambios fisiológicos propios de la edad. Otras ventajas adicionales son la mejoría del contorno abdominal, gracias a la abdominoplastia que conlleva extraer este tipo de colgajo, y generalmente no requiere de un procedimiento adicional en la mama contralateral para lograr simetría.

Es importante resaltar que algunos factores de riesgo están relacionados con este tipo de reconstrucción. El tabaquismo representa un gran inconveniente por la alta probabilidad de necrosis grasa y defectos en la cicatrización de la herida quirúrgica. Además, en estos pacientes la tasa de complicaciones respiratorias es mayor. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son co-morbilidades que desfavorecen la realización de este método, porque ambas afectan la microcirculación y con ello el mantenimiento del colgajo y la cicatrización de la herida.

Las complicaciones de la cirugía de reconstrucción de seno con colgajo TRAM se pueden agrupar en complicaciones del colgajo y complicaciones del sitio donador. En el sitio donado se describen complicaciones tales como seroma, hematoma, dehiscencia de la herida y hernia abdominal. Y en el colgajo se incluyen la necrosis del tejido graso, infección y dehiscencia de la herida.

En resumen, la cirugía de reconstrucción mamaria con colgajo del músculo recto abdominal transversal (TRAM) es un procedimiento seguro, con alta tasa de éxito, baja morbilidad y una de las mejores alternativas para pacientes con cáncer mamario post mastectomía. Ha sido calificado por algunos líderes en el campo de la Cirugía Plástica como el procedimiento más ingenioso realizado en esta especialidad.

REFERENCIAS

1. Nebreda D, Pascual D, Loughlin G. Dermatología – manual CTO de medicina y cirugía. 8 ed. Madrid: CTO editorial : 2011.
2. Larson DL, Yousif NJ, Sinha RK, Latoni J, Korkos TG. A comparison of pedicled and free TRAM flaps for breast reconstruction in a single institution. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 674-680.
3. Sakai S, Takahashi H, Tanabe H. The extended vertical rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 1061-1067.
4. Moore, HC, Foster RS Jr. Breast cancer and pregnancy. *Semin Oncol* 2000; 27: 646.
5. Kroll SS, Evans GRD, Reece GP, Miller MJ, Robb GL, Baldwin BJ et al. Comparison of resource costs of free and conventional TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98: 74-77.
6. Gerber B, Krause A, Dieterich M, Kundt G, Reimer T. The oncological safety of skin sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction: an extended follow-up study. *Ann Surg.* 2009; 249(3):461-8
7. Resnick B, Belcher AE. Breast Reconstruction. *American Journal Nursing.* 2002;102:26-33.
8. Johnson M. Vaginal Delivery of Monozygotic Twins after Bilateral Pedicle TRAM Breast Reconstruction. *Plastic & Reconstructive Surgery* 2002; 109:1653-1654.
9. Robbins TH. Rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. *Aust N Z J Surg* 1979; 49: 527-530.
10. Robbins TH. Post-mastectomy breast reconstruction using a rectus abdominis musculocutaneous island flap. *Br J Plast Surg* 1981; 34: 286-290.
11. Borman H. Pregnancy in the early period after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 396-397.

COLEGIO MÉDICO DOMINICANO
te invita a prevenir enfermedades cardiovasculares



No Alcohol



No Stress



Evite Obesidad



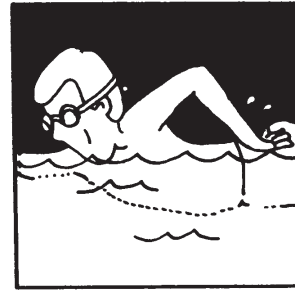
Controle la Sal



Controle su Colesterol



Chequee su Presión Arterial



Haga Ejercicios

ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL EN HEMODIALISIS HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

**Soraily Del Orbe Frias, Martha Irene Morales Mena, Jean Carlos Núñez García, Rigoberto Jiménez.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de alteraciones ecocardiográficas de pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. **Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Los datos fueron obtenidos mediante formulario de recolección y medición directa de talla, peso y circunferencia abdominal. Se estudiaron 39 pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis con evaluación ecocardiográfica realizada en el periodo septiembre-diciembre 2011. **Resultados y conclusiones:** Se encontró alteración ecocardiográfica en el 100 por ciento de los pacientes estudiados. La alteración ecocardiográfica más frecuente fue la hipertrofia ventricular izquierda, presente en el 77 por ciento de los pacientes estudiados, seguida de la disfunción diastólica ventricular izquierda con un 67 por ciento, dilatación auricular izquierda con 41 por ciento, enfermedad pericárdica 28 por ciento, disfunción sistólica 21 por ciento y calcificaciones valvulares 15 por ciento. El rango de edad más frecuente fue el de 65 años o más con un 23 por ciento y el sexo más frecuente fue el masculino con 72 por ciento. El 51 por ciento de los pacientes tenían 3 años o más en hemodiálisis. Se verificó hipertrofia ventricular izquierda en el 85 por ciento de los pacientes con 3 o más años en hemodiálisis, frente al 68 por ciento en aquellos con menor tiempo. Se identificó antecedentes de hipertensión arterial en la totalidad de los pacientes estudiados, el 10 por ciento eran obesos, 13 por ciento diabéticos y el 31 por ciento tenían antecedentes de tabaquismo.

Palabras clave: Alteraciones ecocardiográficas, insuficiencia renal terminal, hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: Determine the frequency of echocardiographic alterations in end-stage renal disease patients on hemodialysis at Doctor Salvador Bienvenido Gautier Hospital. **Study Type:** descriptive, retrospective and transversal. The data were obtained using collection form and direct measurement of height, weight and waist circumference. 39 patients were studied, all with end-stage renal disease on hemodialysis with echocardiographic evaluation in the period September-December, 2011.

Results and conclusions: Echocardiographic alteration was found in 100 percent of the patients studied. The most common abnormality was left ventricular hypertrophy,

present in 77 percent of the patients studied, followed by left ventricular diastolic dysfunction by 67 percent, left atrial dilatation with 41 percent, pericardial disease in 28 percent, systolic dysfunction with 21 percent and valvular calcifications with 15 percent. The most frequent age range was greater than equal to or 65 years with 23 percent and the most frequent sex was male with 72 percent. The 51 percent of patients had 3 or more years on hemodialysis. Left ventricular hypertrophy was verified in 85 percent of patients with 3 or more years on hemodialysis, compared to 68 percent in those with less time. The study identified a history of hypertension in all patients studied, 10 percent were obese, 13 percent had diabetes and 31 percent had a history of smoking.

Keywords: Echocardiographic alterations, end-stage renal disease, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

Los eventos cardiovasculares constituyen la causa principal de muertes en aquellos pacientes con nefropatía crónica (enfermedad renal crónica) en terapia de sustitución renal con hemodiálisis. En estos pacientes existe un riesgo de desarrollar un evento cardiovascular entre 3 y 50 veces superior al que existe en la población general, esto a causa de la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales, la propia uremia, el tratamiento de sustitución renal, entre otras razones.

Las alteraciones ecocardiográficas aumentan las probabilidades de desarrollar eventos cardiovasculares¹ y estas alteraciones son muy frecuentes en los pacientes con enfermedad renal terminal, como muestra el estudio de Salgueira et al en el cual el estudio ecocardiográfico fue normal sólo en 5 de 79 pacientes para un 6,2 por ciento.

En el estudio realizado por Gómez et al, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en la ciudad de Sevilla, España, realizado entre noviembre del 2005 y diciembre del 2009, se estudiaron un total de 356 pacientes con insuficiencia renal terminal derivados para estudio cardiaco previo al trasplante renal. A estos les fue realizado estudio ecocardiográfico encontrando hipertrofia ventricular izquierda en el 68,5 por ciento, disfunción sistólica 7,6 por ciento, disfunción diastólica 42,1 por ciento y calcificaciones valvulares en el 37,1 por ciento de los pacientes en estudio. El mismo estudio también revela una gran prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial 95,8 por ciento, Tabaquismo 53,4 por ciento y diabetes mellitus 27,2 por ciento. La edad promedio de los pacientes fue de 54,3 años

*Médico general

y el tiempo medio de terapia de sustitución renal de 1,1 años.

Un estudio brasileño realizado por Barberato et al, se incluyeron 129 pacientes (78 hombres) con edad promedio de 52 mas o menos 16 años y duración de la diálisis de 7 mas o menos 4 meses. La evaluación ecocardiográfica reportó hipertrofia ventricular izquierda en 110 de los 129 pacientes para un 85 por ciento y disfunción sistólica en 24 (19 por ciento), aisladas o en asociación. En el 45 por ciento de los individuos se encontró dilatación de la aurícula izquierda, la disfunción en la diástole del ventrículo izquierdo fue diagnosticada en 73 por ciento¹. También se constato elevada prevalencia de distintos factores de riesgo tales como diabetes mellitus en el 34 por ciento, obesidad en el 9 por ciento, el 11 por ciento era fumadores y la mayoría de los pacientes en cuestión usaban medicación antihipertensiva.

En el Hospital Universitario Virgen Macarena, de Sevilla, España, para el año 2005, Salgueira et al, estudiaron 79 pacientes no seleccionados (43 hombres y 36 mujeres) con edad media de 48,8 mas o menos 15 años y tiempo medio en hemodiálisis de 83 mas o menos 62 meses, en los cuales el estudio

ecocardiográfico fue normal sólo en 5 pacientes que corresponde al 6,2 por ciento, el 93,7 por ciento restante fue diagnosticado de hipertrofia ventricular izquierda. Entre estos se detectaron otras alteraciones ecocardiográficas como disfunción sistólica, disfunción diastólica y calcificaciones valvulares. De manera similar a los demás estudios presentados, el de Salgueira et al, también mostraron una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes, tabaco y obesidad.³

Otro estudio también realizado por Salgueira et al demostró calcificaciones valvulares en el 40 por ciento de los pacientes estudiados siendo la válvula más afectada la mitral. En otro estudio, Cornejo, Avila y Portocarrero estudiaron 40 pacientes de ambos sexos pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del HNSE EsSalud-Cusco, a los que se realizó un estudio ecocardiográfico en el servicio de cardiología. Se diagnosticó hipertrofia ventricular izquierda en el 75 por ciento de los pacientes.

Tomando en cuenta la relevancia del hallazgo de alteraciones ecocardiográficas y su importancia epidemiológica, está más que justificada la determinación de la frecuencia de las alteraciones ecocardiográficas en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución renal con hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población estuvo conformada por 39 pacientes con insuficiencia renal terminal en el programa de hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier con evaluación ecocardiográfica realizada en el periodo septiembre-diciembre 2011. Estuvo conformado por 106 pacientes con insuficiencia renal terminal que forman parte del programa de hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. El estudio fue realizado en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, centro de salud de tercer nivel, ubicado en el sector Ensanche la Fe de la ciudad de Santo Domingo, en la calle Alexander Fleming esquina Pepillo Salcedo, delimitado al norte con la calle Germán Pérez; al sur por la Alexander Fleming; al este por la calle 39 y al oeste por la Respaldo 49. Las variables en estudio fueron: alteraciones ecocardiográficas, edad, sexo, tiempo de hemodiálisis y factores asociados a riesgo cardiovascular. Inmediatamente aceptado el anteproyecto de investigación

junto con el formulario de recolección de datos elaborado, se redactó una carta de permiso expedida por el Departamento de Tesis y firmada por la directora Licenciada Meregilda Familia, la cual fue llevada al Departamento de Enseñanza del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Tras aprobar la solicitud de permiso por el Jefe de Enseñanza y las autoridades pertinentes, se seleccionó todos los pacientes con insuficiencia renal terminal, se procedió a revisar los expedientes de dichos pacientes, posterior a esto se escogió la población según los criterios de exclusión e inclusión. A estos pacientes les fue realizada evaluación ecocardiográfica modo M, bidimensional, doppler pulsado continuo y a color, se midió la circunferencia de la cintura y estatura con una cinta métrica de un milímetro de precisión, con estos datos se calculó el índice de masa corporal.

Luego de esto se aplicó el formulario de recolección de datos, se recopilo la información, y los datos fueron tabulados y procesados en los programas Microsoft Excel, Microsoft Word 2007 y presentados a través de cuadros y gráficos para su mejor entendimiento.

RESULTADOS

Cuadro 1. Alteraciones ecocardiográficas en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialisis. Hospital doctor salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Alteraciones ecocardiográficas	Frecuencia	Total	(%)
	39	39	100

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador Bienvenido Gautier

Cuadro 2. Alteraciones ecocardiográficas más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialisis del hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Alteraciones	Frecuencia	(%)
Hipertrofia ventricular izquierda	30	77
Disfunción diastólica	26	67
Disfunción sistólica	8	21
Dilatación aurícula izquierda	16	41
Calcificaciones valvulares	6	15
Enfermedad pericárdica	11	28

Fuente: Expedientes del Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 3. Edad y sexo de los pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodialisis con alteraciones ecocardiográfica en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Edad	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
20-24	0	0	1	4
25-29	2	18	1	4
30-34	0	0	2	7
35-39	2	18	3	11
40-44	3	27	1	4
45-49	0	0	3	11
50-54	0	0	2	7
55-59	1	9	4	14
60-64	2	18	2	7
≥65	1	9	9	32
Total	11	100	28	100

Fuente: Expedientes del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 4. Tiempo en hemodiálisis de los pacientes con insuficiencia renal terminal con alteraciones ecocardiográfica en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Tiempo en hemodiálisis (años)	Frecuencia	(%)
< 3	19	49
≥ 3	20	51
Total	39	100

Fuente: Expedientes del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 5. Presencia de hipertrofia ventricular izquierda según el tiempo en hemodiálisis de los pacientes con insuficiencia renal terminal en el hospital salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Hipertrofia ventricular izquierda	Tiempo en hemodiálisis			
	< 3 años		≥ 3 años	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Presente	13	68	17	85
Ausente	6	32	3	15
Total	19	100	20	100

Fuente: Expedientes del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier.

Cuadro 6. Factores de riesgo cardiovascular de pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis con alteraciones ecocardiográficas en el hospital doctor salvador bienvenido gautier en el periodo septiembre-diciembre 2011.

Factores de riesgo cardiovascular	Frecuencia	(%)
Hipertensión arterial sistémica	39	100
Obesidad	4	10
Diabetes mellitus	5	13
Tabaco	12	31

Fuente: Expedientes del Doctor Hospital Salvador Bienvenido Gautier.

DISCUSIÓN

Las alteraciones ecocardiográficas son muy frecuentes en los pacientes en terapia renal sustitutiva con hemodiálisis, tal como plantea el estudio de Salgueira et al, quienes encontraron ecocardiograma normal en solo 5 de 79 pacientes estudiados, para un 6,2 por ciento. En el presente estudio el 100 por ciento de los pacientes reportaron alteraciones en la evaluación ecocardiográficas.

En la investigación de Salgueira et al, la edad media de los pacientes fue de 48, 8 años y el sexo mas frecuente el varón con 43 de los 79 pacientes, el tiempo medio en hemodiálisis fue de 83 meses. En el presente estudio la edad media fue de 52,7 años (20-87), siendo el rango mas frecuente aquellos con edad igual o mayor a 65 años y el sexo mas frecuente el masculino con 28 de los 39 pacientes estudiados para un 72 por ciento, el tiempo medio en hemodiálisis de la población en cuestión fue de 38,8 meses (3,2 años).

La utilidad del ecocardiograma abarca tres aspectos que son, el control de la disfunción miocárdica, observar la función valvular y la situación pericárdica. 54 La hipertrofia ventricular izquierda es una de las anomalías ecocardiográficas más frecuentes en la enfermedad renal crónica en hemodiálisis y se asocia a un pronóstico francamente desfavorable⁵⁵. Barberato y colaboradores evaluaron 129 pacientes en hemodiálisis crónica hallando hipertrofia ventricular izquierda en el 85 por ciento de los pacientes¹, similar a los hallazgos de la investigación de Salgueira que reveló hipertrofia ventricular izquierda en el 93 por ciento de los pacientes³. Cornejo y Ávila reportaron la alteración en el 75 por ciento⁴. Esto es semejante a lo encontrado en el presente estudio en el cual la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda fue del 77 por ciento de los pacientes estudiados, siendo la alteración ecocardiográfica más frecuentemente encontrada. En el mismo sentido también se encontró que la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda fue mayor en aquellos pacientes con más de 3 años en hemodiálisis, presentando dicha alteración el 85 por ciento de los casos y resultando solo en el 68 por ciento de aquellos con menos de 3 años. Esto pudiera explicar el hallazgo de Gómez y González de Hipertrofia ventricular izquierda en el 68,5 por ciento, ya que en su población de estudio el tiempo medio en hemodiálisis fue de 1,1 años².

La disfunción sistólica se considera un gran indicador de pronóstico desfavorable para los pacientes en hemodiálisis. En el estudio de Federico Gómez se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en un 7,6 por ciento², cifra menor a la encontrada por Barberato y colaboradores los cuales reportaron disfunción sistólica en el 19 por ciento¹. De manera similar en el presente estudio de investigación se encontró disfunción sistólica en el 21 por ciento de un total de 39 pacientes estudiados. Según el artículo publicado por Silvio Henrique Barberato y Roberto Pecoits-Filho, aunque el valor pronóstico y la prevalencia de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en pacientes urémicos en diálisis no es del todo conocida, ésta varía alrededor del 65 por ciento⁵⁵. Esto coincide con otros estudios como el de Salgueira³ y el presente, que reportan disfunción diastólica del ventrículo izquierdo en el 63,5 por ciento y el 67 por ciento respectivamente. Los estudios comentados no concuerdan con lo encontrado por Gómez y colaboradores cuyo estudio reporta disfunción diastólica en el 42 por ciento de los pacientes estudiados².

La calcificación de las válvulas cardíacas es frecuente en pacientes crónicamente tratados con diálisis, tal como lo demuestran ciertos estudios en los cuales la frecuencias

de calcificaciones valvulares varía entre el 37 y el 41 por ciento^{1,3,4}, aunque su valor pronóstico en ésta población es aun controvertido⁵³. Los resultados del presente estudio difieren de los comentados ya que las calcificaciones valvulares solo fueron encontradas en 6 pacientes de los 39 estudiados, para un 15 por ciento.

Otra alteración ecocardiográfica frecuente en los pacientes del presente estudio, y la cual es considerada como un sólido predictor de eventos cardiovasculares⁵⁵, fue la dilatación de la aurícula izquierda, presente en el 41 por ciento de los pacientes, acorde con el estudio de Barberato y colaboradores en los que la dilatación de la aurícula izquierda fue encontrada en el 45 por ciento de los casos¹.

Según Gunukula y Spodick, alrededor del 20 por ciento de los pacientes urémicos que requieren hemodiálisis crónica desarrollan enfermedad pericárdica asociándose a uremia y/o diálisis ineficiente⁷³. En este estudio fue encontrada patología pericárdica en 11 de los 39 pacientes estudiados para un 28 por ciento, algo mayor a lo citado y que pudiera estar en relación con deficiencias en la correcta aplicación de la terapia de sustitución renal de los pacientes estudiados.

Los factores de riesgo tradicionales tienen una gran prevalencia en los pacientes con enfermedad renal crónica³⁷. Tal como lo muestra la investigación de Barberato y colaboradores en la cual la mayoría de los pacientes (77 por ciento) usaba medicación antihipertensiva, el 34 por ciento eran diabéticos, el 11 por ciento fumadores y el 9 por ciento eran obesos (Índice de Masa Corporal mayor de 27,8 kilogramos por metro cuadrado en varones y 27,3 en mujeres) y 31,6 por ciento eran fumadores³. En la población del presente estudio el total de los pacientes estudiados presentaba hipertensión arterial sistémica y el 13 por ciento diabetes mellitus. Se encontró obesidad en el 10 por ciento de los pacientes, detectada por cálculo de índice de masa corporal; el 31 por ciento de los pacientes tenían antecedente de tabaquismo. El mayor porcentaje de obesidad en la población del estudio de Salgueira pudiera estar explicada por el menor punto de corte del Índice de Masa Corporal para el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Barberato S, Bucharles S, Sousa A, Costantini CO, Costantini CRF, Pecoits-Filho R. Prevalencia e Impacto Pronóstico de la Disfunción Diastólica en la Enfermedad

- Renal Crónica en Hemodiálisis. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(4): 441-446.
2. Gómez Pulido F, Gonzáles Vargas-Machuca MF, Junco Domínguez MV, Arjona Barrionuevo J, López Haldón J, Sánchez González A et al. Hallazgos ecocardiográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el pre-trasplante renal. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63 Supl 3:1-217 / pág. 145.
3. Salgueira M, Milán J, Moreno R, Armas J, Aresté N, Jiménez E, et al. Insuficiencia cardíaca y disfunción diastólica en pacientes en hemodiálisis: factores asociados. *Nefrología.* 2005; 25(6): 668-77.
4. Salgueira M, Jarava C, Moreno R, Armas J, Aresté N, Palma A, et al. Calcificaciones valvulares cardíacas en pacientes en hemodiálisis: análisis de factores predisponentes. *Nefrología.* 1998; 28(3): 221-226.
5. Cornejo B, Avila J, Portocarrero R. Enfermedad cardiovascular: prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda en pacientes hemodializados del HNSE Essalud cusco – 2002. *Situa.* 2002; 11 (21): 44-46.
6. Abhayaratna WP, Seward JB, Appleton CP, Douglas PS, Oh JK, Tajik AJ, et al. Left atrial size: physiologic determinants and clinical applications. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 47: 2357-63.
7. Alcázar R, Albalate M. Nuevas fórmulas para estimar el filtrado glomerular, Hacia una mayor precisión en el diagnóstico de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2010; 30(2): 143-6.
8. Alcázar R, Egocheaga M, Orte L, Lobos J, González E, Álvarez F, et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; 28 (3) 273-282.
9. Alpert MA. Cardiac performance and morphology in end-stage renal disease. *Am J Med Sci.* 2003; 325: 168-78.
10. Aragoncillo P. Anatomía Cardíaca. En López A, Macaya M: Salud Cardiovascular del Hospital San Carlos y de Fundación BBVA. 1ra ed. Bilbao: Editorial Nerea S. A; 2009.P.37-38.
11. Arévalo M. El riñón normal, Anatomía e histología. En: Hernando L, Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egido J, Lamas S. *Nefrología Clínica.* 3 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. P. 3-5.

MASTOCITOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Rosario García Sánchez,* Fernanda Nanita de Estévez,** Amiramis Fernández Ramírez,*** Claudia Hernández Rosa. ***

RESUMEN

La mastocitosis es una condición causada por la acumulación excesiva de mastocitos en diferentes tejidos del organismo. Con frecuencia la piel se afecta de forma directa en las mastocitosis. Existen diferentes formas clínicas de mastocitosis siendo la urticaria pigmentosa la manifestación más común. Es usualmente diagnosticada en niños, siendo el tratamiento básicamente sintomático, pero puede incluir antihistamínicos para prevenir el efecto de la histamina liberada por los mastocitos.

Nos hemos decidido a investigar sobre esta patología debido a un caso que se presenta en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de mastocitosis, en una niña de 2 años de edad. Se realiza interrogatorio, examen físico y biopsia de la lesión, la que reporta hallazgos compatibles con este diagnóstico.

Palabras claves: mastocitosis, mastocitosis cutánea, niño.

ABSTRACT

Mastocytosis is a condition caused by the accumulation of mast cells in the skin. There are several different types of cutaneous mastocytosis; Urticaria pigmentosa is the most common form.

This condition is usually diagnosed in children. Treatment is generally based on a person's symptoms, but it may include antihistamines to prevent the effect of mast cell histamine.

We have decided to investigate this pathology after a case of mastocytosis at the Children's Hospital Dr. Robert Reid Cabral in a 2 years old girl. A complete clinical history, physical examination and skin biopsy of the lesions (which reported complementary findings to the diagnosis) were performed.

Key words: mastocytosis, child, cutaneous mastocytosis.

INTRODUCCIÓN

La mastocitosis representa una enfermedad caracterizada por la hiperplasia de mastocitos en uno o más de los siguientes órganos: médula ósea, hígado, bazo, ganglios linfáticos, tubo digestivo y piel. Clínicamente la enfermedad se suele acompañar de signos de activación constituida de los mastocitos, como prurito, rubefacción, reacción urticariana, dolor abdominal, inestabilidad vascular, entre otros. Las formas más comunes de mastocitosis son la cutánea y la

mastocitosis sistémica silente o indolente, que tienen ambas buen pronóstico.

En los niños, la piel es el órgano comprometido con más frecuencia, y el compromiso cutáneo suele ser la única manifestación de la enfermedad, que consiste sobre todo en un mastocitoma o una urticaria pigmentada limitada. El pronóstico de estos pacientes depende de la evolución de la enfermedad hematológica asociada.

La urticaria pigmentaria es la manifestación dermatológica más común de la enfermedad cutánea, pero el tamaño y número de lesiones son más variables en los niños con mastocitosis cutánea. La mastocitosis se diagnostica por los antecedentes, las manifestaciones clínicas, la histopatología y la evaluación de laboratorio.

El tratamiento de todas las variantes de mastocitosis está orientado, en parte, al alivio sintomático. Incluye el asesoramiento de los pacientes dependiendo de las características de la enfermedad, evitar los factores que provocan la liberación de mediadores, el manejo de los síntomas crónicos, como el prurito.

Se origina este caso para discusión, conclusión diagnóstica y conducta terapéutica de ser necesario.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 2 años de edad, fototipo IV, procedente y residente de Santo Domingo, quien es traída por su madre a la consulta de dermatología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral por presentar lesiones en cara, tronco y extremidades, asintomáticas, presentes al nacimiento.

Antecedente personal patológico, familiares y antecedentes alérgicos, no contributivos a patología actual.

Al examen físico se observa dermatosis constituida por múltiples papulas, pigmentadas en cara, tronco y extremidades, acompañadas de maculas de tamaño y número variable.

Entre los datos de laboratorio y pruebas complementarias, se practicaron estudios de rutina de laboratorio y se incluyeron glicemia, IgE, ASO, SGOT, SGPT, examen general de orina, VDRL, los cuales reportaron dentro de valores de referencia y no reactivo respectivamente. Se diagnostica como P/B mastocitosis vs P/B erupción medicamentosa, vs P/B prurigo por insecto.

Se tomó biopsia punch de piel dando como resultado la presencia de pigmentación basal en epidermis. En dermis superficial y media observamos abundantes células parecidas a mastocitosis perivasculares e intersticiales. Se realiza tinción giemsa que revela la presencia de granulaciones metacromáticas

*Dermatóloga Pediatra. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

**Dermato – Histopatóloga. Instituto Dermatológico Y Cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz

*** Médico Pasante. Instituto Dermatológico Y Cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz

dentro y fuera del citoplasma de los mastocitos.

Evaluaciones hechas:

Departamento de hematología realiza biopsia de médula ósea para descartar enfermedad diseminada a médula ósea, la cual reporta médula ósea compatible con infiltración de mastocitosis. Se recomienda realizar inmunohistoquímica.

DISCUSIÓN

Las mastocitosis son un grupo heterogéneo de enfermedades idiopáticas, cuya característica común es el aumento en el número de los mastocitos presentes en la piel o, con menor frecuencia, en otros órganos. La incidencia de las mastocitosis se ha estimado en 1 cada 2940 pacientes, sin preferencias por sexo ni raza. El 65 por ciento de los casos aparecen en la infancia y, en la mayoría de los casos, tienen buen pronóstico.

El mastocito constituye el almacén de un amplio abanico de sustancias farmacológicas. En consecuencia, los órganos afectados pueden desarrollar manifestaciones clínicas.

Se considera que las distintas formas clínicas de mastocitosis constituyen procesos proliferativos benignos (o muy raramente malignos) del sistema retículoendotelial. Independientemente del tipo clínico de mastocitosis, el aspecto histopatológico es uniforme y el hallazgo común en todos ellos es el incremento en el número de mastocitos. Se dividen en los siguientes tipos: sistémica indolente, sistémica con enfermedad clonal, agresiva, leucemia, sarcomas de mastocitos y mastocitoma extracutáneos.

La mastocitosis sistémica es una enfermedad clonal y persistente de los progenitores hematopoyéticos. Se caracteriza por la hiperplasia y la infiltración de los mastocitos en dos o más órganos, como la piel, los huesos, la médula ósea, el sistema gastrointestinal, el respiratorio, el retículoendotelial, el cardiovascular y el nervioso. Las lesiones cutáneas suelen ser la clave diagnóstica.

Su curso clínico es variable: algunos pacientes pueden permanecer en un estadio indolente durante décadas, y otros, por el contrario, pueden desarrollar formas agresivas o asociadas a enfermedades neoplásicas.

El diagnóstico de la mastocitosis está basado en el reconocimiento de las lesiones cutáneas. El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas con tinciones especiales, como azul de toluidina o Giemsa, evidencia la metacromasia que adquieren los gránulos de los mastocitos y

confirma el diagnóstico.

En la actualidad, no existe ningún tratamiento capaz de controlar la proliferación de los mastocitos. La acción terapéutica debe apuntar a la educación y al tratamiento sintomático. Los pacientes y sus familiares deben conocer los factores capaces de inducir la liberación de mediadores mastocitarios.

El tratamiento sintomático está compuesto por antihistamínicos que son las drogas de primera elección ya que mejoran el prurito, la taquicardia y los episodios de enrojecimiento. Los inhibidores de la desgranulación mastocitaria como el cromoglicato disódico, los corticoides, el ketotifeno que posee propiedades antihistamínicas tipo H1, y la terapia con PUVA.

Esta es una entidad poco frecuente, de ahí la importancia de este caso.

REFERENCIAS

1. Rook A, Wilkinson D, Ebling F, Champion R, Burton J. Tratado de Dermatología. 4 ed. Barcelona: Doyma: 1989.
2. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffel D. Fitzpatrick Dermatología en Medicina general. 7 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana: 2010.
3. Larralde M, Abad M, Luna P. Dermatología Pediátrica. 2 ed. Buenos Aires: Journal: 2010.
4. Wolff K, Johnson R. Fitzpatrick color atlas and synopsis of clinical dermatology. 6 ed. New York: McGraw Hill: 2009.
5. Fry L, Voorhees, J. An atlas of dermatology. New York: Parthenon Publishing: 1996.
6. Ackerman B, Kerl H, Sanchez J, Guo Y, Hofer A, Kelly P, et al. Ackerman Dermatología. Madrid: Marbán: 2010.
7. Bogaert Díaz, H. Dermatología. 8 ed. Republica Dominicana: Amigo del Hogar: 2010.
8. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Harrison principios de medicina interna. 17 ed. Mexico: McGraw Hill: 2009.
9. Richard A, Leppard B. Differential Diagnosis in Dermatology. 3 ed. United Kingdom: Radcliffe Publishing: 2005.

DISOCIACIÓN DE TRUNIOM EN UNA PRÓTESIS CONSTREÑIDA DE CADERA: REPORTE DE UN CASO

Rafael de los Santos,* Marcelo Puella Vale,** Yuniór Herrera,** Ramses Féliz,** Carmen Vélez.***

RESUMEN

Reportamos un caso de disociación de Truniom en una paciente femenina de 70 años la cual fue intervenida quirúrgicamente en 4 ocasiones por luxación recurrente de prótesis de cadera. La primera luxación se produjo a las semanas de post quirúrgico (hace 2 años) con una prótesis total de cadera modular tipo Zimmer con copa de tantalum tipo *Trabecularmetal*®, *liner Longevity*® y tallo *VerSys*® no cementada (*pressfit*) la cual fue realizada fuera del centro y la misma estaba correctamente colocada. Luego después de 3 meses de post quirúrgico, se le recoloco una prótesis constreñida de cadera tipo Zimmer con copa *Trilogy*®, *liner Longevity*®, tallo *VerSys*® (*pressfit*) y la misma se luxó. A la misma se le desprendió el anillo de bloqueo a los 3 meses de post quirúrgico. Nos fue referida al Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana; luego de 6 meses de recuperación se le colocó el mismo tipo prótesis constreñida de cadera tipo Zimmer la cual hizo un fallo tipo 4 (entre la cabeza y el cuello del tallo). Se recoloca prótesis constreñida de acetábulo Zimmer *Trilogy*®, *liner Longevity*®, y tallo *VerSys*® a los 3 meses, pero esta vez con un aumento del *offset* sin aumento de la longitud del miembro para aumentar el momentum de los abductores y aumentar el brazo de palanca de los mismos. A los 12 meses de post quirúrgico la paciente se encuentra en condiciones generales estables, y con buen rango de movimiento de la cadera y sin ninguna complicación añadida.

Palabras clave: Luxación, truniom, artroplastia de cadera

ABSTRACT

We report a case of truniom dissociation in a 70 years old female with a constrained total hip arthroplasty with experience 4 THA surgeries for recurrent hip prosthesis luxation. The first episodes have happened at first week of the first surgery with a total Zimmer prosthesis 2 years ago. After 3 months she experiences a new surgery but at this time it was putted a constrained Zimmer prosthesis with suffer a new luxation, but a ring dissociation was observed. Next time she was referred to the Dr. Marcelino Vélez Santana's Hospital where she was studied for a third surgical intervention in which was putted on a new constrained hip prosthesis with experienced a new

luxation, but at this time was a truniom dissociation. A four review surgery was performed 6 month later to increase the offset. At 12 months after surgery the patient is stable and in very good health condition, a good range of motion and no one complication added to it.

Key words: Luxation, Truniom, Total Hip Arthroplasty

INTRODUCCIÓN

La palabra Truniom viene del francés antiguo Trognon, y significa tronco; la misma define a la parte más estrecha del cuello de la prótesis que sostiene la cabeza. Las luxaciones recurrentes de prótesis de cadera son infrecuentes y son aun más infrecuentes las disociaciones de truniom y cabeza en diseños de prótesis constreñidas de cadera. No existen estadísticas a nivel mundial que nos aseguren la incidencia real de este evento aunque existen estadísticas para la luxación de prótesis de cadera per se, las cuales oscilan entre un 0.04 por ciento para artroplastias primarias y un 25 por ciento en artroplastias de revisión, siendo esta una de las principales complicaciones de las artroplastias de cadera. Cuando no se conoce la etiología y se manejan de forma quirúrgica los casos de luxación recurrente los fracasos superan el 60 por ciento. Por definición un componente constreñido de prótesis de cadera es en el cual, dentro del diseño de la prótesis, existe un dispositivo que impide la salida de la cabeza del componente acetabular. Los primeros diseños de estas prótesis corresponden a Sivash en 1963, y estaban diseñados para pacientes con enfermedad de Parkinson, Parálisis Cerebral y Sarcoplasia de los glúteos.

Existen diversos factores asociados a la luxación de prótesis de cadera entre los cuales citamos:

- A. Factores relacionados al paciente como la osteoartritis post traumática y la displasia congénita en las cuales se ha demostrado una hiperlaxitud de los tejidos del doble que en los pacientes normales; enfermedades neuromusculares asociadas al consumo de alcohol o a la longevidad y la demencia senil; edad por encima de los 80 y el género femenino.
- B. Factores asociados a la cirugía como el abordaje, ante versión excesiva, no unión trocanterica después de osteotomía y el ángulo abierto de la copa.
- C. Entre los factores asociados al implante están la disminución del radio entre la cabeza y cuello y el pinzamiento del cuello con el componente acetabular. Los casos reportados en la literatura revisada se dieron con los diseños de prótesis *Duo fit IPR* (*Samo, Bologna, Italia*), *Trident /Secure fit* (*Howmedica*), *Duraloc/S-*

*Jefe de Servicio Ortopedia & Traumatología Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

** Médico Ayudante Servicio Ortopedia & Traumatología Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

***Cirujano Ortopedia y Traumatólogo.

****Medica General y asistente del servicio Ortopedia & Traumatología Hospital General Marcelino Vélez Santana

ROM (Depuy Jhonson & Jhonson) y Ring-loc (Biomet). No se encontraron registros de fallos de unión Truniom-cabeza en prótesis tipo Zimmer constreñidas. En la figura 1(abajo) se enumeran los posibles modos de fallo encontrados en las prótesis constreñidas de cadera tanto en modelos experimentales así como en la vida real, a saber: Fallo entre la copa y el inserto, fallo del anillo de bloqueo y disociación del truniom entre la cabeza y el cuello

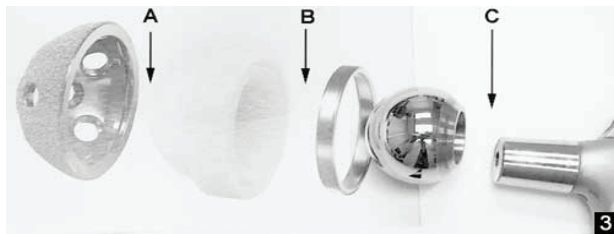


Figura 1. Posibles modos de fallo encontrados en las prótesis constreñidas de cadera.

Existen estudios que explican que la fuerza necesaria para desarticular la cabeza del componente constreñido de cadera ronda entre 300-600libras por pulgada

CASO CLÍNICO

Femenina de 70 años es traída por familiares a nuestro centro por historia de haber sido intervenida quirúrgicamente hace dos años en número de dos ocasiones en un centro médico privado de la ciudad de Santo Domingo por historia de fractura de cadera al caer de sus pies mientras caminaba. A los 2 meses de post quirúrgico presenta rotación externa, acortamiento de extremidad inferior derecha, limitación funcional de cadera. Se realiza radiografía control encontrando una luxación de prótesis total de cadera tipo Zimmer no cementada. Se planifica cirugía de revisión en dicho centro a los 4 meses de post quirúrgico y se le coloca prótesis constreñida de cadera tipo Zimmer. Se egresa paciente y a los meses de post quirúrgico presenta la misma eventualidad.

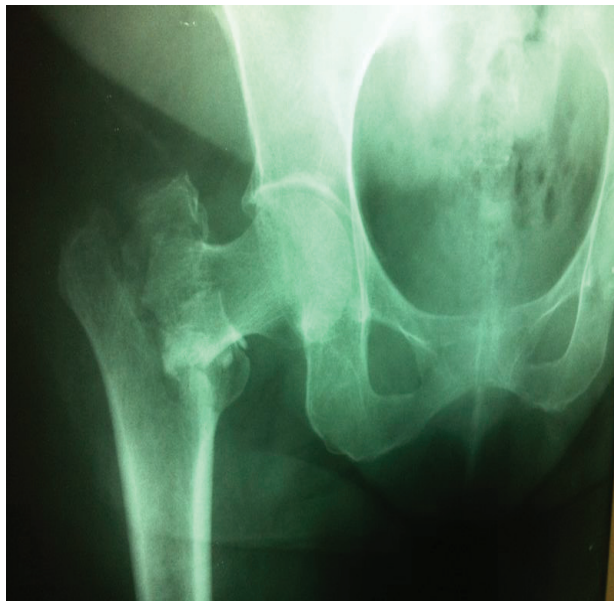


Figura 2. Radiografía diagnóstica de la fractura de cadera y el control radiográfico a los dos meses en el cual se observa la luxación de la cadera

Se refiere paciente al Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana donde realiza radiografía control y se observa una luxación de la prótesis constreñida con anillo de bloqueo disociado. Se planifica nuevamente para cirugía a los 4 meses del evento y se recoloca prótesis nueva de cadera constreñida tipo Zimmer y sin aumento del voladizo femoral además de la colocación de cemento óseo. Al mes y medio de la cirugía la paciente es traída por familiares por presentar dolor en cadera derecha, acortamiento y rotación externa. Realizamos radiografía control y observamos disyunción del truniom.





Figura 3. Radiografía control luego de colocar prótesis constreñida de cadera al mes y medio donde se observa la luxación de la prótesis por fallo del anillo bloqueante y la radiografía control de la disyunción del triniom luego de la segunda revisión donde se colocó otra prótesis constreñida.

Se realizan pruebas de laboratorio y se prepara paciente para ser intervenida quirúrgicamente a los 6 meses. Se planifica una revisión de la prótesis con la colocación de otra prótesis constreñida de cadera, pero esta vez con un aumento del offset sin aumento de la longitud del miembro para aumentar el momentum de los abductores y aumentar el brazo de palanca de los mismos. Recuérdese que la fuerza de los músculos abductores de la cadera debe de ser 2.5 veces mayor que el peso del cuerpo humano para mantener la pelvis nivelada durante la estancia en una pierna en la marcha. Se realiza un abordaje Sureño de Austin Moore ampliado, disecando por planos anatómicos hasta visualizar prótesis luxada.

En el transquirúrgico se observa una sarcoplasia marcada de los músculos de la cadera, además de observar la disyunción del triniom.



Figura 5. Fotografía del transquirúrgico donde se observa la disociación de la cabeza y el triniom cervical.

Se deja componente acetabular el cual se encontraba en posición adecuada y se retira el liner de polietileno de alta densidad con 10 grados de techo posterior el cual estaba intacto y sin desgaste y se coloca uno nuevo. Se retira el vástago y se coloca un vástago #10 ZMRcubierto y rociado con plasma *Titanium*® 6Al-4V con cuello +3.5 y cabeza +0. Se realiza reducción encontrando una tensión adecuada de los músculos glúteos y abductores además de realizar bloqueo con anillo bloqueante. Luego de realizar cirugía, se realizan controles radiográficos a los 2/4/6 meses y al año de post quirúrgico además de enviar paciente a terapia física para fortalecer musculatura de la cadera. No hubo ningún tipo de complicación luego de la cuarta revisión, a saber: Infección, lesión del nervio ciático mayor, luxación, fracturas, aflojamiento, miositis osificante. No hubo más fracasos de la prótesis. A 1 año y meses de post quirúrgico la paciente conserva un buen rango de movimiento y la misma está integrada a sus actividades físicas cotidianas



Figura 4. Radiografía control de la cuarta revisión donde se colocó el mismo diseño de prótesis constreñida pero se con un aumento del offset

DISCUSIÓN

La inestabilidad por luxación recurrente de cadera siempre será un tema que representa un debate o de reto para cualquier cirujano ortopeda en todas partes del mundo. El offset o voladizo femoral y la sarcopenia/sarcoplasia son tres conceptos de importancia crucial al realizar artroplastias primarias y de revisión puesto que sobre ellos descansa el centro de todas los factores que producen luxación de la prótesis de cadera.

Sarcopenia y Sarcoplasia se definen etimológicamente como, la reducción cuantitativa de masa muscular y sustitución de la masa muscular por otro tipo de tejido (tejido adiposo o fibroso) respectivamente. Pero, al analizar sus implicancias funcionales, nos damos cuenta que, es mucho más que eso y las consecuencias de la disminución de masa magra son notorias. Con la pérdida de masa muscular se produce una reducción en el índice metabólico lo cual puede llevar a un aumento de peso indeseado por la acumulación de grasa en su organismo. Asimismo, se incrementa el riesgo de resistencia a la insulina, de perder masa ósea, de reducir la capacidad cardiovascular de la persona, de empeorar la postura, y de otras alteraciones que pueden desencadenar enfermedades.

Sir Jhon Charnley fue el primer cirujano en prestar atención a la tensión y balance de partes blandas, pero no es hasta

los últimos 10-15 años que estos conceptos son tomados en cuenta por la comunidad ortopédica. La meta de la filosofía de Charnley era aumentar el brazo de palanca y el momentum abductor y reestablecer la biomecánica más normal a la articulación de la cadera. Existiendo diferentes métodos para obtener dichos resultados, a saber: medialización del componente acetabular, evitando la anteversión excesiva del componente femoral, completando la osteotomía del cuello femoral a un nivel adecuado, manteniendo un ángulo cervico-diafisario de 135° , y, cuando esté indicado, reinsertando (desplazando) lateralmente el trocánter mayor.

Se define como voladizo femoral u offset a la distancia que hay del centro de la cabeza del fémur a la diafisis femoral. La media del voladizo femoral u offset es 43.9mm, pero el rango es de 27 a 57 mm. Estos resultados son concordantes con otros informados en la literatura.

Varios factores determinan el valor del voladizo del fémur. El fémur grande tiende a tener más voladizo que los más pequeños. Noble y al. Encontraron un valor medio del ángulo cervico-diafisario de 124.7° , con un rango de 105.7° a 154.5° . Concluyeron que las caderas con un ángulo cervico-diafisario varo tienden a tener un voladizo femoral mayor y las que lo tienen valgo menor.

Existen diversos factores que ya fueron mencionados asociados a la luxación de prótesis de cadera entre los cuales citamos:

- A. Factores relacionados al paciente como la osteoartritis post traumática y la displasia congénita en las cuales se ha demostrado una hiperlaxitud de los tejidos del doble que en los pacientes normales; enfermedades neuromusculares asociadas al consumo de alcohol o a la longevidad y la demencia senil; edad por encima de los 80 y el genero femenino.
- B. Factores asociados a la cirugía como el abordaje, anteversión excesiva, no unión trocanterica después de osteotomía y el ángulo abierto de la copa.
- C. Entre los factores asociados al implante están la disminución del radio entre la cabeza y cuello y el pinzamiento del cuello con el componente acetabular.

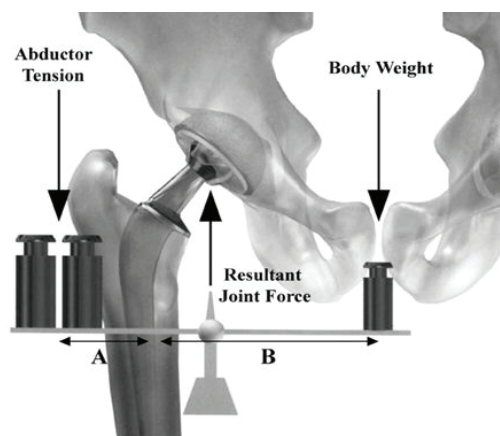


Figura 5. Brazos de palanca que actúan en la articulación de la cadera. El momentum producido por el peso del cuerpo actúa sobre el brazo de palanca B y debe de ser contrarrestado por el momentum producido por los músculos abductores que actúan sobre el brazo de palanca más corto (A)

En los modelos de prótesis constreñidas de cadera no es posible incrementar la estabilidad sin disminuir el arco de movimiento. Se ha encontrado que el arco de movimiento es directamente proporcional al tamaño de la cabeza e indirectamente proporcional al diámetro del cuello. El paciente candidato para este modelo de prótesis constreñida de cadera es el paciente de edad madura, inactivo, con luxación recidivante de prótesis de cadera, con insuficiencia de partes blandas. Debe de ser usado como último recurso después de haber agotado otras opciones.

En la paciente de estudio, no hubo ningún tipo de complicación luego de la cuarta revisión, a saber: Infección, lesión del nervio ciático mayor, luxación, fracturas, aflojamiento, miositis osificante. No hubo más fracasos de la prótesis. A 1 año y meses de post quirúrgico la paciente conserva un buen rango de movimiento y la misma está integrada a sus actividades físicas cotidianas

REFERENCIAS

1. Chu CM, Wang SJ, Lin LC. Dissociation of modular total hip arthroplasty at the femoral head-neck interface after loosening of the acetabular shell following hip dislocation. *J Arthroplasty*. 2001; 16:806-809.
2. Scott M. Sporer, MD, MS, Craig DellaValle, MD, Joshua Jacobs, MD, Markus Wimmer, PhD A Case of Disassociation of a Modular Femoral Neck Trunion After Total Hip Arthroplasty. *HIP ORTHOPEDICS* March 2010;33(3):201.
3. Yung AG, Padgett D, Pellici P, Dorr LD, Constrained acetabular liners. Mechanism of failure. *J Arthroplasty*. 2005;25:536-41
4. Cooke CC, Hozack W, Lavernia C, Shastri S, Rothman RH. Early failure mechanisms of constrained tripolar acetabular socket used by total hip arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2003;18:827-33
5. Robertson WJ, Mattern CJ, Hur J, Su Ep, Pellici PM. Failure mechanisms and closed reduction of a constrained tripolar acetabular liner. *J Arthroplasty*. 2009; 24:322.e5-11

PACIENTE EMBARAZADA CON TUMOR DE OVARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Niobis Encarnación,* Massiel Cabrera,* Marlyn Lantigua,* Jemill Dotel,* Onésimo Almánzar,* Batista.**

RESUMEN

La presencia de un tumor maligno de ovario durante la gestación es poco frecuente, encontrándose en un 2 a 5 por ciento de todas las masas anexiales. El embarazo no tiene un efecto adverso directo en el pronóstico de las pacientes con un tumor de ovario maligno, debido a los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gravidez su identificación es difícil y muchas veces incidental al momento de realizar sonografía de control o durante la cesárea. Se requiere una buena clasificación por estadios durante el procedimiento quirúrgico para establecer un adecuado tratamiento.

Femenina de 2 años, primigesta, con diagnóstico de tumor de ovario a las 16 semanas de gestación por sonografía. Se realiza ooforectomía bilateral más biopsia transoperatoria reportando: cistadenocarcinoma seroso papilar de ovario izquierdo.

El hecho de que la frecuencia de esta entidad sea baja no le resta importancia a la asociación, puesto que durante el embarazo son más frecuentes las complicaciones de los tumores de ovario en general. La presencia del útero grávido dificulta y puede retardar el diagnóstico y tratamiento, cuando el examen inicial no es suficientemente acucioso o es realizado ya avanzada la gestación. El control por consulta de alto riesgo obstétrico es indispensable.

Palabras clave: Paciente embarazada, tumor de ovario.

ABSTRACT

The presence of a malignant tumor of the ovary during pregnancy is rare, found in a 2 to 5 por ciento of all adnexal masses. Pregnancy does not have a direct adverse effect on the prognosis of patients with a malignant ovarian tumor, due to the anatomical and physiological changes produced by the pregnancy their identification is difficult and many times at the time of incidental perform sonography or control during the cesarean section.

Female 2-year-old primigravida with a diagnosis of ovarian tumor at 16 weeks of gestation by sonography. Bilateral oophorectomy is performed more biopsy transoperatory reporting: papillary serous cystadenocarcinoma left ovarian.

The fact that the frequency of this entity is low does not detract from the importance of the association since it during pregnancy are the most frequent complications of ovarian tumors in general. The presence of the gravid uterus more difficult and may delay the diagnosis and treatment, when the initial review is not sufficiently diligent or is performed

late gestation. The control by querying high risk obstetric is indispensable.

Key Words: pregnant patient, ovarian tumor.

INTRODUCCIÓN

El cáncer que complica un embarazo es raro pero ocurre con una frecuencia de 1 en 1000 nacimientos. La mujer en la actualidad ha retrasado la edad para embarazarse, se puede pensar que el cáncer se presentará cada vez con más frecuencia como una complicación del embarazo. Entre el 2 y el 5 por ciento de las tumoraciones de los anexos que persisten después del primer trimestre se confirman desde el punto de vista anatomopatológico como lesiones malignas. El cáncer de ovario ocurre en aproximadamente 1:18.000 a 1:47.000 embarazos. Una revisión reciente de la literatura realizada por Copeland, *et al* sobre el diagnóstico de cáncer de ovario durante el embarazo reporta que el 45 por ciento fueron de células germinales, 37 por ciento epiteliales incluyendo los tumores mucinosos, 10 por ciento tumores del estroma y 7.5 por ciento otros.

Los problemas más frecuentes asociado a los tumores ováricos en el embarazo son el diagnóstico inicial y el diagnóstico diferencial. Cuando el tumor es palpable en la pelvis, debe diferenciarse del útero grávido en retroversión, un fibroma, un carcinoma de colon, riñón pélvico o una anomalía uterina.

El ultrasonido se ha convertido en el instrumento diagnóstico utilizado más a menudo durante el embarazo siendo de gran utilidad en la valoración de las tumoraciones.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años de edad, primigesta, a quien previo estudios se le diagnostica tumor de ovario izquierdo a las 16 semanas de gestación. Se realiza laparotomía ginecológica con biopsia transoperatoria de ovario izquierdo que reporta: Neoplasia maligna de epitelio celómico: Cistoadenocarcinoma seroso papilar, se realiza protocolo para cáncer de ovario, con reporte de anatomía patológica de: Ovario derecho con lesiones de aspecto metastásico, resto de biopsias del protocolo sin lesiones neoplásicas.

El embarazo es llevado a término obteniéndose recién nacido vivo femenino saludable.

Esta paciente presento un cistoadenocarcinoma papilar.

Tratamiento

Antes de efectuar cualquier intervención quirúrgica por un

*Médico general.

**Ginecóloga obstetra

tumor pélvico durante el embarazo, es necesario explicar de manera adecuada a la paciente lo relacionado con los posibles resultados adversos, incluso los posibles riesgos planteados para el feto inmaduro. Deben verificarse los deseos de la paciente respecto a la preservación ovárica de manera informada y se le prepara para someterse a la reducción quirúrgica radical apropiada de acuerdo al tamaño, estadio, tipo y grado histológico de la tumoración.

DISCUSIÓN

La semana 16 a 18 de gestación es un período prudente para la laparotomía, tanto en cuanto a seguridad para el feto, como a la eliminación de quistes ováricos funcionales. Si el quiste es completo y sospechoso de malignidad y aumenta de tamaño, la paciente debe ser intervenida antes de las 18 semanas. En cualquier edad gestacional que se lleve a cabo la exploración, la recomendación es que el útero no sea manipulado durante la cirugía. Si se encuentra un proceso ovárico maligno en el momento de la exploración abdominal, la obligación del cirujano es determinar el estadio adecuadamente.

CONCLUSIÓN

Con el uso difundido del ultrasonido es cada vez más frecuente la identificación de una masa anexial en el embarazo; cuando este se encuentre, se deben definir todas las características de la misma y poder establecer la posibilidad de malignidad, el papel del cirujano es establecer el estadio de la enfermedad para establecer un adecuado tratamiento y no negarle a estas pacientes por estar embarazadas un tratamiento que pueda salvarles la vida.

El hecho de que la frecuencia de esta entidad sea baja no le resta importancia a la asociación, puesto que durante el embarazo son más frecuentes las complicaciones de los tumores de ovario en general. La presencia del útero grávido dificulta y puede retardar el diagnóstico, cuando el examen inicial no es suficientemente acucioso o es realizado ya avanzada la gestación. El control por consulta de alto riesgo obstétrico es indispensable.

REFERENCIAS

1. Grendys EX, Barnes WA. Cáncer ovárico durante el embarazo. En: Delgado G. Clínicas quirúrgicas de Norte América. México: McGraw Hill Interamericana, 1995; 1: 1-12.
2. Disaia PJ, Creasman WT. Oncología Ginecológica Clínica. 5a ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 459-64
3. Dudley AG. Tumores ováricos que complican el embarazo. En: Thompson JD, Rock JA. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998; 896-907
4. Williams. Obstetricia. 20a ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana, 1998; 1200-1.
5. Berman ML, Disaia PJ. Pelvic malignancies, gestational trophoblastic Neoplasia and non pelvic malignancies. In: Creasy RK, Resnik R. Maternal-fetal medicine principles and practice. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1994; 1112-11342.
6. Escudero PM, Méndez L. Cáncer de ovario en el embarazo. En: Fiorelli S, Alfaro HJ. Complicaciones médicas en el embarazo. México: McGraw Hill Interamericana, 1996; 373-80.
7. Hill LM, Beatty DJ, Nowak A, Tush B. The role of ultrasonography in the detection and management of adnexal masses during the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1998; 179: 6703-7.
8. Boulay R, Podczaski E. Ovarian cancer complicating pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1998; 25: 385-399
9. Curtis M, Hopkins MP, Zarlingo T, Martino C, Graceansky-Lengyl M, Jenison EL. Magnetic resonance imagining to avoid laparotomy in pregnancy. Obstet Gynecol, 1993; 82: 833.
10. Randall T. National registry seeks scarce data on pregnancy outcomes during chemotherapy. JAMA, 1993; 269: 323.

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>

PACIENTE CON DENGUE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Leticia Moreno,* Fidel Toribio,* Felicia Merejo,* Delvis Lucas,* Alina Evangelista Reyes,* A. Aquino.**

RESUMEN

Tanto la fiebre dengue como el dengue hemorrágico son causados por el virus del dengue, un virus ARN pequeño pertenecientes al grupo de los arbovirus, por ser virus transmitidos por artrópodos, del cual se han descrito cuatro tipos en la actualidad, cada uno con propiedades antigénicas diferentes. Cualquiera de los cuatro tipos del virus es capaz de producir el dengue clásico. Se plantea que una infección inicial crea las condiciones inmunológicas para que una infección subsecuente produzca un dengue hemorrágico; sin embargo, otros plantean que una primera infección por dengue sea capaz de producir de una vez un dengue hemorrágico.

El virus del dengue, al igual que otros flavivirus, contiene un genoma de ARN rodeado por una nucleocápside de simetría icosaédrica, de 30 nm de diámetro, la cual está constituida por la proteína C —de 11 kd— y una envoltura lipídica de 10 nm de grosor asociadas a una proteína de membrana (M) y otra de envoltura (E), que da lugar a las proyecciones que sobresalen de la superficie de los viriones.

INTRODUCCIÓN

El primer reporte de caso definitivo data de 1789 y es atribuido a Benjamin Rush, quien acuña el término “fiebre rompehuesos” por los síntomas de mialgias y artralgias. La etiología viral y su transmisión por mosquitos fue descifrada solo en el s. XX. Y los movimientos poblacionales durante la segunda guerra mundial expandieron la enfermedad globalmente, a nivel de pandemia.

Las primeras epidemias se produjeron casi simultáneamente en Asia, África y América del Norte en 1781. La enfermedad fue identificada y nombrada como tal en 1779. Una pandemia mundial comenzó en el sudeste de Asia en los años 1950 y 1975 por dengue hemorrágico —que se ha convertido en una de las principales causas de muerte entre los niños de diversos países de esa región—. El dengue como epidemia se ha vuelto más común desde la década de 1980. A principios de los años 2000, el dengue se ha vuelto la segunda enfermedad más común de las transmitidas por mosquitos y que afectan a los seres humanos —después de la malaria—. Actualmente existen alrededor de 40 millones de casos de dengue y varios cientos de miles de casos de dengue hemorrágico cada año.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 20 de años de edad que acude a consulta de emergencia del centro Dr. Diaz

refiriendo fiebre de 39° por termómetro, anteriormente presento igual temperatura en tres ocasiones en el transcurso del día, refiere además dolor de cabeza intenso acompañado de dolor al movimiento de los ojos, dolor intenso en músculos y articulaciones, náuseas que no llegan al vómito y alarmado refiere que le han salido unos puntitos rojos en las piernas y el pecho. Con este cuadro se le constata la temperatura y se constata temperatura de 39 grados centígrados y se le prescribe medicamento para normalizar la temperatura, una vez normalizada la temperatura se procede al examen físico y a la realización de los exámenes complementarios de laboratorio.

Datos positivos al examen físico

PIEL. Lesiones hemorrágicas que se corresponden con petequias diseminadas en los miembros inferiores y región del tórax fundamentalmente.

Orofaringe. Enrojecida.

Exámenes complementarios

Leucograma con diferencial. Alterado a predominio de linfocitos

Conteo de plaquetas. 150 plaquetas

Prueba del torniquete. Positiva

Con todo este cortejo sintomático, datos obtenidos al examen físico y exámenes complementarios se diagnostica al paciente fiebre dengue posteriormente se procede al ingreso en hospitalización.

Tratamiento

A pesar de que no existe un medicamento específico para tratar esta enfermedad, actualmente sí existe un tratamiento basado en las manifestaciones clínicas que ha demostrado reducir la mortalidad. Las nuevas guías de la OMS establecen tres grupos terapéuticos:

Grupo A: Pacientes que pueden ser enviados a su casa porque no tienen alteración hemodinámica, no pertenecen a un grupo de riesgo ni tienen signos de alarma. El manejo se basa en el aumento de la ingesta de líquidos orales se recomienda para prevenir la deshidratación. Para aliviar el dolor y la fiebre es muy importante evitar la aspirina y los fármacos antiinflamatorios no esteroides, ya que estos medicamentos pueden agravar la hemorragia asociada con algunas de estas infecciones, por sus efectos anticoagulantes, en su lugar los pacientes deben tomar paracetamol (acetaminofén) para el manejo de la fiebre y el dolor.

Grupo B: Pacientes con signos de alarma y/o que pertenecen a un grupo de riesgo. Dichos pacientes requieren hospitalización por al menos 72 horas para hacer reposición de líquidos

*Médico general.

** Médico internista.

endovenosos, monitoreo estricto de signos vitales, gasto urinario y medición de hematocrito.

Grupo C: Pacientes con diagnóstico de dengue grave, que requieren manejo en Unidades de Cuidado Intensivo.

DISCUSIÓN

No hay un medicamento específico para tratar la infección del dengue. La base del tratamiento para esta enfermedad es la terapia de apoyo. El aumento de la ingesta de líquidos orales se recomienda para prevenir la deshidratación. Para aliviar el dolor y la fiebre es muy importante evitar la aspirina y los fármacos antiinflamatorios no esteroides, ya que estos medicamentos pueden agravar la hemorragia asociada con algunas de estas infecciones, por sus efectos anticoagulantes, en su lugar los pacientes deben tomar paracetamol (acetaminofén), aunque éste es sólo un paliativo.

Existen evidencias de que los pacientes con síntomas febriles que presuman el dengue no deben ser expuestos a cambios de temperatura por contacto (agua u otros), porque se determinó que el efecto exacerba los signos de la enfermedad, poniendo en duda la aplicación de medios físicos en estos casos.

Se le indica posteriormente al paciente.

a) Aislamiento y tipificación del virus del dengue: Cultivo: permite la detección del ARN viral en muestras de plasma

b) Serología: La prueba de fijación de complemento, para IgM (inmunoglobulinas M). Los resultados positivos pueden persistir 60-90 días.

El paciente evoluciono satisfactoriamente y fue egresado sin complicación alguna

Recomendaciones

Eliminación de criaderos de larvas. Limpiar patios y techos de cualquier potencial criadero de larvas. Para los tanques se recomienda agregar pequeñas cantidades de cloro sobre el nivel del agua. Para los neumáticos simplemente vacíelos. Puede colocarle arena para evitar la acumulación de líquido. Otra solución es poner peces guppy (*Poeciliareticulata*) en el agua, que se comerán las larvas.

Utilización de barreras físicas (utilización de mosquiteros en ventanas, telas al dormir)

Utilización de repelentes de insectos.

Eliminación de criaderos de larvas por el mismo sector público.

Mantener bien tapados todos los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico.

Eliminar el agua estancada de recipientes.

Sustituir con tierra o arena el agua de los floreros y macetas del hogar, lugares de trabajo, centros de estudio y en cementos.

Perforar agujeros en las llantas de los parques infantiles para que no se acumule agua.

Rellenar con tierra tanques sépticos en desuso, desagües en desuso, y letrinas abandonadas.

REFERENCIAS

1. Tibaire Montes, M. Actualización en dengue: Parte 1 (artículo completo disponible en español). Rev. Soc. Ven. Microbiol. [online]. ene. 2001, vol.21, no.1 [citado 21 octubre de 2009], p.39-45. ISSN 1315-2556.
2. Chapter 4, Prevention of Specific Infectious Diseases». CDC Traveler's Health: Yellow Book.2007.
3. Kroeger, Axel (2003). No más problemas de salud (en español), Editorial Pax México. Pp169
4. B.Kroeger, Axel (2001) (en español). No más problemas de salud. Editorial Pax México. pp. 163-169.
5. «Dengue fever: essential data» (1999). Consultado el 5 de fr de 2013.
6. Gubler DJ (julio2004). «Dengue and dengue hemorrhagic fever». Clinical microbiology reviews p979.
7. SEARO.WHO.int (cartilla de información acerca de la fiebre del dengue, de la OMS.2006
8. Díaz-Quijano, Fredi Alexander. Predictores de sangrado espontáneo en dengue: una revisión sistemática de la literatura(artículo completo disponible en español). 2013
9. Rothman AL (2004). «Dengue: defining protective versus pathologic immunity».
10. Fernanda Pontes, «Secretário estadual de SaúdeSérgioCôrtes admite que estado vive epidemia de dengue» (en Portuguese), O Globo Online, http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/20/secretario_estadual_de_saude_sergio_cortes_admite_que_estado_vive_epidemia_de_dengue-
11. CNN (3 de abril 2008), «Thousands hit by Brazil outbreak of dengue» (en inglés), CNN
12. Organización Mundial de la Salud. «Dengue/dengue hemorrágico en Brasil» (en español). 2009.



El tabaco es perjudicial para la salud.

UVEÍTIS POSTERIOR POR TOXOPLASMOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Yanilda Almonó Blowers,* Karlina Mínguez Lorenzo,** Joan Javier Jacobo Rosario,** Manuel Javier García Duran.**

RESUMEN

La toxoplasmosis ocular es la causa más frecuente de uveítis posterior de etiología conocida, caracterizada por recurrencias que conllevan a una pérdida significativa de la visión. La manifestación ocular más frecuente es la coriorretinitis. Es frecuente y dramática. Se ve mucho en nuestro país. Se piensa que aproximadamente el 90 por ciento de la población dominicana, sobre todo en mujeres, ha estado expuesta al toxoplasma gondii. Se presenta caso clínico; paciente de 14 años de edad, sexo masculino, que manifiesta cuadro clínico, con signos y síntomas característicos de la enfermedad que desarrollaremos a continuación.

Palabras claves: uveítis posterior, toxoplasmosis, coriorretinitis.

ABSTRACT

Ocular Toxoplasmosis is the most frequent cause of posterior uveitis of known etiology, characterized by recurrence leading to a significant loss of vision. The most common ocular manifestation is chorioretinitis. Is frequent and dramatic. Looks much in our country. It is thought that about 90 por ciento of the Dominican population, *especially* women have been exposed to Toxoplasma gondii. We present clinical case patient 14 years of age, male sex, which manifests clinically with characteristic signs and symptoms of the disease develop below.

Key words: posterior uveitis, toxoplasmosis, chorioretinitis.

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa ocasionada por el protozoo Toxoplasma gondii, un parásito intracelular obligado. La toxoplasmosis puede causar infecciones leves y asintomáticas, así como infecciones mortales que afectan mayormente al feto, ocasionando la llamada toxoplasmosis congénita. También puede revestir gravedad cuando afecta a recién nacidos, ancianos y personas vulnerables por su condición de déficit de inmunidad.

Se considera la enfermedad como una zoonosis, lo cual significa que, de modo habitual, se transmite desde los animales a los seres humanos a través de diferentes vías de contagio, siendo los hospedadores definitivos el gato y otras seis especies de felinos.

Es causa importante de uveítis posterior, algunos autores consideran que es la causa más frecuente de uveítis posterior,

conocida o no. La mayoría de ocasiones es congénita, reactivándose en la edad adulta. El aspecto es el de una coriorretinitis cicatricial negruzca con un foco adyacente de retinitis de aspecto algodonoso y bordes mal definidos que corresponden al área de reactivación. Suele acompañarse de vitritis y puede provocar también uveítis anterior.

Los pacientes se quejan de dolor ocular, tiende a ser unilateral, ven moscas volantes. Presentan los anticuerpos séricos y la IgG e IgM elevadas. Representa hasta el 50 por ciento de las coroiditis. Tiene mayor incidencia en recién nacidos contagiados por vía placentaria, en individuos que comen carne cruda o poco cocida, en contactos con gatos y en individuos afectados por el SIDA. Suelen confirmarse con una prueba de sangre que sale positiva para anticuerpos específicos.

El tratamiento se realiza durante 3 a 6 semanas con una combinación de sulfadiacina, pirimetamina y ácido fólico asociado a corticoides sistémicos.

CASO CLÍNICO

Nombre: PANM

Sexo: Femenina

Edad: 8 años

Procedencia: San Francisco de Macorís, Provincia Duarte

Historia de la enfermedad actual:

Paciente femenina se recibe en la consulta médica, por cuadro clínico de 9 semanas de evolución caracterizado por cefalea intensa sin predominio de horario que mejora con el uso de acetaminofén a dosis no especificada y reaparece a los pocos días y pérdida de la agudeza visual del ojo derecho que empeora en las últimas 3 semanas, no tratado.

Antecedentes personales:

- Crecimiento y desarrollo normal
- Esquema de vacuna completo
- Enfermedades de la infancia: Varicela
- Traumatismos: No refiere
- Quirúrgico: No refiere
- Hábitos tóxicos: No refiere
- Desarrollo somato morfológico: Acorde con la edad
- Desarrollo psicointelectual: Acorde con la edad

Antecedentes familiares: Asma Bronquial (Hermano)

Interrogatorio por sistema:

- Aparato Respiratorio: Sin patología aparente.
- Aparato Digestivo: Sin patología aparente.
- Aparato Neurológico: Cefalea de predominio frontal

*Oftalmólogo.

**Médico general.

de aproximadamente 9 meses de evolución medicada con acetaminofén a dosis no especificada.

-Aparato urinario, Hemático- Linfático, Endocrino: Sin patología aparente.

Examen físico

Paciente alerta, afebril, eupneica, orientada en tiempo, espacio y persona, hidratada, estable para su condición médica.

Talla: 122 cm

Peso: 27 Kg

Signos Vitales:

Temperatura: 37.1 °C

Tensión arterial: 90/60 mm/Hg

Frecuencia cardiaca: 80 L/min

Frecuencia respiratoria: 18 r/min

Datos positivos al examen físico

Fondo de ojo: Papila de bordes bien definidos vasos arteriales y venosos de calibre normal con placa de coriorretinitis extensa en área macular activa.

Exámenes complementarios

IgM: positiva para toxoplasma, (Hemograma, Glicemia, IgE, IgA, TGO, TGP, ASO, urea, creatinina, HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, VDRL, coagulograma, Eritrosedimentación, Examen de orina), dentro de límites de referencia y parámetros normales.

Tratamiento

-Pirimetamina: 25mg por día

-Acido fólico: 3 mg dos veces por semana

-Sulfadiazina: 1g c/ 6hr

DISCUSIÓN

La prevalencia de enfermedad ocular por toxoplasmosis es mucho menor que la de serología positiva y es muy variable a través del mundo.

Son los niños y adultos jóvenes los más frecuentemente afectados. Hay consenso en la literatura respecto a la frecuencia aumentada de la retinocoroiditis toxoplásmica en las edades tempranas de la vida. La mayoría de las opiniones giran en torno al momento de la vida en el cual es adquirida la infección, casi siempre en la niñez o en edades tempranas en los sujetos inmunocompetentes, aunque los títulos serológicos se incrementan a lo largo de la vida.

La retinocoroiditis toxoplásmica es una enfermedad muy sintomática, lo cual se explica por la inflamación generada como respuesta del sistema inmune a la liberación de taquizoitos, y la ulterior penetración de estos en otras células de la retina.

La presentación clínica de la enfermedad, su localización en la retina y la intensidad de inflamación vítrea determinan la severidad de disminución de la visión.

Para prevenir la enfermedad se recomienda cocinar bien las carnes, lavar bien las frutas y verduras y evitar la exposición a las heces de gatos.

REFERENCIAS

1. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna, 17va Edición; Vol. II, Pág. 185
2. Herbert Stern Diaz 2002, oftalmología básica 185-200.
3. J.L Rodríguez García, 2009, Diagnóstico y Tratamiento Médico-Green Book pág.
4. Carbone j., sarmiento e., micheloud d., rodríguez-mahou m., rodríguez-molina j., cobo r., fernández-cruz e. enfermedad autoinmune sistémica en pacientes con uveítis. arch soc esp oftalmol. 2006; 81: 193-198.
5. Kasper LH. Toxoplasma infection. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrin son's Principles of Internal Medicine. 15 ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p.1222-7.
6. Pardo A, Collizo J. Revisión de la Prevención y tratamiento de la Toxplasmosis Ocular. Annals d'Oftamologia. 2004;12(1):11-2.
7. Holland GN, O'Connor GR, Belfort R, Remington JS. Toxoplasmosis. In Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR, and editors: Ocular Infection & Immunity. St Louis.
8. Mosby YearBook, Inc 1183, 1996. 2. Pita Gondim, L. F., H. V. Barbosa, Jr., et al. Serological survey of antibodies to Toxoplasma gondii in goats, sheep, cattle and water buffaloes in Bahia State, Brazil. Vet Parasitol 1999; 82: 273-6.
9. <http://es.wikipedia.org/wiki/Toxoplasmosis>
10. <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihtoxo.htm>

CARCINOMA DE NARIZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

Freddy Ferreras,** Eduardo Garrido,** Leticia Checo,***

RESUMEN

Presentamos una paciente de 29 años de edad la cual acude a consulta de Otorrinolaringología en el Hospital Salvador B Gautier en República Dominicana por presentar masa en ambas fosas nasales, con anosmia, rinorrea sanguinolenta, obstrucción nasal y epistaxis. El diagnóstico fue de carcinoma de células escamosas infiltrante moderadamente diferenciado. Fue tratada con radioterapia.

Palabras claves: carcinoma de células escamosas, nariz, anosmia, epistaxis.

ABSTRACT

We show a case of a 29 years old patient which consults ENT department in Salvador B Gautier Hospital in Dominican Republic, who presented mass in both nostrils, anosmia?, bloody rhinorrhea, nasal obstruction and epistaxis. The diagnose was squamous cell carcinoma moderately differentiated infiltrating. She was treated with radiotherapy.

Key words: squamous cell, nose, anosmia, epistaxis.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas (CCE) es el tipo más frecuente de tumor maligno en la nariz y senos paranasales (70–80%). Los papilomas son entidades únicas que pueden presentar degeneración maligna. Los cánceres crecen dentro de los límites óseos de los senos y a menudo son asintomáticos hasta que erosionan e invaden las estructuras adyacentes. La mayoría de los tumores de los senos paranasales se presentan en estado avanzado y por lo general las tasas de curación son precarias ($\leq 50\%$).

Algunos datos, indican que varias exposiciones a productos industriales que pueden estar relacionados con el cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal, así como también el uso de cigarrillos y otras enfermedades de deficiencia inmunitaria. El riesgo de padecer de un segundo tumor primario de la cabeza y el cuello aumenta considerablemente. Un subgrupo ha mostrado que el CCE del seno paranasal y la cavidad nasal, están relacionados con la infección del papilomavirus humano (PVH) y que los pacientes positivos a PVH podrían tener un mejor pronóstico que los que son negativos al PVH.

No es frecuente ver complicación ganglionar. Aunque podría presentarse metástasis tanto en las cavidades nasales como en los senos paranasales; de hecho se encuentra metástasis

distal en un 20 a 40% de los pacientes que no responden al tratamiento, la recidiva local regional es responsable de la mayoría de las defunciones por cáncer, ya que la mayor parte de los pacientes mueren a causa de una extensión directa a áreas vitales del cráneo o de una enfermedad local que recidiva con rapidez.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 29 años de edad, la cual llega a la consulta de ORL del Hospital Salvador B Gautier por presentar rinorrea intermitente de leve a moderada intensidad, sin predominio de horario ni relacionada a esfuerzo, HTA u otra condición. Acompañada de masa indolora, de aspecto carnoso que inicia en fosa nasal izquierda, aumentando de tamaño progresivamente, y produciendo hiposmia progresiva hasta llegar a anosmia.

Antecedentes personales clínicos de rinosinusitis crónica, antecedentes quirúrgicos negados, sin ningún otro antecedente patológico personal ni familiar de importancia.

Hábitos tóxicos; alcohol ocasional, drogas narcóticas, marihuana aproximadamente dos veces a la semana por 5 meses y suspendido hace 7 años.

Al examen físico paciente consciente, orientado, afebril al tacto.

TA: 100/70 mmHg, FC 89 l/m, FR 20 r/m.

Cabeza: Normocéfala, con pelo de buena implantación, tabique nasal desviado hacia la derecha, fosas nasales ocupadas por masa de aspecto carnoso con focos de hemorragia, que borra el surco nasolabial y abomba el dorso nasal y protruye hacia el exterior. Orejas de buena implantación, no adenopatías pre ni retro-auriculares.

Cuello: cilíndrico, móvil, con pulso carotídeo bilateral presente, no masas palpables.

Laboratorios	
Hemoglobina	12.6.g/dl
Hematocrito	40.6%
Glóbulos blancos	7.18.k/ul
Plaquetas	249.k/ul
Glicemia	83.mg/dl
Urea	7.mg/dl
Creatinina	0.7.mg/dl
TGO	16.3.ui/l
TGP	30.7.ui/l
Orina	Leucocitos: 10-12/c,
Eritrocitos:	6-7/c
TP	14.8 C: 14.6
TPT	32.3 C: 32.7

*Otorrinolaringólogo. Servicio Otorrinolaringología Hospital Dr. Salvador B. Gautier

**Cirujano general.

***Médico general.

Serológicas:	
VDRL	No reactivo
HIV	Negativo
HbsAg	Negativo
HCV	Negativo

Estudios realizados

TAC de nariz y senos paranasales: Reporta "Pansinusitis y poliposis nasal".

Tratamiento

A la paciente se le realiza una biopsia de la masa la cual reporta: Nasofaringe, carcinoma no queratinizante bien diferenciado.

Luego de resultado de biopsia, la paciente se prepara para cirugía y realizarle una resección de CA de nariz con abordaje Degloving (abordaje quirúrgico endobucal y endonasal del tercio medio de la cara, que permite una exposición amplia, simétrica y bilateral de, cavidad nasal, senos paranasales, sin producir cicatrices en piel) y toma de biopsia

Resultado de biopsia: Nariz. Carcinoma de células escamosas infiltrante moderadamente diferenciado.

Se evalúa paciente a la semana del posquirúrgico.

La paciente es referida a oncología clínica para completar tratamiento con radioterapia, a la cual respondió satisfactoriamente.

Es evaluada por ambos departamentos cada 6 meses.

DISCUSIÓN

La evaluación y clasificación previas al tratamiento, así como también la necesidad de hacer una planificación con un enfoque multidisciplinario al tratamiento es muy importante. En general, el tratamiento inmediato de pacientes con cánceres de la cabeza y el cuello es el más eficaz, aunque ocasionalmente la cirugía de rescate o la radioterapia de rescate, según sea apropiado, pueden ser exitosas. Puesto que la mayoría de los fracasos de tratamiento ocurren dentro de los primeros dos años, el seguimiento de pacientes deberá ser frecuente y metódico durante este período. Además, debido a que casi 33% de estos pacientes desarrollan segundos cánceres primarios en el tracto aerodigestivo, el seguimiento de por vida es esencial.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal: Tratamiento (PDQ®). Versión Profesional De Salud. Actualizado: 30 de julio de 2012
2. Mendenhall WM, Werning JW, Pfister DG: Treatment of head and neck cancer. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 729-80.
3. Laramore GE, ed.: Radiation Therapy of Head and Neck Cancer. Berlin: Springer-Verlag, 1989.
4. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, et al., eds.: Comprehensive Management of Head and Neck Tumors. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders, 1999.
5. Johns ME, Kaplan MJ: Advances in the management of paranasal sinus tumors. In: Wolf GT, ed.: Head and Neck Oncology. Boston, Mass: MartinusNijhoff Publishers, 1984, pp 27-52.
6. Alos L, Moyano S, Nadal A, et al.: Human papillomaviruses are identified in a subgroup of sinonasal squamous cell carcinomas with favorable outcome. Cancer 115 (12): 2701-9, 2009. [PUBMED Abstract]
7. Goldenberg D, Golz A, Fradis M, et al.: Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses: a retrospective review of 291 cases. Ear Nose Throat J 80 (4): 272-7, 2001. [PUBMED Abstract]
8. Abordaje "Degloving" del tercio medio de la cara en el tratamiento de tumores. Juan G. Vargas Díaz, MD Juan Alva Espinoza, MD Wilinton, Romero Visurraga.
9. Nasal cavity and paranasal sinuses. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 69-78.
10. Ganly I, Patel SG, Singh B, et al.: Craniofacial resection for malignant paranasal sinus tumors: Report of an International Collaborative Study. Head Neck 27 (7): 575-84, 2005. [PUBMED Abstract]



El tabaco es perjudicial para la salud.

ECTRODACTILIA DISPLASIA ECTODÉRMICA Y FISURA DE LABIO/PALADAR: A PROPOSITO DE UN CASO.

Francisca Jáquez Mateo,* Joany Ramírez Fernández,** Katlin De La Rosa Pueriet.***

RESUMEN

El síndrome ectrodactilia, displasia ectodérmica y fisura de labio/paladar es una entidad poco frecuente, asociada a la mutación de genes que codifican la proteína TP63. El cual consiste como su nombre lo indica en ectrodactilia, displasia ectodérmica y hendiduras orofaciales (labio leporino/paladar hendido); caracterizándose la ectrodactilia por la deficiencia o ausencia de uno o más de dos centrales en manos y pies, hendidura metacarpiana media profunda y fusión de los dedos restantes, cuadro también conocido como dedos en pinza de langosta. El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario para lograr resultados estéticos y funcionales adecuados.

Palabras claves: síndrome, mutación, ectrodactilia, displasia ectodérmica, hendiduras orofaciales.

ABSTRACT

The ectrodactyly- ectodermal dysplasia- cleft lip/palate syndrome is a rare entity associated with mutations in the genes that express the protein TP63.¹ Wich is as the name implies in ectrodactyly, ectodermal dysplasia and orofacial clefts (cleft lip/ cleft palate); ectrodactyly characterized by the deficiency or absence of one or more central fingers and toes, metacarpal deep median cleft webbing remaining, also known as lobster's claw fingers. The management of these patients should be multidisciplinary to achieve adequate aesthetic and functional results.²

Key Words: syndrome, mutation, ectrodactyly, ectodermal dysplasia, orofacial clefts.

INTRODUCCIÓN

El síndrome ectrodactilia, displasia ectodérmica y fisura de labio y paladar es un síndrome poco frecuente, fue descrito por primera vez por Cockayne en 1936 y reconocido como síndrome por Rüdiger, y cols en el año 1970, su prevalencia se ha establecido en aproximadamente 1 de cada 50,000 recién nacidos vivos; es de herencia autosómica dominante con penetrancia que oscila entre 93-98 por ciento y expresividad variable, inclusive hay casos de etiología heterogénea o probable autosómica recesiva.^{1,3}

Las anomalías son facultativas y no obligatorias por lo que el fenotipo puede variar de un paciente a otro. Los tres signos

cardinales del síndrome son: ectrodactilia y sindactilia de manos y pies, labio leporino con o sin paladar hendido (que puede resultar en defectos del habla), y anomalías en diversas estructuras ectodérmicas incluyendo la piel (hipopigmentación, piel seca, hiperqueratosis, atrofia cutánea), pelo (pelo y cejas escasos y finos), dientes (pequeños, ausentes o displásicos), uñas (distróficas) y glándulas exocrinas (reducción/ausencia de las glándulas sudoríparas, sebáceas y salivares). El síndrome presenta una gran variabilidad intra e interfamiliar, la presencia simultánea de los 3 signos cardinales no es obligatoria y pueden expresarse en grados variables de gravedad y hasta se han descrito algunos casos de este síndrome sin ectrodactilia.³

CASO CLÍNICO

Paciente es referido al Departamento de Genética del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral por presentar los dedos de las manos y de los pies en pinza de langosta.

Paciente masculino de dos días de vida extrauterina, hijo de madre de 34 años de edad, G2, P2, C0, embarazo de 37 semanas, quien cursó con seis chequeos prenatales, infecciones vaginales tratadas, ruptura prematura de membranas de doce horas de evolución, quien dió a luz un producto único, cefálico, que lloró al nacer, con un peso de 6 lb.

Examen físico:

Peso: 3kg, percentil 15.

Talla: 54 cm, percentil 50.

Perímetro cefálico 34 cm, percentil 10.

Como hallazgos positivos al examen físico encontramos: configuración del cráneo turricefálico, frente escindida, sutura sagital cerrada, fontanela anterior pequeña para la edad, oreja derecha de baja implantación, cejas escasas al igual que las pestañas, puente nasal amplio con pérdida de la continuidad bilateral así como del labio superior y la encía que hace que se pronuncie la parte media de la encía superior hacia afuera, hendidura que se prolonga al paladar duro y blando, micrognatia. Tórax normodinámico, corazón RsCsRs, no soplos, pulmones ventilados, abdomen negativo, genitales externos micropene, testículos no descendidos, extremidad superior derecha con fusión entre el primer y segundo dedo, depresión en la parte media de la mano, con sindactilia entre el cuarto y el quinto dedo, siendo este último más hipoplásico, mano izquierda simula una sindactilia pre axial, con una sobreposición de estos tres dedos, depresión en la parte media de la mano, rotación interna del cuarto dedo. Extremidades inferiores con primer dedo duplicado, depresión media, sindactilia entre el cuarto y quinto dedo en ambos pies.

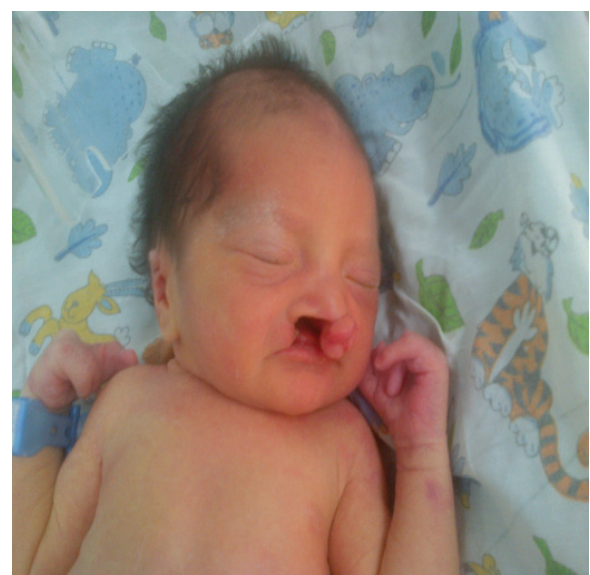
*Médico pediatra perinatóloga

**Médico pediatra.

***Residente IV de pediatría.

Ecocardiograma: CIA tipo fosa oval pequeño a moderado, PCA pequeño a moderado.

Sonografía abdominal: uretero - hidronefrosis bilateral.



DISCUSIÓN

El síndrome ectrodactilia, displasia ectodérmica y fisura de labio y paladar (EEC, por su sigla en inglés) es un trastorno autosómico dominante con penetrancia incompleta entre 93 y 98 por ciento y expresión variable. Se ha dividido en tres tipos según sus *loci* génicos, el EEC tipo 1 ha sido asignado al cromosoma 7q11.2-q21.3; el tipo 2 al cromosoma 19p13-q13 y el tipo 3 al cromosoma 3q27.¹

Los casos que corresponden al síndrome EEC tipo 1, muestran rasgos clínicos asociados como malformaciones del pabellón auricular y del oído medio e interno, y cuyo gen está ubicado en 7q21. El EEC tipo 2 ya no existe y en más del 90 por ciento de los casos, el síndrome EEC se debe a mutaciones sin sentido en el gen TP63 (3q27) que codifica para el factor de transcripción TP63, esencial en el desarrollo ectodérmico y de las extremidades. Estos casos corresponden al síndrome EEC clásico (EEC tipo 3) y parecen mostrar cierto grado de correlación fenotipo-genotipo.

Todas estas alteraciones se expresan de forma variable en cada paciente; la ectrodactilia ocurre en 84 por ciento de los pacientes, la displasia ectodérmica en 77 por ciento y el labio y paladar fisurados en aproximadamente el 68 por ciento.¹

La displasia ectodérmica se define como la afectación de dos o más órganos de origen ectodérmico, como el pelo, los dientes, las uñas, las glándulas sudoríparas, el oído externo, la córnea, la conjuntiva, las glándulas y los conductos lacrimales o el sistema nervioso central.²

A continuación se enumeran los hallazgos clínicos que pueden tener estos niños, que son alteraciones derivadas del ectodermo:

Cabello despigmentado, finos y escasos, hipotriquia o atriquia; cejas escasas, ausentes o finas, pestañas ausentes o escasas, fisura facial, labial o palatina; fisura labial bilateral, lateral o completa; glándula mamaria aplásica; hipopigmentación de distribución irregular, telecanto, anoftalmia, anomalías de las vías lagrimales, blefarofimosis; microftalmía, retinosquisis, coloboma de retina, anomalía en oído medio, anomalías de audición, anotia, microtia, macrostomía, anodoncia u oligodoncia; anomalías de la dentición; caries dentales múltiples, microdoncia total o parcial, retrognatia o micrognatia, mejillas planas, hipoplasia malar, anomalías en piel, atrófica o fina, hiperqueratosis de la piel, oligodactilia de dedos de la mano, sindactilia de dedos de la mano, clinodactilia del 5º dedo, mano hendida, pie hendido, sindactilia de dedos del pie, uñas ausentes, pequeñas o displásicas de manos o pies, polidactilia preaxial de miembros inferiores, trago anormal, convulsiones, epilepsia; agenesia de cuerpo calloso o septum pellucidum; retraso en la edad ósea; talla baja o enanismo, hipoglucemia; anomalía funcional de hipotálamo-hipófisis; luxación de cadera; pie plano, varo o valgo, anomalías de uréter, cálices o pelvicillas bífidas, mega uréter, hidronefrosis, agenesia o hipoplasia de riñón, testículo ectópico o criptorquidia.^{1,2,3}

El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario. Corresponde crear un equipo que incluya cirugía plástica, otorrinolaringología pediátrica, audiología, odontología pediátrica, terapia de lenguaje y ocupacional para lograr resultados estéticos y funcionales adecuados, el tratamiento será de acuerdo con la sintomatología específica de cada paciente, en general:

- Asesoramiento genético.
- De acuerdo con la severidad de las alteraciones de vía lagrimal: sondeos de vía lagrimal, dacriointubación o conjunti

vodacriocistorrinotomía.

- Estimulación del crecimiento maxilar con placas ortopédicas así como cirugía de labio y paladar hendidos.
- Cirugías plásticas de manos y pies.
- Tratamientos odontológicos integrales, terapias de lenguaje.³

El pronóstico será bueno para la vida si se evalúa la complejidad de cada caso y se brinda una atención adecuada, en la mayoría de los pacientes existe un nivel de inteligencia normal; las funciones varían según la severidad de los defectos.³

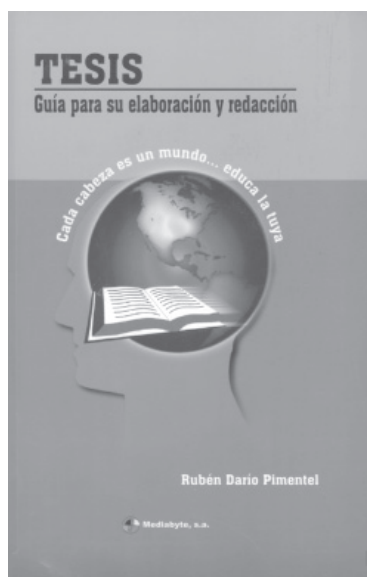
Consideraciones éticas

Las fotos aquí expuestas son publicadas con autorización de los familiares.

REFERENCIAS

1. Meza- Escobar LE, Isaza C, Pachajoa H. Síndrome de ectrodactilia, displasia ectodérmica y fisura de labio/paladar, informe de un caso con expresividad variable. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110 (5): 95-98.
2. León-Mateos A, Monteagudo B, Rodríguez L, Suarez I, Zuleica A. Paciente con manos y pies en «tenaza de langosta»: síndrome ectrodactilia-displasia ectodérmica-fisura facial. Cartas al director. *Actas dermosifiliogr. España*, 2008; (99): 820- 830.
3. Cervantes-Paz R, Campuzano-Argüello Marisol. Síndrome de ectrodactilia-displasia ectodérmica hendidura (EEC). Revisión de la literatura. Reporte de un caso. *Rev Mex Oftalmol*; Mayo-Junio 2005; 79(3): 166-169.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



Tesis.

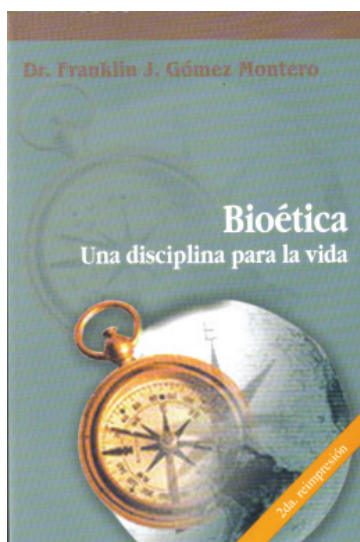
Guía para su elaboración y redacción

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.

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.

MELANOMA DE COROIDES: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Robert E. Graciano D.,* Juan Pablo Lagos,** Dorian Jiménez,** Nadia Devares,*** Melvin Santana,*** Ramón Graciano Acevedo.****

RESUMEN

El melanoma del tracto uveal (coroides, iris, cuerpo ciliar) es el tumor intraocular más frecuente en el adulto, su diagnóstico debe basarse en el examen clínico y en la correcta utilización de los procedimientos diagnósticos. Pueden presentarse como un defecto en el campo visual, disminución de la agudeza visual, dolor o inflamación. Es una enfermedad de la raza blanca, suele aparecer durante la sexta década de la vida, con ligero predominio de incidencia en el sexo masculino. Se presenta el siguiente caso clínico; se trata de una paciente de 50 años de edad la cual acude a la consulta de oftalmología por presentar dolor de intensidad moderada en el ojo izquierdo, disminución de la agudeza visual, después de realizado el examen ocular se le diagnóstica un melanoma de coroides del ojo izquierdo.

Es importante la correcta interpretación del cuadro clínico y la temprana utilización de los métodos de diagnóstico por imágenes, para que el paciente tenga un mejor pronóstico.

Palabras clave: Coroides, Melanoma

ABSTRACT

Melanoma of the uveal tract (choroid, iris, ciliary body) is the most common intraocular tumor in adults, the diagnosis should be based on clinical examination and the correct use of diagnostic procedures. There may be a defect in the visual field, visual acuity, pain and inflammation. It is a disease of the white race, usually appears during the sixth decade of life, with a slight predominance of incidence in males. We present the following clinical case is a 50 year old that goes to the ophthalmology to present moderate pain in the left eye, decreased visual acuity, after completed the eye examination was diagnosis of choroidal melanoma in the left eye.

It is important to the correct interpretation of the clinical picture and the early use of imaging methods for the patient to have a better prognosis.

Keywords: Choroid, Melanoma

INTRODUCCIÓN

El melanoma de coroides es la neoplasia maligna del globo ocular más frecuente en la raza blanca, comprende del 75 al 90 % de todos los tumores malignos del ojo en adultos, con una mayor incidencia en el sexo masculino, la mayor parte de los

casos se observan entre los 40 y 70 años, la afectación de ambos ojos por melanoma de coroides es excepcional. Los tumores coroides se asocian a una alta incidencia metastásica.¹

Se describen las siguientes formas de presentación²:

- Se puede detectar un tumor asintomático por casualidad, por una exploración oftalmológica de rutina.
- Los tumores sintomáticos pueden causar una disminución de la agudeza visual o un defecto en el campo visual.
- Alrededor de una tercera parte de los pacientes se quejan de la presencia de “bolas de luz” muy breves que atraviesan el campo visual dos o tres veces al día, y que resultan más aparentes con luz tenue.

Su diagnóstico se basa en los hallazgos oftalmológicos, donde se puede observar una masa en forma de cúpula sobreelevada y subretiniana, de color marrón o gris. En ocasiones el tumor puede ser moteado con pigmento marrón oscuro o negro, o puede ser prácticamente amelanótico.³ Su diagnóstico diferencial puede ser complicado debido a su presentación clínica atípica, constituyendo las principales dudas diagnósticas las metástasis coroides y el síndrome de «Proliferación uveal melanocítica bilateral asociada a malignidad sistémica».⁴

La presencia de pigmento superficial anaranjado (lipofuscina) sobre la superficie del tumor es frecuente pero no diagnóstica, a medida que el tumor crece puede atravesar la membrana de Bruch y adquirir un aspecto en forma de hongo. Es común un desprendimiento exudativo secundario; otros signos que se asocian a veces son la presencia de pliegues coroides, hemorragia en el vítreo, glaucoma secundario, catarata y uveítis.⁵ Debido a que 97% afecta hígado y pulmones, se recomienda la realización de pruebas de función hepática y radiografía de tórax, siendo también útiles el ultrasonido abdominal, la tomografía computarizada y la resonancia magnética.⁶

Los tumores coroides pueden producir metástasis hematógena en cualquier momento y presentar hemovítreo, glaucoma como manifestación tardía o extenderse a tejidos oculares adyacentes y hacia el exterior del ojo a través de los conductos escleróticos o por invasión intravascular. La selección del tratamiento depende del lugar de origen (coroides, cuerpo ciliar o iris), el tamaño y la localización de la lesión, la edad del paciente y si ha ocurrido invasión, recurrencia o metástasis extraocular (se relacionan con un pronóstico malo y no puede preverse la supervivencia a largo plazo).⁷

*Médico Pasante de Oftalmología.

**Médico Residente de 1er. Año.

***Médico Residente de 4to. Año.

****Asesor. Centro cardio-neuro oftalmológico y transplante (CECANOT) Departamento de oftalmología.

REPORTE DE CASO

Motivo de Consulta:

Dolor ocular (OI), caída del párpado superior izquierdo.

Historia de la enfermedad actual:

Paciente femenina de 50 años de edad, de tez blanca quien acude a la consulta de oftalmología general de nuestro centro refiriendo que hace aproximadamente 2 años presenta dolor ocular de intensidad de leve a moderada en el ojo izquierdo, acudió a centros de optometría buscando asistencia pero siempre le eran indicados lentes correctivos, no hizo mucho caso hasta que luego empezó a presentar hiperemia y aumento del dolor en el ojo afectado, así como disminución importante de la visión de OI.

Antecedentes Personales Patológicos: Negados

Antecedentes Patológicos Familiares: Negados

Examen Oftalmológico:

AV s/c OD: 20/40 OI: CD 4 Pies

AV c/c OD: 20/20¹ OI: 20/200

Presión Intraocular: OD: 14 mmHg OI: hipotónico

Anexos: OD: sin alteraciones. OI: sin alteraciones

Segmento Anterior:

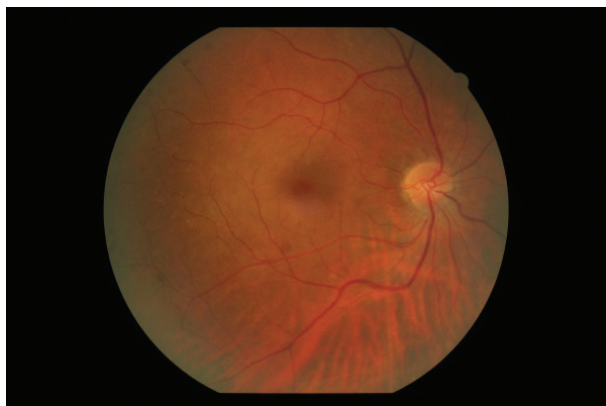
OD: Conjuntivas transparentes, fornices libres. Cornea transparente con nervios corneales visibles. Cámara anterior formada y amplia, ópticamente vacía. Iris claro, regular. Pupila central y redonda DPL: 3.5 mm DPP: 5.5 mm. Cristalino transparente, vítreo anterior claro.

OI: Conjuntivas transparentes, fornices libres. Cornea transparente con nervios corneales visibles. Cámara anterior formada y amplia, ópticamente vacía. Iris claro, regular. Pupila central y redonda DPL: 4.5 mm DPP: 5.5 mm. Cristalino transparente, vítreo anterior claro.

Fondo de ojo:

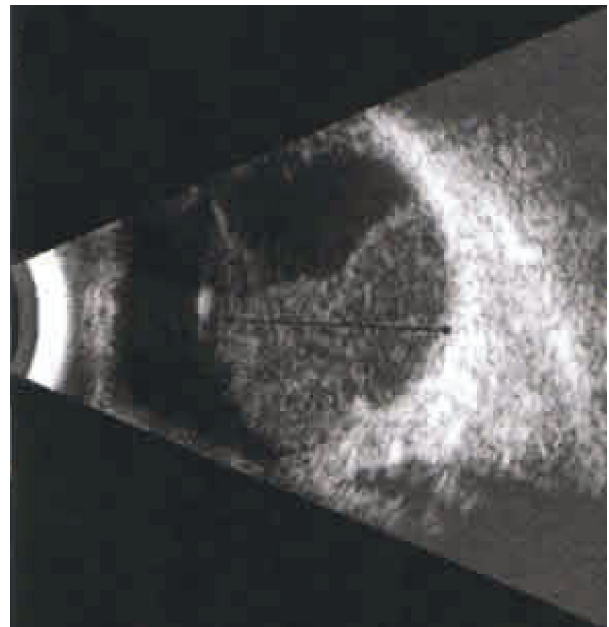
OD: Nervio óptico redondo de contornos netos, con excavaciones en 0,3. Vasos de emergencia central, de distribución y calibre adecuados. Macula contrastada, brillo foveal presente, Fondo rojo-naranja. Vítreo claro.

OI: nervio óptico redondo contornos netos, excavación central de 0,2. Vasos de emergencia central de calibre adecuado. Se observa lesión elevada hipopigmentada, de aspecto solido, de aproximadamente 10 mm de diámetro en cuadrante ínfero-temporal que compromete el área macular, con zonas de pigmentación y abundante vascularización que levanta y desprende la retina circundante.



Conducta Seguida:

La paciente fue valorada, Se le indicó realizarse una ecografía modo B del OI. La cual corrobora el diagnóstico clínico. Observándose una lesión elevada hiperecogénica, de alta reflectividad. En el cuadrante inferotemporal.



Presentó estudios de laboratorio de rutina los que abarcaban hemograma, perfil renal y hepático, perfil lipídico y glicemia los cuales fueron normales.

Se decidió interconsultar con el servicio de oncología del Instituto de Oncología Heriberto Pieter para completar estudio en busca de metástasis extraoculares y establecer conducta terapéutica.

DISCUSIÓN

El melanoma de coroides es más frecuente en hombres que en mujeres, es un tumor muy agresivo y de mal pronóstico. La presencia de invasión escleral es muy frecuente al momento del diagnóstico, como se ha manifestado en otros pacientes.

La forma de presentación puede variar, desde un tumor asintomático detectado en examen de rutina, hasta tumores

sintomáticos que pueden causar disminución de agudeza visual o defecto del campo visual. En la oftalmoscopia directa se puede observar una masa en forma de cúpula sobreelevada y subretiniana de color marrón o verde-grisáceo, por lo general mayor de 2 mm, con bordes mal definidos y en ocasiones típica imagen de hongo, puede acompañarse de desprendimiento de retina exudativo secundario, pliegues coroides, hemorragia vítrea, glaucoma secundario, catarata y uveítis. El diagnóstico se establece, elaborando una historia clínica detallada, oftalmoscopia directa, biomicroscopia con lámpara de hendidura y la ecografía como medio diagnóstico más exacto para precisar localización, extensión y tamaño de la lesión. Nos apoyamos de otros estudios como la Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Angiografía Fluoresceínica y la Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) para complementar el diagnóstico.

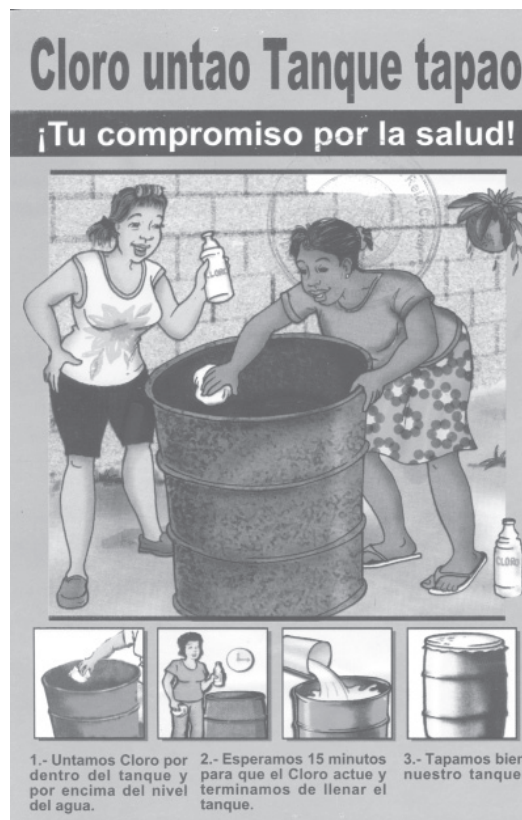
CONCLUSIONES

A partir del análisis de este caso se llega a la conclusión de que es importante la asistencia a la consulta oftalmológica y no solo optométrica, ya que con esta podemos presenciar lesiones que pueden comprometer la buena visión y la vida del paciente y así actuar de una manera pertinente y disminuir los riesgos de esta.

REFERENCIAS

1. Coloma González, J. García Sánchez, E. Mengual Verdú. El melanoma ocular y su tratamiento. *Annals d' Oftalmología* 2007; 15 (3):147-154.

2. Kanski, Jack J. *Oftalmología Clínica*. 6ta. Ed. Madrid: Elsevier. 2009. Pág.15. Págs. 522 - 530.
3. CL. Clinical factors in the identification of small choroidal melanoma. *Can J Ophthalmology* 2004;39:351.
4. Avery RB, Mehta MP, Auchter RM y col. Intraocular melanoma. En: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (eds.). *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp 1800-24.
5. MerbsShL, Green WR. Pathology of Choroidal Melanoma. En: Ryan SJ. *Retina*. Elsevier. Mosby Ed. 2006. Pág.35. pp. 711-33.
6. Carabajo M. Anatomía patológica de los tumores melanocíticos primarios del tracto uveal. In: Capeáns C. *Actualización en tumores intraoculares*. Madrid: Technimedia; 2005; 127-40.
7. Blanco-Rivera MC. Calidad de vida en pacientes con de melanoma de coroides. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*. 2008; 83: 301-6.
8. Melanoma de Coroides. Presentación de un Caso Clínico. Dra. Yelani Infante Ramírez, Dra. Elsa Cabeza Martínez, Dra. Maritza Pina García, Dra. Isabel Peral Martínez, Hospital General Universitario "Camilo Cienfuegos" Sancti Spiritus.
9. *Revista Argentina Radiol*. 2005; 69: 99, Melanoma de Coroides, Dra. María del C. Binda, Dra. Claudia Cejas, Dr. Carlos Zuk, Dra. Mónica Greco, Dr. Jorge Funes, Dr. Gustavo Saubidet.

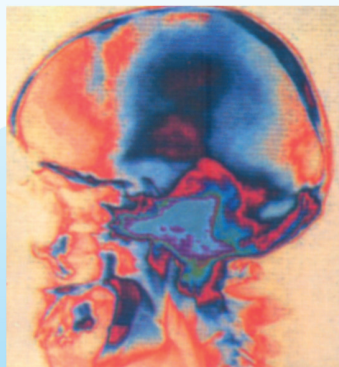




DIAGNOSTICO MEDICO SIGLO XXI, C. X A.
Calidad Total en Diagnósticos

Servicios

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



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

FEMENINA DE 52 AÑOS CON DISNEA SÚBITA

Emil Jorge Manzur,* Omaira Reyes,** Víctor Soriano,*** Liselaida Latorre,*
Carol Angie López Jorge*

RESUMEN

El neumotórax es la presencia de aire en el espacio interpleural (entre la pleura visceral y parietal). Esto provoca un colapso del pulmón, con su correspondiente repercusión en la mecánica respiratoria y hemodinámica del paciente. El origen puede ser externo (perforación en la caja torácica) o interno (perforación en un pulmón). Su etiología se clasifica en traumático o espontáneo y este último con una sub-clasificación de espontáneo primario o secundario. Los signos y síntomas son disnea de inicio súbito, taquipnea, dolor torácico agudo, que aumenta su intensidad con la inspiración y la tos, tos seca y persistente, cianosis y taquicardia. En ocasiones los hallazgos clínicos deben de ser corroborados con imágenes radiográficas para confirmar el diagnóstico. El tratamiento del neumotórax dependerá de su etiología y de su presentación clínica.

Palabras claves: Neumotórax, Traumático, Espontáneo, Disnea, Taquipnea, Dolor Torácico, Cianosis, Taquicardia.

ABSTRACT

A pneumothorax is an abnormal collection of air in the pleural space that separates the lung from the chest wall, and which may interfere with normal breathing and the patients hemodynamic state. The probable causes can be due to trauma or spontaneous, this last classification can be sub-divided into primary or secondary. Some of the clinical features are mild breathlessness, tachypnea, chest pain, dry cough, cyanosis and tachycardia. The symptoms of pneumothorax can be vague and inconclusive, therefore medical imaging is required for its confirmation. The treatment of pneumothorax depends on a number of factors and is determined by the severity of symptoms and indicators of acute illness.

Key words: Pneumothorax, Trauma, Spontaneous, Breathlessness, Tachypnea, Chest pain, Cyanosis, Tachycardia.

INTRODUCCIÓN

El neumotórax es la presencia de aire en la cavidad pleural. Este término fue utilizado por primera vez por Jean Marc Gaspard Itard, en 1803, para expresar la presencia de aire en la cavidad pleural, dando nombre a la situación que transforma el espacio virtual interpleural en real. (1) Los mecanismos por los cuales se produce se clasifican en espontáneo primario o secundario, iatrogénico y traumático. Se estima una incidencia

de 7.4-28 casos por cada 100,000 habitantes en hombres y de 1.2-10 casos/100.000 habitantes en mujeres. Es más frecuente del lado derecho y los neumotórax bilaterales se producen en menos del 10% de los pacientes, en los dos primeros años recurren un 25% de los pacientes. (2)

El neumotórax espontáneo puede ser primario, cuando ocurre en personas sanas, y secundario cuando existe una enfermedad pulmonar subyacente como el enfisema, tuberculosis y algunos tipos de enfermedades intersticiales. El neumotórax iatrogénico es una complicación de procedimientos o intervenciones realizadas a nivel del cuello, tórax y abdomen superior y a veces se puede presentar en pacientes que requieren ventilación mecánica. El neumotórax traumático se produce secundario a lesiones abiertas o cerradas del tórax dependiendo si existe la presencia de una lesión punzante o no. (Ver tabla) (3)

Clasificación y etiología

Espontáneo:	Primario: paciente sano y sin patología pulmonar aparente Secundario: asociación con enfermedad pulmonar subyacente. (Ejemplo: Enfisema, Asma, Tuberculosis, Fibrosis, Neoplasias, entre otros.)
Traumático:	Secundario a <i>lesiones abiertas</i> : heridas punzantes al tórax. Secundario a <i>lesiones cerradas</i> : fractura de costillas, post-Toracocentesis, ruptura tráquea o esófago, entre otros.
Iatrogénico:	Complicación presentada después de maniobras diagnósticos y terapéuticas: post-colocación catéter central vena subclavia, Punción aguja fina, biopsia pleural, entre otros.

**Clasificación y Etiología-Portales Médicos/Manual Merck-17va Edición.

Las manifestaciones clínicas van a depender de la etiología de la enfermedad, la cantidad de aire dentro de la cavidad pleural y grado del colapso, y del estado funcional pulmonar previo más la reserva respiratoria actual del paciente. Pueden

*Cuidados críticos.

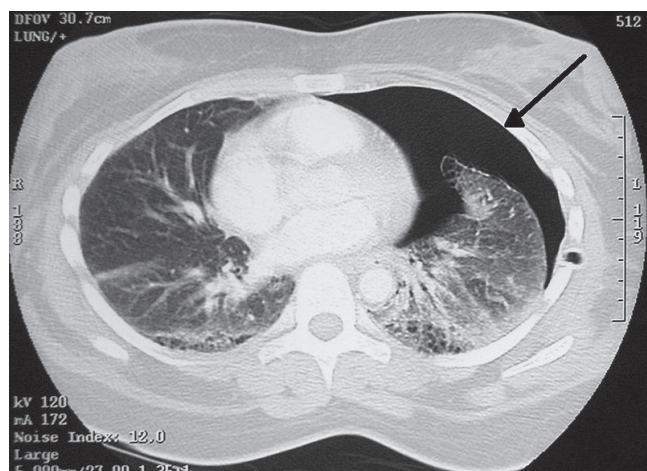
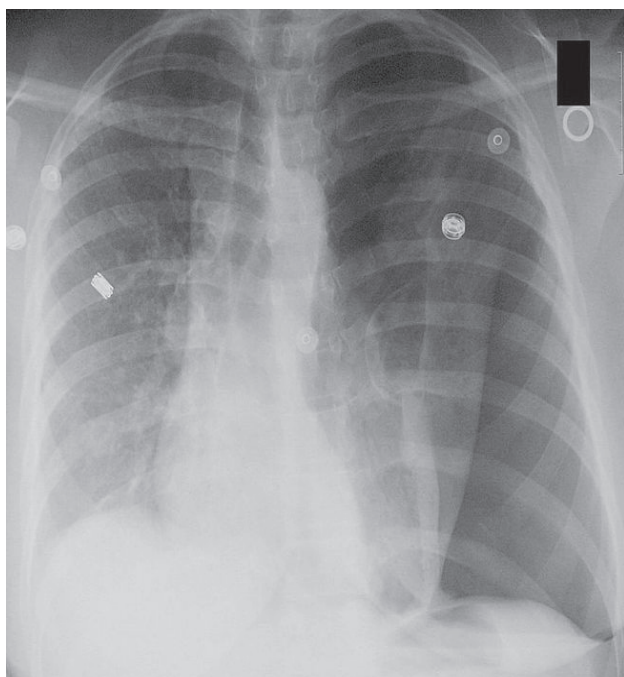
**Residente IV de Medicina Interna

***Médico pasante.

variar los síntomas desde una ligera sensación de falta de aire o una disnea severa. La Disnea suele ser de inicio súbito, y su intensidad va variar dependiendo del tamaño del neumotórax, taquipnea, tiraje intercostal y subcostal, diaforesis, cianosis y taquicardia. El síntoma mas común es el dolor torácico que va exacerbarse con la inspiración y la tos, y a veces puede irradiarse al hombro y/o espalda.

Durante el examen físico encontraremos en la inspección inmovilidad del hemitórax afectado que ocurre en casos severos. En la palpación disminución o abolición de las vibraciones vocales en el área afectada. Durante la percusión hipersonoridad o timpanismo y en la auscultación tendremos murmullo vesicular disminuido o ausente. (4)

El diagnóstico de neumotórax se establece por la clínica sugestiva y la certeza radiológica en una radiografía simple de pie, posición supina y lateral; además de una tomografía computarizada. También como estudio complementario se utiliza la gasometría. (5) (Ver. imágenes 1 y 2)



El tratamiento estará basado en el tamaño y la severidad de los síntomas. El neumotorax a tensión es una emergencia grave y requiere drenaje inmediato mediante una aguja gruesa en la cavidad pleural a nivel del 2do espacio intercostal anterior. El neumotórax primario normalmente se espera a que ocurra una reabsorción espontánea y si esto no ocurre pues se procede a realizar una toracostomía cerrada. En el neumotórax secundario se debe ser más agresivo colocando un sistema de drenaje continuo de aire, y si a pesar de esta metodología persiste el escape de aire se procede a llevar el paciente a cirugía, que consiste en realizar una pleurodesis, para inducir que ambas pleuras se fusionen o removerlas por completo. (6)

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 52 años de edad, con antecedentes mórbidos conocidos de Trombosis Venosa Profunda (TVP) de data no específica, no tratada; la cual se encontraba estable hasta hace aproximadamente tres días previos a su ingreso, cuando inició cuadro clínico caracterizado por disnea de inicio insidioso, progresivo, de leve a moderada intensidad, referida por la paciente como: "No puedo respirar bien y respiro rápido.", por lo cual es traída a este centro de salud donde previa evolución se decide su ingreso.

Al interrogatorio como antecedentes refiere una Trombosis Venosa Profunda que no recuerda desde hace que tiempo.

Al examen físico, se encontró que estaba consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril al tacto, taquipneica, manejando los siguientes signos vitales: **TA:** 130/90 mmHg **FC:** 95 L/M **FR:** 33 R/M **TEMP** 37.1°C **SatO2:** 70%

Al resto del examen físico a nivel de Torax se encuentra simétrico, hiperdinámico, sin retracciones costales ni subcostales, no Dressler, Harzer, thrill, ápex localizado en 5° EICLMCI, matidez hepática a 8 cms. a partir del 6to EID con LMCD, frémito táctil ausente en campo pulmonar derecho y a nivel de pulmon se encontraban ventilados, murmullo vesicular ausente en campo pulmonar derecho completo, disminuido en campo pulmonar izquierdo; híper-resonante a la percusión campo pulmonar derecho, normo-resonante campo pulmonar izquierdo.

A nivel de los Miembros inferiores se encuentran simétricos, móviles, sin edema, pulsos periféricos adecuados, cambios tróficos descamativos, varices visibles en tercio inferior de ambos miembros y un examen neurológico fisiológico.

Resultados Pruebas de Laboratorios:

HCTO:	47.5 %
HB:	16.2Gr
GR:	5.59/mm ³
VCM:	85.0 fl
HCM:	28.9 pg
CHCM:	34.1 g/dl
GB:	11.7 x 10 ³ /ul
N:	68.2%
L:	26.8%
EO:	5.0%
PLAQ:	205 x 10 ³ /ul

La paciente fue admitida en sala clínica con diagnóstico de Neumotorax espontaneo, durante su primer día se mantuvo

con parámetros similares a la del ingreso y se le realiza a su llegada una colocación de sonda de pleurostomía, donde se evidenció salida de aire de forma importante y mejoró significativamente la saturación y la mecánica del paciente.

Durante los días subsiguientes, fue mejorando la mecánica hasta el día 15 de su ingreso en el centro donde luego de los últimos días progresivamente disminuir la saturación se decide el día 16 que el paciente está presentando una Fístula Broncopleural posiblemente.

Posteriormente hablan con el departamento de Cirugía Torácica quienes deciden con la paciente llevarla a cirugía para realizarle una practicó toracotomía abierta, bulectomía y pleurodesis mecánica, luego de su alta del procedimiento quirúrgico, se traslada a una unidad de cuidados críticos quirúrgicos, bajo ventilación mecánica y posteriormente dura 5 días en la unidad y se egresa a sala convencional.

El día 31 de su ingreso se decide su alta del centro y en exámenes posteriores se mantiene en condiciones generales estables.

DISCUSIÓN

En estos pacientes es importante la historia clínica, ya que de un examen inicial entendemos, que la historia y el examen físico de forma inicial orientan un diagnóstico de Embolia pulmonar, pero en el contexto de los mismos, se analiza que el paciente mediante los signos y síntomas clínicos, y la complementación con estudios radiológicos podemos identificar claramente la presencia del neumotórax, a su llegada. La importancia de esto es directamente proporcional a la prevención de las posibles complicaciones dentro de los cuales podemos mencionar: la persistencia de fuga aérea (fístula broncopleural), empiema, hemotórax, entre otros. La morbi-mortalidad dependerá de la identificación temprana de la etiología y un tratamiento adecuado según las causas ponderadas.

CONCLUSIÓN

El neumotórax tiene una incidencia mayor en masculinos que femeninos (3-6 veces más frecuente). Las personas fumadoras tienen un factor de riesgo agregado que aumenta aun más sus probabilidades de presentar la enfermedad. En raras ocasiones los pacientes mueren debido al neumotórax,

sin embargo se ha presentado en personas ancianas con neumotórax espontáneo secundario.

En pacientes que continúan con la presencia de un neumotórax luego de una colocación correcta de una sonda de pleurostomía y al cabo de más de 14 días no presentan mejoría, debe de valorarse la posibilidad de una Fístula bronquiopleural que su tratamiento es quirúrgico, donde se identifique el problema.

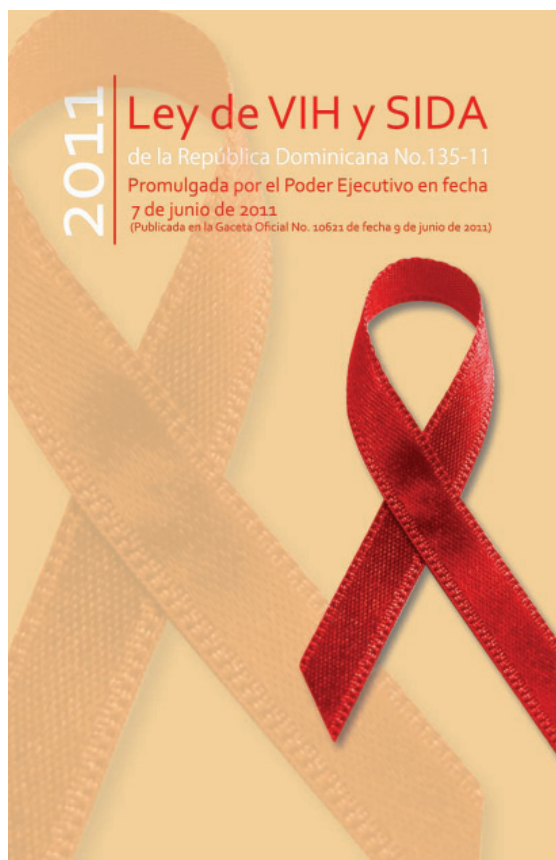
REFERENCIAS

1. Anthonisen NR, Filuk RB. Neumotórax. En: Fishman AP, editor. Tratado de Neumología. 2ª edición. Barcelona: Doyma S.A.; 1992.
2. Manejo de Neumotórax (Medynet) medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/neumotor.pdf
3. Clasificación de Neumotórax (Portales Médicos) http://www.google.com.do/search?hl=en&tbs=sbi%3AAMhZZiu3ScWs8itkTL_1kmEg8zm98TUWMMdzfeVof1GDrVBffKal6iG78CcJAU4tI6BVR0MmwY39NpW01B5aoPmng1w_1WQvr7J29Wrv67QBN0wd4MkYapLruLi9ODVr2hDYycvjiC_1ME2lwvQXIsZlqz9Ne0b0z_1mf7V3Ke6Xilmzi89d27GaZ4B7qCDm0ehkbS3ZSLxuylh&ei=LVoUdmhLJS_OQGyiYGgAw&ved=0CAoQiBwwAA
4. Ingram RH Jr. Enfermedades de la pleura, el mediastino y el diafragma. En: Braunwald E, Isselbacher K, Petersdorf R, Wilson J, Martin J, Fauci A, editores. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 17ª edición. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill; 2009
5. Signos y Síntomas de Neumotórax (Wikipedia) <http://es.wikipedia.org/wiki/Neumot%C3%B3rax>
6. Dr. José Luis Rodríguez García. Neumotórax. *Diagnóstico y tratamiento médico* Green Book, DTM; Marban libros 2011.
7. Imágenes diagnósticas-Neumotórax (Imaging of Pneumothorax) Author: Paul Stark, MDO, Connor AR, Morgan WE. Radiological review of pneumothorax. BMJ 2005; 330:1493. http://www.uptodate.com/contents/imaging-of-pneumothorax?source=search_result&search=pneumothorax&selectedTitle=3~150

CONSULTE

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

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



SARCOMA SINOVIAL EN MASCULINO DE 17 AÑOS.

Migdavis Abréu,* César Domínguez,* María Reyes,* Oliver Cruz,** David Abréu.***

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años de edad que viene a consulta por presentar masa gigante de bordes regulares en cara anterior del muslo izquierdo, no dolorosa, de inicio brusco y 5 meses de evolución. Se autorizó ingreso con diagnósticos presuntivos de Fibrosarcoma, Hemangiosarcoma y Osteosarcoma. Se practica biopsia reportando Sarcoma Sinovial. Debido a las características, profilaxis y pronóstico de la patología, se procede a realizar Amputación Femoral Proximal de miembro inferior izquierdo.

Palabras claves: Tumores Osteoarticulares, Sarcomas de partes blandas, Sarcoma sinovial.

ABSTRACT

We report a case of 17 years male patient, who come to the medical office for present a giant mass with regular edge in anterior face of the left thigh, not painfull, sudden onset and 5 months of evolution. The admission was authorized with a diagnosis presumptive of Fibrosarcoma, Hemangiosarcoma and Osteosarcoma. Due to feature, prophylaxis and prognosis of the disease, we proceed to perform high femoral amputation of the left leg.

Key Words: Osteoarticular tumors, soft tissue sarcomas, synovial sarcoma.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma sinovial, aunque recibe su nombre por su similitud histológica con el tejido sinovial normal, es una tumoración mesenquimatosa maligna. Su origen primariamente intraarticular es excepcional (un 10% de los casos), siendo éste secundario a un tumor originado en tejidos blandos extraarticulares con afectación posterior de la articulación¹. Se localiza, por tanto, preferentemente en regiones paraarticulares de las extremidades, en asociación con vainas tendinosas, bolsas serosas y cápsulas articulares. No obstante, también puede afectar a cualquier parte del cuerpo, incluyendo la cabeza o el cuello.²⁻⁴

Representan entre un 7 y un 10% de los sarcomas de partes blandas. Habitualmente afectan a adolescentes y adultos jóvenes (15- 35 años), sin una clara predilección por sexos.⁴⁻⁶

La presentación clínica habitual es la de una masa yuxtaarticular palpable, generalmente dolorosa. No obstante, debido al bajo índice de sospecha clínica, se puede confundir

con tumoraciones benignas de partes blandas, bursitis o artritis, lo que favorece el retraso del diagnóstico, y no son raras demoras en el diagnóstico de más de un año.⁷⁻⁸

La supervivencia varía según el tamaño y la localización tumoral, el grado histológico, las características citogenéticas y la presencia de afectación ganglionar o metástasis, y oscila entre un 36 y un 76% a los 5 años. Al igual que en los sarcomas de partes blandas, la etiología del sarcoma sinovial es desconocida.^{2,3,4,5,6,9}

La radioterapia se ha relacionado con el desarrollo de sarcomas de partes blandas. Los histiocitomas fibrosos malignos, Osteosarcomas, Fibrosarcomas y tumores malignos de las vainas de los nervios periféricos son los más frecuentemente relacionados. El desarrollo de los sarcomas sinoviales después de radioterapia externa sobre una zona es excepcional.

La presencia de un traumatismo previo como factor desencadenante de sarcoma sinovial es un hecho muy controvertido. La presencia de traumatismos es especialmente frecuente en gente joven, lo que puede originar cierta confusión en el manejo y una inaceptable demora en el diagnóstico.¹⁰

Finalmente, ciertas alteraciones genéticas como algunas traslocaciones (entre los cromosomas 8 y X), algunos genes supresores de tumores y la sobreexpresión del anticuerpo monoclonal Ki67 están asociadas a un mayor riesgo de desarrollo de sarcomas sinoviales.^{3,11,12}

Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo infrecuente de neoplasias mesenquimatosas malignas.¹³ Su incidencia es de 1-2 casos por cada 100.000 habitantes/año, y es menos del 1% de todos los tumores del adulto y el 10-15% de los tumores en edad pediátrica.^{13,14} Los sarcomas sinoviales representan entre un 5 y un 10% de todos los sarcomas de partes blandas, y constituye el cuarto en frecuencia después del histiocitoma fibroso maligno, el liposarcoma y el rabdomiosarcoma¹³. El sarcoma sinovial es más prevalente en adolescentes y adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 40 años. Esta edad es notablemente inferior a la media de edad de los sarcomas de partes blandas, que típicamente acontece a los 50 años. Aunque ciertos autores relatan un ligero predominio en varones,⁷ esta predilección no se confirma en las diferentes series, por lo que actualmente se cree que no existe predilección por el sexo. Tampoco se observa especial predilección por ninguna etnia.^{2,4-6}

Los sarcomas sinoviales, generalmente, se desarrollan en regiones paraarticulares de las extremidades, en asociación con vainas tendinosas, bolsas serosas y cápsulas articulares siendo poco común el origen primariamente intraarticular.

* Médico general.

**Residente de 4to año de Ortopedia.

***Cirujano Ortopeda- Traumatólogo.

No obstante, y de forma característica suelen localizarse en zonas muy distales, tanto en miembros superiores (mano y muñeca) como en inferiores (pies y tobillos). El origen en un lugar distinto a las extremidades sólo ocurre en un 20% de los casos, generalmente el tronco (8%), retroperitoneal/abdominal (7%), y cabeza y cuello (5%).²⁻⁴

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años de edad que viene a consulta por presentar masa gigante de bordes regulares en cara anterior del muslo izquierdo, red venosa colateral, no dolorosa, de inicio brusco y 5 meses de evolución. Se autorizo ingreso con diagnósticos presuntivos de Fibrosarcoma, Hemangiosarcoma y Osteosarcoma. Figura 1.

Se procede a realizar pruebas de rutina para establecer condiciones del paciente y descarta diagnósticos, efectuando estudios de sangre e imágenes, los cuales presentaron alteraciones. En el hemograma paciente presento disminución de la hemoglobina (7.6 g/dl) y el hematocrito (22.5 %), mientras que en la Radiografía AP y Lateral de Muslo izquierdo, Sonografía y Tomografía Axial Computarizada, se observaron una masa solida con bordes regulares, simétrica, opaca, con engrosamiento perióstico. Figura 2.



Figura 1. Fotografía de miembro inferior izquierdo de región anterior del muslo. Visualizándose tumoración.

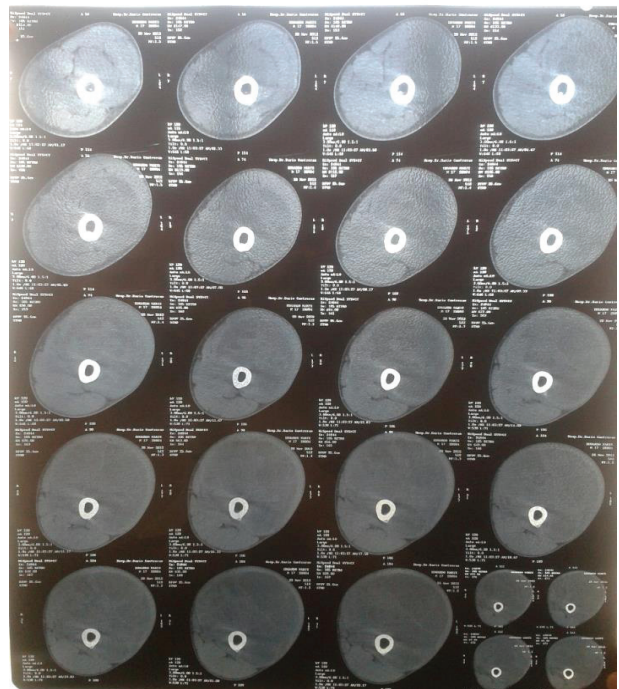


Figura 2. Tomografía Axial Computarizada de miembro inferior izquierdo en región anterior del muslo. Visualizándose masa solida con bordes regulares.

Debido a los resultados se realiza transfusiones de paquetes globulares de 500cc, regulados con hemograma control y se procede a estabilizar paciente para practicar Biopsia. El reporte dio como resultados histopatológico: Neoformación de estirpe mesenquimal maligno, proliferación de células fusiformes, de núcleos vesiculosos con mitosis atípica, dispuestas en haces y nódulos formando hendiduras vesiculares, concluyendo con Sarcoma Sinovial con áreas de diferenciación hemangiopericiticas.

Como medida de prevención y profiláctica se decide efectuar cirugía amputando el miembro inferior izquierdo en región femoral proximal.

DISCUSIÓN

Los sarcomas de partes blandas son tumores malignos no epiteliales de tejidos extraesqueléticos del cuerpo que incluyen el músculo, la grasa, el tejido fibroso, los vasos y el sistema nervioso periférico. Son un grupo heterogéneo de neoplasias mesenquimatosas, que se clasifican según el tejido adulto al que se parecen o del que se supone que se derivan. Estos tumores son poco frecuentes. Con una incidencia anual de alrededor de 2-3/100.000, suponen menos del 1% de todos los tumores malignos y del 2% de todas las muertes por cáncer, aunque, en los niños, los sarcomas de partes blandas representan el 8% de todas las neoplasias malignas.

El Sarcoma Sinovial es clínica, morfológica y genéticamente distinto al resto de los sarcomas. Se caracteriza por una translocación cromosómica específica (X, 18) (p11, q11). En la última clasificación de la OMS sobre tumores óseos y de partes blandas, el SS está clasificado entre los tumores malignos de diferenciación incierta, sin correspondencia con algún tejido normal (OMS 2002). Incluso siendo típico de tejidos blandos como el músculo, el Sarcoma Sinovial puede encontrarse también en vísceras, como el riñón, el pulmón y la pleura.

Los Sarcomas Sinoviales se clasifican en función de su aspecto morfológico como:

1. Sarcoma Sinovial bifásico
2. Sarcoma Sinovial monofásicos fusiformes
3. Sarcoma Sinovial monofásicos epitelioides (excepcionales)
4. Sarcoma Sinovial pobremente diferenciados

El pronóstico de los pacientes con Sarcomas Sinoviales se relaciona con la posibilidad de extirparlo por completo, el tamaño del tumor, y la invasión local. Los pacientes con tumores pequeños que se pueden eliminar completamente en el momento del diagnóstico tienen un pronóstico excelente. Para los tumores mayores de 5 cm, el riesgo de desarrollar metástasis a distancia es mayor. Otros factores pronósticos son la edad y el sexo (mejor pronóstico jóvenes y en mujeres), la localización anatómica ya que condiciona el tipo de tratamiento. La proporción de recidivas es alta. La lesión, característicamente, metastatizan a los nódulos linfáticos, huesos, y pulmones. La supervivencia a los 5 años proporciona unos rangos de 25 a 55%.

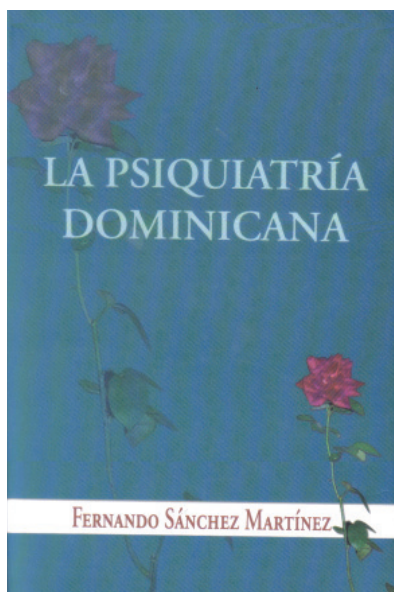
El Caso tratado nos muestra un paciente masculino de 17 años de edad el cual se le diagnóstico Sarcoma Sinovial, con 5 meses de evolución, que según las características comunes de dicho tumor se asemejan con las peculiaridades del paciente. Recomendamos realizar estudios de Inmunohistoquímica y

Gammagrafía osea y Seguimiento con el departamento de oncología para control y bienestar de la salud del paciente.

REFERENCIAS

1. McKinney CD, Mills SE, Fechner RE. Intraarticular synovial sarcoma. *Am J Surg Pathol.* 1992;16:1017-20.
2. Trassard M, Le Doussal V, Hacène K, Terrier P, Ranchère D, Guillou L, et al. Prognostic factors in localized primary synovial sarcoma: a multicenter study of 128 adult patients. *J Clin Oncol.* 2001;19:525-34
3. Ferrari A, Gronchi A, Casanova M, Meazza C, Gandola L, Collini P, et al. Synovial sarcoma: a retrospective analysis of 271 patients of all ages treated at a single institution. *Cancer.* 2004;101:627-34
4. Eilber FC, Dry SM. Diagnosis and management of synovial sarcoma. *J Surg Oncol.* 2008;97:314-20.
5. Lewis JJ, Antonescu CR, Leung DH, Blumberg D, Healey JH, Woodruff JM, et al. Synovial sarcoma: a multivariate analysis of prognostic factors in 112 patients with primary localized tumors of the extremity. *J Clin Oncol.* 2000; 18:2087-94.
6. Spillane AJ, A'Hern R, Judson IR, Fisher C, Thomas JM. Synovial sarcoma: a clinicopathologic, staging, and prognostic assessment. *J Clin Oncol.* 2000; 18:3794-803.
7. Siegel HJ, Sessions W, Casillas MA Jr, Said-AI-Naief N, Lander PH, Lopez-Ben R. Synovial sarcoma: clinicopathologic features, treatment, and prognosis. *Orthopedics.* 2007; 30:1020-7.
8. Armstrong AV Jr, Aedo A, Phelps S. Synovial sarcoma: a case report. *Clin Podiatr Med Surg.* 2008; 25:167-81.
9. Baptista AM, De Camargo OP, Croci AT, De Oliveira CR, De Azevedo Neto RS, Giannotti MA, et al. Synovial sarcoma of the extremities: prognostic factors for 20 nonmetastatic cases and a new histologic grading system with prognostic significance. *Clinics.* 2006; 61:381-6.
10. Romero P, Günther P, Schenk JP, Holland-Cunz S. Tumor or trauma: a case report of synovial soft tissue sarcoma in childhood. *Unfallchirurg.* 2008; 111:559-62.
11. Ladanyi M, Antonescu CR, Leung DH, Woodruff JM, Kawai A, Healey JH, et al. Impact of SYT-SSX fusion type on the clinical behavior of synovial sarcoma. A multi-institutional retrospective study of 243 patients. *Cancer Res.* 2002; 62:135-40.
12. Antonescu CR, Leung DH, Dudas M, Ladanyi M, Brennan M, Woodruff JM, et al. Alterations of cell cycle regulators in localized synovial sarcoma. *Am J Pathol.* 2000; 156:977-83.
13. Skubitz KM, D'Adamo DR. Sarcoma. *Mayo Clin Proc.* 2007; 82:1409-32.
14. Adigun IA, Rahman GA. A review of soft tissue sarcoma. *Niger J Med.* 2007; 16:94-101.
15. http://www.arturomahiques.com/h_sinovial.htm
16. <http://sarcomahelp.org/translate/es-sarcoma-sinovial.html>

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.

INFECCIÓN POS QUIRÚRGICA ASOCIADA A MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodolfo Alarcón,* Alexander López,* Deydania Pozo,* Manuel Félix Ortiz,* Elpidio Vargas,* Wagner Guzmán.**

RESUMEN

Se ha incrementado el uso de materiales de osteosíntesis para la estabilización de fracturas y lesiones óseas complejas. Lo que ha provocado un aumento de las infecciones relacionadas con este tipo de materiales, en ocasiones producidas por microorganismos resistentes a los tratamientos antimicrobianos habituales.

Las infecciones osteoarticulares son procesos poco frecuentes en comparación con otros tipos de infecciones, pero son importantes al estar asociadas a un difícil manejo médico-quirúrgico y a numerosas complicaciones. Además, plantean importantes retos diagnósticos y de tratamiento que deben ser abordados de forma multidisciplinaria con la colaboración de distintos especialistas si fuese necesario, sobre todo cuando se trata de infecciones asociadas a implantes.

El diagnóstico requiere una completa aproximación clínica, basado en datos radiológicos, en resultados de anatomía patológica y, microbiológicamente, en la tinción de Gram y el cultivo. En este sentido, la forma más eficaz de conocer el agente etiológico de cualquiera de estos procesos, es hasta el momento, su aislamiento en cultivo que además es el único método que permite instaurar un tratamiento correcto. El manejo clínico de la infección osteoarticular se beneficia en gran medida de un diagnóstico microbiológico rápido y preciso que permita instaurar un tratamiento antibiótico adecuado de forma precoz y así disminuir las importantes complicaciones que pueden derivar de un diagnóstico y tratamiento tardíos.

Palabras clave: Infección, material osteosíntesis, postquirúrgico.

ABSTRACT

There has been an increase in the use of osteosynthesis materials for the stabilization of fractures and bone lesions complex. What has led to an increase in infections related to this type of materials, sometimes produced by organisms that are resistant to antimicrobial treatments usual.

Osteoarticular infections are rare processes in comparison with other types of infections, but they are important to be associated with a difficult medical management and surgical and to numerous complications. In addition, pose major challenges for diagnostics and treatment that must be addressed in form with the multidisciplinary collaboration of different specialists if necessary, especially when it comes to infections associated with implants.

The diagnosis requires a comprehensive clinical approach,

*Médico general.

**Médico ortopeda.

based on radiological data, results of pathologic anatomy and microbiologically in a Gram stain and culture. In this sense, the most effective way to get to know the causative agent of any of these processes, it is up to the moment, its isolation in culture which is also the only method that allows you to establish a correct treatment.

The clinical management of infection osteoarticular has benefited greatly from a microbiological diagnosis quick and precise to allow for the establishment a adequate antibiotic treatment of early and so reduce the significant complications that may arise from a late diagnosis and treatment.

Key words: Infection, postsurgical, osteosynthesis material.

INTRODUCCIÓN

El creciente uso de diversos tipos de implantes para diversos tratamientos en cirugía osteoarticular ha revolucionado de forma considerable el tratamiento de múltiples enfermedades, disminuyendo de forma ostensible la morbimortalidad de estos enfermos. Sin embargo, el uso de biomateriales en la práctica médica no está exento de inconvenientes. En este sentido, la aparición de cuadros infecciosos relacionados con estos materiales es un hecho ampliamente conocido, con riesgos variables en función del tipo de prótesis y cirugía empleada.

El empleo de materiales de osteosíntesis ha constituido un avance tal en el tratamiento de fracturas que hoy en día no se concibe el mismo sin el empleo de dichos implantes. Sin embargo, el empleo de estos implantes también presenta riesgo de infección. Dicho riesgo es variable en función del tipo de fractura y del tipo de cirugía, siendo mayor en fracturas abiertas (tipo IIIb de Gustilo, 12,5%) y menor en procedimientos cerrados (1,8%). Los porcentajes también varían en función del tipo de tratamiento empleado siendo inferiores las tasas de infección superficial en aquellos pacientes en que se emplean de entrada clavos intramedulares con respecto a los tratados inicialmente con fijación externa, si bien los porcentajes se igualan en cuanto a infecciones profundas. Globalmente, se puede considerar que el riesgo de infección asociada al material de osteosíntesis varía entre 3-25 % de los casos, dependiendo del tipo de fractura, el grado de contaminación, la cantidad de daño tisular concomitante y la administración de antibióticos locales y/o sistémicos.

Los microorganismos causantes de la infección profunda se correlacionan en un 25% con los presentes en el momento de la reducción de la fractura. Globalmente, suelen ser comensales habituales de la piel (*Staphylococcus* spp.), pueden aparecer microorganismos procedentes del medio ambiente

(fundamentalmente del suelo), en particular en fracturas abiertas. En aquellos casos que requieren reintervenciones y/o ingresos prolongados pueden aparecer patógenos nosocomiales, como es el caso de SARM, *P. aeruginosa* o *Acinetobacter* sp. Es de destacar la elevada frecuencia de infecciones polimicrobianas en comparación con las infecciones asociadas a prótesis osteoarticulares.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 35 años de edad, quien es traído a este centro vía consulta con historia de haber sido intervenido quirúrgicamente por fractura sub-trocanterica de cadera derecha, realizándose reducción abierta más enclavado medular con clavo bloqueado de reconstrucción de 20 días de evolución, presentando deformidad anatómica por edema en cara lateral, tercio proximal del muslo derecho, con presencia de herida quirúrgica de 15 centímetros de diámetro aproximadamente a este nivel, suturada con puntos simples, con salida de secreción purulenta a través de su vértice superior, limitación funcional. Previa evaluación clínica y radiográfica se decide su ingreso.

Actualmente, paciente alerta, orientado en las tres esferas psíquicas, febril, hidratado, con signos vitales de:

TA: 120/80 mmhg FC: 86 L/min. FR: 16 R/min.

Examen físico

Cabeza: Normocéfala, pelo bien implantado, no masa, no hundimientos óseos

Cuello: cilíndrico, móvil, tráquea central, pulsos carotídeos presentes, no adenopatías ni masas palpables.

Tórax: Simétrico, normodinámico, normoexpansible, no retracciones costales ni sub costales.

Corazón: Ruidos cardíacos regulares, no soplos audibles.

Pulmones: Normoventilados, murmullo vesicular audible, no ruidos agregados.

Abdomen: Globoso a expensa de pániculo adiposo, peristalsis presente, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas, no visceromegalias

Extremidades Superiores: Simétricas, móviles, no dolorosas, pulsos periféricos presentes bilaterales

Extremidades Inferiores: Asimétricas a expensas de miembro derecho con deformidad anatómica por edema en tercio proximal del muslo, con presencia de deformidad anatómica por edema en cara lateral, tercio proximal del muslo derecho, con presentando herida quirúrgica de 15 centímetros de diámetro aproximadamente a este nivel, suturada con puntos simples, con salida de secreción purulenta a través de su vértice superior, limitación funcional. Miembro Izquierdo: Móvil, no edema, no doloroso a la movilización, pulsos periféricos presentes bilaterales.

Antecedentes patológicos:

Niñez: Parotiditis.

Adolescencia: Negados

Adulter: Negados

Otros: Negado

Antecedentes traumáticos y quirúrgicos: Reducción abierta más enclavado intramedular.

Reporte radiológico:

En proyección anteroposterior y lateral de fémur observamos la pérdida de solución de continuidad ósea con presencia de material de osteosíntesis, presentando una no consolidación ósea.

Hallazgos positivos:

Laboratorio: Leucocitosis

Cultivo: *P. aeruginosa*

Diagnóstico: Post quirúrgico Infectado por *Pseudomonas aeruginosa*.

Tratamiento

Hasta la identificación del germen se iniciará tratamiento empírico intravenoso según la edad del paciente y los microorganismos sospechados. Una vez identificado el microorganismo, el tratamiento antibiótico se ajustará según la sensibilidad del antibiograma del agente implicado si se dispone de éste. La duración total del tratamiento antibiótico será de 4-6 semanas.

Dado que la penetración ósea de muchos antibióticos es pobre, deben utilizarse dosis elevadas vía endovenosa hasta identificar el microorganismo y la Concentración Mínima Inhibitoria (CMI).

En el caso de este paciente el antimicrobiano de elección fue Vancomicina V/O por 21 días para reducir riesgos de osteomielitis.

DISCUSIÓN

El desarrollo de la infección no depende sólo de las características de las bacterias, sino también del propio material y del paciente. La destrucción tisular asociada a la fractura y al procedimiento quirúrgico posterior altera negativamente los mecanismos de defensa inmunes, lo que favorecería la contaminación bacteriana en los casos de gran afectación de los tejidos.

CONCLUSIÓN

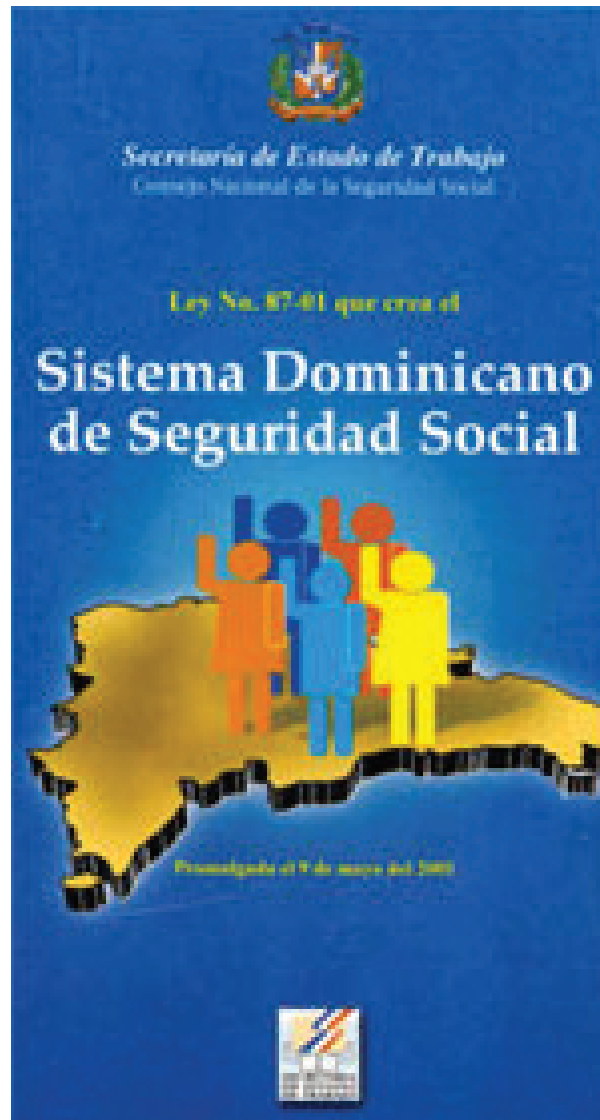
Se ha demostrado que mientras más rápido se realiza la reducción de la fractura, menos riesgo hay de infección. Lo que minimizaría el problema de la afectación de partes blandas adyacentes. Las características del propio material pueden actuar disminuyendo la inmunidad local como consecuencia de la composición química del mismo, o favoreciendo la adherencia bacteriana debido al aumento en la superficie disponible para la misma (rugosidad, clavos huecos).

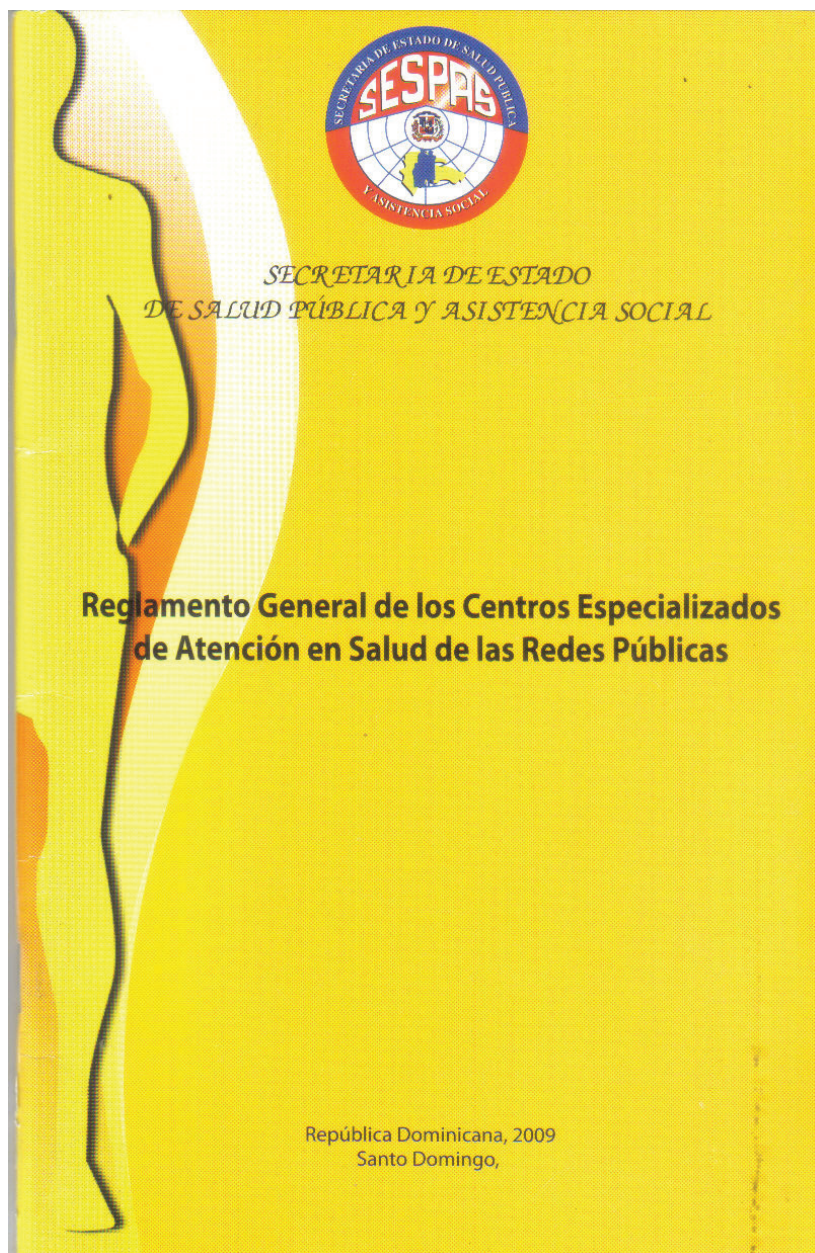
La eficacia de un antimicrobiano en un tejido depende del antibiótico frente al microorganismo, de la concentración y actividad del fármaco en el lugar de la infección. Para conocer la concentración del antibiótico en el lugar de la infección se debe conocer los niveles séricos del fármaco y el porcentaje del mismo que pasa al interior del tejido óseo. Es importante tenerlo en cuenta para saber por qué puede fracasar un tratamiento por V/O. La concentración máxima del antibiótico en hueso debe estar 10 veces por encima de la CMI del microorganismo causante de la infección para que el tratamiento sea eficaz.

REFERENCIAS

1. Dora C, Altwegg M, Gerber C, Böttger EC, Zbinden R. Evaluation of conventional microbiological procedures and molecular genetic techniques for diagnosis of infections in patients with implanted orthopedic devices. *J Clin Microbiol* 2008; 46:824-825.
2. Esteban J, Gómez-Barrena E, Cordero J et al. Evaluation of quantitative analysis of cultures from sonicated retrieved orthopedic implants in diagnosis

- of orthopedic infection. *J Clin Microbiol* 2008; 46:488-492.
3. Esteban J, Cordero-Ampuero J, Adames H et al. Evaluation of a sonication protocol for the detection of bacteria in retrieved osteosynthesis implants. 19th ECCMID. Helsinki, Abstract n° 867.
 4. Trampuz A, Piper KE, Hanssen AD et al. Sonication of explanted prosthetic components in bags for diagnosis of prosthetic joint infection is associated with risk of contamination. *J Clin Microbiol* 2006; 44:628-631.
 5. Trampuz A, Piper KE, Jacobson MJ et al. Sonication of removed hip and knee prostheses for diagnosis of Infection. *N Engl J Med* 2007; 357:654-663.
 6. Trampuz A, Zimmerli W. Diagnosis and treatment of infections associated with fracture-fixation devices. *Injury* 2006; 37:S59-S66.
 7. Trampuz A, Zimmerli W. Diagnosis and treatment of implant-associated septic arthritis and osteomyelitis. *Current Infectious Diseases Reports* 2008; 10:394-403.
 8. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Editorial médica panamericana. Madrid.; 2006.p.1381-96. 2. Wilson ML, Winn W. Laboratory diagnosis of bone, joint, soft-tissue, and skin infections. *Clin Infect Dis.* 2008; 46:453-7. 3.
 9. Cierny G, Mader JT, Penninck JJ. A clinical staging system for adult osteomyelitis. *Clin Orthop Relat Res.* 2003; 414:7-24. 4. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. *Lancet.* 2004; 364:369-79. 5.
 10. Brady RA, Leid JG, Costerton JW, Shirtliff ME. Osteomyelitis: Clinical overview and mechanisms of infection persistence. *Clin Microbiol Newsletter.* 2006; 28:65-70.





HEMANGIOMA INFANTIL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Dayhana M. Santiago R.,* Donna M. Chevalier B.,* Aury Luz Encarnación S.**
 Daisy Blanco.***

RESUMEN

El hemangioma infantil (HI) es un tumor endotelial benigno cuya etiología es poco comprendida. Los (HI) superficiales son el tipo más común y tienen característicamente un color fresa brillante, los profundos se recuestan más profundamente en la dermis apareciendo como una inflamación azulada con poco involucramiento de la piel. Los HI comúnmente tienen componentes superficiales y profundos;1 pueden estar presentes al nacimiento o desarrollarse unas semanas después. Es uno de los tumores de infancia más frecuentes2 que se localiza comúnmente en cabeza y cuello, seguido por tronco y extremidades. Ocurren con mucha mayor frecuencia en niños prematuros y sexo femenino.3 Se presenta el caso de femenina de 2 meses de edad con múltiples neo formaciones vasculares sobre elevadas, de color violáceo, bordes irregulares y aspecto crónico en región frontal, cuero cabelludo y región retro auricular presentes desde nacimiento tratadas con propanolol.

Palabras claves: hemangioma, neo formación, propanolol y corticosteroides.

ABSTRACT

Infantile hemangioma (IH) is a benign endothelial tumor whose etiology is not well understood. Superficial (IH) is the most common type and has a characteristic bright strawberry red color, deep (IH) lie deeper in the dermis and subcutis and appear as bluish soft swelling with little involvement of the overlying skin. IH frequently have both superficial and deep component 1 which is either apparent at birth or develops a few weeks after. It is one of the most frequent tumors in infancy. They are most commonly found in the head and neck region, followed by the trunk and extremities. They occur much more frequently in girls and premature infants.3 We report a case of a 2 month old female with multiple purple elevated neo vascular formations, which present irregular edges and chronic aspect localized in frontal region, scalp and retro auricular region since birth treated with propanolol.1

Key words: hemangioma, neoformation, propanolol and corticosteroids.

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas son lesiones vasculares benignas de la piel y otros tejidos que poseen espacios vasculares recubiertos por endotelio y un estroma fibroso o fibro-mucinoso. Son verdaderos tumores vasculares (lesiones proliferativas) que

crecen rápidamente y muestran un recambio aumentado de células endoteliales y un incremento en el número de mastocitos en el intersticio.⁴ Por lo general, no se observan inmediatamente tras el nacimiento, muestran un rápido crecimiento posnatal seguido por una involución lenta. Son comunes en la infancia, estando presentes hasta en un 10% de los lactantes.⁵

La expresión clínica de los hemangiomas es heterogénea y depende del tamaño, la profundidad y localización, así como del estadio de evolución. Los hemangiomas capilares o infantiles son más frecuentes en la infancia⁶ y son tumores vasculares rojos brillantes, elevados, bien delimitados, blandos y compresibles. Con frecuencia son lobulados y varían ampliamente en tamaño y localización, pudiendo estar presentes en cualquier parte del cuerpo. Generalmente no están presentes al nacimiento, aparecen entre la tercera y quinta semana de vida, pudiendo ser precedidos por palidez de la piel afectada y poco después por una mancha eritematosa o discreta telangectasia. Son más prevalentes en mujeres y los prematuros parecen tener una mayor tendencia.⁷

Estos hemangiomas tienen una fase de rápido crecimiento posnatal durante los primeros meses de vida seguida por una fase lenta de regresión a partir del año, alcanzándose una resolución completa espontánea es cerca de un 70% de los niños para los 7 años de edad y un 90% para los 10 años.⁸

Deberán ser sometidos a tratamiento aquellos hemangiomas que obstruyan el eje visual, la vía aérea, el canal auditivo y la región ano-genital con alteración de la función visual, respiratoria, deglutoria, intestinal o urinaria; aquellos con crecimiento rápido que produzcan o puedan producir una destrucción tisular o desfiguración importante, así como lesiones cutáneas muy diseminadas por lo general se les aplica crioterapia como tratamiento coadyuvante con el fin de disminuir la deformidad física tras resolución de la lesión.

Los corticosteroides son para muchos el tratamiento de elección en hemangiomas potencialmente problemáticos y constituyen el tratamiento en monoterapia más efectivo en hemangiomas comunes, siendo especialmente útiles en el manejo de los hemangiomas sub glóticos, peri oculares y orbitarios. Cabe resaltar que la dosis de cortico esteroides óptimas es de 3 mg/kg/día, aunque casos graves se podrían utilizar dosis aún más elevadas u optar por el cambio de terapia a propranolol con dosis de 2mg/kg dividido en varias tomas al día.

No se conoce a ciencia cierta el mecanismo por el cual el propranolol revierte el crecimiento del hemangioma, pero se postula que estimula la vasoconstricción, induce la apoptosis

*Médico pasante, Peravia, República Dominicana.

**Médico pasante, San Cristóbal, República Dominicana

***Médico Dermatóloga, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana

de las células endoteliales y disminuye la angiogénesis, modificando la expresión de los genes del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y del factor de crecimiento fibroblástico básico (FGFb).

Hoy en día se continúa observando y comparando la utilización de propranolol sobre cortico esteroides para el tratamiento del HI, el cual, según los datos obtenidos, resulta en menores efectos secundarios y recidivas comparado a los esteroides. Por lo tanto, se especula el uso de propranolol como terapia de primera línea en el tratamiento del HI.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 2 meses de edad, procedente y residente en Las Palmas, Santo Domingo; Con antecedentes personales, familiares y/o alérgicos desconocidos. La cuál llega por presentar dermatosis que afecta, región frontal y cuero cabelludo desde el nacimiento, asintomática, tratada con Elidel® en crema y Betazole® crema. Presenta nueva lesión en cuero cabelludo y región retroauricular de 15 días de evolución. Al examen físico presenta neoformación única sobre elevada de color rojo violáceo, fluctante a la palpación, de bordes difusos y aspecto crónico; también se observan placas hipopigmentadas, descamativas de diferentes formas y tamaños con bordes difusos de aspecto agudo. Resto del examen físico sin patología aparente. Se indica evaluación cardiológica, para iniciar tratamiento con propranolol, en la cual no presenta contraindicación para uso de propranolol y se recomienda TAC craneal con resultados de pequeño nódulo en región frontal, sugestivo de angioma. Se inicia tratamiento con Inderal® 15 mg al día y crioterapia; con buena evolución, despigmentación central y disminución de las lesiones; luego de 2 meses de tratamiento paciente inicia cuadro de sibilancias, a lo que el pediatra recomienda revaloración del tratamiento. Se suspende propranolol por crisis de broncoespasmo.



Figura 1 - 2. Lesión de visita inicial en región frontal.



Figura 3 - 4. Lesión tras tratamiento con crioterapia y propranolol.

MATERIALES Y MÉTODOS

La recolección de datos e imágenes fueron obtenidas del expediente de la paciente, mediante informaciones que fueron suministradas por sus familiares. Además, se realizó una amplia y actualizada búsqueda sobre el tema en cuestión para la formación del marco teórico. El caso fue registrado en la consulta de dermatología pediátrica del Instituto Dermatológico y Cirugía de la piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, febrero año 2012.

DISCUSIÓN

Las terapias clásicas para el tratamiento de los hemangiomas incluyen corticoides sistémicos y/o intralesionales, interferón alfa-2a, láser, embolización, inmunomoduladores y cirugía. Los corticoides son habitualmente la primera elección, pero presentan graves efectos adversos. Recientemente se ha descubierto que el propranolol, un betabloqueante no selectivo, puede inhibir el crecimiento y producir regresión en el hemangioma infantil sin efectos adversos de importancia⁹. Sus mecanismos de acción aún no son bien conocidos en HI. Es imprescindible que no haya enfermedad bronquial y realizar un estudio cardiológico previo². A la fecha no se cuenta con importantes ensayos clínicos al respecto, pero se conocen los riesgos potenciales del fármaco. En ensayos realizados en España, la respuesta del hemangioma capilar al propranolol fue satisfactoria y no se presentaron efectos adversos¹⁰, a diferencia de la observada en nuestro caso. Los principales efectos adversos del propranolol descritos en la literatura son la hipo-glicemia, hipotensión, bradicardia, irritabilidad, trastornos del sueño, bronco espasmo y disnea en pacientes con hiper reactividad bronquial, aunque estos efectos son en general dosis dependiente. En un estudio realizado en Chile, 13 pacientes de una muestra de 30 presentaron irritabilidad y trastornos del sueño¹¹. Ningún paciente presentó hipoglicemia, bradicardia, hipotensión, bronco espasmo ni disnea. En contraste con las crisis de broncoespasmos a repetición vistas en nuestra paciente. Este tratamiento debe ser considerado como una alternativa prometedora.

CONCLUSIÓN

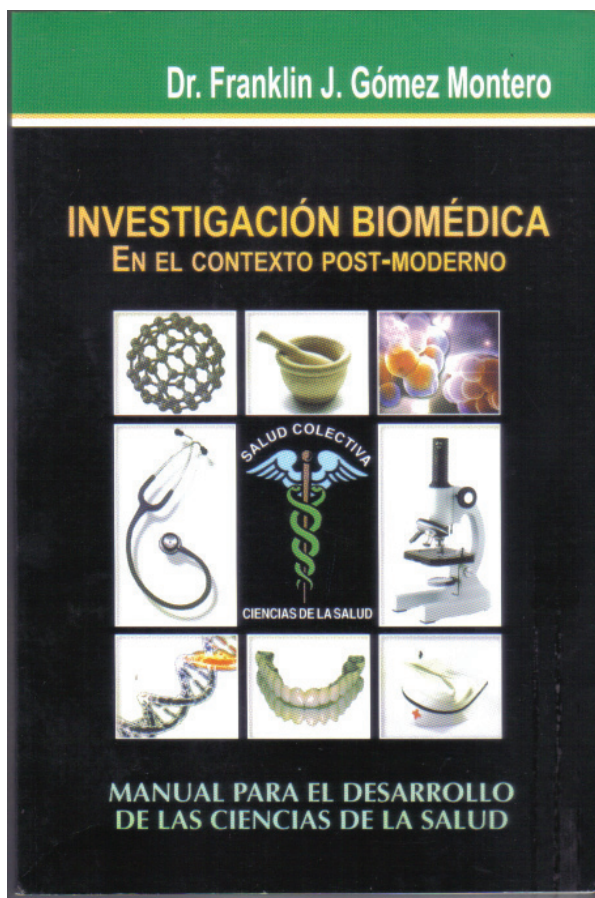
Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia y en el gran porcentaje de los casos presenta involución espontánea que sólo requiere observación pausada en el tiempo, en el porcentaje restante se ubican las lesiones que requieren terapéutica, seguimiento y control específico con

estudios. El propranolol, como última terapéutica utilizada en la actualidad, es indicado en especial en los hemangiomas que determinen riesgo para la vida del paciente, que comprometan órganos o funciones vitales como los hemangiomas faciales, orbitarios, nasales, bucales y anales; asimismo aquellos, que no presenten una respuesta adecuada al tratamiento con corticoides.

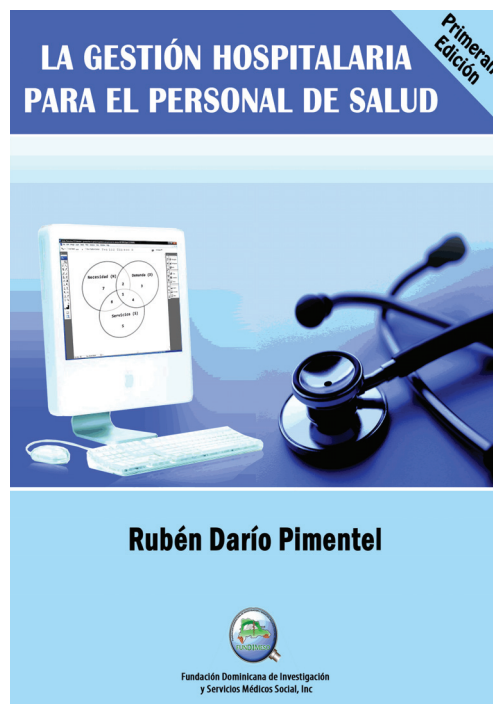
Nuestro caso es una paciente femenina de 2 meses de edad con hemangiomas en región frontal, retro auricular y cuero cabelludo presentes desde nacimiento, que fue tratada inicialmente con corticoides tópicos presentando aumento de tamaño de la lesión por lo que se decide iniciar tratamiento con propranolol mostrando disminución de tamaño, despigmentación central y mejoría notable de la lesión. Actualmente el tratamiento se encuentra suspendido al presentar la paciente reacción adversa con crisis de bronco espasmo a repetición.

REFERENCIAS

1. Hywel Williams, Michael Bigby, Thomas Diepgen, Andrew Herxheimer, Luigi Naldi, Berthold Rzany. *Evidence Based Dermatology*. 2009. 633-638.
2. Jerry Shields, Carol Shields. *Eyelid, conjunctival and orbital tumors*. 2nd edition. 2008. 132-134.
3. Mark C. Gebhardt, Mininder S. Kocher. *Pediatric and Adolescent Musculoskeletal MRI*. 2007. 289-292.
4. Alfredo García Alix, José Quero. *Evaluación neurológica del recién nacido. La piel*. 2012. 120.
5. Sadler lagman. *Embriología Médica Con Orientación Clínica*. 10^{ma} edición. 2010. 81.
6. Manuelo Domínguez Romero, José A. Galiana, Francisco J. Pérez. *Manual de Cirugía Menor*. 2002. 411.
7. Carlos escobar, Jairo Victoria. *Fundamentos de Medicina. Dermatología*. 6^a edición. 2002. 57.309
8. Fernando Fierro A., Andrea X. Duarte. *Piel y tejidos blandos. Hemangioma*. <http://www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/piel%20tejidos%20blandos/hemangiomas.htm>. Febrero 2013.
9. Salazar-Murillo R, et al. Propranolol: *Tratamiento del hemangioma capilar con afectación orbitaria*. Revista Elsevier. España. 2012. doi:10.1016/j.ofal.2011.07.017
10. Daniela Kramer, Paula Muñoz, Patricia Alfaro. *Propranolol en el Tratamiento de los Hemangiomas de la Infancia*. Revista Chilena De Pediatría. v.81 n.6 Santiago dic. 2010
11. Castro Carla, Suar Lucila, Olivera Alejandro, Gutiérrez Augusto. *Tratamiento con propranolol para los hemangiomas de la infancia*. Comunicación de 12 nuevos casos. *Dermatología Argentina*, Vol. 18, No.1. 2012.



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) inició 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, Miniél-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se 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".