



FUNDADA EN 1902

DR-ISSN-0254-4504

ADOERBIO 001

Revista Médica Dominicana

Vol. 78

Septiembre/diciembre, 2017

No. 3

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:
EDITORIA VIMONT SRL.
Tel. 809.531.2644

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Waldo Ariel Suero

EDITOR

Dr. Victor José Abréu

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.

Dr. Cristian Francisco, Gineco-Obstetra

Dr. Héctor Otero, Cirujano pediatra

Dr. Dr. Severo Mercedes, cirujano plástico

Dr. Marcos Espinal, PhD, WHO.

Dra. Elizabeth Gómez, PhD.

Dr. Fernando Fernández, Psiquiatra

Dr. Edith Pérez Then, PhD.

Dr. Rubén Darío Pimentel, Pediatra
Neumólogo, MHP.

Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón,
Pediatra hematólogo.

EX-EDITORES

Dr. Rodolfo D. Cambiaso
1902-1904
Dr. Fernando A Defilló
1905-1945
Dr. Sixto S. Incháustegui
1946-1966
Dr. Miguel A. Contreras
1967-1969
Dr. Caracciolo Vargas Genao
1970-1972
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1972-1973
Dr. Homero Pumaro
1973-1974
Dr. García Pereyra
1974-1975
Dr. Roberto Ureña
1975-1976
Dr. José Garrido Calderón
1976-1977
Dr. Anulfo Reyes Gómez
1978-1979
Dr. Juan Durán Faneytte
1979-1980
Dr. Alejandro Pichardo
1980-1981
Dr. César Mella Mejías
1981-1982
Dr. Napoleón Terrero
1982-1983
Dr. Ramón Camacho
1983-1984
Dr. Ricardo Corporán
1984-1985
Dr. Guaroa Ubiñas Renville
1985-1986
Dr. Santiago Castro Ventura
1986-1987
Dra. Rosa Nieves Paulino
1987-1988
Dr. Pedro Sing Ureña
1988-1989
Dr. Anulfo Mateo Pérez
1989-1990
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar
1990-1991
Dr. Mauro Canario Lorenzo
Dr. Fernando Fernández
1991-1992
Dr. Fernando Fernández
Dr. Séntola Martínez
1992-1993
Dr. Fernando Fernández
1993-1994
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1994-1995
Dr. Máximo Calderón
1995-1996
Dr. Rubén Darío Pimentel
1997-1998
Dr. Rafael D. Collado Guzmán
1998-1999
Dra. Persia Sena
1999-2000
Dr. Hector Otero
Dr. Rubén Darío Pimentel
2000-2001
Dr. José Díaz
Dr. Rubén Darío Pimentel
2002-2003
Dr. Miguel A. Montalvo
Dr. César Belén
Dr. Rubén Darío Pimentel
2003-2005
Dra. Karina Fernández
Dr. Martín Julián Castillo
Dr. Rubén Darío Pimentel
2006-2007
Dr. Gregorio Soriano
Dr. Rubén Darío Pimentel
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 2016-2017

Dr. Waldo Ariel Suero	Presidente
Dr. Wilson Roa	1er. vice
Dr. Rafael Rodríguez Sandoval	2da vice
Dr. Henry Mesa	3er.vice
Dra. Mery Hernández	Secretariageneral
Dr. Martin Tavares	Sec. Actas
Dr. Albert Portes	Sec. Finanzas
Dr. Maxi Bello	Científico-Cultural
Dr. Tomas Ventura	Sec. Educación Medica
Dr. Luis A. Peña Núñez	Sec. Acción Gremial
Dra. Florentina Liquet	Sec. Relaciones Públicas
Dr. Hairo González	Sec. Planes Sociales y Coop.
Dra. Altagracia Libe	Sec. Ética y Calificaciones
Dr. Victor José Abréu	Publicaciones y Biblioteca
Dr. José Miguel Encarnación	Sec. Asuntos Internacionales
Dra. Miguelina Pérez	Sec. De la Mujer
Dr. Pedro Nicasio	Sec. Asuntos Intersindicales
Dr. Nolvin Pujols	Sec. Residencias Medicas
Dr. Pedro Reyes	Sec. De Deportes
Dra. Yocasta Lara	Sec. Médicos Generales
Dr. Luis Pichardo	Sec. De extensión
Dr. Ariel Medina	Sec. Médicos Residentes
Dra. Elidania Alt. Contreras	Sec. Médicos Pasantes
Dr. Emignio Liria	Regional Distrito
Dra. Maria del Carmen Díaz	Regional Sur
Dr. Arnulfo Suero	Regional Norte
Dr. Pedro Claxton	Regional Este
Dr. Carlos Roa	Presidente agrupación Médica IDSS

Tribunal Disciplinario

Pte. Tribunal Disciplinario	Dra. Ludovina Diaz
Miembro	Dr. Rafael Chalas
Miembro	Dr. Cristella Sánchez
Miembro	Dr. José Peralta
Miembro	Dr. María Rosa Belliard

Suplente Tribunal Disciplinario

Suplente Presidente	Dra. Flor Colón
Suplente	Dra. Juana Batista
Suplente	Dra. Emma Lora
Suplente	Dr. Pablo de la Mota
Suplente	Dr. Félix manuel Escaño



CONTENIDO

EDITORIAL

5. Conocimiento acerca de la Fibrosis Quística. *Rubén Darío Pimentel.*

ARTÍCULOS ORIGINALES

9. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital Dr. Salvador B. Gautier. *Abys A Díaz Fernández, Ismenia A. Almonte Segura, Julio A. De Peña, Fernando Fernández.*
17. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico Y Trasplante (CECANOT). *Katherine Mercedes Rivera Fani, Judith Portorreal, Rubén Darío Pimentel.*
27. Conocimientos y práctica de hemorragia digestiva alta de los internos del ciclo de medicina interna de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en la Emergencia del Hospital Francisco Moscoso Puello. *Edgar Orlando Ramírez Santana, Lisa Alcántara Jerez, Jeffries José Ramírez Peña. Ana Ysolina De la Cruz.*
35. Tratamiento ambulatorio y quirúrgico en pacientes diagnosticados con glaucoma primario de ángulo abierto. Instituto Contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. *Samantha Rosario Fragoso, Moises de la Cruz, Porfirio López, Ruth Agüero, Máximo Genao.*
41. Estadía hospitalaria, coste económico y morbimortalidad en pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Docente Padre Billini. *Israel Maximinio Díaz Silvestre, Rubén Darío Pimentel, Alma Bobadilla.*
53. *Helicobacter pylori*: experiencia de 10 años en una consulta privada. *Indhira Rosa Risk Matuk, Tamara Moore, Rubén Darío Pimentel.*
63. Prevalencia de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Docente Semma Santo Domingo. *Carolina Henríquez Medina, Elvis Calcaño, Rubén Darío Pimentel.*
71. Perfil epidemiológico de los/as adolescentes víctimas de maltrato que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria. Hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello. *Eddy Omar Reyes Sánchez, Aidedé Cuás Ramírez, Rubén Darío Pimentel.*

79. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este. *Ramona Deyanira Rodríguez, Rubén Darío Pimentel, Pedro Segura Vólquez.*
87. Hallazgos de patología de esófago en la modalidad de fluoroscopia en el Centro De Educación Médica De Amistad Dominico Japonesa. *Penélope M. Castillo Puello, Teresa Magdalena Ortiz Andújar, Rubén Darío Pimentel.*
97. Frecuencia de infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos de neurocirugía del Centro Cardio-Neuro-Oftalmológico Y Trasplante (CECANOT). *Samuel Antonio Cedeño, Alexander Marte, Rubén Darío Pimentel.*
107. Conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. *José Antonio Beltré Marte, Rubén Darío Pimentel.*

ARTÍCULO INVITADO

117. Se identifican patrones de mutaciones del cáncer relacionados con el consumo de tabaco. *Amparo Tolosa.*

CASO CLÍNICO

121. Antiangiogénicos en el cáncer de ovario avanzado: presentación de un caso. *Lisbette Balbuena, Yaddir Ramírez.*

BIBLIOGRÁFICAS

129. Sobre el papel de la biopsia gastrointestinal superior para evaluar la dispepsia en el paciente adulto en ausencia de lesiones mucosas visibles. *Belkis María Guerrero Laureano*
131. American gastroenterological association institute technical review on the role of upper gastrointestinal biopsy to evaluate dyspepsia in the adult patient in the absence of visible mucosal lesions. *Juan Alexis Marte Jiménez*
133. Infección por *strongyloides stercoralis* en pacientes alcohólicos. *Alexandra Altagracia Molina Díaz.*
135. Trastornos intestinales. *Ysabel Heredia V.*

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES



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**

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.

*Rubén Darío Pimentel**

En la página 107 de este número de revista Beltré Mate JA, presente los resultados del conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. El 48,0 por ciento tuvo conocimiento entre malo y regular contra 52,0 por ciento que varió entre bueno y excelente.

La fibrosis quística es un trastorno genético que afecta sobre todo a los pulmones y el sistema digestivo y hace que los niños que la padecen sean más vulnerables a padecer infecciones pulmonares repetidas. Hoy en día, gracias a los avances médicos de alta tecnología en farmacología y genética, los niños que nacen con fibrosis quística tienen una esperanza de vida más larga y más calidad de vida que en el pasado. Durante los últimos 10 años, las investigaciones sobre todos los aspectos de la fibrosis quística han ayudado a los médicos a entender mejor esta enfermedad y a desarrollar nuevos tratamientos. Es posible que las investigaciones que se están llevando a cabo permitan algún día curar esta enfermedad.

Esta enfermedad que en la actualidad afecta a más de 30.000 niños y adultos jóvenes en EE.UU., se caracteriza por una alteración de la función de las células epiteliales —las células que componen las glándulas sudoríparas de la piel y que recubren el interior de las vías y conductos que hay dentro de los pulmones, el hígado, el páncreas y los sistemas digestivo y reproductor.

El gen de la fibrosis quística hace que las células epiteliales del cuerpo fabriquen una proteína defectuosa denominada regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (RTFQ) en las células que recubren el interior de los pulmones, el tubo digestivo, las glándulas sudoríparas y el sistema genitourinario. Cuando la proteína RTFQ es defectuosa, las células epiteliales no pueden regular la forma en que el cloruro (un componente de una sal denominada cloruro sódico) pasa a través de las membranas celulares. Esto altera el equilibrio fundamental entre el agua y la sal necesaria para mantener una fina capa de fluido y moco recubriendo el interior de los pulmones, el páncreas y las vías que forman parte de otros órganos. El moco se espesa y densifica, resultando sumamente difícil de desplazar.

Normalmente, el moco que hay en el interior de los pulmones

retiene los gérmenes que luego son expulsados del cuerpo. Pero en la fibrosis quística, el moco, denso y pegajoso, junto con los gérmenes que ha retenido, permanece dentro de los pulmones, que se acaban infectando.

En el páncreas, el moco espeso obstruye los conductos que en condiciones normales llevarían importantes enzimas digestivas al intestino para digerir los alimentos. Cuando ocurre esto, el cuerpo no puede procesar o absorber adecuadamente los nutrientes, sobre todo las grasas. Los niños con fibrosis quística tienen problemas para ganar peso, aunque lleven una dieta normal y tengan buen apetito.

La asociación americana de la fibrosis quística (*Cystic Fibrosis Foundation*) organiza su congreso para hacer balance de los nuevos avances en la fibrosis quística, tanto en lo que respecta a la investigación teórica y clínica como a las mejoras en la atención a los pacientes.

Este año, varias sesiones ilustrarán los avances en reparación genética, sobre todo como resultado de la revolución que supone la tecnología CRISPR. Caso, que hace posible la extirpación de las mutaciones y su sustitución por codones normales. En una sesión se examinarán las terapias proteicas para las mutaciones raras, principalmente las mutaciones relacionadas con los codones stop prematuros. De hecho, actualmente se proponen nuevas moléculas fruto tanto de terapias ya administradas para otras patologías como de terapias recién descubiertas mediante técnicas de cribado molecular sistemático. Asimismo, se estudiarán las mutaciones de empalme a través de técnicas de oligonucleótidos antisentido.

A fin de respaldar estos enfoques terapéuticos, se dedicará una sesión más básica a describir los nuevos avances en investigación teórica que permiten comprender mejor la biogénesis de la proteína CFTR mutada, especialmente en lo que respecta a las mutaciones asociadas a una falta de plegamiento.

Las sesiones plenarias evaluarán los avances de la investigación clínica en lo relativo a las numerosas moléculas objeto de un análisis terapéutico que, o bien ya goce de autorización de comercialización (como Orkambi®) en algunos países, o bien se encuentre en fase de prueba.

Otras sesiones profundizarán en el conocimiento de los mecanismos de infección crónica. Se presentarán las nuevas

*Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

recomendaciones para el tratamiento de micobacterias no tuberculosas.

En el plano clínico, se dedicará una importante sesión a presentar las nuevas recomendaciones sobre el diagnóstico de la mucoviscidosis. En efecto, se han revisado las

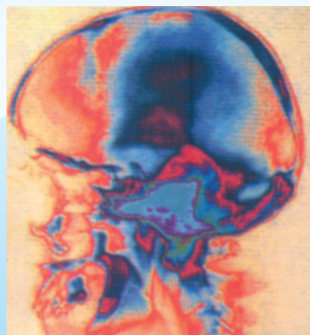
recomendaciones americanas, de forma que determinan mejor el diagnóstico al haber reducido el valor «intermedio» de la prueba del sudor a 30 mmol/l y al haber añadido a la definición genética un enfoque funcional para los casos dudosos.



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

Servicios

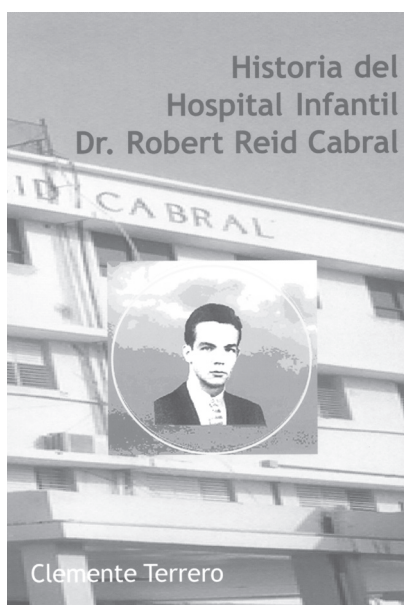
- **Laboratorio Clínico**
- **Rayos X**
- **Mamografía**
- **Tomografía**
- **Electrocardiograma**
- **Sonografía Abdominal**
- **Sonografía Pélvica**
- **Doppler Vascular Periférico (Carótidas y Miembros)**
- **Plestimografía por Impedancia**
- **Ecocardiografía**
- **Prueba de Esfuerzo**
- **Monitoreo 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

ARTÍCULOS ORIGINALES

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.

ESTRESORES PSICOSOCIALES EN PERSONAS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER.

Abys A Díaz Fernández,* Ismenia A. Almonte Segura,* Julio A. De Peña,*
 Fernando Fernández.**

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar los estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental (Psicología y Psiquiatría) del Hospital "Salvador B. Gautier". Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, donde se aplicó un cuestionario de 16 preguntas más la tabla de la Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes a los pacientes. La población estuvo conformada por un total de 100 pacientes. Los resultados mostraron que los estresores psicosociales de mayor presencia en la investigación fueron: en ambos predominó el estresor "Cambios en los hábitos del sueño", con una frecuencia de 22 por ciento en el masculino y 30 por ciento en el femenino.; la población de estudio predominante fue el sexo femenino (61 por ciento), en el rango de edad de 56-65 años (27.7%); en el estado civil se encontró un igual resultado entre los casados y solteros con (27%) cada uno.; el nivel de escolaridad de mayor concentración presente en el estudio fue un (44%) perteneciente al nivel bachiller. Dentro de las ocupaciones de los encuestados, amas de casa (40%) lidera los resultados. La religión más frecuente fue la católica (72%). La Locación de donde procede el mayor número de personas fue Santo Domingo (68%). Los pacientes que asisten por primera vez a la consulta fue un (92%) que nos otorgó una respuesta negativa. El estresor más predominante en el área de psicología fue "La muerte de un conyugue" (7.8%). El estresor más predominante en el área de psiquiatría fue "Cambios del hábito del sueño" (11%). El motivo de consulta que domino las encuestas en el estudio fue "Voluntad propia" (40%). De los hábitos tóxicos estudiados se demostró que el "Café" fue el más popular (69%). De los antecedentes personales patológicos el de mayor presencia fue Hipertensión Arterial (48%). Dentro de los antecedentes psicológicos y psiquiátricos familiares determinados en los estudiados el mayor valor positivo fue demencia (11.5%).

Palabras clave: Estresores psicosociales, escala de eventos críticos de Thomas Holmes, voluntad propia, cambios del hábito del sueño.

ABSTRACT

The objective of the research is to determine the psychosocial stressors in people who attend the mental health service (Psychology and Psychiatry) of the Hospital "Salvador B. Gautier".

A descriptive and cross-sectional study was carried out, where a questionnaire of 16 questions was applied plus the table of the Critical Events Scale of Thomas Holmes to the patients. The population consisted of a total of 100 patients. The results showed that the psychosocial stressors with the greatest presence in the research were: in both the predominant stressor "Changes in sleep habits", with a frequency of 22 in the male and 30 in the female. The predominant study population was the female sex (61%), in the age group 56-65 years old (27.7%); In civil status an equal result was found between married and single with (27%) each.; The level of schooling with the highest concentration present in the study was a (44%) belonging to the high school level. Within the occupations of the respondents, housewives (40%) lead the results. The most frequent religion was catholic (72%). The location from which the largest number of people came was Santo Domingo (68%). The patients who attended the consultation for the first time were a (92%) who gave us a negative answer. The most prevalent stressor in the area of psychology was "La muerte de un conyugue" (7.8%). The most prevalent stressor in the area of psychiatry was "Sleep habit changes" (11%). The reason for consultation that dominated the surveys in the study was "Own Will" (40%). Of the toxic habits studied, it was shown that the "Café" was the most popular (69%). Of the personal pathological antecedents the one of greater presence was Arterial Hypertension (48%). Within the family psychological and psychiatric antecedents determined in those studied the highest positive value was dementia (11.5%).

Key words: Psychosocial stressors, Thomas Holmes critical events scale, self-will, sleep habit changes.

INTRODUCCIÓN

Los estresores son eventos o condiciones psicosociales que generan una carga importante de estrés en los individuos afectados, estos estímulos se caracterizan por producir

*Méfocp general egresado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

**Médico psiquiatra.

una reacción estresante que se ve reflejada en el usuario de los servicios de salud; en el intento de dominar la situación corre con el peligro de que sus recursos de afrontamiento se agoten, llevándolo a una perturbación en el funcionamiento orgánico dando origen a algún malestar físico como el dolor, la enfermedad, los desórdenes de tipo emocional, de tipo alimenticio, vejes prematura, que pueden llevar a la desadaptación social del individuo e incluso la muerte.

Las situaciones psicosociales se convierten en estresantes, a fuerza de la interpretación cognitiva o el significado que se le otorgue por el individuo. Señalando que tan estresantes pueden ser los eventos positivos o percibidos como agradables, como los aversivos o amenazantes, ya que ambos producen un cambio al que la persona deberá adaptarse.

Diariamente se ven influenciados por la presión de vivir apresuradamente y en ocasiones están expuestos a problemas, sin haber superado conflictos previos, creando una abrumadora sensación de ahogamiento.

Justificación

En la República Dominicana, la ciudadanía en sus diferentes etapas del ciclo vital se pueden ver expuestas a diferentes vivencias tensionantes de la vida cotidiana; dentro de las personas que asisten a las consultas de salud mental, se encuentran grupos que no cuentan con los recursos de afrontamiento o mecanismos de defensa para lidiar con estresores psicosociales como muerte, pérdida del trabajo o muerte de un cónyuge, siendo estos los principales estresores presentados en investigaciones anteriores

Antecedentes

Encontramos en los últimos años una serie de trabajos, cuyo objetivo es determinar el rol que desempeñan los estresores psicosociales relacionados a distintos trastornos.

Medrano A., Reynoso k., Lizardo E., con el objetivo de determinar los niveles de estresores psicosociales en adolescentes embarazadas, se realizó un estudio de corte transversal y descriptivo en una población de 150 La muestra estuvo conformada por 150 adolescentes embarazadas. Se aplicó un cuestionario compuesto por 28 preguntas cerradas y abiertas de las variables para determinar los niveles de estresores psicosociales en las adolescentes, previo consentimiento informado. En los resultados: se demostró que la edad más afectada fue el grupo de 16-17, con 90 casos, con un 60 por ciento. El estado civil representado por los solteros, con 77 casos, para un 71 por ciento. La escolaridad más frecuente fue bachiller, con 92 casos, para un 61 por ciento. La ocupación fue el desempleo, con 72 casos, para un 48 por ciento. La religión católica fue la más común, con 79 casos para un 53 por ciento. Entre los estresores psicosociales más impactante fue la falta de ingreso en las adolescentes.

Santana E., Morillo E., Pimentel I. con el objetivo de determinar los estresores psicosociales desencadenantes de trastornos bipolar en personas asistidas en la unidad de intervención en crisis del Hospital psiquiátrico "Padre Billini",

realizaron un estudio observacional-descriptivo en una población de 38 personas que cumplieran con los criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario con 11 preguntas cerradas y abiertas de las variables sociodemográficas. Se llegó a la conclusión de que a todos los pacientes con trastorno bipolar, se demostró que la edad más afectada fue el grupo de 31-40, con 14 casos, con un 36.8 por ciento, el sexo más afectado fue el masculino, con 22 casos, para 57.9 por ciento. El estado civil representado por los solteros, con 30 casos, para un 78.9 por ciento. La escolaridad más frecuente fue la primaria, con 19 casos, para un 42,1 por ciento. La ocupación fue el desempleo, con 24 casos, para un 63.1 por ciento. La religión católica fue la más común, con 17 casos por ciento. La procedencia urbana tuvo 31 casos, para un 81.6 por ciento. En cuanto a los motivos de consulta el que predominó fue la agresividad, con 26 casos, para un 21.7 por ciento. Referente al tiempo de hospitalización la semana obtuvo 29 casos, para un 26.3 por ciento. El hábito tóxico predominante fue el café, con 22 casos, para un 34.3 por ciento. Entre los estresores psicosociales más impactante fue la muerte de un familiar, con 9 casos, para un 23.7 por ciento.*

Santana H. Paniagua C. Beltre H. Con el objetivo de determinar los estresores psicológicos en personas hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2, en el instituto nacional de diabetes, endocrinología y nutrición. Tipo de estudio descriptivo, transversal, con recolección prospectiva de la información. Muestra: 47 pacientes de ambos sexos, hospitalizados, diagnosticados con diabetes Mellitus Tipo 2 que cumplieran con los criterios de inclusión. El estudio reveló que el rango de edad más afectada fue de 51 a 60 años con un 34.04 por ciento. El sexo femenino tuvo una leve superioridad con un 51.06 por ciento. El estado civil predominante fue el casado. El 40.42 por ciento solo había cursado el nivel básico de escolaridad. La ocupación predominante fue el ama de casa y trabajadores independientes, ambos con un 25.53 por ciento. En cuanto a los hábitos tóxicos 59.57 por ciento negó el consumo de estos. El 80.85 por ciento de la población estudiada negó haber tenido alguna vivencia personal impactante, 72.34 por ciento negó la presencia de alguna vivencia familiar. Un 74.46 por ciento no ha sido víctima de violencia, a un 70.21 por ciento no se le había muerto familiar alguno. La edad promedio para la primera relación sexual, fue mayor de 18 años, El 21.27 por ciento había sido despedido en por lo menos una ocasión, un 19.14 por ciento refirió haber tenido algún problema con la justicia, y 25.53 por ciento fue víctima de algún tipo de despojo de sus bienes.**

Chung k., con el objetivo de determinar los estresores psicosociales asociados a preeclampsia en Mujeres Hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, realizó un estudio analítico de casos y controles. La muestra

*Santana E., Morillo E., Pimentel I. Estresores psicosociales desencadenantes de trastornos bipolar en personas asistidas en la unidad de intervención en crisis del Hospital psiquiátrico "Padre Billini" Enero junio 2012 Santo Domingo. Tesis de grado para optar por el título de Doctor en Medicina.

**Santana H. Paniagua C. Beltre H. Estresores psicológicos en personas hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2, en el instituto nacional de diabetes, endocrinología y nutrición (INDEN), Octubre-Diciembre 2013 Santo Domingo. Tesis de grado para optar por el título de Doctor en Medicina.

estuvo conformada por 120 puérperas, 60 casos con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación pareados uno a uno con 60 puérperas de parto normal, según lugar de procedencia y religión. Se aplicó cuatro instrumentos: el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo Estado (IDERE), el APGAR familiar y la ficha de violencia para la identificación de estresores psicosociales (ansiedad, depresión, disfunción familiar y violencia). Para el análisis de los datos, además de los procedimientos descriptivos, se estimó Chi cuadrado (significativo $p < 0.05$) para determinar el modelo y la prueba R cuadrado de Cox y Snell para determinar el valor explicativo del modelo. RESULTADOS: La ansiedad (OR: 3.24; IC 95 por ciento: 1.24-8.49), la depresión (OR: 3.35; IC 95 por ciento: 1.12-9.99) y la violencia (OR: 2.41; IC 95%: 1.08-5.38) se asociaron significativamente con preeclampsia. No se encontró asociación entre disfunción familiar (OR: 1.65; IC 95%: 0.78-3.48) y preeclampsia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo y de corte transversal, cuya finalidad es determinar los estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital docente Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana, octubre-diciembre 2016.

Demarcación geográfica

Este estudio fue realizado en el Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", del cual se encuentra ubicado al Norte Calle Genard Pérez, al sur calle Alexander Fleming, al este calle 39, al Oeste calle Juan 23.

Población

La población estudiada estuvo compuesta por pacientes que asisten a la consulta de salud mental de octubre a diciembre 2016.

Muestra

La muestra está representada por 100 pacientes del área de salud mental.

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidas aquellas personas que asistieran a la consulta del área de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", en el periodo octubre-diciembre 2016.

Fueron excluidas aquellos pacientes que se negaron a colaborar con la investigación y aquellos pacientes que no asistiesen al centro de salud en el periodo previamente establecido.

Fuente de información

Pacientes que asistieron a la consulta de salud mental.

Método de recolección

La recolección de los datos se hizo mediante el uso de cuestionario, observación, y la escala de eventos críticos de Thomas Holmes.

Procesamiento de los datos

La información se procesó mediante el programa Epi-info (7.0)

Análisis de la información

Se utilizó un diseño estadístico descriptivo, los gráficos utilizados fueron: gráfico de barra, gráfico lineal y gráfico de pastel.

Principio ético

Se le garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados por los pacientes, familiares, así como del centro de salud cumpliendo con el consentimiento informado previo a la encuesta y la no maleficencia con los datos obtenidos.

RESULTADOS:

Cuadro 1. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia (Fr)	%
15-25	10	9.9
26-35	9	8.9
36-45	15	14.8
46-55	23	22.7
56-65	28	27.7
66-75	12	12.8
76-85	3	2.9
Total	100	100,0

Los resultados arrojados por las encuestas aplicadas en la consulta de salud mental en el Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", mostraron a una mayoría representada en las edades entre 56-65 con un 27.7 por ciento, seguido de un 22.7 por ciento mostrado en las edades de 46-55 y un 12.8 por ciento de las edades de 66-75.

Cuadro 2. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia (Fr)	%
Soltero	27	27
Casado	27	27
Unión libre	25	25
Divorciado	16	16
Viudo	5	5
Total	100	100.00

Mediante la encuesta aplicada a los pacientes que asisten a la consulta del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", se obtuvo un igual resultado de 27 por ciento en ambos soltero y casado, con unión libre con un 25 por ciento, divorciado con 16 por ciento y viudo con 5 por ciento.

Cuadro 3. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según nivel de educación.

Escolaridad	Frecuencia	%
Bachiller	44	44.44
Básica	34	34.34
Universitaria	12	12.12
Media	7	7.07
Ninguno	2	2.05
Total	99	100.00

En cuanto a la escolaridad 44.44 por ciento de los encuestados reporto haber llegado a bachiller, mientras que un 34.34 por ciento llego a nivel básico, un 12.12 por ciento en nivel universitario, 7.07 por ciento a nivel medio y 2.05 por ciento era analfabeta

Cuadro 4. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según profesión.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	40	40.00
Desempleado	17	17.00
Vendedor	8	8.00
Jubilado	7	7.00
Pensionado	6	6.00
Enfermera	2	2.00
Chofer	2	2.00
Colmadero	2	2.00
Sastre	2	2.00
Estudiante	2	2.00
Agricultor	1	1.00
Camarero	1	1.00
Estilista	1	1.00
Contratista	1	1.00
Ayuntamiento	1	1.00
Licenciado	1	1.00
Mecánico	1	1.00
Obrero	1	1.00
Call Center	1	1.00
Constructor	1	1.00
Auxiliar de farmacia	1	1.00
Zona franca	1	1.00
Total	100	100.00

En los datos obtenidos en la investigación se encontró que un 40 por ciento de los pacientes encuestados eran amas de casa, un 16 por ciento desempleado, un 8 por ciento vendedor, un

7 por ciento jubilado y un 6 por ciento pensionado, para los hallazgos positivos.

Cuadro 5. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según religión.

Religión	Frecuencia	%
Católica	72	72.0
Evangélica	15	15.0
Testigo de Jehová	2	2.0
Pentecostal	2	2.0
Bautista	2	2.0
Protestante	1	1.0
Creyente	2	2.0
Otros	4	4.0
Total	100	100.0

Nuestra investigación salió a relucir una predominancia de la religión católica con un 72%, seguida de evangélica 15 por ciento y un 4 por ciento siendo agnóstico/no creyente.

Cuadro 6. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Santo Domingo	68	68.00
San Cristóbal	18	18.00
Puerto Plata	2	2.00
San Juan	2	2.00
San Pedro de Macorís	2	2.00
Monte Plata	1	1.00
Ocoa	1	1.00
La Romana	1	1.00
Duarte	1	1.00
La Vega	1	1.00
Monte Cristi	1	1.00
Cotui	1	1.00
Yamasa	1	1.00
Total	100	100.00

La encuesta realizada trajo a relucir los siguientes resultados: como mayor lugar de procedencia con un 68 por ciento fue Santo Domingo, seguido de San Cristóbal con un 18 por ciento.

Cuadro 7. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según primera vez que asiste a la consulta.

Primera vez que asiste a la consulta	Frecuencia	%
Si	8	8.0
No	92	92.0
Total	100	100.0

En de los resultados obtenidos mediante la encuesta respecto a la asistencia de pacientes a la consulta de salud mental, se aprecia un 92 por ciento de pacientes que No asisten por primera vez, y un 8 por ciento que si asisten.

En los datos recolectados durante el proceso previamente establecido, relacionado con el motivo de consulta, los resultados nos arrojaron que un 40 por ciento fue por voluntad propia, un 16 por ciento fue referido por especialistas de la salud, seguido por un 9 por ciento que fue recomendado o por problemas familiares.

Cuadro 9. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según hábitos tóxicos.

Alcohol	Frec.	%	Te	Frec.	%
Yes	22	22.00	Yes	47	47.0
No	78	78.00	No	53	53.0
Total	100	100.00	Total	100	100.0
Café	Frec.	%	Tabaco	Frec.	%
Yes	69	69.0	Yes	20	20.0
No	31	31.0	No	80	80.0
Total	100	100.0	Total	100	100.0
Drogas ilícitas	Frec.	%			
Yes	1	1			
No	99	99			

De los hábitos tóxicos que estudiamos con la encuesta, los resultados arrojaron una respuesta positiva en 20 por ciento de Tabaco, 22% de Alcohol, 69 por ciento de Café, un 47 por ciento de Té y con relación a las Drogas ilícitas solo 1 por ciento.

Cuadro 10. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según antecedentes patológicos personales.

Afección renal	Frec.	%	Otros	Frec.	%	Falcemia	Frec.	%
Yes	9	9.0	Cataratas	1	11.1	Yes	1	1.0
No	91	91.0	Gastritis	3	33.3	No	99	99.0
Total	100	100.0	Hepatitis	2	22.2	TOTAL	100	100.0
Asma	Frec.	%	Hernia discal	1	11.1	HTA	Frec.	%
Yes	2	2.0	Inicio Parkinson	1	11.1	Yes	48	48.0
No	98	98.0	Migraña	1	11.1	No	52	52.0
Total	100	100.0	Total	9	100.0	Total	100	100.0
			Diabetes	Frec.	%			
			Yes	16	16.0			
			No	84	84.0			
			TOTAL	100	100.0			

Entre los antecedentes personales patológicos que estudiamos con la encuesta, los resultados arrojaron una respuesta positiva de 48% HTA, 16% Diabetes, 9 por ciento Afección renal, 2 por ciento Asma, 1 por ciento Falcemia.

Cuadro 11. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según enfermedades presentes en familiares.

Enfermedades	Frecuencia	%
No recuerda	12	46.2
Demencia	3	11.5
Depresión	2	7.7
Esquizofrenia	1	3.9
Nerviosa	1	3.9
Alzheimer	2	7.7
Parkinson	1	3.9
Retraso Mental	1	3.9
Suicidio	1	3.9
Trastorno bipolar	2	7.7
Total	26	100.0

En los resultados más relevantes arrojados por la investigación la mayor parte de los resultados nos dieron un 46.15% de personas que No recuerdan la presencia de enfermedad en su familia, seguida de un 11.54 por ciento que fue Demencia

Cuadro 12. Estresores psicosociales en personas que asisten al servicio de salud mental del Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", Santo Domingo, octubre-diciembre 2016. Según Escala de eventos críticos de Holmes.

Escala de Eventos críticos de Thomas Holmes	PSIQ	PSI	Total
Muerte de conyugue	7	5	12
Divorcio	5	1	6
Separación matrimonial	10	2	12
Causas penales	0	1	1
Muerte de un familiar cercano	10	3	13
Lesión o enfermedad personal	8	4	12
Matrimonio	5	1	6
Pérdida de empleo	11	2	13
Reconciliación matrimonial	0	1	1
Jubilación	7	1	8
Cambios en la salud de un familiar	5	0	5
Embarazo	2	0	2
Problemas sexuales	14	1	15
Nacimiento de un hijo	2	1	3
Reajustes en los negocios	4	2	6
Cambio en el estado financiero	22	2	24
Muerte de un amigo muy querido	2	2	4
Cambio a línea diferente de trabajo	0	1	1

Cambio de numero de discusiones con la pareja	2	2	4
Juicio por una hipoteca o préstamo	1	0	1
Cambio de responsabilidad en el trabajo	4	2	6
Uno de los hijos abandona el hogar	8	1	9
Dificultades con los parientes políticos	0	1	1
Logro personal notable	1	2	3
Esposa comienza o deja de trabajar	6	1	7
Inicia o termina la escuela	0	1	1
Cambio en las condiciones de vida	10	2	12
Revisión de hábitos personales	4	0	4
Problemas con el jefe	6	0	6
Cambio de horario o condiciones de trabajo	2	1	3
Cambio de residencia	8	1	9
Cambio de escuela	0	1	1
Cambio de recreación	11	2	13
Cambio en las actividades sociales	22	4	26
Hipoteca o préstamo menor	3	1	4
Cambio en los hábitos del sueño	27	5	32
Cambio en el número de reuniones familiares	2	2	4
Cambios en los hábitos alimentarios	13	4	17
Vacaciones	0	1	1
Total	244	64	308

La encuesta realizada en el periodo preestablecido nos muestra una mayor incidencia del estresor "Cambios en el habito del sueño" (11.06 por ciento en Psiquiatría) (7.81% en Psicología) (10.38% en total).

DISCUSIÓN

Se realizó una investigación en el Hospital "Dr. Salvador B. Gautier", cuyo objetivo general fue determinar los estresores psicosociales en los pacientes que asisten a la consulta de salud mental, aplicado a una muestra de 100 pacientes.

El sexo más afectado fue el femenino (61%) con una muestra de 100 pacientes, donde la edad más frecuente fue 56-65 años (27.7%), la cual difiere de la investigación sobre estresores psicosociales desencadenante de trastorno bipolar. 2012, donde el sexo más afectado fue el masculino (57.9%) con una muestra de 22 casos, donde la edad más frecuente fue 31-40 (36.8%).²

El estado civil tanto casados como solteros se encontró igual resultado con un 27 por ciento, el cual coincide con la investigación sobre estresores psicosociales desencadenante de trastorno bipolar. 2012, en donde el estado civil más frecuente fue el soltero con 30 casos (78.9%).²

En cuanto al nivel de escolaridad la mayor concentración fue bachiller (44%) la cual difiera de la investigación sobre estresores psicosociales en hospitalizados con diabetes. 2013. donde el nivel de escolaridad predominante fue el básico (40.42%).³

Con respecto a la ocupación en donde las amas de casa lideran los resultados con (40%), la cual coincide con la investigación sobre estresores psicosociales en hospitalizados con diabetes. 2013. en donde las amas de casa lideran los resultados con (25.53%).³

En lo que concierne a la religión, los católicos predominan los resultados con (72%) la cual coincide con la investigación sobre estresores psicosociales e adolescentes embarazadas. 2014 predominando los católicos con un (53%).¹

La procedencia en donde el mayor número de personas provienen de Santo Domingo con un (68%), la cual coincide con la investigación sobre Estresores psicosociales en hospitalizados con diabetes. 2013. En donde (70%) provienen de Santo Domingo.³

En los hábitos tóxicos, se pudo observar que el más predominante fue el café con (69%), la cual coincide con la investigación sobre estresores psicosociales desencadenante de trastorno bipolar. 2012. En donde el (34%) también fue el café.²

El Estresor psicosocial más impactante fue "cambios en el ámbito del sueño" con una frecuencia de (22%) en el hombre y (30%) en la mujer, la cual difiere de la investigación sobre estresores psicosociales desencadenante de trastorno bipolar. 2012, en donde el estresor más impactante fue "muerte de un familiar" con una frecuencia (22%) en el hombre y (16%) en la mujer.²

El estresor psicosocial de mayor presencia en la investigación fue: en ambos sexos predominó el estresor "Cambios en los hábitos del sueño". La población de estudio predominante fue el sexo femenino, en el rango de edad de 56-65 años. En el estado civil se encontró un igual resultado entre los casados y solteros. El nivel de escolaridad de mayor concentración presente en el estudio fue perteneciente al nivel bachiller. Dentro de las ocupaciones de los encuestados, amas de casa lidera los resultados. La religión más frecuente fue la católica. La Locación de donde procede el mayor número de personas fue Santo Domingo. El mayor porcentaje de los pacientes no asistieron por primera vez a la consulta. Los estresores más predominantes en el área de psicología fue La muerte de un conyugue y cambios en los hábitos del sueño. El estresor más predominante en el área de psiquiatría fue Cambios del hábito del sueño. El motivo de consulta que domino las encuestas en el estudio fue Voluntad propia. De los hábitos tóxicos estudiados se demostró que el Café fue el más popular. De los antecedentes personales patológicos el de mayor presencia fue Hipertensión Arterial. Dentro de los antecedentes psicológicos y psiquiátricos familiares determinados en los estudiados el mayor valor positivo fue demencia

RECOMENDACIONES

Al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

- Ampliar o extender el horario de consulta de salud mental para cubrir mejor la demanda de los pacientes que asisten a dicha consulta.
- Dotar al departamento de salud mental con los equipos

e insumos necesarios para resolver ante cualquier eventualidad.

A los familiares.

- Instruir a los familiares para que sean más comprensivos y pacientes, que tengan mejor supervisión y continuidad del tratamiento y las consultas, para mayor entendimiento y brindar mejor atención.

A la Secretaria de Salud Pública (SESPAS).

- Implementar un programa dirigido a orientar a la población (Amas de casa) que ha demostrado ser la más afectada, no solo en nuestro estudio, también en investigaciones anteriores, con el fin de prevenir futuras complicaciones.
- Iniciar de campañas de concientización sobre las distintas afecciones que más inciden en la población, con la finalidad de eliminar los tabúes.

REFERENCIAS

1. Medrano A., Reinoso K, Lizardo E. Estresores psicosociales en adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el Hospital materno-infantil San Lorenzo de los Mina en el periodo Noviembre 2013-Enero 2014. Santo Domingo. Tesis de grado para el título de Doctor en Medicina.
2. Santana E., Morillo E., Pimentel I. Estresores psicosociales desencadenantes de trastornos bipolar en personas asistidas en la unidad de intervención en crisis del Hospital psiquiátrico "Padre Billini" Enero junio 2012 Santo Domingo. Tesis de grado para optar por el título de Doctor en Medicina.
3. Santana H. Paniagua C. Beltre H. Estresores psicológicos en personas hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2, en el instituto nacional de diabetes, endocrinología y nutrición (INDEN), Octubre-Diciembre 2013 Santo Domingo. Tesis de grado para optar por el título de Doctor en Medicina.
4. Chung, K., & Stephanie, E. (2014). Estresores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2011.
5. Ruiz Hugo, estrés psicosocial (2016) <http://www.monografias.com/trabajos88/estres-psicosocial/estres-psicosocial.shtml>
6. Reyes Gómez, Laura Verónica; Dario Ibarra Zavala; Maria E. Rolanda Torres Lopez y Rocio Selene Razo Sanchez "El estrés como un factor de riesgo en la salud: análisis diferencial entre docentes de universidades públicas y privadas"
7. Revista Digital Universitaria [en línea]. 2 de julio de 2012, Vol. 13, No.7. Disponible en Internet: <<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art78/index.html>> ISSN: 1607-6079.
8. Juan Carlos Sierra, Virgilio Ortega, ihabZubeidat. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar e Subjetividad/ Fortaleza 2003; III

- (No.1): 10-59.
9. Cabeza, K. (2016). Factores estresores comunes en deportistas Chilenos de alto rendimiento y sus respectivas estrategias de afrontamiento. *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad*, (5), 97-123.
 10. MuñozMaritza, OlivaPatricio, los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente 2014 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500003
 11. Los Estresores Cotidianos Y Los Estresores Biogenicos". *Psicologia-online.com*. Web. 2 Mar. 2017
 12. Muñoz C. (2014). factores genéticos y de personalidad de vulnerabilidad-protección al estrés en una muestra de médicos internos residentes : aplicación desde la prevención de riesgos laborales. Madrid, 2014. Pag. 39.
 13. De Camargo B., Estrés, síndrome general de adaptación O reacción General De Alarma. *Revista Médico Científica*, Vol. 17, No. 2. Pag. 81-83.
 14. Morrison J, Cotera Gabriela Enríquez, Javier Mendoza Velásquez José. *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. México D.F.: El Manual Moderno; 2015.
 15. Rosales R. Estrés y salud, Universidad de Jaen, 2014. Pag. 8.
 16. Aaron T. Beck, Emily A. P. Haigh. *Annu. El Modelo Cognitivo Genérico*. *Rev. Clin. Psychol.* 2014. 10: 1-24
 17. Terreros A. Torres E. Vinuesa D. "Nivel De Estrés En Los Niños De La Escuela Daniel Hermida, Cuenca 2014. Universidad de Cuenca, Ecuador. 2015.
 18. Los Estresores Cotidianos Y Los Estresores Biogenicos". *Psicologia-online.com*. Web. 2 Mar. 2017
 19. ASEPS. "Manual De Psicopatología II - Amparo Belloch . Bonifacio Sandín . Francisco Ramos. Volumen II". *Academia.edu*. N.p., 2009. Web. 2 Mar. 2017
 20. Bonifacio Sandín. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2002; III (No.1): 141-157.
 21. Aranda Beltrán, Carolina, & Ibarra Martínez, Antonio de Jesús. (2014). Factores psicosociales y trastornos psíquicos en trabajadores de una empresa maquiladora de electrónica, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 23(1), 50-57. Retrieved September 12, 2016, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100009&lng=en&tlng=es.
 22. Martínez, G. A. R. (2014). La presión como factor estresor en el entorno laboral publicitario. *POLIANTEA*, 9(17), 67-86.
 23. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
 24. Vales, L. (2012). *Psicobiología del estrés*. Leira, M. *Manual de Bases Biológicas del comportamiento humano* UdelaR.
 25. Vega, M. M. C., Fuentealba, N. G., & Igor, M. S. (2013). Factores psicosociales, stress y su relación con el desempeño: comparación entre centros de salud. *Salud de los Trabajadores*, 21(2), 111-128.
 26. Cabanach, R. G., Gestal, A. S., Rodríguez, C. F., & Canedo, M. D. M. F. (2015). Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1).
 27. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*. 5a Edición. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
 28. Estrés en universitarios. Cuestión de la facultad de químico farmacobiología de la UMSNH. Ma. Marín Laredo M. Enero - Junio 2015
 29. Marín C, Londoño N, Juárez F, Giraldo F, Ramírez. Prevalencia de trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín – Colombia, 2012.
 30. Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. Del Valle-López P, Bermúdez Navas E. Vol. 14, Núm. 54 (2016) > Del Valle-López
 31. Cassullo, G. L., & García, L. (2015). Estudio de las Competencias Socio Emocionales y su Relación con el Afrontamiento en Futuros Profesores de Nivel Medio. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18(1), 213-228.
 32. Silla, J. M. P. (2015). Nuevas tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales.
 33. González, M. L., & Vives, J. F. (2015). Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 14(2), 276-300.

INTERFERÓN ALFA -2 BETA COMO TERAPIA COADYUVANTE EN CIRUGÍA DE PTERIGIÓN RECIDIVANTE. CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT).

Katherine Mercedes Rivera Fani,* Judith Portorreal,** Rubén Darío Pimentel.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con casos y controles, dirigido a determinar la eficacia del interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - Marzo, 2016. Se incluyeron 32 pacientes divididos en dos grupos, Grupo 1 (de casos): a quienes se realizó cirugía con colocación de membrana amniótica más preparado de interferón alfa 2 beta y grupo 2 (de controles): a quienes solo se realizó escisión quirúrgica más colocación de membrana amniótica. La recidiva posquirúrgica en el grupo de casos fue de 43.7 por ciento, en el grupo control fue 75 por ciento. La recidiva posquirúrgica en el grupo de casos fue 66.7 por ciento en pacientes con 2 recidivas; en el grupo de los controles 100 por ciento de los que presentaban 2 recidivas previas presentaron nueva recidiva. Los efectos adversos del interferón en el grupo de casos se presentaron en 1 paciente (5.3 por ciento) correspondiendo a quemosis, 94.7 por ciento de los pacientes del grupo no presentó efectos adversos.

Palabras claves: pterigión recidivante, membrana amniótica, interferón alfa 2 beta, recidiva

ABSTRACT

A prospective, cross-sectional, case-control study was conducted to determine the efficacy of interferon alfa-2 beta as adjuvant therapy in recurrent pterygium surgery. Cardio-Neuro Ophthalmologic Center and Transplantation (CECANOT). February, 2015 - March, 2016. Thirty-two patients were divided into two groups: Group 1 (from cases): where surgery was performed with amniotic membrane placement plus interferon alpha 2 beta and group 2 (from controls): where Surgical excision plus amniotic membrane placement was performed. The postoperative recurrence in the group of cases was 43.7 percent, in the control group it was 75 percent. The postoperative recurrence in the group of cases was 66.7 percent in patients with 2 recurrences; In the group of controls 100 percent of those with 2 previous recurrences presented

new relapse. Adverse effects of interferon in the group of cases occurred in 1 patient (5.3 percent) corresponding to chemosis, 94.7 percent of patients in the group had no adverse effects.

Key words: recurrent pterygium, amniotic membrane, interferon alfa 2 beta, relapse

INTRODUCCIÓN

El Pterigión es una lesión benigna de la superficie ocular, se define como una degeneración primaria y una patología hiperplásica de la conjuntiva que aparece como una neoformación fibrovascular que se extiende desde la conjuntiva para invadir la córnea.¹ Esta es común en países tropicales, donde se ha asociado con los efectos de la radiación ultravioleta.

El manejo del pterigión incluye tratamiento médico, sin embargo su tratamiento definitivo es quirúrgico.

Se considera un pterigión como primario cuando se presenta por primera vez en la conjuntiva, sin embargo, si luego de la cirugía este resurge en la misma localización de donde fue resecado se denomina pterigión recidivante. El manejo de este último es más complicado, ya que sus características suelen ser más agresivas que la del pterigión primario, representando, por este motivo un gran reto para el oftalmólogo.

Debido a la alta recidiva del pterigión primario luego de la intervención quirúrgica han surgido numerosas técnicas y procedimientos como un intento para reducir la misma. Estos procedimientos se han agrupado de acuerdo al método de escisión y la forma de manejar el defecto creado.²

Luego de la escisión, el lecho de esclera desnuda resultante puede dejarse expuesto o cubrirse, ya sea mediante conjuntiva cercana al defecto con suturas o mediante un *flap* pedicular de conjuntiva limbal superior; así como también mediante técnicas de transposición.²

Las terapias coadyuvantes, han surgido, como respuesta a la necesidad de reducir de forma significativa la probabilidad de recurrencia; entre estos tenemos: radiación beta, Thiotepa, mitomicina C, 5-fluoracilo, ciclosporina A o daunorubicin, entre otros. Estas terapias se han asociado en forma variable a complicaciones, incluyendo: el retraso de la recuperación del epitelio, queratitis *puntata* superficial, ulceración escleral,

*Oftalmóloga egresada del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar –CECANOT.

**Oftalmóloga ce CECANOT

*****Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

infecciones microbianas, glaucoma y en el peor de los casos Endoftalmitis.²

Antecedentes

El pterigión es una lesión benigna de la conjuntiva, su tratamiento es simple y consiste en la remoción quirúrgica del mismo, sin embargo, se ha reportado que aproximadamente un 40 por ciento recidiva, pudiendo variar el porcentaje de recidiva de acuerdo a la técnica quirúrgica empleada; así, con la técnica de esclera desnuda la recidiva es de 25-90 por ciento, con el trasplante autólogo de conjuntiva la recidiva es de 10-50 por ciento.¹

En otras series se ha reportado, en cuanto a la recurrencia del pterigión recidivante reintervenido, que en pacientes en los que se practica cirugía de resección más autoinjerto conjuntival la tasa de recurrencia es de 21.4 por ciento, mientras en pacientes intervenidos de pterigión recidivante con la técnica de membrana amniótica la recurrencia fue de 52.6 por ciento; demostrándose así que el implante de membrana amniótica como técnica para cirugía de pterigión recidivante presenta mayor recurrencia que el uso del autoinjerto, sin embargo, es la técnica de elección en casos avanzados, especialmente bilaterales y en pacientes con altas probabilidades de desarrollo de glaucoma, o que estén en espera de cirugía de glaucoma.²

Recientemente han surgido evidencias que demuestran el efecto benéfico de drogas antineoplásicas que se han usado para el tratamiento de neoplasias corneales y conjuntivales, tal es el caso del Interferón Alfa-2 Beta, que es una glicoproteína natural producida por los leucocitos que inhibe las proteínas de la matriz extracelular producida por los fibroblastos. Se ha sintetizado como Interferón Alfa 2-Beta (INTRON - A laboratorios Schering Plough Kenil Worth, NJ) y es usado en forma tópica para el Papiloma Invertido de conjuntiva. Se ha demostrado que el uso tópico no causa ningún efecto adverso sobre córnea y conjuntiva.¹

En investigaciones llevadas a cabo en Venezuela, por los doctores Calderón, Almeida, Prieto *et al* se observó una buena respuesta de cicatrización y vascularización del trasplante conjuntival luego del uso de interferón alfa 2 beta tópico como coadyuvante; además al 5to día de tratamiento comenzó a desaparecer el residuo fibroso denso corneal donde estaba adherido el pterigión, sin observarse ningún efecto adverso durante el tiempo del tratamiento y no se evidenció recidiva de la lesión en ningún paciente. Por lo cual concluyen los autores en que el uso del mismo es una excelente alternativa en el tratamiento coadyuvante de la cirugía de pterigión recidivante.¹

El doctor Indacochea estudió el uso del interferón alfa 2 beta tópico en pacientes con pterigión grado IV, con 2 o 3 cirugías previas, la técnica quirúrgica de acuerdo al protocolo incluyó resección de pterigión + plastia libre autóloga o membrana amniótica + Interferón Alfa 2 Beta, reportando que los pacientes lograron mejorar su visión, la córnea no se adelgazó y el astigmatismo inducido no fue alto, se observó

durante 1 año y posterior 2 años la recurrencia del tejido, la neovascularización y en el 100 por ciento hasta la fecha no presentan tejidos malignos que vuelven a crecer.³

Justificación

La cirugía de pterigión y la alta recidiva representan un reto para el oftalmólogo, y mucho más en países como el nuestro donde la luz ultravioleta juega un papel importante.¹

Puesto que en nuestro país la incidencia de glaucoma es alta, el uso de membrana amniótica como técnica quirúrgica del pterigión recidivante es excelente elección, ya que nos permite conservar la arquitectura conjuntival y mantener la posibilidad de un procedimiento quirúrgico futuro para Glaucoma.

Entre las propiedades beneficiosas que nos ofrece el uso de la membrana amniótica en la cirugía de pterigión recidivante, cabe destacar las siguientes:

- Baja antigenicidad⁴
- Fácil de adquirir y conservar a bajo costo⁵
- Disminución significativa de la inflamación⁶
- Disminución de la posibilidad de neovascularización⁶
- Favorece la epitelización de las células sanas conservando su fenotipo⁶
- Tiempo quirúrgico menor que una plastia conjuntival⁶

Sin embargo, la recurrencia del pterigión con el uso de membrana amniótica según estudios publicados, es alta, con hasta 53 por ciento de los casos.¹ Los fibroblastos tienen un importante papel en esta recurrencia, ya que son activados por rayos ultravioletas que generan una elastina anormal, que no puede ser degradada por la elastasa, por lo que ira acumulándose en el tejido, también liberan factores de crecimiento, especialmente factor de crecimiento transformante beta y citoquinas pro-angiogénicas que van a favorecer la recidiva.³ El Interferón Alfa-2 Beta, que es una glicoproteína natural producida por los leucocitos que inhibe las proteínas de la matriz extracelular producida por los fibroblastos actúa inhibiendo la acción de los fibroblastos, por lo cual se ha planteado su uso como terapia coadyuvante en cirugía de Pterigión, como estrategia para disminuir la recidiva.³

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se llevó a cabo un estudio en el cual se utilizó el Interferón Alfa 2- Beta en el tratamiento postoperatorio del Pterigión recidivante con la finalidad de Disminuir o evitar las recidivas, valorando a su vez, la posibilidad de rescatar con el uso del mismo las propiedades y beneficios del implante de membrana amniótica.

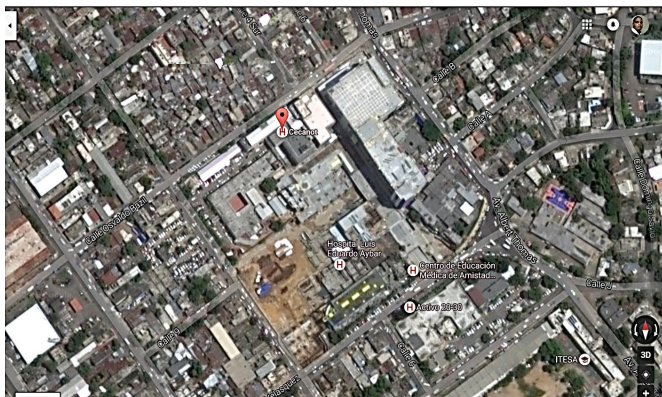
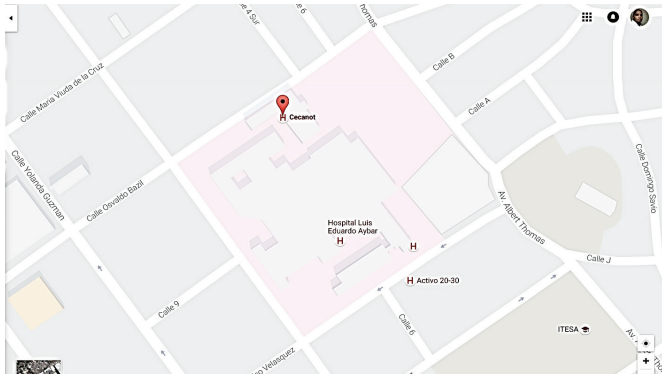
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con casos y controles, dirigido a determinar la eficacia del interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016.

Área de estudio

El Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) forma parte de la ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, ubicado en la calle Federico Velásquez número 1, el Sector María Auxiliadora, corresponde al área de salud IV, Región Metropolitana; Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado al Norte por la Calle Osvaldo Bazil; al Sur, por la Calle Federico Velásquez; al Oeste, por la Calle Federico Bermúdez; al Este, por la Calle Albert Thomas. (Ver mapa cartográfico y vista aérea)



Universo

Conformado por 8, 796 pacientes asistidos en la consulta de oftalmología general en el Centro Cardio- Neuro Oftalmológico y Trasplante. Febrero, 2015 - marzo, 2016.

Muestra

Conformada por 32 pacientes, con diagnóstico de pterigión recidivante en el Centro Cardio- Neuro Oftalmológico y Trasplante. Febrero, 2015 - marzo, 2016.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes adultos (≥ 18 años)
2. Diagnóstico de Pterigión recidivante
3. 6 meses o más de cirugía previa
4. Aceptación de consentimiento informado

De exclusión

1. Patologías cicatriciales de la superficie ocular

2. Patologías sistémicas como enfermedades vasculares y colagenopatías
3. Falta de cumplimiento del seguimiento
4. No apego al tratamiento

Instrumento de recolección de los datos

Se elaboró un formulario mixto, compuesto por 6 preguntas abiertas y 5 preguntas cerradas, entre estas se encuentran preguntas relacionadas a datos sociodemográficos, así como preguntas relacionadas a la patología en cuestión.

Procedimiento

Para llenar el formulario, la sustentante procedió a revisar los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de pterigión recidivante, en el periodo febrero 2015- marzo 2016 (ver anexo IV.6.1); así también, parte de los datos fue obtenida mediante la evaluación directa de los pacientes durante sus consultas de seguimiento. Con la finalidad de incluirlos en el presente estudio fue solicitada la aprobación del protocolo por dichos pacientes y al obtenerse su permiso estos fueron distribuidos en dos grupos:

Grupo 1 (de casos): donde se realizó escisión quirúrgica con colocación de membrana amniótica más preparado de interferón alfa 2 beta

Grupo 2 (de controles): donde solo se realizó escisión quirúrgica más colocación de membrana amniótica.

Las informaciones contenidas en dicho formulario fueron obtenidas de los expedientes clínicos, así como de las evaluaciones subsiguientes realizadas a los pacientes en sus visitas de seguimiento.

Tabulación

Para la tabulación de los datos fue utilizado el programa Microsoft Excel 2013 y el paquete de programas SPSS, IBM.

Análisis

Los datos de la presente investigación fueron analizados en frecuencia simple.

Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁷⁶ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁷⁷ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT), cuya aprobación fué requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados

con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los pacientes contenida en los expedientes clínicos fué protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente pudieran identificar a cada persona, de manera desvinculada del resto de la información proporcionada, contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada de otros autores, fué justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro 1. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución según Eficacia del tratamiento

Recidiva	Tratamiento			
	Casos		Controles	
Posquirúrgico	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	7	43.7	12	75.0
No	9	56.3	4	25.0
Total	16	100.0	16	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

56.3 por ciento de los casos no presentó recidiva, siendo en estos el tratamiento con interferón eficaz. Sin embargo en el grupo de controles, la cirugía de implante de membrana amniótica solo fue eficaz en un 25 por ciento de los pacientes. (Ver anexo IV.6.3)

Cuadro 2. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución por edad

Casos								
Edad (años)	Sin recidiva	%	Recidiva	%	Sin recidiva	%	Recidiva	%
< 30	1	25.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0
30-39	0	0.0	2	16.7	0	0.0	1	9.1
40-49	2	50.0	1	8.3	0	0.0	4	36.4
50-59	1	25.0	3	25.0	2	40.0	4	36.4
≥ 60	0	0.0	5	41.7	3	60.0	2	18.2
Total	4	100.0	12	100.0	5	100.0	11	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

En el grupo de casos, 41.7 por ciento de los pacientes con recidiva se encontraba en edad ≥ 60 años y en el grupo control 36.4 por ciento se encontraba en edades comprendidas entre 40-49 años y 36.4 por ciento de 50-59 años.

Cuadro 3. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución por sexo

Sexo	Casos				Controles			
	Sin recidiva	%	Recidiva	%	Sin Recidiva	%	Recidiva	%
Femenino	8	50.0	2	12.5	2	12.5	6	37.5
Masculino	1	6.3	5	31.3	2	12.5	6	50.0
Total	9	56	7	43.8	4	25.0	12	87.5

Fuente: Expedientes clínicos

De 43.8 por ciento de las recidivas del grupo de casos, 31.3 por ciento se presentó en el sexo masculino y 12.5 por ciento en el sexo femenino. Del 75% por ciento de los casos que recidivaron en el grupo de controles 50.0 por ciento se presentó en el sexo masculino y 25.0 por ciento en el femenino.

Cuadro 4. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución por grado de pterigión

Grado del Pterigión	Tratamiento			
	Casos		Controles	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dos	10	62.5	11	68.7
Tres	5	31.3	5	31.3
Cuatro	1	6.2	0	0
Total	16	100.0	16	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

En el grupo de casos 63 por ciento de los pacientes presentaban pterigión grado dos y 31.3 por ciento presentaba grado 3. En el grupo de los controles 68.7 por ciento tenían pterigión grado 2 y 31.3 por ciento grado 3.

Cuadro 5. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución según cantidad previa de recidiva

Cantidad de Recidivas	Tratamiento			
	Casos		Controles	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	12	75	10	62.5
2	3	18.8	4	25
3	1	6.2	2	12.5
Total	16	100.0	16	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

En el grupo de casos 75 por ciento presentaba 1 recidiva previa y 18.8 por ciento 2 recidivas; En el grupo de controles 62.5 por ciento presentaba 1 recidiva previa y 25 por ciento 2.

93.7 por ciento de los pacientes del grupo 1 no presentó efectos adversos y 6.3 por ciento, equivalente a un paciente, presentó quemosis.

Cuadro 8. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Relación entre grado de pterigión y recidiva posquirúrgica

Grado del Pterigión	Tratamiento									
	Casos					Controles				
	Recidiva post quirúrgico					Recidiva post quirúrgico				
	Sí	%	No	%	Total	Sí	%	No	%	Total
Dos	3	30.0	7	70.0	10	8	72.7	3	27.3	11
Tres	3	60.0	2	40.0	5	4	80.0	1	20.0	5
Cuatro	1	100.0	0	0.0	1	0	0.0	0	0.0	0
Total	7		9		16	12		4		16

Fuente: Expedientes clínicos

En el grupo de los casos 30 por ciento de los pterigión grado dos recidivó nueva vez, y 100 por ciento de los grado 4. En el grupo de controles 72.7 por ciento de los grado dos recidivó y 80 por ciento de los grado 3. Observamos que en el grupo de casos la tasa de recurrencia del pterigión fue menor cuando es grado 2 (30 por ciento), sin embargo, para el grupo control la recidiva fue alta en todos los grados de pterigión (72.7 por ciento grado dos, 80 por ciento grado tres).

Cuadro 6. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución según el tiempo de primera recurrencia

Tiempo de la Recurrencia (meses)	Tratamiento			
	Casos		Controles	
	Frec.	%	Frec.	%
< 12	7	43.7	9	56.2
12 - 24	2	12.5	5	31.3
25 - 36	2	12.5	1	6.3
37 - 48	0	0.0	0	0.0
> 48	5	31.3	1	6.3
Total	16	100.0	16	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

44.7 por ciento de los casos presento recidiva en un tiempo menor a 12 meses y 56.2 por ciento de los controles recidivó en menos de 12 meses.

Cuadro 7. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución según efectos adversos del interferón

Efectos Adversos	Interferon	
	Frecuencia	%
Ninguno	15	93.7
Quemosis	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 10. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución según el tiempo de recidiva

Tiempo de Recidiva	Tratamiento			
	Interferon		Sin interferon	
Post quirúrgica (meses)	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1- 3	0	0.0	1	8.3
4 - 6	3	42.9	3	25.0
7 - 9	4	57.1	2	16.7
10 - 12	0	0.0	6	50.0
Total	7	100.0	12	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

57 por ciento de los pacientes del grupo de casos recidivó en 7-9 meses y 50 por ciento de los controles en un periodo de 10-12 meses

Cuadro 11. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015- marzo, 2016. Relación entre el grado de pterigión y tiempo de recidiva posquirúrgica

Tiempo de Recidivas	Tratamiento											
	Interferon						Sin interferon					
Post	Grado del Pterigión						Grado del Pterigión					
Quirúrgica	2	%	3	%	4	%	2	%	3	%	4	%
1- 3 m.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0
4 - 6 m.	1	33.3	1	33.3	1	100.0	2	25.0	1	25.0	0	0
7 - 9 m.	2	66.7	2	66.7	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0
10 - 12 m.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	37.5	3	75.0	0	0
Total	3	100.0	3	100.0	1	100.0	8	100.0	4	100.0		

Fuente: Expedientes clínicos

En el grupo de casos, los pterigiones grado 2 y grado 3 recidivaron en un periodo de 7-9 meses en 66.7 por ciento cada uno; en el grupo de controles hubo recidiva entre 10-12 meses en el grado 2 en 37.5 por ciento de los pacientes y en el grado 3, en 75 por ciento.

Cuadro 12. Interferón alfa -2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante. Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y trasplante (CECANOT). Febrero, 2015 - marzo, 2016. Distribución según recurrencia conjuntival

Recurrencia Conjuntival	Tratamiento			
	Casos		Controles	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Sí	3	33.3	2	50.0
No	6	66.7	2	50.0
Total	9	100.0	4	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

En el grupo de casos, se reportó recurrencia conjuntival en 33.3 por ciento de los pacientes y en el grupo control en un 50 por ciento.

DISCUSIÓN

Es importante tener en cuenta que hasta el momento no encontramos publicaciones sobre la combinación de membrana amniótica e interferón como terapia coadyuvante en cirugías de pterigión recidivante, así también tener presente que no

es lo mismo hablar de resultados en cirugía de pterigión primario que en casos de pterigión recidivante, siendo la tasa de recurrencia en estos últimos duplicada.

En un estudio realizado por Luanratanakorn⁷³ en Tailandia, con 19 casos de pterigión recidivado, intervenidos con membrana amniótica obtuvieron una recurrencia de 52.6 por ciento, siendo esto superado por el 75 por ciento de los casos de recidiva en los pacientes del grupo control del presente estudio.

En Estados Unidos, Prabashawat *et al*⁷⁴ reportó 37.5 por ciento de recidivas en cirugías de pterigión recidivado con membrana amniótica; Abdelrahman⁷⁶*et al*, en Arabia Saudita, en el año 2011, reportaron para la misma técnica quirúrgica 30 por ciento de recidiva; mientras que Kucukerdonmez *et al*,⁷¹ en Turquía, describe 18.2 por ciento de recidiva con el uso de la membrana amniótica.

Llama así la atención nuestra alta tasa de recidivas (75 por ciento), quizás atribuible a la gran cantidad de factores de riesgo para recidiva presente en nuestro país, tales como: la raza, la ubicación geográfica y la exposición prolongada a los rayos ultravioletas sin adecuada protección.

Si bien, nuestra tasa de recidiva fue elevada en cirugía de resección de pterigión mas implante de membrana amniótica, observamos cómo hay una reducción significativa de la recurrencia al agregar interferón alfa 2 beta como terapia coadyuvante, comparando nuestra tasa de 75 por ciento de recidiva en cirugías sin uso de interferón, con el 43.75 por ciento de recidivas con el uso coadyuvante del mismo.

Estos resultados son relevantes para aquellos pacientes que tienen pterigión recidivante, pero que se prefiere no tocar la conjuntiva para autoplastia; por ejemplo: pacientes con glaucoma o riesgo alto de padecerlo y alteraciones de la superficie ocular.

El interferón alfa 2 beta es muy asequible, se encuentra disponible a bajo costo, es de fácil uso por el paciente, sin efectos adversos reportados en la literatura internacional y que definitivamente mejora los resultados en cirugía de pterigión recidivante.

Calderón *et al*² evaluaron los resultados del uso de interferón alfa 2 beta como terapia coadyuvante en cirugía de pterigión recidivante con autoplastia, reportando una buena respuesta de vascularización y cicatrización en el autoimplante conjuntival; al quinto día iniciaba la desaparición del tejido denso corneal y no se reportó efecto adverso; en cambio, en nuestro estudio se reporta un efecto adverso, correspondiente a quemosis, en un solo paciente.

CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. La terapia coadyuvante con interferón alfa 2 beta para cirugía de implante de membrana amniótica en casos de pterigión recidivante es eficaz en 56.3 por ciento de los casos, presentándose recidiva en 43.7 por ciento de los pacientes.
2. La edad afectada por nueva recidiva en el grupo de casos fue ≥ 60 años en 41.7 por ciento de los pacientes y en el grupo control 36.4 por ciento se encontraba en edades comprendidas entre 40-49 años y 36.4 por ciento de 50-59 años.
3. En cuanto al sexo afectado, en el grupo de casos, de un total de 43.8 por ciento de recidivas, 31.3 por ciento se presentó en el sexo masculino y 12.5 por ciento en el sexo femenino. De 87.5 por ciento de los casos que recidivaron en el grupo de controles, 50.0 por ciento se presentó en el sexo masculino y 37.5 por ciento en el femenino.
4. El grado de pterigión predominante en el grupo de casos fue el grado dos con 63 por ciento. En el grupo de los controles 69 por ciento tenían pterigión grado 2 y 31 por ciento grado 3.
5. La cantidad de recidiva previa en el grupo de casos fue 1 en 75 por ciento de los pacientes y 2 en 18.8 por ciento; En el grupo de controles 62.5 por ciento presentaba 1 recidiva previa y 25 por ciento 2.
6. La recidiva posquirúrgica en el grupo de casos fue 33.3

por ciento en pacientes con 1 recidiva y 66.7 por ciento en pacientes con 2; en el grupo de los controles 80 por ciento de los pacientes con 1 recidiva previa volvió a recidivar y 100 por ciento de los que presentaban 2 recidivas previas presentaron nueva recidiva.

7. El tiempo de recidiva en el grupo de casos fue menor a 12 meses en 43.7 por ciento de los casos; 56.2 por ciento de los controles recidivó en menos de 12 meses
8. Los efectos adversos del interferón en el grupo de casos se presentaron en 1 paciente (5.3 por ciento) correspondiendo a quemosis, 93.7 por ciento de los pacientes del grupo no presentó efectos adversos.
- 9.
10. La recidiva posquirúrgica según el grado de pterigión fue: en el grupo de casos 30 por ciento para el grado dos y 100 por ciento para los grado 4. En el grupo de controles 72.7 por ciento de los grado dos recidivó y 80 por ciento de los grado 3.
11. El tiempo de recidiva posquirúrgica fue 7-9 meses en 57.1 por ciento de los pacientes del grupo de casos y en el grupo de control, el periodo de 10-12 meses represento 50 por ciento.
12. En el grupo de casos, los pterigiones grado 2 y grado 3 recidivaron en un periodo de 7-9 meses en 66.7 por ciento para cada grado; en el grupo de controles hubo recidiva entre 10-12 meses en el grado 2 en 37.5 por ciento de los pacientes y en el grado 3, en 75 por ciento.
13. La recurrencia conjuntival en el grupo de casos fue de 33.3 por ciento y en el grupo control fue 50 por ciento.

RECOMENDACIONES

1. Valorar el uso de interferón alfa 2 beta en combinación con otras técnicas quirúrgicas para pterigión recidivante
2. Aplicar el uso de interferón alfa 2 beta en caso de pterigión primario

REFERENCIAS

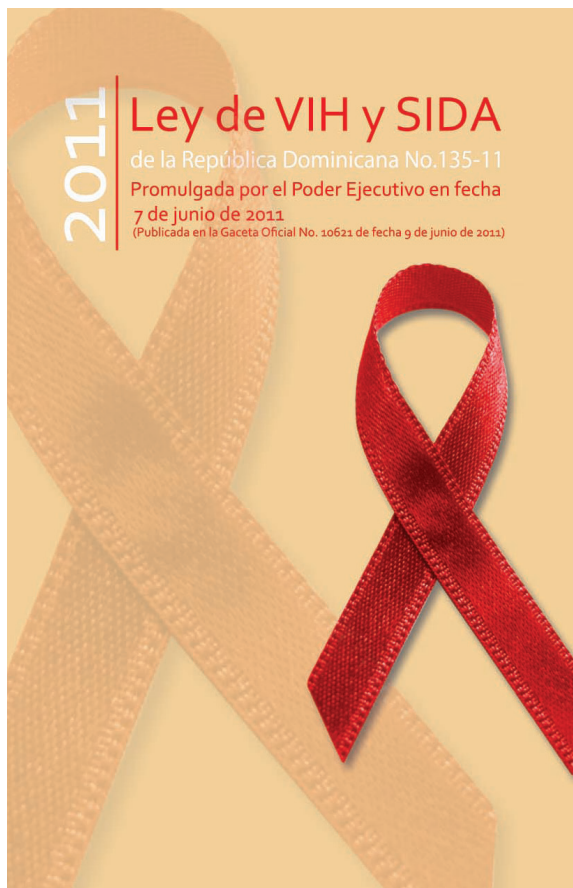
1. Calderón J, De Almeida J, Prieto J, Savino D. Uso de Interferón Alfa -2 Beta como Tratamiento Coadyuvante en la Cirugía de Pterigión. Rev. Oftalmol. Venez. 2004; 60(4): 172-174.
2. Luanratanakorn P, Ratanapakorn T, Suwanapichon O, Chuck R. Randomized controlled study of conjunctival autograft versus amniotic membrane graft in pterygium excision. The British Journal of Ophthalmology. 2006;90(12):1476-1480.
3. Indacochea, J. Uso de interferón alfa 2-B en pterigium recidivante. Rev Salud diario opinión. Machala, Ecuador. Revista en internet 2013 Dic.
4. Adinolfi M, McColl I, Fensom A. Expression of HLA antigens, beta-2-microglobulin and enzymes by human amniotic epithelial cells. Nature 1982;295:325.
5. Koizumi N, Inatomi T, Sotozono C. Growth factor mRNA and protein in preserved human amniotic membrane. Curr Eye Res 2000;20:173

6. Boudreau N, Werb Z, Bissell M. Suppression of apoptosis by basement membrane requires threedimensional tissue organization and withdrawal from the cell cycle. *Proc Natl Acad Sci USA* 1996;93:3500-13
7. Sayers D. Eficacia de la plastia libre conjuntiva en el abordaje del pterigión nasal y temporal. Técnica de doble corona en fundación oftalmológica del caribe de abril 2011 junio 2012. [Tesis doctoral]. Colombia, 2012
8. Lee J, Kim J, Progenitor cells in healing after pterygium excision. *Yonsei Medical Journal*. 2007; 48(1): 48-54.
9. Soo S, Hwan R, Rac C, Chan K. The involvement of adult stem cells originated from Bone marrow in the pathogenesis of pterygia. *Yonsei Medical Journal* 2005; 45 (5): 687-692.
10. Martínez R. Avances de una década en oncología quirúrgica. Oviedo, Asturia, 2000
11. Dadeya S, Malik R, Gullian B. Pterygium surgery: conjunctival rotation autograft vs conjunctival autograft. *Ophthalmic surgery and Laser*. 2002; 33 (4): 269-74.
12. Díaz E, Hernández C, Martín P, Rebollo C, López J et al Pterigión recidivado: manejo quirúrgico, septiembre 2012. *Revista Superficie Ocular*, laboratorios thea, no. 43 (1) : 4-32
13. Prabhasawat P, Tesavibul N, Leelapatranura K, Phonjan T. Efficacy of subconjunctival 5-fluorouracil and triamcinolona injection in impending recurrent pterygium. *Ophthalmology* 2006; 113 (7): 1.102-9.
14. Avisar R, Arnon A, Avisar E. Primary pterygium recurrence time. *Isr Med Assoc J* 2001; 3: 836.
15. Hirst LW, Sebban A, Chant D. Pterygium recurrence time. *Ophthalmology* 1994; 101: 755-8.
16. Kria L, Ohira A, Ameniya T. Immunohistochemical localization of basic fibroblast growth factor, platelet derived growth factor, transforming growth factor b and tumor necrosis factors in the pterygium. *Acta Histochem* 1996; 98: 195-201
17. Buratto L, Phillips RL, Carito G. Pterygium Surgery. Milano: SLACK Incorporated, 2000. 2.
18. Anduze AL, Merrit JC. Pterygium: Clinical Classification and Management in Virgin Islands. *Annals of Ophthalmology* 1985; 17: 92-5
19. Klinworth GK. Chronic Actinic keratopathy, a condition associated with conjunctival elastosis (pingueculae) and typified by characteristic extracellular concretions. *Am J Pathol* 1972; 67: 32.
20. Dushku N, Ratcher SLS, Albert DM, Reid TW. P53 expression and relation to human papillomavirus infection in pingueculae, pterygia, and limbal tumors. *Arch Ophthalmol* 1999; 117: 1.593-9.
21. Solomon A, Lin DQ, Lee SB, Tseng SCG. Regulation of collagenase, stromelysin and urokinase-type plasminogen activator in primary pterygium body fibroblast by inflammatory cytok
22. Norn MS. Prevalence of pinguecula in Greenland and in Copenhagen, and its relation to pterygium and spheroid degeneration. *Acta Ophthalmol* 1979; 57(1): 96-105.
23. Wong TY, Foster PJ, Johnson GJ, Seah SK, Tan DT. The prevalence and risk factors for pterygium in adult Chinese population in Singapore: the Tanjong Pagar survey. *Am J Ophthalmol* 2001; 131 (2): 176-83.
24. Panchapakesan J, Houriban F, Mitchel P. Prevalence of pterygium and pinguecula: the Blue Mountain Eye Study. *Aust N Z J Ophthalmol* 1998; 26 (Suppl 1): 2-5.
25. McCarty CA, Fu CL, Taylor HR. Epidemiology of pterygium in Victoria, Australia. *Br J Ophthalmol* 2000; 84 (3): 289-92.
26. Taylor HR. Ultraviolet radiation and the eye an epidemiology study. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1989; 87: 802-53.
27. Tan DT, Chee SP, Dear KB et al. Effect of pterygium morphology on pterygium recurrence in a controlled trial comparing conjunctival autograft and bare scleral excision. *Arch. ophthalmol* 1997; 115: 1.235-40
28. Kaudarel R, Kang J, Memarzadeh F, Chuck RS. Comparison of pterygium recurrence rate in Hispanic and white patients after primary excision and conjunctival autograft. *Cornea* 2010; 29: 141-5.
29. Ishioka M. Pterygium and dry eye. *Ophthalmologica* 2001; 215 (3): 209-11.
30. Li DQ. Overexpression of collagenase (MMP-1) and stromelysin (MMP-3) by pterygium head fibroblasts. *Arch Ophthalmol* 2001; 19 (1): 71-80.
31. Robert C. Arffa, editor. Grayson's Diseases of the Cornea. 4th ed. St. Louis Missouri: Mosby, 1997.
32. Luthra R., Memesure BB, Wu SY. Frequency and risk factors for pterygium in the Barbados Eye Study. *Arch Ophthalmol* 2001; 119 (12): 1.827-32.
33. Vaughan D. Enfermedades de la conjuntiva. En: Vaughan D, Asbury T, Riordan-Eva P. eds. *Oftalmología general*. 9th ed. México, DF: El manual moderno, 1994: 133.
34. Chen, K, W. Hsu, and C. Cheng. Lack of human papillomavirus in pterygium of Chinese patients from Taiwan. *British Journal of Ophthalmology* 2003; 87 (8): 1.046-8.
35. Sjö N, Von Buchwald C, Prause J, Norrild B, Vinding T. Human papillomavirus and pterygium. Is the virus a risk factor? *British Journal of Ophthalmology* 2007; 91(8): 1.016-18.
36. Detorakis E, Sourvinos G, Spandidos D A. Detection of Herpes Simplex Virus and Human Papilloma Virus in Ophthalmic Pterygium *Cornea* 2001; 20, (2): 164-7
37. Reid TW, Dushku N. Does human papillomavirus cause pterygium. *Br. J.Ophthalmol* 2003, 87: 806-8.
38. Kenyon KR, Wagoner MD, Hettlinger ME, et al. Conjunctival autograft transplantation for advanced and recurrent pterygium. *Ophthalmology* 1985; 92: 1.461-70.
39. Arruga H. Cirugía ocular. Barcelona: Salvat, 1950: 325- 6
40. Riordan-Eva P, Kielhorn I, Ficker LA, et al. Conjunctival

- autografting in the surgical treatment of pterygium. *Eye* 1993; 7: 634-8.
41. Mutlu FM, Sobaci G, Tatar T, Yildirim E. A comparative study of recurrent pterygium surgery: limbal conjunctival autograft transplantation versus mitomycin C with conjunctival flap. *Ophthalmology* 1999; 106: 817-21.
 42. Sharma A, Gupta A, Ram J, Gupta A. Low-dose intraoperative mitomycin-C versus conjunctival autograft in primary pterygium surgery: long-term followup. *Ophthalmic Surg Lasers* 2000; 31: 301-7.
 43. Frau E, Labetoulle M, Lautier-Frau M, et al. Corneoconjunctival autograft transplantation for pterygium surgery. *Acta Ophthalmol Scand* 2004; 82: 59-63.
 44. Gris O, Guell JL, del Campo Z. Limbal-conjunctival autograft transplantation for the treatment of recurrent pterygium. *Ophthalmology* 2000; 107: 270-3. 9. Oguz H. Inferior limbal conjunctival autograft transplantation for recurrent pterygium. *Indian J Ophthalmol* 2003; 51: 108-9.
 45. Hirst LW. Prospective study of primary pterygium surgery using pterygium extended removal, followed by extended conjunctival transplantation. *Ophthalmology* 2008; 115 (10): 1.663-72.
 46. Starck T, Kenyon KR, Serrano F. Conjunctival autograft for primary and recurrent pterygia: surgical technique and problem management. *Cornea* 1991; 10: 196-202.
 47. Koranyi G, Seregard S, Kopp ED. Cut and paste: a no suture, small incision approach to pterygium surgery. *Br J Ophthalmol* 2004; 88: 911-4
 48. Srinivasan S, Dollin M, Rootman DS, Slomovic AR. Application of fibrin glue to conjunctival autograft during primary pterygium surgery. Annual meeting of the Amer Soc Cataract Refract Surg. Marzo 2006. San Francisco, California.
 49. Uy HS, Reyes JMG, Flores JDG, et al. Comparison of fibrin glue and sutures for attaching conjunctival autografts after pterygium excision. *Ophthalmology* 2005; 112: 667-71.
 50. Farid M, Pirnazar JR. Pterigión recurrence after excision with conjunctival autograft: a comparison of fibrine glue vs sutures. *Cornea* 2009; 28 (1): 43-5.
 51. Murube J, Esteban de Antonio M, Rivas L. Historia del tratamiento del pterigión. Desde Susruta hasta la betaterapia surfocular (parte I) www.oftalmo.com/studium/studium2008/stud08-1/08a-09.htm
 52. Zauberman H. Pterygium and its recurrence. *Amer J Ophthalmol* 1967; 63: 1.780-6.
 53. De Roth. Plastic repair of conjunctival defects with fetal membrane. *Arch Ophthalmol* 1940; 23: 522-5
 54. Shimazaki J, Yang HY, Tsubota K. Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction in patients with chemical and thermal burns. *Ophthalmology* 1997; 104: 2.068-76.
 55. Dos Santos MS, Fairbanks D, Pedro EA, Cunha MC, de Freitas D, Gomes JA. Ocular surface reconstruction with amniotic membrane transplantation in chemical burn. *Adv Exp Med Biol* 2002; 506: 1.259-62.
 56. Campbell S, Allen TD, Moser BB, Aplim JD. The translaminar fibrils of the human amnion basement membrane. *J Cell Sci* 1989; 94: 307-18.
 57. Fukuda K, Chikama T, Nakamura M, Nishida T. Differential distribution of subchains of the basement membrane components type IV collagen and laminine among the amniotic membrane, cornea, and conjunctiva. *Cornea* 1999; 18: 73-9.
 58. Sonnenberg A, Calafat J, Janssen H, et al. Integrin $\alpha 6 / \beta 4$ complex is located in hemidesmosomes, suggesting a major role in epidermal cell-basement membrane adhesion. *J Cell Biol* 1991; 113: 907-11.
 59. Grueterich M, Espana E, Tseng SC. Connexin 43 expression and proliferation of human limbal epithelium on intact and denuded amniotic membrane. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2002; 43: 63-71.
 60. Tseng SCG, Li DQ, Ma X. Suppression of transforming growth factor-beta isoforms, TGF-beta receptor type II, and myofibroblast differentiation in cultured human corneal and limbal fibroblasts by amniotic membrane matrix. *J Cell Physiol* 1999; 179: 325-35.
 61. Kim JC, Tseng SCG. Transplantation of preserved human amniotic membrane for surface reconstruction in severely damaged rabbit corneas. *Cornea* 1995; 14: 473-84.
 62. Kim JS, Kim JC, Na BK, Jeong JM, Song CY. Amniotic membrane patching promotes healing and inhibits proteinase activity on wound healing following acute corneal alkali burn. *Exp Eye Res* 2000; 70: 329-37.
 63. Muraine M, Descargues G, Franck O, Velleroy F, Toubeau D, Menguy E, Martin J, Brasseur G. Amniotic membrane graft in ocular surface disease. Prospective study with 31 cases. *J Fr Ophthalmol* 2001; 24: 798- 812.
 64. Solomon A, Pires TR, Tseng SCG. Amniotic membrane transplantation after extensive removal of primary and recurrent pterygia. *Ophthalmology* 2001; 108: 449- 60
 65. Shimazaki J, Shinozaki N, Tsubota K. Transplantation of amniotic membrane and limbal autograph for patient with recurrent pterygium associated with symblefaron. *Br J Ophthalmol* 1998; 82: 235-40.
 66. Yao YF, Qiu WY, Zhang YM, Tseg SC. Mitomycin C, amniotic membrane transplantation and limbal conjunctival autograft for treating multirecurrent pterygia with symblepharon and motility restriction. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2006; 244: 232-6.
 67. Sangwan VS, Murthy SI, Bansal AK, Rao GN. Surgical treatment of chronically recurring pterygium. *Cornea* 2003; 22: 63-5.
 68. Ma DH, See LC, Liao SB, Tsai RJ. Amniotic membrane graft for primary pterygium: comparison with conjunctival autograph and topical mitomycin C treatment. *Br J Ophthalmol* 2000; 84: 973-8.

69. Essex RW, Snibson GR, Daniell M, Tole DM. Amniotic membrane grafting in the surgical management of primary pterygium. Clin Experiment Ophthalmol 2004; 32: 501-4.
70. Tananuvat N, Martin T. The results of amniotic membrane transplantation for primary pterygium compared with conjunctival autograph. Cornea 2004; 23: 458- 63.
71. Küçükerdönmez C, Akova YA, Altinörs DD. Comparison of conjunctival autograph with amniotic membrane transplantation for pterygium surgery: surgical and cosmetic outcome. Cornea 2007; 26: 407-13.
72. Fernandes M, Sangwan VS, Bansal AK, et al. Outcome of pterygium surgery: analysis over 14 years. Eye 2005; 19: 1.182-90.
73. Luanratanakorn P, Ratanapakorn T, Suwan-Apichon O, Chuck RS. Randomised controlled study of conjunctival autograph versus amniotic membrane graft in pterygium excision. Br J Ophthalmol 2006; 90: 1.476- 80.
74. Prabhasawat P, Barton K, Burkett G, Tseng SC. Comparison of conjunctival autographs, amniotic membrane grafts and primary closure for pterygium excision. Ophthalmology 1997; 104: 974-85
75. Ma DH, See LC, Hwang YS, Wang SF. Comparison of amniotic membrane graft alone or combined with intraoperative mitomycin C to prevent recurrence after excision of recurrent pterygia. Cornea 2005; 24: 141- 50.
76. 12. Salman, Abdelrahman G., and DinaE. "The Recurrence of Pterygium after Different Modalities of Surgical Treatment." Saudi Journal of Ophthalmology 25.4 (2011): 411-415. PMC. Web. 4 June 2016.
77. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
78. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

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



CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE LOS INTERNOS DEL CICLO DE MEDICINA INTERNA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL FRANCISCO MOSCOSO PUELLO

Edgar Orlando Ramírez Santana,* Lisa Alcántara Jerez,* Jeffries José Ramírez Peña.* Ana Ysolina De la Cruz.**

RESUMEN

Con el objetivo de describir los conocimientos y practica de hemorragia digestiva alta de los internos del ciclo de medicina interna de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en la emergencia del Hospital Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015, se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, en una población de 25 internos de medicina, utilizándose como método y técnica un cuestionario de autollenado y un cuestionario observacional. Se obtuvo como resultado que el 76 por ciento de la población estudiada correspondió al sexo femenino. El 72 por ciento de las edades estaban comprendidas entre 20-30 años. El 72 por ciento no cursaron la asignatura de gastroenterología en el semestre correspondiente. El 44 por ciento de los internos conto con un conocimiento alto, 40 por ciento medio y un 16 por ciento bajo de gastroenterología para el diagnostico de la hemorragia digestiva alta, mientras que 64 por ciento realizó una práctica regular, un 32 por ciento buena y un 4 por ciento excelente para el manejo de los pacientes. Las condiciones ambientales e insumos de la emergencia de medicina interna fueron regulares en un 68 por ciento y buena en un 32 por ciento. Los medios terapéuticos utilizados con el paciente fueron omeprazol 40 mg (i.v) en el 100 por ciento de los casos, sol. Salino al 0.9 por ciento en el 68 por ciento, sol. Ringer lactato en un 32 por ciento.

Palabras clave: Conocimiento y práctica, Internos de medicina, Hemorragia Digestiva Alta.

ABSTRACT

In order to describe the knowledge and practice of upper gastrointestinal bleeding in medical interns of internal medicine cycle, at the Universidad Autónoma de Santo Domingo in the emergency room of Hospital Francisco Moscoso Puello from May to July 2015, this descriptive observational cohort study was conducted, in a population of 25 medical interns, as a method and technique it was used a self-fill questionnaire and an observational questionnaire. As a result: 76 por ciento of the population was female. The 72 por ciento of ages

were between 20-30 years. 72 por ciento do not coursed the gastroenterology subject in the corresponding semester. 44 por ciento of the medical interns had the high knowledge, 40 por ciento medium knowledge and 16 por ciento low knowledge of the gastroenterology about upper gastrointestinal bleeding, while 64 por ciento made a regular practice, 32 por ciento a good practice and an excellent practice in 4 por ciento with the patients. Environmental conditions and supplies of the emergency room of internal medicine were regular in 68 por ciento and good in 32 por ciento. Therapeutic methods used were omeprazole 40 mg (iv) in 100 por ciento of cases, 0.9 por ciento saline solution at 68 por ciento and Lactated Ringer's solution in 32 por ciento of the cases.

Key words: Knowledge and Practice, Medical Interns, Upper Gastrointestinal Bleeding.

INTRODUCCION

El conocimiento y la práctica de cualquier saber se debe a un proceso de enseñanza aprendizaje mediante un plan de estudio, donde el pensum de la carrera de medicina está diseñado con un número de asignaturas teórico prácticas de forma objetiva que permite que los estudiantes tengan un enfoque lógico sobre la realidad a través de la practica social, teniendo como objeto de estudio el proceso salud enfermedad. El ciclo del internado rotatorio forma parte del plan de estudio de la carrera de medicina, es donde los estudiantes integran y consolidan los conocimientos teóricos con el ejercicio de la práctica y tiene la oportunidad de estar en contacto permanente con los pacientes para detectar riesgos, aplicar medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud como pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia entre otras, tanto en el área de hospitalización como en la emergencia en diferentes unidades de primer y segundo nivel de atención de salud, con sentido ético y humanista.

Reinoso E., Rosario J., Santos A., con el objetivo de determinar los conocimientos y actitudes en el manejo de la hipertensión arterial en los internos de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), marzo 2014. Se realizó un estudio descriptivo, con recolección

*Médico general egresado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

**Asesora

prospectiva de datos, de corte transversal. Obtuvieron que el conocimiento sobre hipertensión arterial de los internos de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), es de nivel medio, 44.88 por ciento, seguido por un nivel alto, 30.71 por ciento, y por último el valor que arrojó la frecuencia más inferior, el nivel bajo, 24.41 por ciento. En cuanto a la actitud, es predominantemente favorable en el 74.80 por ciento. *

Puello, Gomera, Asjana con el objetivo de describir y analizar las competencias clínicas, los problemas y contradicciones docentes administrativos que dificultan el proceso Enseñanza Aprendizaje de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el Internado Médico de Pregrado, Ciclo de Ginecoobstetricia, abril-junio de 2008. Realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal en formato encuesta de autollenado a 55 estudiantes registrados resaltó en la gestión y desarrollo de la oferta programática que el 76 por ciento no recibió el programa académico al inicio de este ciclo frente a un 64 por ciento que aseguró que serán evaluados objetivamente al final del ciclo. En más de un 80 por ciento el proceso docente administrativo es desarrollado por los médicos residentes, médicos ayudantes y no por el personal asignado para esta labor como observó el 73.70 por ciento de la administración de la docencia como Base Orientadora para la Acción (BOA) está dada por los médicos residentes. Las condiciones físico administrativas, equipos y materiales no son obstáculos para el desarrollo del proceso formativo ya que el 48 por ciento los categorizó como Regulares. **.

Núñez Cortés J., Gutiérrez Fuentes J., con el objetivo primario de explorar la opinión de los médicos implicados en la docencia de la medicina, específicamente en el entorno de la práctica clínica, a fin de conocer la valoración de ésta, la actitud frente a situaciones reales actuales, las prioridades y las posibles mejores prácticas. Llevaron a cabo un estudio trasversal realizado en el ámbito hospitalario de los centros asociados a la Universidad Complutense de Madrid durante el curso 2008-2009. Se presenta el análisis cualitativo de la opinión de los profesionales implicados en la enseñanza de la práctica clínica. Resultados: Entre las debilidades detectadas cabe citar: el excesivo componente teórico de la enseñanza, algunas carencias formativas específicas, el escaso fomento de la investigación, el mantenimiento del examen de médico interno residente (MIR) como referente y la escisión entre las funciones docentes y asistenciales en el entorno hospitalario. ***

Dado que el internado rotatorio es el último escalón en la formación académica de pregrado en la carrera de medicina es

necesario que el interno cuente con conocimientos sólidos para la buena práctica de las patologías que necesiten un abordaje de emergencia. Es a partir de estos que investigamos si los conocimientos adquiridos en la asignatura de gastroenterología durante la formación académica del estudiante, le permite llevarlos a la práctica clínica durante el internado rotatorio en el ciclo de medicina interna en el área de emergencia. En vista de que no se encontró información hasta el momento de conocimientos y práctica de la hemorragia digestiva alta en internos de medicina, resulta relevante realizar esta investigación en términos de conocimientos y aporte no solo para los internos sino para el profesional de la salud. La misma es de carácter científico educativo.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal con el objetivo de determinar conocimientos y práctica en el manejo de la hemorragia digestiva alta de los internos del ciclo de medicina interna de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en la emergencia del Hospital Docente Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015.

Ámbito de estudio

Emergencia de medicina interna del Hospital Docente Francisco Moscoso Puello Av. Nicolás de Ovando #225, Santo Domingo, D.N. En un tiempo de realización en Noviembre 2014 –Agosto 2015.

Universo

El universo estuvo constituido por 575 internos de medicina inscritos en la escuela de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) periodo marzo 2015-2016. La población estuvo constituida por 29 internos que realizaban el ciclo de medicina interna en la emergencia del Hospital Docente Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015 y la muestra fue de 25 internos que realizaban el ciclo de medicina interna en la emergencia del Hospital Docente Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015.

Criterios de inclusión

1-Internos de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo cursando el ciclo de medicina interna en el área de emergencia del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015 en horarios del servicio. E Internos de medicina que aceptaron participar del estudio.

De exclusión

1-Internos de medicina interna de otras universidades que estén cursando el mismo ciclo en esta fecha en la emergencia.
2-Internos de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo que no estaban presentes en el momento de llenado del cuestionario durante todo este ciclo. Y aquellos que estando presentes negaron ser parte del estudio.
3-Estuvieron excluidos cuatro médicos internos. Tres que aun estando en el lugar no quisieron participar y uno que abandonó el ciclo.

Técnica

Se elaboraron dos cuestionarios: uno para ser llenado por

*Reinoso García E., Rosario Gómez J., Santos Rondón A., Conocimientos y actitudes sobre hipertensión arterial en los internos de medicina de la universidad autónoma de santo domingo, marzo 2014. (tesis de grado para optar por el título de doctor en medicina). D.N; 2015.

** Puello A., Gomera A., Asjana J., Proceso Enseñanza Aprendizaje de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el Internado Médico de Pregrado, Ciclo de Ginecoobstetricia, abril-junio de 2008 rev ciencias de la salud, adverbio 021, vol. 6, n°1, enero-junio, 2009, impreso junio 2010. Disponible en: http://www.fcsuasd.net/web/attachments/160_Revista%20Ciencias%20de%20la%20Salud,%20Enero-Junio%202009.pdf#page=35

***Núñez Cortés J., Gutiérrez Fuentes J., Enseñar a ser médicos": un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. Educ. méd. vol.15 no.3 Barcelona septiembre 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000300006

los médicos internos y el otro por el grupo de investigadores. Ambos se hicieron tomando en cuenta cada una de las variables del estudio. La fuente de información fueron Libros de textos, revistas, tesis, páginas web, consulta de expertos, bases de datos y el método de la recolección fue el cuestionario

Procedimiento

Se sometió el tema de investigación a la unidad de tesis de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, una vez aprobado, se solicitó el permiso al Hospital Francisco Moscoso Puello donde luego de ser aprobado, se procedió a realizar la investigación, a través de un cuestionario que fue llenado por cada uno de los internos en su horario de servicio que incluye de la mañana 8:00-11:59am tarde 12:00m-11:59pm noche 12:00am-7:59am recogidos inmediatamente después de ser llenado. Y otro cuestionario llenado por el equipo de investigadores de manera incógnita a partir de la observación cuando estos atendían a los pacientes. Para esto contábamos con el consentimiento de los médicos residentes. El procesamiento de los datos se realizó mediante el diseño estadístico que permitió la tabulación mediante el programa Epiinfo 7.0, Microsoft Excel 2007 lo que permitió la realización de cuadros y gráficos. Que luego se hizo un análisis teórico para mejor interpretación de los resultados.

Análisis

La interpretación teórica de los resultados tuvo un análisis de cada uno de ellos que permitieron la realización de conclusiones y recomendaciones.

La clasificación cuantificada de los conocimientos sobre la hemorragia digestiva alta en los internos de medicina de acuerdo a la cantidad de preguntas respondidas correctamente en el cuestionario es: Nivel bajo: 0-5. Nivel medio: 6-7. Nivel alto: 8-10.

La clasificación cuantificada de la práctica sobre la hemorragia digestiva alta en los internos de medicina de acuerdo a la cantidad de preguntas respondidas correctamente en el cuestionario es: Regular: 0-10 puntos. Buena: 11-13 puntos. Excelente: 14-16 puntos.

La clasificación cuantificada de las condiciones e insumos de la emergencia de medicina interna de acuerdo a la disponibilidad de los mismos es: Regular: 0-10 puntos. Buena: 11-13 puntos. Excelente: 14-16 puntos.

RESULTADOS

Cuadro 1 Sexo y edad de los internos de medicina del ciclo de medicina interna en la emergencia del hospital Francisco Moscoso Puello mayo- julio 2015.

Edad (años)	Sexo Femenino	%	Sexo Masculino	%
20-24	7	28	2	8
25-29	7	28	2	8
≥ 30	5	20	2	8
Total	19	76	6	48

Fuente: Cuestionario Aplicado a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015

Cuadro 2 Número de internos de medicina del ciclo de medicina interna en la emergencia del hospital Francisco Moscoso Puello mayo- julio 2015 que cursaron la asignatura de gastroenterología en el octavo semestre.

Semestre Cursó la Asignatura de Gastroenterología	Frecuencia	%
7mo. Semestre	5	20,0
8vo. Semestre	7	28,0
9no. 10mo. 11vo. Semestre	13	52,0
Total	25	100,0

Fuente: Cuestionario Aplicado a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015

Cuadro 3 Nivel de Conocimientos de gastroenterología en los internos de medicina acerca la hemorragia digestiva alta en el ciclo de medicina interna en la emergencia del Hospital Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015.

Conocimiento de la hemorragia digestiva alta	Cantidad de Internos de medicina	%
Alto	11	44.0
Medio	10	40.0
Bajo	4	16.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario Aplicado a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015

Cuadro 4 Conocimientos de gastroenterología en los internos de medicina sobre la hemorragia digestiva alta en el ciclo de medicina interna en la emergencia del Hospital Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015.

Conocimiento de Hemorragia Digestiva Alta	Frecuencia Respuestas Correctas	%	Frecuencia Respuestas Incorrectas	%
Etiología	13	52	12	48
Factores de Riesgo	19	76	6	24
Tipos de sangrado	23	92	2	8
Fisiopatología	19	76	6	24
Manifestaciones clínicas	24	96	1	4
Diagnostico	22	88	3	12
Tratamiento	17	68	8	32
Complicaciones	15	60	10	40
Manejo de la complicación	22	88	3	12
Criterio de Transfusión	15	60	10	40

Fuente: Cuestionario Aplicado a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015

Cuadro 5 Nivel de Práctica de gastroenterología en los internos de medicina del ciclo de medicina interna en la emergencia del Hospital Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015 para el manejo de la hemorragia digestiva alta.

Práctica de la Hemorragia digestiva alta	Cantidad de Internos de medicina	%
Excelente	1	4
Buena	8	32
Regular	16	64
Total	25	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015

Cuadro 6 Práctica de gastroenterología en los internos de medicina del ciclo de medicina interna en la emergencia del Hospital Francisco Moscoso Puello mayo-julio 2015 para el manejo de la hemorragia digestiva alta.

Práctica	Frecuencia Practica Realizada	% Practica Realizada	Frecuencia Practica no Realizada	% Practica no Realizada
Anamnesis	10	40	15	60
Observación	25	100		
Auscultación	13	52	12	48
Palpación	16	64	9	36
Percusión	11	44	14	56
Signos vitales	22	88	3	12
Relación médico paciente	12	48	13	52
Bioseguridad	10	40	15	60
Requirió instrucciones del superior	22	88	3	12
Toma de muestra para analíticas	20	80	5	20
Mando a canalizar al paciente	13	52	12	48
Utilizo solución adecuada	20	80	5	20
Reconoce materiales a utilizar	20	80	5	20
Colocación de sonda nasogástrica	6	24	19	76
Abordo el usuario con destreza	10	40	15	60

Fuente: Evaluación Observacional Aplicada a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015

Cuadro 7 Nivel Condiciones ambientales e insumos de la emergencia de medicina interna observado durante las veinte y cinco visitas que realizamos para obtener la información.

Condiciones ambientales e insumos de la emergencia	Cantidad de Internos de medicina	%
Excelente	-	-
Buena	8	32
Regular	17	68
Total	25	100

Fuente: evaluación observacional de condiciones ambientales e insumos de la emergencia de medicina interna del Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015.

Cuadro 8 Condiciones ambientales e insumos de la emergencia de medicina interna observado durante las veinte y cinco visitas que realizamos para obtener la información.

Emergencia Medicina Interna	Total de Visitas	Insumos Presentes	%	Falta de Insumos	%
Medico Ayudante/ Residentes	25	25	100	-	-
Asientos	25	11	44	14	56
Enfermera/o	25	20	80	5	20
Camillas	25	12	48	13	52
Camas	25	11	44	14	56
Iluminación adecuada	25	7	28	18	72
Monitores de signos vitales	25	2	8	23	92
Oxígeno	25	22	88	3	12
Ventilador Respiratorio	25	-	-	25	100
Soluciones	25	24	96	1	4
Sondas Nasogástricas	25	23	92	2	8
Catéter, Jeringas, Torundas	25	25	100	-	-
Silla de ruedas	25	14	56	11	44
Pie de Gotero	25	13	52	12	48
Adecuada Ventilación	25	21	84	4	16
Baños	25	25	100	-	-

Fuente: evaluación observacional de condiciones ambientales e insumos de la emergencia de medicina interna del Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015.

Cuadro 9 Medios terapéuticos utilizados con el Paciente.

Medicamento utilizado	Total de Hemorragias	Frecuencia de Medicamento Utilizado	%
Omeprazol 40mg (I.V)	25	25	100
Sol. Salino 0.9%	25	17	68
Sol. Ringer Lactato	25	8	32

Fuente: Evaluación Observacional Aplicada a los Internos de Medicina, Cursando Medicina interna en el Hospital Francisco Moscoso Puello Mayo-Julio 2015.

DISCUSION

Los conocimientos adquiridos durante todo el plan de estudio son los que van permitir el buen abordaje de las patologías que se presenten en cualquier ámbito, en este caso de la hemorragia digestiva alta en la emergencia, la práctica se va adquiriendo a medida que el interno se pone en contacto con los diferentes escenarios en que se encuentre, de acuerdo a los resultados encontramos que el 76 por ciento de los internos correspondieron al sexo femenino, y las edades estaban comprendidas entre 20-30 años representando el 72 por ciento.

Según el semestre que cursaron la asignatura de gastroenterología el 72 por ciento la cursaron fuera del

semestre establecido y solo el 28 por ciento la curso de acuerdo a lo que plantea el plan 13 de estudio.

El 44 por ciento tuvo un nivel de conocimiento alto, un 40 por ciento medio y un 16 por ciento bajo de gastroenterología acerca de la hemorragia digestiva alta, cabe destacar que el 48 por ciento no conocía la etiología, el 32 por ciento no conocía el tratamiento y el 40 por ciento tampoco conocían las complicaciones, esto difiere de los objetivos teóricos y prácticos de la asignatura de gastroenterología que se imparte en el octavo semestre, al igual de lo que plantea el reglamento general del internado, el que dice que como requisito para entrar al ciclo del internado es indispensable haber aprobado todas las asignaturas correspondientes al plan de estudio,

estableciendo que los internos de medicina deben de tener los conocimientos necesarios para iniciar su práctica clínica.

En cuanto a la práctica observamos que el 64 por ciento realizó una práctica regular, el 32 por ciento buena y el 4 por ciento excelente. Se destacó que el 60 por ciento no realizó la anamnesis, el 48 por ciento no realizó la auscultación, un 60 por ciento no llevó a cabo las medidas de bioseguridad, el 52 por ciento no tuvo relación médico paciente, el 76 por ciento no colocaron sondas nasogástricas, el 88 por ciento de los internos requirió instrucciones del médico residente previo a la práctica, datos que se relacionan con la investigación realizada por Puello, Gomera Y Asjana en la república dominicana que dice que los estudiantes reciben las clases pero no tienen la oportunidad estructurada para desarrollar estas competencias bajo estricta supervisión del experto, porque las actividades de enseñanza del internado médico de pregrado no propician el encuentro entre la teoría y la práctica en el marco de una acción reflexiva.

En la emergencia de medicina interna observamos condiciones ambientales e insumos regulares en un 68 por ciento y buena en un 32 por ciento. Los ventiladores respiratorios estuvieron ausentes en el 100 por ciento de los casos, los monitores de signos vitales en un 92 por ciento, la iluminación adecuada en un 72 por ciento, los asientos y las camas faltaron en un 56 por ciento de los casos.

CONCLUSION

El 76 por ciento de la población estudiada correspondió al sexo femenino y el 72 por ciento en edades comprendidas entre 20-30 años. El 72 por ciento de los internos de medicina no cursaron la asignatura de gastroenterología en el semestre correspondiente. El 44 por ciento tuvo un nivel de conocimiento alto, un 40 por ciento medio y un 16 por ciento bajo de gastroenterología acerca de la hemorragia digestiva alta. 64 por ciento realizó una práctica regular, el 32 por ciento buena y el 4 por ciento excelente. Las condiciones ambientales e insumos de la emergencia de medicina interna fueron regulares en un 68 por ciento y buena en un 32 por ciento. Los medios terapéuticos utilizados con el paciente fueron omeprazol 40 mg (i.v) en el 100 por ciento de los casos, sol. Salino al 0.9 por ciento en el 68 por ciento y sol. Ringer lactato en un 32 por ciento.

REFERENCIAS

1. Reinoso García E., Rosario Gómez J., Santos Rondón A., Conocimientos y actitudes sobre hipertensión arterial en los internos de medicina de la universidad autónoma de santo domingo, marzo 2014. (tesis de grado para optar por el título de doctor en medicina). D.N; 2015.
2. Puello A., Gomera A., Asjana J., Proceso Enseñanza Aprendizaje de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el Internado Médico de Pregrado, Ciclo de Ginecoobstetricia, abril-junio de 2008 rev ciencias de la salud, adverbio 021, vol. 6, n°1, enero-

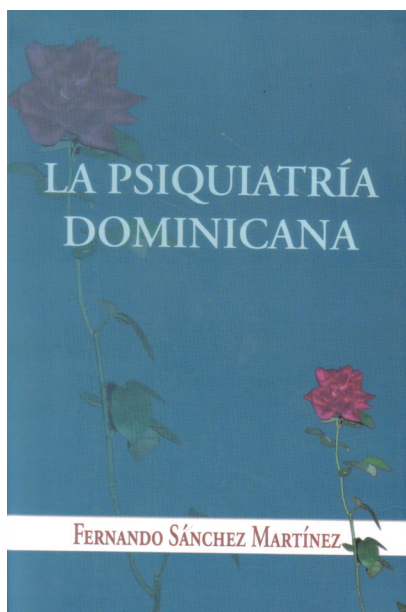
junio, 2009, impreso junio 2010. Disponible en: http://www.fcsuasd.net/web/attachments/160_Revista%20Ciencias%20de%20la%20Salud,%20Enero-Junio%202009.pdf#page=35

3. Núñez Cortés J., Gutiérrez Fuentes J., Enseñar a ser médicos": un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. Educ. méd. vol.15 no.3 Barcelona septiembre 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000300006
4. Casamayor Callejas E., Rodríguez Fernández Z., Goderich Lalán J., Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. MEDISAN v.14 n.5 Santiago de Cuba 10 junio-19 julio. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000500002&script=sci_arttext
5. Bethania Apolinar, Falta de insumos médicos afecta emergencia hospital, periódico Listín Diario, publicado el 4 de Enero del 2014, Disponible en: <http://www.listindiario.com/la-republica/2014/1/4/305599/Falta-de-insumos-medicos-afecta-emergencia-Luis-Eduardo-Aybar>, Acceso: 13 de Agosto del 2015.
6. Asjana J, Mejía W, Peynado H, Gomera A, Pascual P, Flores M, et al. Reglamento general internado rotatorio. Santo domingo: república dominicana; 2009.
7. Soriano M, Manual de práctica de medicina clínica (MED-313), Ciudad universitaria, D.N. Agosto, 2012.
8. Gómez Montero F. Investigación Biomédica en el contexto postmoderno, Manual Para El Desarrollo De Las Ciencias De La Salud, Santo Domingo. Editora búho; febrero 2006, P. 44.
9. Universidad Nacional de Colombia, Seminario de investigación (Metodología de Investigación) Capitulo 2, Disponible en: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/IDEA/2007219/index.html> Acceso: 17 de junio del 2015.
10. Julio C. Acerca del concepto de Praxis Educativa: Una contribución a la Comprensión de Axiología Pedagógica. En: Praxis Pedagógica, 2012.P. 345-348.
11. Carvajal L. La práctica y el conocimiento científico. Disponible en: <http://www.lizardo-carvajal.com/la-practica-y-el-conocimiento-cientifico/>. Acceso el 11 de agosto 2015.
12. Arteaga Gonzales, Lorenzo Sotelo, Centro de estudios de bachillerato Juana Inés de Asbaje, Orientación educativa, medicina, 10 abril 2013. Disponible en: <http://es.slideshare.net/dlaurasotelo/medicina-orientacion-educativa>, Acceso: 7 de Agosto 2015.
13. Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD.Edu. Do, Disponible en: <http://www.uasd.edu.do/index.php/interes/126-ciencias-de-la-salud/medicina/1262-doctor-en-medicina>, acceso: el 5 de Agosto 2015.
14. Sánchez L, Moore T, Cabrera S, Mejía M. Manual de

- práctica de gastroenterología (MED-417). Ciudad universitaria, D.N. 2012.
15. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Facultad De Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, programa de la carrera de Doctor en Medicina, plan 13. Disponible en: uasdiano.com/images/fbfiles/files/programa_de_la_carrera_DR.doc. Acceso: 6 de Agosto de 2015.
 16. Taquirá Cocón S, García Méndez R. caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior (tesis de postgrado). Guatemala: Universidad de san carlos de Guatemala; 2011.
 17. Kasper D., Braunwald E., Fauci A., Hauser L., Longo D., Jameson L., Loscalzo J., Harrison Principios de Medicina Interna, McGraw-Hill, 18a ed., vol. 1, 2012. p. 257-260.
 18. Ríos E., Almarsegui G., Gálvez D., Facultad de Medicina Universidad de la Frontera, Apuntes de medicina interna, Unidad de Gastroenterología, Disponible en: http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/medicina-interna/gastroenterologia/docs/05-hemorragia-digestiva-alta.pdf Acceso: 20 de junio de 2015.



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.

TRATAMIENTO AMBULATORIO Y QUIRÚRGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO ABIERTO. INSTITUTO CONTRA LA CEGUERA POR GLAUCOMA, INC.

Samantha Rosario Fragoso,* Moises de la Cruz,* Porfirio López,* Ruth Agüero,** Máximo Genao.***

RESUMEN

Determinar los tipos de tratamientos más aplicados a los pacientes adultos con glaucoma primario de ángulo abierto, en el Instituto contra la ceguera por glaucoma, Inc. Se diseñó un tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, se trabajó con una población de 53 pacientes, en el período Enero-marzo 2012, la técnica utilizada para la recolección de los datos fueron las fichas de control. El procedimiento utilizado fue la recopilación documental. Los hallazgos más relevantes fueron: El tipo de glaucoma diagnosticado con más frecuencia es el primario de ángulo abierto con un 81.1 por ciento y un 18.9 por ciento con glaucoma de ángulo cerrado. Se determinó que la edad más frecuente estuvo comprendida entre los 60-64 años para un 15.1 por ciento y el sexo femenino con un 69.8 por ciento. Se pudieron identificar dos tipos de tratamiento siendo estos el ambulatorio con 45 casos, para un 84.9 por ciento y el quirúrgico con 8 casos para un 15.1 por ciento. Se verificó que los betabloqueadores y los inhibidores de la anhidrasa carbónica son los fármacos más utilizados en ambos tratamientos y la trabeculectomía fue el procedimiento quirúrgico más realizado.

Palabras claves: Glaucoma primario de ángulo abierto, betabloqueadores, prostaglandina, trabeculectomía.

ABSTRACT

Determine the types of treatments applied to adult patients with primary open-angle glaucoma, the Institute of blindness from glaucoma, Inc. Designed a kind of descriptive, retrospective and cross-sectional, it work with a population of 53 patients, in the period January-March 2012, the technique used for data collection were control tabs. The procedure used was documentary collection. The key findings were: The type most commonly diagnosed glaucoma is primary open angle with 81.1 percent and 18.9 percent with angle-closure glaucoma. It was determined that the most common age was between 60-64 years to 15.1 percent and females 69.8 percent a. They were able to identify two types of these being the

outpatient treatment of 45 cases, for a 84.9 percent and 8 cases for surgery with 15.1 percent. We verified that beta blockers and carbonic anhydrase inhibitors are the most commonly used drugs in both treatment and trabeculectomy was performed surgical procedure.

Keywords: primary open-angle glaucoma, beta blockers, prostaglandin, trabeculectomy.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito describir los tipos de tratamientos aplicados a los pacientes diagnosticados con glaucoma primario de ángulo abierto en el Instituto contra la ceguera por glaucoma, Inc. En el cual durante el periodo enero-marzo, 2012, ascendió a seis mil pacientes. La población estudiada correspondió a 53 pacientes originales de los cuales 10 fueron excluidos por abandonar el tratamiento, después de ser diagnosticados con la enfermedad.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el glaucoma primario constituye el 60 por ciento de todos los glaucomas del adulto. Afecta a ambos sexos por igual y su prevalencia aumenta con la edad, estimándose ésta en el 1 por ciento de la población general y en el 2 por ciento de las personas mayores de 40 años. La prevalencia es mayor en la población negra que en la blanca, así como entre la población miope, diabética y en los familiares de las personas que padecen esta enfermedad. La Clínica se trata de una enfermedad que pasa desapercibida. Bajo este epígrafe se determinaron los tipos de tratamientos ambulatorios y quirúrgicos que más se aplicaron a los pacientes adultos con glaucoma primario de ángulo abierto que visitaron el instituto contra la ceguera por glaucoma, Inc. Así como los grupos por edades más afectados por la enfermedad, la identificación del sexo más afectado, analizando la veracidad y los niveles de control aplicados, en el tratamiento a que fueron sometidos estos pacientes. El tipo de estudio que se diseñó es descriptivo debido a que su propósito es determinar aquellos tipos de tratamientos más utilizados para tratar esta enfermedad, retrospectivo y de corte transversal por que se abordan algunos elementos teóricos y de reflexión de investigaciones anteriores que contribuyen al abordaje del tema. La recolección de datos se

*Médico general egresado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

**Asesor metodológico

***Asesor clínico

efectuó mediante la observación y revisión de los documentos consultados (fichas o record clínicos) de los(as) pacientes, los libros de control de entrada al instituto, revistas, entrevistas a especialistas, revisión de la literatura bibliográficas y online especializadas consultadas. Determinar la eficacia o no de los tratamientos aplicados es lo que se pretendió lograr con esta investigación, verificar que tan eficaces fueron los tratamientos ambulatorios y quirúrgicos.

Motivados por la falta de estudios investigativos, en universidades nacionales que imparten la carrera de medicina que aborden este aspecto del glaucoma primario de ángulo abierto, aunque si existen interesantes trabajos monográficos que abordan el glaucoma como causa secundaria de ceguera en pacientes que padecen diabetes mellitus. Por lo que esta investigación constituye un importante aporte al estudio del glaucoma primario de ángulo abierto en sentido general y al dominio de los tipos de tratamientos que resultan más efectivos en términos específicos. Así como el énfasis que en el campo oftalmológico se le está dando a esta enfermedad y su incidencia en la población adulta de la Republica Dominicana. La exposición de los resultados se realizó mediante la utilización del análisis expositivo y se compararon los resultados obtenidos con los reportados por otros investigadores que figuran en las referencias bibliográficas. Los cuales fueron presentados mediante síntesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue descriptivo tipo retrospectivo de corte transversal en la demarcación geográfica situada en el Instituto Contra la Ceguera Por Glaucoma, Inc. Av. Ortega Y Gasset No.105 esquina 36, Cristo Rey. Distrito Nacional, Santo Domingo, República Dominicana, con un tiempo de

realización de 3 meses comprendidos entre enero-marzo 2012. En pacientes adultos diagnosticados con glaucoma primario de ángulo abierto, se tomó una muestra constituida por 43 pacientes adultos con glaucoma primario de ángulo abierto en edades de 30 a 70 años. En el periodo enero-marzo 2012, en el Instituto Contra la Ceguera por Glaucoma Inc. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Criterios de Inclusión: Pacientes adultos con glaucoma primario de ángulo abierto. Pacientes de ambos sexos, en tratamientos ambulatorio y quirúrgicos que se controlan únicamente en el Instituto contra la ceguera por Glaucoma Inc. Con edades entre 30 y 70 años. Criterios de Exclusión: pacientes que recibieron atención médica en otra institución, pacientes menores de 30 o mayores 70 años. Las fuentes de información consultadas: libros de control de entrada del instituto, revistas, internet, historia clínica y fichas de seguimiento del tratamiento. El principio ético de confidencialidad, el método aplicado es de antecedentes oftalmológicos. historia de la enfermedad actual (Glaucoma primario de ángulo abierto), donde se toma en cuenta el seguimiento del tratamiento. Usando la técnica de la observación documental se utilizó para la revisión de las fichas de control o record de los pacientes, las cuales se ordenaron y se le aplico el instrumento, comparando los datos relativos al tema sujeto de estudio y recopilación Bibliográfica. El procedimiento se elaboró una carta dirigida a la dirección del instituto contra la ceguera por glaucoma solicitando la recolección de los datos para la investigación. Recopilación documental y bibliográfica basada en la observación y el análisis de las fichas clínicas de control. Análisis de los datos bibliográficos, basados en fuentes primarias y secundarias que abordan el tema.

RESULTADOS

Cuadro 1. Edad de los pacientes que asistieron al Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Años		Masculino		Femenino	
		Frec.	%	Frec.	%
Edad	30-34	1	2.3%	3	6.9%
	35-39	1	2.3%	2	4.6%
	40-44	2	4.6%	3	6.9%
	45-49	2	4.6%	4	9.3%
	50-54	1	2.3%	6	13.9%
	55-59	2	4.6%	2	4.6%
	60-64	3	6.9%	3	6.9%
	65-69	2	4.6%	4	9.3%
	70	2	4.6%	4	9.3%
	Totales	16	100%	27	100%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no. 2. Distribución de frecuencia por sexo. Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16	37.2%
Femenino	27	62.7%
Total	43	100.0%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012

Cuadro no.3. Tipo de Glaucoma diagnosticado en el Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Tipos	Frecuencia	Porcentaje
Angulo Abierto	43	100.0%
Total	43	100.0%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no. 4. Métodos de diagnósticos utilizados en los pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto en el Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Métodos de Diagnósticos	Frecuencia	%
Examen Físico	40	93.0%
Prueba de Campo Visual	36	83.7%
Tomografía del nervio óptico	20	46.5%
Paquimetría	19	44.1%
Oftalmoscopia	12	27.9%
Referimiento	5	11.6%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo 2012.

Cuadro no.5. Tipos de tratamientos quirúrgicos aplicados a los pacientes que se diagnosticaron con Glaucoma. Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Tipos de tratamiento quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Trabeculoplastia con láser	2	3.8%
Trabeculectomía	4	7.5%
Cirugía combinada (cataratas y glaucoma)	2	3.8%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo 2012.

Cuadro no.6 Tipos de medicamentos administrados ambulatoriamente a los pacientes diagnosticados con Glaucoma. Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Fármacos	Frecuencias	Porcentaje
Betabloqueantes más Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica	20	43%
Prostaglandinas	15	35%
Adrenérgicos	2	4%
Betabloqueantes más adrenérgicos	2	4%
Betabloqueantes tópicos	2	4%
Inhibidores de la anhidrasa carbónica	2	4%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012

Cuadro no.7. Detención del avance de la pérdida del campo visual al aplicar colirios en los pacientes diagnosticados con Glaucoma. Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Detención	Frecuencia	Porcentaje
No	1	12.5%
Si	7	87.5%
Total	8	100.0%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no.8. Evolución a ceguera a pesar de cumplir con el tratamiento quirúrgico aplicado. Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Glaucoma primario de ángulo abierto		
Tipos de tratamientos	Frecuencias	Porcentaje
Ambulatorio	35	81.3%
Quirúrgico	8	18.6%
Total	43	100%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no. 9. Evolución del tratamiento aplicado en mejoría a la disminución de Presión Intraocular (PIO). Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Tipos	Atrofia nervio óptico	Disminución de la presión intraocular	%	Perdida visión
Glaucoma ángulo Abierto	0	42	97.6%	0

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no.10.Grado de excavación del nervio óptico en los pacientes que asistieron al Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Grado	Frecuencia	Porcentaje
N/A	34	79.0%
101.02 mm	1	2.3%
104.12 mm	1	2.3%
109.01 mm	1	2.3%
83.16 mm	1	2.3%
86.11 mm	1	2.3%
86.18 mm	1	2.3%
92.86 mm	1	2.3%
94.01 mm	1	2.3%
96.67 mm	1	2.3%
Total	43	100.0%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro. No.11. Visitas de seguimiento post tratamientos realizadas por los pacientes que fueron asistidos en el Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

	Frecuencia	Porcentaje
N/A	26	60.4%
1 Visita	5	11.6%
2 Visitas	8	18.6%
3 Visitas	2	4.6%
4 Visitas	1	2.3%
5 Visitas	1	2.3%
Total	43	100.0%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no.12. Historia del uso de fármacos anti glaucomatosos en los pacientes que asistieron al Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Uso de medicamentos tópicos anti-glaucomatosos	Frecuencia	Porcentaje
Negado el uso	41	95.3%
1 AÑO	1	2.3%
Uso de 3 años	1	2.3%
Total	43	100.0

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

Cuadro no.13.Efectos secundarios presentados por los pacientes que recibieron el tratamiento farmacológico en el Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-marzo, 2012.

Efectos Secundarios	Frecuencia	Porcentaje
Negados	20	46.5%
Amargo en las papilas gustativas	6	13.9%
Resequedad en la mucosa oral	6	13.9%
Visión borrosa	4	9.3%
Enrojecimiento palpebral.	2	4.6%
Irritación ocular	2	4.6%
Rechazo nasal	2	4.6%
Fotofobia	1	2.3%
Total	43	100.0%

Fuente: Datos recolectados por los investigadores de los expedientes del archivo del Instituto contra la Ceguera por Glaucoma, Inc. Enero-Marzo 2012.

DISCUSIÓN

La presente investigación, arroja que el tipo de glaucoma diagnosticado con más frecuencia corresponde al glaucoma primario de ángulo abierto, que obtuvo un 100 por ciento, de afectados en una muestra de 43 pacientes.

La presente investigación determinó que la edad y el sexo más frecuente estuvo comprendida entre los 60-64 años para el sexo masculino con un 37.2 por ciento, 50-54 años para el femenino con un 13.9 por ciento, y el sexo más afectado fue el femenino para un 62.7 por ciento, mientras que al sexo masculino correspondió a un 37.2 por ciento, siendo similar a la investigación de Gilbert, García y Ruiz, donde la edad más afectada estuvo entre los 60 años representando un 59.9 por ciento y el sexo predominante fue el femenino. Los resultados obtenidos en esa investigación fue que un 100 por ciento de la población estudiada, presento glaucoma de ángulo abierto.

Estos resultados se obtuvieron mediante la aplicación de diferentes tipos de estudios según las necesidades individuales de cada paciente. Es decir que de 43 pacientes estudiados, a 40 de ellos se le aplico un examen físico, para un 93.0 por ciento, a 36 pacientes se le aplico prueba de campo visual para un 83.7 por ciento y la tomografía de nervio óptico a 20 pacientes para un 46.5 por ciento.

En la presente investigación se pudieron identificar dos tipos de tratamientos siendo estos el ambulatorio y el quirúrgico. En lo referente al primero se estudiaron 35 casos que recibieron tratamientos ambulatorios equivalentes a un 81.3 por ciento de los casos investigados. Los resultados obtenidos en relación a los pacientes que fueron sometidos a tratamientos quirúrgicos, estos ascienden a 8 pacientes, lo que corresponde al 18.6 por ciento de la población sujeta de estudio en esta investigación. De estos pacientes 42 mostraron una disminución de la presión intraocular, mientras que 1 evoluciono hacia una atrofia del nervio óptico y otro paciente tuvo pérdida de la visión.

La técnica más empleada fue la trabeculectomía. De todas las operaciones para el glaucoma se considera a la trabeculectomía la cirugía que más se realiza, contando con una baja incidencia de complicaciones. Numerosos autores en todo el orbe abogan a favor de esta y le confieren una tasa de éxitos de 82 por ciento, 74 al 90 por ciento y 85 al 95 por ciento.

Teniendo en cuenta los argumentos de los autores antes citados con relación a la trabeculectomía, esta técnica fue la más utilizada según la presente investigación, con un 7.5 por ciento, mientras que la trabeculoplastia con láser 3.8 por ciento, la cirugía combinada (cataratas y glaucoma), 3.8 por ciento de una población de 8 pacientes.

En lo referente al avance de la pérdida del campo visual mediante la aplicación de colirios. El presente estudio demostró que se detuvo dicho avance con un 98.1 por ciento de una población estudiada de 43 pacientes, igualmente se logró detener el degaste de las fibras del nervio óptico después del tratamiento quirúrgico, con un 87.5 por ciento, en 8 pacientes que fueron intervenidos. En cuanto a la evolución de la ceguera en pacientes que llevaron el tratamiento el 87.5 por ciento no evoluciono, contrario al 12.5 que evoluciono a ceguera de una muestra de 43 pacientes investigados.

En las visitas de control de pacientes con sospecha de glaucoma, encontramos al cabo de tres años la desaparición de la mitad de los mismos que no se presentaron a pesar de haberles convocado individualmente a una visita de control.⁹ Esto es congruente con esta investigación donde se encontraron que de 43 pacientes, 26 no asistieron a la cita de control, para un 60.4 por ciento de abandono del tratamiento, con una visita se registraron 5 pacientes; lo que representa un 11.6 por ciento con 2 visitas encontramos 8 pacientes, lo equivale a un 18.6 por ciento; los pacientes que realizaron 3 visitas son 2 para un 4.6 por ciento; mientras que a la cuarta y quinta solo se presentaron un paciente a cada una lo que representa un 2.3 por ciento respectivamente para cada visita.

Los resultados obtenidos en esta investigación con relación al uso del tratamiento farmacológico basado en las

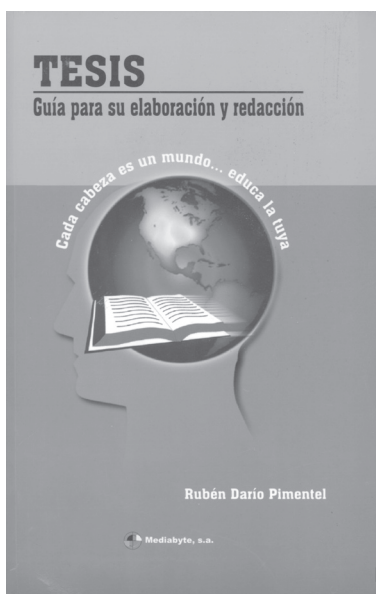
Prostaglandinas, fueron tratados 16 pacientes de los cuales 8 se aplicaron de forma local travartan una vez al día. Dos pacientes recibieron aplicaciones una vez al día de Lumigan. Con relación al uso del travartan. En relación a los demás pacientes 3 de ellos recibieron tratamiento local a base de Latanox T una vez al día mientras que los 2 restantes se aplicaron Xalatan la misma dosis. Estos pacientes mediante el seguimiento del tratamiento lograron aumentar el drenaje uveoescleral. El presente estudio demostró, la utilización de adrenérgicos en el glaucoma de ángulo abierto, los cuales fueron tratados con alphagan 0.1 por ciento, una vez al día. Estos pacientes al mes de iniciar el tratamiento mostraron una disminución de la presión intraocular. Sedeño, Alemañy, Camacho y García, en su estudio sobre la eficacia clínica de la Brimonidina vs. Timolol, en el tratamiento primario de Angulo abierto, plantean que con ambos medicamentos se logró una reducción de la presión intraocular en las 8 semanas de tratamiento. La brimonidina mostro una buena tolerabilidad; y los efectos locales fueron escasos y transitorios, no se presentaron las manifestaciones cardiopulmonares asociadas al timolol; además la brimonidina al ser combinada muestra una buena eficacia con un reducido número de efectos secundarios y resulta una opción para el tratamiento de primera línea. En la presente investigación encontramos la utilización de combigan 5 ml, que es una combinación de timolol mas brimonidina, en aplicaciones de una gota cada 12 horas, los pacientes luego del tratamiento muestran una reducción en la entrada del humor acuoso. Con relación a la combinación de timolol 0.5 por ciento y dorzolamida al 2 por ciento encontramos que al ser utilizada en 20 pacientes, con una dosis de 2 gotas diarias, estos a mediano plazo mostraron una disminución de la presión intraocular.

REFERENCIAS

1. Arruda P. Glaucoma Principios Generales Diagnóstico y Tratamiento. Mexico.D.F. Ciba visión; 1999. P.136-138.
2. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ava.ed. Mexico.McGraw-Hill; 2005.
3. Moore Keith L, Persaud T.V.N. Embriología Clínica. 6a.ed.Mexico. McGraw-Hill Interamericana; 1999. P.520-526.
4. Morillo Lorenzo H, Contreras A, Cuello Mendez I. Frecuencia de Glaucoma en el Instituto Nacional Contra la Ceguera por Glaucoma. [tesis doctoral]. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2011.
5. Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana. 10ª. ed.Barcelona (España).Masson, S.A.1999.P.306-320.
6. Katz S K, Rootman J. Goldberg RA. Secondary and Metastatic Tumors of the Orbit. En: Tasman W. Jaeger EA, eds. Duane's Clinical Ophtalmology. Philadelphia: Lippincott-Raven Pub. Inc. 2011.
7. Fernández R, Grenón F, Lazaroff J, Lazaroff P. Tratamiento Médico inicial del Glaucoma Primario

- Agudo: Revisión Bibliográfica. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2005; 144: 31-33.
8. Fonseca Sandomingo A, Abelairas Gómez J, Rodríguez Sánchez JM, Peralta Calvo J. Actualizaciones en cirugía oftálmica. LXXVI Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Oftalmología. Madrid. Tecnimedia Editorial S.L. 2010.
 9. Sánchez Sánchez A, Salcedo Trinidad V, Arias Guevara E. Frecuencia de Glaucoma en pacientes de Primera Consulta de Oftalmología del Hospital Salvador B. Gautier. [tesis doctoral]. Santo Domingo. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2012.
 10. Vander JF, Grant JA. Secretos de la oftalmología. McGraw-Hill Interamericana. 2000; p.148-164.
 11. Gilbert Lucido ME, García Huerta M, Ruiz Quintero NC, Carrasco Feliz G, García López A, Casab Rueda H. Estudio epidemiológico de glaucoma en población mexicana. Rev. MexOftalmol [revista internet] 2010. [Citado 26 febrero 2013]; 84(2). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=62898&id_seccion=458&id_ejemplar=6320&id_revista=31

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.

ESTADÍA HOSPITALARIA, COSTE ECONÓMICO Y MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EL HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI.

Israel Maximinio Díaz Silvestre, *Rubén Darío Pimentel, **Alma Bobadilla. ***

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo y de corte transversal con el propósito de determinar la estadía hospitalaria, coste económico y morbimortalidad de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente Padre Billini en el periodo enero-mayo 2014. El total de pacientes ingresados en el periodo estudiado fue de 665 de los cuales 38 tuvieron como diagnóstico de ingreso una enfermedad cerebrovascular, lo que representa un 6 por ciento del total de internamientos en el hospital en dicho periodo. La edad promedio fue de 72 años. La mayoría era de sexo femenino (58 por ciento). El 71 por ciento estaba en sobrepeso. El 74 por ciento procede de la provincia de Santo Domingo. El déficit motor fue la manifestación principal al ingreso, con un 38 por ciento. El 84 por ciento de los pacientes presentó enfermedad cerebrovascular isquémica y el 16 por ciento hemorrágica. El 37 por ciento era hipertenso al momento de presentar el cuadro clínico que motivó el ingreso hospitalario. La estadía hospitalaria promedio fue de 10.42 días. El coste económico total promedio por paciente en el tiempo de nuestro estudio (5 meses) ascendió a 12,420.01 pesos, con un costo día/cama promedio de 1,254.67 pesos. La mortalidad en este estudio fue de 16 por ciento.

Palabras clave: Estadía hospitalaria, Coste económico, Morbimortalidad, Enfermedad cerebrovascular.

ABSTRACT

It conducted a prospective, descriptive, and cross-sectional study in order to determine the hospital stay, cost and morbidity and mortality of patients admitted with diagnosis of cerebrovascular disease in the teaching hospital Padre Billini in the period January-May 2014 all patients admitted in the study period was 665 of which 38 had as admission diagnosis cerebrovascular disease, accounting for 6 percent of all hospital admissions in the 1 during this period. The average age was 72 years. Most were female (58 percent). The 71

per cent were overweight. 74 percent comes from the province of Santo Domingo. The motor deficit was the main manifestation income, with 38 percent. 84 percent of patients had ischemic stroke and hemorrhagic 16 percent. 37 percent were hypertensive when presenting the clinical symptoms motivating hospitalization. The average hospital stay was 10.42 days. The average total economic cost per patient at the time of our study (5 months) amounted to 12,420.01 Dominican pesos, with a day / bed 1254.67 Dominican pesos average cost. Mortality in this study was 16 percent.

Keywords: hospital stay, Cost, morbidity and mortality, cerebrovascular disease.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular. La EVC es la segunda causa de muerte en países industrializados, luego de las enfermedades cardiovasculares. Además, es la causa más importante de discapacidad en el mundo.

En la República Dominicana, en el año 2012, representó la segunda causa de muerte en el sexo femenino y la cuarta en el sexo masculino.

Para la atención de las enfermedades vasculares cerebrales se destinan grandes cantidades de recursos, tanto para la asistencia al paciente con enfermedad aguda como para el seguimiento a largo plazo de los afectados. Estos pacientes requieren atención especial que incluye el empleo de medios de diagnóstico de alto costo, asistencia social, tiempo prolongado de hospitalización, múltiples fármacos, fisioterapia, seguimiento ambulatorio, entre otros.

En el Hospital Docente Padre Billini, se da asistencia a una gran población de pacientes afectados por enfermedades neurológicas, de las cuales las ocasionadas por trastornos vasculares son el mayor número.

Es importante diferenciar los términos «costos de la enfermedad» y «costos de atención a la salud». El primero

*Médico internista egresado del hospital docente Padre Billini.

**Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

***Médico Neumóloga. Hospital Docente Padre Billini.

puede representar para el paciente un costo económico, social o psicológico, o una pérdida personal para sí mismo, la familia o la comunidad más inmediata. El costo de la enfermedad puede reflejarse en el ausentismo, productividad, respuesta al tratamiento, calidad de vida, etc. El segundo término hace referencia al costo que implica para la sociedad el suministro de servicios relacionados con los cuidados de la salud y no el impacto personal sobre los individuos. En este estudio investigaremos lo que representa para nuestro centro hospitalario en costo, tiempo de estadía y el manejo de comorbilidades cada paciente ingresado con diagnóstico de enfermedad vascular cerebral (EVC). Veremos cuáles son las patologías que más se asocian con la EVC antes del episodio agudo y posterior a su ingreso con dicho diagnóstico y cuál es su impacto en la evolución de la enfermedad y la posterior recuperación del paciente.

Antecedentes

Estudio poblacional sobre la incidencia y factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en un hospital general de Costa Rica.

Huberth Fernández Morales y Mónica Quiroga Galindorealizaron un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes egresados de un hospital general con el diagnóstico de «accidente cerebrovascular» durante los años 1999 y 2000. Se revisaron 157 expedientes y se describieron las características de la población, presencia de factores de riesgo, días de estancia hospitalaria, resultado de TAC, complicaciones y estado al egreso. La incidencia para los años 1999 y 2000 fue de 16,71 y 16,08 por 100.000 habitantes respectivamente. El promedio de edad fue de 71 años. Los pacientes recibieron atención médica entre 0 y 552 horas después del inicio de los síntomas (promedio de 27 horas). Sesenta y nueve por ciento de los infartos se describieron como isquémicos. Las complicaciones más frecuentes fueron bronconeumonía, infección del tracto urinario y trastorno hidroelectrolítico. El porcentaje de egresados muertos fue de 31 por ciento. El promedio de edad, el tipo de infarto, al igual que las complicaciones, los factores de riesgo y la mortalidad son similares a aquellos descritos en estudios previos. La incidencia de enfermedad cerebrovascular de este estudio es muy inferior a la reportada en otros países.

Costo de enfermedad cerebrovascular. Hospital General Provincial Docente. Morón, Cuba.

Nidia M. Rodríguez Romero realizó un estudio parcial de estimación de costos de forma descriptiva, retrospectiva y longitudinal, desde una perspectiva institucional. Se consideró como universo el total de pacientes ingresados con Accidente Vascular Encefálico durante el año 2006. Fueron analizados 160 pacientes, de los cuales fallecieron 79. El costo anual determinado de la enfermedad fue \$10 872,57. El factor determinante en el resultado lo constituye la estadía hospitalaria; así se obtuvo mayor costo en la sala de Geriatria, donde fue mayor el promedio de estadía, en segundo lugar

influye la gravedad de la enfermedad obteniéndose mayores costos unitarios en los servicios de terapia intensiva por las particularidades del servicio y en tercer lugar el costo de medicamentos.

Evelin Lebrón-Méndez, Ramsés Félix-Vásquez, Katia García-Fermín, Santa Fernández-González, Jonson Encarnación-Díaz realizaron un estudio acerca de Incidencia de accidentes cerebrovasculares en pacientes hipertensos en dos hospitales docentes; descriptivo, transversal y comparativo para determinar Incidencia de accidentes cerebrovasculares en pacientes hipertensos en Los Hospitales Padre Billini y Salvador B Gautier, Santo Domingo; República Dominicana Enero 2000-Mayo 2001; La incidencia en el Hospital Padre Billini fue treinta y cinco por ciento, en el Salvador B. Gautier fue de veintitrés por ciento. El rango de edad más afectado fue 71-80 (29.2%) en el Gautier y cuarenta y siete por ciento en el Billini. El Sexo más afectado en ambos hospitales fue el femenino (37% Billini, 76% Gautier).

Justificación

Las razones primordiales que justifican la realización del estudio de los costos, la estancia hospitalaria y las comorbilidades que presentan los pacientes que se ingresan en nuestro hospital con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular son las siguientes: Las enfermedades cerebro vasculares constituyen la causa más frecuente de ingreso en el servicio de Neurología de nuestro hospital y además contribuyen sensiblemente con la prolongación de la estancia hospitalaria.

Se requieren métodos costosos para establecer o confirmar el diagnóstico y el tratamiento que se instaura generalmente debe mantenerse por largo tiempo, en ocasiones de por vida.

Las comorbilidades. Los pacientes con enfermedad cerebrovascular suelen presentar con una elevada frecuencia otras enfermedades (cardiopatías, hipertensión arterial, arteriopatía periférica, diabetes, etc.) y tendencia a las recidivas.

Conocer el impacto sobre el sistema de salud de la enfermedad, poder aportar en el diseño de una política adecuada para la utilización de los recursos disponibles y comparar la relación costo-efectividad respecto a los diferentes protocolos, diagnósticos terapéuticos, prevención, etc.

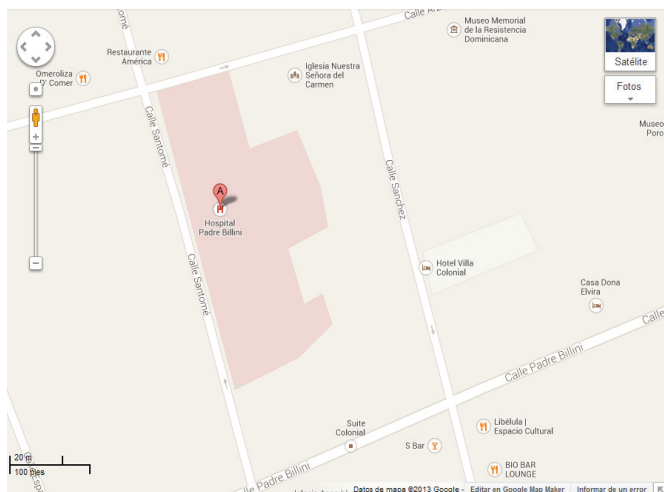
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo y de corte transversal con el propósito de determinar la estadía hospitalaria, coste económico y morbimortalidad de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente Padre Billini en el periodo enero-mayo 2014.

Área de estudio

El estudio tuvo lugar en las salas de internamiento del hospital docente Padre Billini, delimitado, al Norte, por la calle arzobispo Noel; al Sur, por la calle Padre Billini; al Este, por la calle Sánchez, y al Oeste, por la calle Santomé (ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico
Vista aérea

El hospital Padre Billini se encuentra en la calle Santomé N°.39, de la zona Colonial, Distrito Nacional, área V de salud de la región Metropolitana.

Universo:

El universo estuvo constituido por todos los pacientes ingresados por el servicio de neurología durante el periodo enero-mayo 2014.

Muestra:

Estuvo constituida por todos los pacientes ingresados por el servicio de neurología que cumplan con los criterios clínicos e imagenológicos de enfermedad cerebrovascular durante el periodo enero-mayo 2014

Criterios:

De inclusión:

1. Haber cumplido con los criterios clínicos e imagenológicos de enfermedad cerebrovascular.
2. No se discriminará edad ni sexo.

De exclusión:

1. No localización de los expedientes clínicos.
2. Expedientes clínicos incompletos.

Instrumentos de recopilación de datos:

Son dos formularios de preguntas estructuradas y estandarizadas con el propósito de responder y alcanzar las metas propuestas en los objetivos generales y específicos de esta investigación acerca de la estadía hospitalaria, coste económico y morbimortalidad de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente Padre Billini en el periodo enero-mayo 2014.

Procedimientos:

1. Se realizó la recolección de la información a partir de la historia clínica de los pacientes diagnosticados con enfermedad cerebrovascular ingresados del hospital docente Padre Billini.
2. Se procedió a la realización de tabulación en una base de datos y el análisis estadístico.
3. Con posterioridad se diseñaron diagramas; gráficos y tablas porcentuales.
4. Análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Tabulación:

Se procedió al procesamiento ordenado y estructurado con el objetivo de establecer significado estadístico a la información cuantitativa extraída.

Análisis:

Se procedió a detallar de manera desagregada como texto de contenido la información y los datos plasmados en la estructura de visualización o tabla.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apega a lo dispuesto en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Se tomó en consideración lo que establece el título segundo, capítulo I, artículo 13,14 fracción I, se ajustaa los principios éticos y científicos que lo justifican.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución según estadía hospitalaria de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Estadía (días)	Frecuencia	%
<7	10	26.3
7-13	20	52.6
14-20	03	7.9
21-28	03	7.9
28-34	01	2.6
≥35	01	2.6
Totales	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En cuanto al tiempo de estadía hospitalaria, el 78.9 por ciento de los casos tuvo una estadía de 13 días o menos; los casos se distribuyeron de la siguiente manera: de 7-13 días 20 casos, menos de 7 días 10 casos. De 14 a 20 días 3 casos, de 21 a 28 días 3 casos, de 28 a 34 días 1 caso y > de 34 días 1 caso. El promedio de estadía hospitalaria fue 10.42 días, con un rango de 3-38 días.

Cuadro 2. Distribución según costos fijos, variables y totales en los que se haya incurrido durante estadía hospitalaria de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Paciente	Costos Fijos	Costos Variables	Costos Totales	Estadía (días)	Costo/día
1	3,513.6	3,550.84	7,064.44	4	1,766.11
2	8,184	6,879	15,063	10	1,506.30
3	6,627.2	6,746.84	13,374.04	8	1,671.75
4	9,340.8	7332.8	16,673.6	12	1,389.46
5	7,784	7,332.8	15,016.8	10	1,511.68
6	9,340.8	7,889.96	17,230.76	12	1,435.89
7	3,892	4,699.25	8,591.25	5	1,718.25
8	12,454.4	11,757.17	24,211.57	16	1,513.22
9	2,929.66	4,433.3	7,362.96	3	2,454.32
10	7,784	6,074.5	13,858.5	10	1,385.85
11	7,784	3,764.5	11,548.5	10	1,154.85
12	3,513.6	3,741	7,254.6	4	1,813.65
13	1,956	1,484.8	3,440.8	2	1,720.4
14	3,513.6	3,573.4	7,087	4	1,771.75
15	6,627.2	5,408.2	12,035.4	8	1,504.42
16	4,292	5,753.3	10,045.3	5	2,009.06

17	9,340.8	6,270.2	15,611	12	1,300.92
18	20,236.72	30,222.7	50,459.42	23	2,193.89
19	18,303.2	19,092.05	37,395.25	23	1,625.88
20	24,530.4	21,230.96	45,761.36	31	1,476.17
21	11,297.6	9,096	20,393.6	14	1,456.68
22	7,782.88	14,363.84	22,768.34	8	2,768.34
23	4,292	4,106.75	8,398.75	5	1,679.75
24	5,848.8	4,933.65	10,782.45	7	1,540.35
25	8,184	8,226	16,410	10	1,641
26	8,184	11,651.35	19,835.35	10	1,983.53
27	9,740.8	8,170	17,910.8	12	1,492.57
28	7,977.9	12,749.68	20,727.58	9	2,303.06
29	8,184	8,340	16,524	10	1,652.4
30	8,184	11,063.35	19,247.35	10	1,924.73
31	8,184	6,169.8	14,353.8	10	1,435.38
32	5,848.8	10,741.11	16,589.91	7	2,369.99
33	1,956.6	2,899.8	4,856.6	2	2,428.3
34	5,848.8	7,698.33	13,547.13	7	1,935.30
35	4,292	4,192.6	8,484.6	5	1,696.92
36	6,627.2	10,596.6	17,223.8	8	2,152.97
37	12,854.4	19,372.14	32,226.54	16	2,014.16
38	21,416.8	19,684.74	41,101.54	27	1,522.28
Totales	318,652.56	341,293.31	660,031.04	389	66,921.53

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

El coste económico total promedio por paciente ascendió a RD \$17,369.24 pesos, con un costo por día promedio de RD \$1,761.09 pesos. Los 38 pacientes seguidos durante los cuatro meses de nuestro estudio representaron un costo total de RD\$ 660,031.04.

Nota: En el cálculo del coste económico se toman en cuenta cinco componentes: Recursos humanos, Insumos y medicamentos, servicios, gastos generales, mano de obra indirecta. De estos componentes no se pudieron obtener los datos de depreciación de equipos, mobiliario, instrumentales, servicios, debido a la ausencia de una unidad de costos; por lo tanto, los costos son subestimados.

Cuadro 3. Distribución según enfermedades previas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Patologías previas	Frecuencia	%
Hipertensión arterial (HTA)	18	37
Diabetes mellitus (DM)	3	6
Enfermedad vascular cerebral (EVC)	10	20.4
Cardiopatía isquémica (IAM)	1	2
Anemia crónica	1	2
Vasculitis	1	2
Anemia de células falciformes	1	2
Fibrilación auricular	1	2
Ninguna	4	8.2
HTA+DM	9	18.4
Totales	49	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En cuanto a las enfermedades previas de los pacientes, en el 37 por ciento se encontró hipertensión arterial, en 20.4 por ciento enfermedad vascular cerebral, 18.4 por ciento presentó co-morbilidad de hipertensión arterial y diabetes mellitus, 8.2 por ciento ninguna morbilidad previa, 6 por ciento diabetes mellitus. Cardiopatía isquémica anemia crónica, vasculitis, falcemia y fibrilación auricular representaron 2 por ciento cada una.

Cuadro 4. Distribución según tipo de enfermedad cerebrovascular diagnosticada al momento del ingreso y durante permanencia en el hospital de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Tipo de enfermedad cerebrovascular	Frecuencia	%
Isquémica	32	84
Hemorrágica	06	16
Totales	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

Según el tipo de enfermedad cerebrovascular diagnosticada, el 84 por ciento fue isquémica y el 16 por ciento hemorrágica.

Cuadro 5. Distribución según Signos y síntomas de presentación al momento del ingreso de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Signos y Síntomas	Frecuencia	%
Déficit motor	19	38
Alteraciones del lenguaje	5	10
Trastorno del habla (disartria)	12	24
Alteraciones del sensorio	11	22
Crisis convulsivas	1	2
Vómitos	1	2
Cefaleas	1	2
Totales	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En relación a los signos y síntomas de presentación al momento del ingreso, el 38 por ciento presentó déficit motor, el 24 por ciento disartria, el 22 por ciento alteraciones del sensorio, el 10 por ciento alteraciones del lenguaje (afasia), tanto las crisis convulsivas, vómitos y cefaleas representaron el 2 por ciento de los casos.

Cuadro 6. Distribución según estudios diagnósticos realizados al momento del ingreso y durante la hospitalización a los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Estudios	Frecuencia
Radiografía de tórax	38
TAC craneal	36
IRM cerebral	3
Ecocardiograma	5
Electrocardiograma	82
Holter de 24horas	1
Doppler cervical	10
Electroencefalograma	2

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En lo referente a los estudios de imágenes, se realizaron 82 electrocardiogramas, 38 radiografías de tórax, 36 tomografías de cráneo, 10 Doppler cervicales, 5 ecocardiogramas, 3 resonancias magnéticas cerebrales, 2 por electroencefalogramas, 1 holter de 24 horas.

Cuadro 7. Distribución según entidades clínicas desarrolladas o descubiertas durante la estadía intrahospitalaria de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Entidades Intrahospitalarias	Frecuencia	%
Infección de vías urinarias	6	12.50
Neumonía	5	10.42
Vaginosis	1	2.08
Insuficiencia Renal Aguda	6	12.50
Infección por VIH	1	2.08
Flebitis	1	2.08
Celulitis	2	4.17
Fibrilación Auricular	1	2.08
Desequilibrio hidroelectrolítico	2	4.17
Edema pulmonar agudo	1	2.08
Coma	1	2.08
Anemia	6	12.50
Ninguna	15	31.25
Total	48	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En cuanto a patologías diagnosticadas durante la estadía hospitalaria, 31.25 por ciento no presentó otra entidad clínica, 12.5 por ciento presentó infección de vías urinarias, 12.5 por ciento anemia, 10.42 por ciento neumonía; celulitis, desequilibrio hidroelectrolítico, 4.17 por ciento cada una. Coma, edema pulmonar agudo, fibrilación auricular, flebitis, infección por VIH, vaginosis representaron un 2.08 por ciento cada una.

Según entidades clínicas intrahospitalarias, en 17 casos fueron no infecciosas, en 16 casos infecciosas y en 15, ninguna.

Cuadro 8. Distribución según edad de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Edad (años)	Frecuencia	%
<40	1	2.63
40-49	4	10.52
50-59	4	10.52
60-69	3	7.90
70-79	12	31.60
80-89	10	26.31
>90	4	5.3
Totales	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

El 31.60 por ciento de los pacientes ingresados tenía edades comprendidas entre 70 y 79 años, el 10 por ciento entre 80 y 89 años; los grupos etarios de 40 a 59 y 60 a 69 años aportaron 10.5 por ciento, cada uno. Los menores de 40 años representaron el 2.63 por ciento de los pacientes. La edad promedio fue 72 años.

Cuadro 9. Distribución según sexo de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	16	42.0
Femenino	22	58.0
Totales	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

Según el sexo de los pacientes, el 58 por ciento es femenino y el 42 por ciento masculino.

Cuadro 10. Distribución según peso de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Peso en Kilogramos	Frecuencia	%
<30	1	3
30-49	2	5
50-69	28	74
70-89	5	13
>90	2	5
Totales	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

Según el peso, el 74 por ciento pesó entre 50 y 69 kilogramos, el 13 por ciento entre 70 y 89 kilogramos, 5 por ciento entre 30 y 49 y mayores de 90 kilogramos, el 3 por ciento tuvo menos de 30 kilogramos.

Cuadro 11. Distribución según Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

IMC en kg/m ²	Nomenclatura	Frecuencia	%
< 18.5	Bajo peso	03	8
18.5-24.9	Normal	05	13
25-29.9	Sobrepeso	27	71
30-34.9	Obesidad I	02	5
35-39.9	Obesidad II	0	0
>40	Obesidad Mórbida	01	3
Totales		38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En relación al índice de masa corporal de los pacientes, el 71 por ciento estaba en sobrepeso, 13 por ciento peso normal, 8 por ciento bajo peso, 5 por ciento obesidad grado I, 3 por ciento obesidad mórbida.

Cuadro 12. Distribución según lugar de residencia de los pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Lugar de Residencia	Frecuencia	%
Santo Domingo	28	73.7
Santo Domingo Este	2	5.26
San Cristóbal	3	7.89
San Juan de la Maguana	2	5.26
Boca Chica	1	2.63
Bonao	1	2.63
Bayaguana	1	2.63
Totales	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

De acuerdo al lugar de residencia de los pacientes, el 73.7 por ciento reside en la provincia de Santo Domingo, el 7.89 por ciento en San Cristóbal, el 5.26 por ciento en Santo Domingo Este, 5.26 por ciento en San Juan de la Maguana; Boca Chica, Bonao y Bayaguana representan el 2.63 por ciento cada una.

Cuadro 13. Distribución según tratamiento aplicado durante la estadía hospitalaria de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Prevención Secundaria ACV	Frecuencia	%
Aspirina	15	40
Clopidogrel	20	53
Heparina	5	13
Estatina	27	71
Citicolina	33	87

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini

En relación a la prevención secundaria de Accidente cerebrovascular (ACV), en el 87 por ciento se utilizó citicolina, en el 71 por ciento se utilizó estatinas, en el 53 por ciento se administró clopidogrel; la aspirina en el 40 por ciento y la heparina en el 13 por ciento.

Cuadro 14. Tratamiento Antihipertensivo

Tratamiento Antihipertensivo	Frecuencia	%
Enalapril	6	17
Amlodipina	11	31
Atenolol	3	9
Furosemida	2	6
Hidroclorotiazida	2	6
Nifedipina	2	6
Clonidina	2	6
Labetalol	1	3
Captopril	1	3
Losartán	3	9
Carvedilol	1	3
Bisoprolol	1	3
Total	35	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En cuanto a la terapia antihipertensiva, en el 31 por ciento se utilizó Amlodipina, en el 17 por ciento enalapril, atenolol y losartán fueron utilizados en el 9 por ciento, ambos. La furosemida, hidroclorotiazida, nifedipina, clonidina se utilizaron en el 6 por ciento cada una. Labetalol, captopril, carvedilol, Bisoprolol se utilizaron en igual medida (3 por ciento).

Cuadro 15. Terapia anticonvulsivante.

Terapia Anticonvulsivante	Frecuencia	%
Fenitoína	3	64
Carbamacepina	7	9
Levetiracetam	1	27
Total	11	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

Con respecto a la terapia anticonvulsivante, esta fue requerida den 11 casos. En el 64 por ciento de estos se utilizó fenitoína, en el 27 por ciento levetiracetam y en el 9 por ciento, Carbamacepina.

Cuadro 16. Fármacos anti infecciosos.

Fármacos anti infecciosos.	Frecuencia	%
Ceftriaxona	10	30
Azitromicina	1	3
Ciprofloxacina	5	15
Metronidazol	3	9
Nistatina	1	3
Albendazol	1	3
Trimetoprim-sulfametoxazol	1	3
Clindamicina	7	21
Vancomicina	2	6
Cefepime	1	3
Levofloxacina	1	3
Total	33	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En cuanto al uso de fármacos anti infecciosos, estos fueron utilizados en 33 casos. En un 30 por ciento se usó ceftriaxona, en 21 por ciento Clindamicina, en 15 por ciento Ciprofloxacina, metronidazol en el 9 por ciento, vancomicina en el 6 por ciento. Azitromicina, nistatina, Albendazol, trimetoprim-sulfa, cefepime, levofloxacina se utilizaron en 3 por ciento, cada una.

Cuadro 17. Distribución según modalidad de egreso de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el hospital docente padre Billini enero-mayo 2014.

Egreso	Frecuencia	%
Casa	29	76
Otra institución	0	0
Otro servicio	0	0
Alta voluntaria	3	8
Fuga	0	0
Fallecido (a)	6	16
Total	38	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Padre Billini.

En cuanto a la modalidad de egreso de los pacientes, 76 por ciento fue egresado a su casa, 16 por ciento falleció y 8 por ciento obtuvo alta voluntaria. No se realizaron referimientos a otra institución o servicio.

DISCUSIÓN

Con respecto a la estadía hospitalaria, el promedio en nuestra investigación fue de 10.42 días, con un amplio rango que abarcó desde dos hasta 38 días. En los diferentes estudios revisados encontramos que este parámetro oscila entre 8 y 11 días, dependiendo el país donde se realizaron dichos estudios. En el “Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009”, la estadía hospitalaria fue de 9 días en promedio. 19 En el trabajo titulado “asociación entre factores socioeconómicos y mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico en una cohorte hospitalaria de Colombia, 2003–2006” el tiempo de hospitalización promedio fue de 8,1 (\pm 6,5) días.²⁰

El coste económico total promedio por paciente en el tiempo de nuestro estudio (5 meses) ascendió a 12,420.01 pesos, con un costo día/cama promedio de 1,254.67 pesos. Los 38 pacientes seguidos durante nuestro estudio representaron un costo total de 471,960.27. A estos costos se deben agregar los costos difíciles de cuantificar como los relacionados con la pérdida de productividad y la discapacidad, que según un estudio poblacional del costo de cuidados durante 5 años después de un Ataque Isquémico Transitorio (AIT) o un ACV publicado por Stroke en 2012.¹⁰

Se estima que en los países en desarrollo el costo de la atención por la enfermedad vascular cerebral es de 6000 a 8000 euros, además de los costos sociales y las alteraciones en la dinámica familiar alrededor de los pacientes.¹¹

Las condiciones asociadas identificadas con mayor frecuencia en los pacientes seguidos en este estudio son hipertensión (37 por ciento), enfermedad cerebrovascular previa (20 por ciento), la asociación de hipertensión y diabetes mellitus (18 por ciento). En menor medida, estuvieron presentes vasculitis, anemia de células falciformes y fibrilación auricular (2 por ciento). Todas las literaturas que abordan el tema identifican estas condiciones como los factores de riesgo más importantes para enfermedad cardiovascular y cerebrovascular a nivel mundial.

En nuestro estudio la edad promedio fue de 72 años lo que es similar a otros estudios realizados, como un estudio poblacional sobre la incidencia y factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en un hospital de Costa Rica, realizado por Hubert Fernández Morales y Mónica Quiroga Galindo, en el que el promedio de edad fue de 71 años.

El sexo predominante en los pacientes estudiados fue el femenino con 58 por ciento. En el estudio acerca de la incidencia de accidentes cerebrovasculares en pacientes hipertensos en los hospitales Docente Padre Billini y Salvador B. Gautier realizado por Evelin Lebrón-Méndez y col. en el año 2000, el sexo más afectado fue el femenino en ambas instituciones con 37 y 76 por ciento, respectivamente. Los resultados obtenidos por nosotros en este trabajo se encuentran en el rango de incidencia de los citados centros.

En el estudio de la naturaleza de la enfermedad vascular cerebral en nuestro trabajo esta se presentó como isquemia en el 86 por ciento y como hemorrágica en el 14 por ciento,

tal y como es señalado por la sociedad iberoamericana de enfermedad cerebrovascular³ y el National Institute of Neurological Diseases and Stroke en su Classification of cerebrovascular diseases III.⁴

La mortalidad en nuestro estudio fue de un 16 por ciento (6/38). El ministerio de salud pública de la República Dominicana reporta que la enfermedad cerebrovascular representa el 4.85 por ciento de la mortalidad general.¹⁴ La AHA reporta una mortalidad de 18.4 por ciento²¹ y un estudio epidemiológico de América Latina y el Caribe reporta una mortalidad de 22.9 por ciento a 30 días.²² Si se comparan nuestros resultados con los estudios ya descritos, resultan ser menores aunque hay que tomar en cuenta el periodo menor en el que dimos seguimiento a nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Dotar al centro hospitalario de una unidad de costos a través de la cual se pueda establecer el costo que representa para la institución, para la familia y para el estado un paciente con enfermedad cerebrovascular y cualquier otra patología.
2. Estudiar la factibilidad de poner en funcionamiento una unidad de manejo de la enfermedad vascular cerebral en el centro para el tratamiento de estos casos con mayor efectividad.
3. Dotar al centro de las medidas terapéuticas modernas para el tratamiento de los ataques cerebrales agudos, como la trombolisis, en pacientes que acuden en el tiempo establecido para esta terapéutica.
4. Promover medidas de intervención para evitar y/o disminuir las comorbilidades, sobre todo las infecciones intrahospitalarias ya que aumentan la estadía hospitalaria y por consiguiente los costos en salud.
5. Promover el uso de las medidas de prevención de trombosis venosa profunda, como la heparina profiláctica.
6. Realizar más estudios en los que se pueda establecer cuáles son las secuelas más importantes que enfrentan los pacientes luego de una enfermedad cerebrovascular.
7. Fortalecer el primer nivel de atención en salud para disminuir la sobrecarga de los hospitales de referencia del Sistema Nacional de Salud por referimientos de pacientes que pudieran manejarse en su lugar de residencia.

REFERENCIAS

1. Fernández-Morales H, Quiroga-Galindo M. Estudio poblacional sobre la incidencia y factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en un hospital general de Costa Rica. *Neuroeje* 2002; 16(3):93-98.
2. Rodríguez-Romero NM. Costo de enfermedad cerebrovascular. Hospital General Provincial Docente. Morón.
3. Lebrón-Méndez E, Félix-Vásquez R, García-Fermín K, Fernández-González S, Encarnación-Díaz J. Incidencia

- de accidentes cerebrovasculares en pacientes hipertensos en dos hospitales docentes. *Rev. Med. Dom.* 2002; 63(3): 174-76.
4. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Acceso 29 de noviembre 2013]. The atlas of heart disease and stroke. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
 5. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison, principios de medicina interna. 18va edición, Nueva York (Estados Unidos de América): McGraw-Hill; 2012: 3270-3299.
 6. Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. *Acta Neurol Colomb* 2001; 17 (4): 335-346.
 7. National Institute of Neurological Diseases and Stroke. Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke* 1990; 21: 637-676.
 8. Rozman C, Cardelach-López F. Medicina interna. 17ma edición, Barcelona (España): Elsevier; 2012: 1334-1347.
 9. Jauch Ec. Isquemic Stroke. Medscape [Internet] 2013 [Consultado 15 noviembre 2013]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/>
 10. Liebeskind DS. Hemorrhagic Stroke. Medscape [Internet] 2013 [Consultado 15 noviembre 2013]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/>
 11. Sacco S, Marini C, Toni D, Olivieri L, Carolei A. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry. *Stroke*. 2009; 40:394-399.
 12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* May 18 2007;56(19):469-74
 13. Luengo-Fernández R, Gray AM, Rothwell PM. A population-based study of hospital care costs during 5 years after transient ischemic attack and stroke. *Stroke*. 2012; 43:3343-3351.
 14. Cabrera RA, Martínez OO, Laguna HG, Juárez OR y col. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico. *MedInt Mex* 2008; 24(2):98-103.
 15. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-2.
 16. World Health Organization. The top 10 causes of death [página Web]. Factsheet N°310. Actualizado en julio 2013. [Revisado 25 noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
 17. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Información y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud; 2012: 179.
 18. Fonarow GC, Saver JL, Smith EE, Broderick JP, Kleindorfer DO, Sacco RL, et al. Relationship of national institutes of health stroke scale to 30-day mortality in medicare beneficiaries with acute ischemic stroke. *J Am Heart Assoc.* Feb 2012; 1(1):42-50.
 19. CASTANEDA-GUARDERAS, Ana et al. Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. *Rev. perú. med. exp. salud publica [online]*. 2011, vol.28, n.4 [citado 2016 08-16], pp. 623-627. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342011000400008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
 20. Silva Federico Arturo, Díaz Gustavo Adolfo, Díaz-Quijano Fredi Alexander, Ardila Mario Alexander, Saavedra María Fernanda, García Gómez Ronald G. et al. Asociación entre factores socioeconómicos y mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico en una cohorte hospitalaria de Colombia, 2003-2006. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2013 June [cited 2016 Aug 16]; 33(6): 439-444. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000600008&lng=en.
 21. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42(2):517-84.
 22. Lavados P, Fernandez J, Medina M, Legetic B. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurol.* 2007;6(4):362-72.

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>

El buen trato al paciente
No sólo es un deber



HELICOBACTER PYLORI: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UNA CONSULTA PRIVADA.

Indhira Rosa Risk Matuk, * Tamara Moore, ** Rubén Darío Pimentel. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, con el fin de determinar la frecuencia de *Helicobacter pylori*: experiencia de 10 años en una Consulta Privada, Centro Médico Dominicano, en el periodo 2006-2015. El 63.7 por ciento de los pacientes resultaron con *Helicobacter pylori*. El 20.2 por ciento de los pacientes tenían edad comprendida entre 40-49 y 50-569 años respectivamente. El 60.5 por ciento de los pacientes eran del sexo femenino. Según los antecedentes patológicos el 13.8 por ciento presentaron gastritis. El 21.6 por ciento de los pacientes consumía café como uso de hábitos tóxicos. El 46.9 por ciento de los pacientes presentaron epigastralgia como sintomatología. El 39.9 por ciento de los pacientes se le encontró pangastritis en los resultados.

Palabras claves: *Helicobacter pylori*, consulta privada, prevalencia.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study was carried out to determine the frequency of *Helicobacter pylori*: a 10-year experience in a Private Consultation, Centro Médico Dominicano, in the 2006-2015 period. Sixty-seven percent of the patients had *Helicobacter pylori*. 20.2 percent of the patients were aged between 40-49 and 50-569 years respectively. Sixty-five percent of the patients were female. According to the pathological antecedents, 13.8 percent had gastritis. 21.6 percent of the patients consumed coffee as a use of toxic habits. 46.9% of the patients presented epigastralgia as symptomatology. 39.9 percent of the patients were found to have pangastritis in the results.

Key words: *Helicobacter pylori*, private practice, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El *Helicobacter pylori* es una bacteria que coloniza en forma casi exclusiva la superficie apical del epitelio gástrico, desencadenando una respuesta inflamatoria local (gastritis) de

intensidad y extensión variables. Es una bacteria gramnegativa espiralada y microaerofílica que infecta alrededor del 50 por ciento de la población mundial.

La colonización persistente del epitelio gástrico por este microorganismo constituye un importante factor de riesgo en la aparición de varias enfermedades gastroduodenales: gastritis crónica no autoinmune, úlcera gástrica, úlcera duodenal, cáncer gástrico y linfoma del tejido linfoide asociado a mucosa (linfoma MALT).

Por lo antes expuesto, este patógeno fue clasificado como carcinógeno tipo I para el hombre por la Agencia de Investigaciones del Cáncer en 1994.

Aunque la infección con *H. pylori* promueve la aparición de diferentes enfermedades gastroduodenales, la mayoría de las personas infectadas no presentan síntomas ni desarrollan esas afecciones y la incidencia de dichas enfermedades varía considerablemente entre las diferentes regiones geográficas.

Hoy se sabe que este fenómeno se debe a que la patogénesis promovida por este microorganismo está determinada por la compleja interacción de factores del hospedero, ambientales y bacterianos.¹

Los factores de virulencia de la bacteria pueden causar daño a las células epiteliales directamente o estimular la producción de citocinas proinflamatorias, así se produce un proceso de inflamación que también ocasiona lesiones al tejido gástrico.

Este hecho depende a su vez de la predisposición genética del hospedero para dar esta respuesta inmune, así como de las condiciones ambientales en las que se desarrolla el paciente infectado. Este trabajo tiene como objetivos revisar y actualizar el tema de los factores que influyen en el desarrollo de las diferentes enfermedades asociadas a esta infección.

Antecedentes

Juan Pablo Ortega, *et al.*, servicio de Medicina, Hospital Dr. Sótero del Río., Chile, 2010, incluyeron 5.664 pacientes, edad media $50,7 \pm 13,9$ años, mujeres 72,1 por ciento. Diagnósticos endoscópicos fueron normales en el 59,3 por ciento, erosiva esofagitis en 20 por ciento, úlcera gástrica (UG) en el 8,1 por ciento, úlcera duodenal (UD) en el 6,4 por ciento, y gastropatía erosiva en 6.2 por ciento. Prueba Rápida de Ureasa (RUT) fue positiva en el 78 por ciento de los pacientes. Después⁵

*Gastroenteróloga, egresada del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

**Gastroenteróloga, jefa del servicio de Gastroenterología, hospital Dr. Salvador B. Gautier.

***Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

de ajustar por edad y sexo y con respecto a los pacientes con endoscopia normal, la frecuencia de *H. pylori* fue del 86,6 por ciento en el DU (OR 2,1, IC 95% 1.5 a 2.8, $p < 0,001$), 81,4 por ciento en GU (OR 1,8, IC 95% 1.4-2.4, $p < 0,001$), 79,9 por ciento en la gastropatía erosiva (OR 1.4, IC del 95% 1.3 a 1.8, $p = 0,03$) y 77,4 por ciento en la esofagitis erosiva (OR 1,1, IC 95%: 0.9- 1,3, $p = NS$). La probabilidad de infección por *H. pylori* disminuyó significativamente con la edad, más marcada en los hombres con endoscopia normal.²

José I. Montaña, *et al.*, Escuela de Medicina, Facultad de Salud,³ Universidad del Valle, Cali, Colombia. Colombia. Se estudiaron 164 pacientes, 74 (45.1%) en el HUV y 90 (54.9%) en la FVL. Las características sociodemográficas del grupo en estudio y del control fueron comparables. Se observó infección por *H. pylori* en 113 (68.9%) pacientes y estrés psicosocial en 115 (70.1%). Los niveles de ansiedad fueron mayores que los de depresión (ansiedad mediana=9, rango 1-20; depresión mediana=6, rango 0-17) especialmente en el HUV ($p=0.03$). El estrés psicosocial no se asociaba con la infección por *H. pylori* ($p=0.69$).³

Piñol Jiménez Felipe, *et al.* (2008) realizaron un estudio prospectivo, descriptivo en el Instituto de Gastroenterología de La Habana, Cuba, con el objetivo de conocer la frecuencia del helicobacter *pylori*, así como la presencia de lesiones en la mucosa gástrica en pacientes de 50 y más años de edad. Se concluyó que el 69.6 por ciento de los pacientes tuvieron resultados positivos al *Helicobacter pylori* por *test* de ureasa; de los 132 fragmentos de muestras tomados para biopsias de la mucosa gástrica, el 37.8 por ciento fueron positivas para *Helicobacter pylori*, de ellas, el 25.7 por ciento se localizó en la región antral. Se realizaron 68 diagnósticos endoscópicos en los pacientes con *Helicobacter pylori* positivos por *test* de ureasa; 64.7 por ciento correspondió a gastritis crónica agudizada al nivel antral, seguido en orden de frecuencia por pangastritis, gastritis crónica agudizada al nivel del cuerpo, úlcera gástrica y úlcera duodenal. No se presentó lesión endoscópica de aspecto maligno en ningún paciente. Al estudiar la densidad de colonización de *Helicobacter pylori* en los 84 diagnósticos histológicos realizados, 69.0 por ciento presentó densidad ligera; 29.9 por ciento, moderada y 1.1 por ciento, severa. Se observó una tendencia hacia la densidad de colonización ligera a medida que progresaba la lesión histológica. Se sugirió continuar el estudio con mayor número de pacientes para caracterizar el comportamiento de la infección en los pacientes de 50 años y más, y así tomar medidas preventivas encaminadas a erradicar la bacteria y mejorar la calidad de vida.⁴

Chacaltana, Alfonso; Rodríguez, Carlos, Urday, Carlos, *et al.* (2009) realizaron un estudio en el Hospital central de las Fuerzas Armadas de Perú, con el objetivo de estudiar la frecuencia y características de las lesiones gástricas preneoplásicas y su relación con el *Helicobacter pylori*. De 2616 pacientes estudiados, 187 (7.1%) presentaron diagnóstico histológico de lesiones gástricas preneoplásicas: 34 (1.3%) gastritis atrófica (GA), 55 (2.1%) metaplasia intestinal completa (MIC), 92

(3.5%) metaplasia intestinal incompleta (MII), y 6 (0.2%) displasia. La frecuencia de infección por HP fue de 76.5 por ciento % ($p=0.04$), 65.5 por ciento ($p=NS$), 55.4 por ciento ($p=NS$) y 16.7 por ciento ($p=0.03$), en la GA, MIC, MII y displasia, respectivamente. La edad media de presentación fue similar entre las 4 lesiones: 53.5 (± 9.3), 52.6 (± 11.2), 54.3 (± 7.8) y 54.2 (± 12.1) años en la GA, MIC, MII y displasia, respectivamente. Las lesiones preneoplásicas fueron más frecuentes en varones y menores de 60 años de edad ($p=NS$). No se encontró asociación entre las lesiones preneoplásicas y el antecedente familiar de cáncer gástrico, consumo de alcohol y tabaco ($p=NS$).⁵

Justificación

El *Helicobacter pylori* afecta más del 50 por ciento de la población humana, con una mayor prevalencia en los países en vía de desarrollo que en los países desarrollados, se constituye en la infección crónica más frecuente en la especie humana.

Esta infección se asocia con la patogénesis de enfermedades del estómago como la gastritis, la úlcera péptica duodenal, la úlcera péptica gástrica, el cáncer gástrico y los linfomas tipo MALT del estómago y una gran variedad de enfermedades extradigestivas, incluyendo enfermedades hematológicas como la anemia por deficiencia de hierro, la anemia perniciosa, la neutropenia autoinmune, la púrpura de Schönlein-Henoch y la púrpura trombocitopénica idiopática, enfermedades dermatológicas como la rosácea y la urticaria y enfermedades cardiovasculares como la enfermedad coronaria y la arteriosclerosis en sus diferentes manifestaciones.

A pesar de la alta prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en la población son muy pocas las oportunidades para estudiar la fase aguda de esta infección y en consecuencia no se conoce bien la respuesta inmunológica aguda y los pocos datos disponibles proceden de autoinoculaciones, infecciones accidentales en personas de laboratorio y transmisión boca a boca, en maniobras de resucitación, por lo que esta investigación tiene como objetivo principal determinar la frecuencia de *Helicobacter pylori*: experiencia de 10 años en una Consulta Privada.

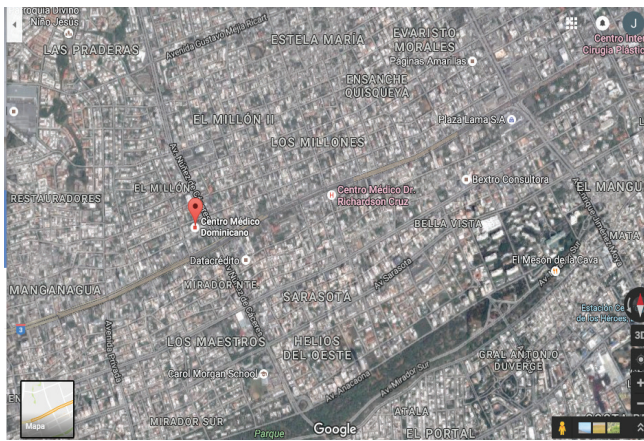
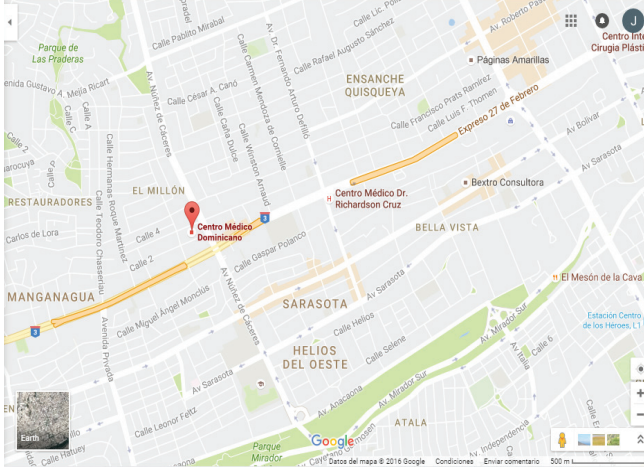
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, con el fin de determinar la frecuencia de *Helicobacter pylori*: experiencia de 10 años en una Consulta Privada, Centro Médico Dominicano, en el periodo 2006-2015.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Centro Médico Dominicano, ubicado en la Calle Luís F. Thomen 456, Distrito Nacional. Delimitado; al norte, por la calle Gaspar Polanco; al Este, por la Avenida Núñez de Cáceres; al Sur, por la Avenida 27 de Febrero y al Oeste, por la Calle 4. (Ver mapa cartográfico y vista área).



Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo.

Estuvo constituido por 1,618 endoscopia realizada en la Consulta Privada Centro Médico Dominicano, durante el periodo 2006-2015.

Muestra.

Estuvo constituida por 907 endoscopia digestiva alta en la Consulta Privada, Centro Médico Dominicano, durante el periodo 2006-2015.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con endoscopia alta.
2. Adultos (≥ 18 años).
3. Ambos sexos.

Criterios de exclusión

1. Expedientes clínicos no localizables.
2. Expedientes clínicos incompletos.

Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de datos se aplicó un formulario con 8 preguntas 7 abiertas y 1 cerradas, el cual contiene datos

sociodemográficos tales como: edad, sexo y variables relacionadas al tema de investigación tales son: antecedentes personales patológicos, hábitos tóxicos, manifestaciones clínicas, método diagnóstico, entre otros.

Procedimiento

Para el llenado del formulario se hizo mediante revisión de los expedientes clínicos de los pacientes que se someten en la Consulta Privada, Centro Médico Dominicano, en el periodo comprendido de 2006-2015. Este proceso fue ejecutado por la sustentante.

Tabulación

La información obtenida fue procesada por el método de palotes. Y se presentarán en frecuencia simple mediante programas de Microsoft Word y Excel.

Plan de análisis

Los datos obtenidos en el estudio se presentaron en frecuencia simple.

Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁶² y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁶³ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de Enseñanza del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Prevalencia de Helicobacter pylori: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016.

Helicobacter pylori	No	%
Sí	578	63.7
No	329	36.3
Total	907	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

De un total de 907 (100.0%) pacientes a los que se le realizó endoscopia digestiva alta en la consulta privada del Centro Médico Dominicano, a un total de 578 (63.7%) resultaron con helicobacter pylori.

Cuadro 2. Distribución de edad de pacientes con Helicobacter pylori: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016. Según la edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 20	9	1.5
20-29	64	11.1
30-39	110	19.0
40-49	117	20.2
50-59	116	20.1
60-69	91	15.7
70-79	42	7.3
80-89	28	4.8
≤ 90	1	0.2
Total	578	100.0

Fuente: expediente clínico

Según la edad, el 20.2 por ciento tenía entre 40-49, de 50-59 años con un 20.1 por ciento; el 19.0 por ciento de 30-39; el por ciento 15.7 por ciento de 60-69; el 11.1 por ciento de 20-29; el 7.3 por ciento de 70-79; el 4.8 por ciento de 80-89; el 1.5 por ciento menor o igual a 20, y el 0.2 por ciento mayor o igual a 90.

Cuadro 3. Distribución del sexo de los pacientes con Helicobacter pylori: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016. Según el sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	223	38.6
Femenino	355	61.4
Total	578	100.0

Fuente: expediente clínico

De acuerdo a la edad, el 61.4 por ciento era femenino, y el 38.6 por ciento masculino.

Cuadro 4. Distribución de antecedentes patológicos de los pacientes con Helicobacter pylori: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016. Según el antecedente patológico.

Antecedente patológico	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	79	13.7
Diabetes mellitus	36	6.2
Gastritis	80	13.8
Úlcera	57	9.9
Apendicitis	18	3.1
Bocio	2	0.3
Tiroides	30	5.2
Constipación	30	5.2
Litiasis renal	22	3.8
Migraña	11	1.9
Rinitis	5	0.9
Problemas hepáticos	20	3.5
Hemorroides	16	2.8
Artritis	4	0.7
Falcemia	5	0.9
Otros	220	38.1
Ninguno	70	12.1

Fuente: expediente clínico

El 13.8 por ciento tenía gastritis como antecedente patológico; el 13.7 por ciento hipertensión arterial; el 9.9 por ciento úlcera; el 6.2 por ciento diabetes mellitus; el 5.2 por ciento tiroides y constipación cada uno respectivamente; el 3.8 por ciento litiasis renal; el 3.5 por ciento problemas hepáticos; el 3.1 por ciento apendicitis; el 2.8 por ciento hemorroides; el 1.9 por ciento migraña; el 0.9 por ciento falcemia y rinitis; el 0.7 por ciento artritis; el 0.3 por ciento bocio; el 38.1 por ciento otros y el 12.1 por ciento ninguno.

Cuadro 5. Prevalencia de *Helicobacter pylori*: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016. Según los hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Café	125	21.6
Alcohol	55	9.5
Tabaco	25	4.3
Drogas	2	0.3
Ninguno	371	64.2
Total	578	100.0

Fuente: expediente clínico

El 21.6 por ciento de los pacientes tenía al café como hábitos tóxicos; el 9.5 por ciento al alcohol; el 4.3 por ciento al tabaco; el 0.3 por ciento a las drogas, y el 64.2 por ciento no tenía hábitos tóxicos.

Cuadro 6. Prevalencia de *Helicobacter pylori*: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016. Según las manifestaciones clínicas.

Manifestación clínica	Frecuencia	%
Hematemesis	14	2.2
Melena	19	3.0
Epigastralgia	293	46.9
Náuseas	19	3.0
Pirosis	40	6.4
Sensación de plenitud	44	7.0
Otros	148	23.7

Fuente: expediente clínico

Las manifestaciones clínicas en el 46.9 por ciento fue la epigastralgia; en el 23.7 por ciento otras; en el 7.0 por ciento sensación de plenitud; en el 6.4 por ciento pirosis; en el 3.0 por ciento náuseas y melena cada uno respectivamente y en el 2.2 por ciento hematemesis.

Cuadro 8. Prevalencia de *Helicobacter pylori*: Experiencia de 10 años en una consulta privada Centro Médico Dominicano. 2006-2016. Según el Hallazgo endoscópico.

Hallazgo endoscópico	Frecuencia	%
Gastritis Ántral	478	82.7
Pangastritis	249	43.1
Úlcera gástrica	88	15.2
Esofagitis	30	5.2
Reflujo	25	4.3
Gastritis erosiva severa	22	3.8
Úlcera duodenal	19	3.3
Cáncer gástrico	10	1.7
Hernia Hiatal	6	1.0
Pólipos gástricos	3	0.5

Fuente: expediente clínico

Según los hallazgos endoscópicos, los datos obtenidos fueron la gastritis ántral con un 82.7 por ciento, el 43.1 por ciento pangastritis, el 15.2 por ciento úlcera gástrica, el 5.2 por ciento esofagitis, el 4.3 por ciento reflujo, el 3.8 por ciento gastritis erosiva severa, el 3.3 por ciento úlcera duodenal, el 1.7 por ciento cáncer gástrico, el 1.0 por ciento hernia hiatal y el 0.5 por ciento pólipos gástricos.

DISCUSIÓN.

La presente investigación permitió conocer la prevalencia de *Helicobacter pylori* en biopsias realizadas a través de endoscopias con una frecuencia de 63.7 por ciento. La infección por Hp está relacionada con gastritis crónica activa, úlcera gastroduodenal adenocarcinoma gástrico y linfoma asociado a la mucosa gástrica.⁴¹ Se estima que el 50 por ciento de la población mundial está actualmente infectada, pero la mayoría nunca presentará manifestaciones clínicas.⁴¹ Existen numerosos estudios de prevalencia de Hp con diferentes diseños metodológicos, algunos fueron realizados en comunidades y otros en ambientes hospitalarios con el consiguiente sesgo de selección.⁴²⁻⁴⁴ La prevalencia de Hp varía según la región geográfica, edad y estrato socioeconómico; así entre países latinoamericanos se reportaron diferencias de 52.7 por ciento hasta 84.7 por ciento.⁴⁵ Con respecto a otras áreas geográficas encontramos cifras distintas, países como Australia, Estados Unidos, Alemania y Francia la prevalencia no supera el 40.0 por ciento; datos cercanos en zonas como Italia, Argentina, Madrid supera el 60.0 por ciento y en el continente Africano

y la India la prevalencia puede aumentar de un 70 a un 80 por ciento. En nuestro estudio en el cual la prevalencia fue de un 63.7 por ciento esos valores se acercan bastante a la prevalencia estudiada en países en vías de desarrollos y en algunas regiones de Latinoamérica. En Lima (Perú), Ramírez-Ramos y col. encontraron una disminución de la prevalencia de Hp en los últimos 25 años hasta 47.8 por ciento en pacientes con síntomas digestivos altos de nivel socioeconómico medio y alto.⁴⁶⁻⁴⁸ En el 2003, Rodríguez y col. hallaron 41 por ciento de infección por Hp en biopsias gástricas de pacientes sintomáticos crónicos del mismo estrato socioeconómico medio-alto de Lima.⁴⁹

Prochazka y col. en un estudio realizado en una clínica privada (nivel socioeconómico medio-alto) mediante la prueba rápida de la ureasa hallaron una prevalencia de 38.5 por ciento que es la menor reportada a nivel nacional,⁵⁰ pero incluyó a pacientes tratados o que recibían inhibidores de la bomba de protones (IBP). Sin embargo, cuando excluye estos pacientes y restringe el análisis a pacientes con dispepsia, encuentra una cifra similar a un 44%.

En los ochenta no había diferencia en la prevalencia de Hp entre niveles socioeconómicos pero luego se observó disminución en el nivel medio y alto hasta 58.3 por ciento.⁴⁷ Esto contrasta con la prevalencia de 75.2 por ciento en pacientes dispépticos sometidos a endoscopia alta en un hospital nacional de Lima en 1998 y hasta 93 por ciento de positividad con PAU-14C en pobladores dispépticos de un asentamiento humano de Lima en el 2003.⁵³ Una explicación del porqué disminuye la prevalencia en el nivel socioeconómico medio y alto es el consumo de agua potable; mientras, que la población de nivel bajo adquiere el agua de pozos, ríos.

Nuestro estudio encontró una prevalencia de Hp mayor en mujeres para un 61.4 por ciento; aunque no existen diferencias significativas entre el sexo y la infección, en nuestro estudio el porcentaje femenino fue muy alto comparando con un estudio realizado por Ramírez Ramos y col. hallaron una prevalencia de 71.2 por ciento en varones y 69.1 por ciento en mujeres ($p=0,23$) con gastritis crónica activa de 1985-2002.⁴⁷ En el 2007, Montes y col. hallaron una prevalencia de 65.3 por ciento en pacientes con úlcera péptica en un hospital nacional y 67.8 por ciento fueron de sexo masculino.⁵² La discrepancia entre estudios que encontraron mayor prevalencia en los varones fue atribuido a diferencias en la higiene durante la infancia y juventud,⁴² mientras que la mujer sería transmisora de la infección por contacto materno.^{54,55} La mayoría de estudios señala ausencia de diferencias significativas en la prevalencia de Hp entre ambos sexos o un ligero predominio en el sexo masculino.^{47,56}

Encontramos que las principales indicaciones fueron epigastralgia con 293 casos para un 46.9 por ciento y otros síntomas dispépticos con un 23.7 por ciento. En la literatura se habla de que el *Helicobacter Pylori* y la dispepsia pudiera tener una relación hasta de un 30.0 por ciento ligeramente parecido el encontrado en nuestro estudio.

Existe una relación entre edad y prevalencia en nuestro

estudio. La infección por Hp se produce a edades tempranas y se incrementa con la edad.⁵⁸ Encontramos un pico en la prevalencia de Hp entre los 35 a 44 años y una disminución a partir de los 60 años. En nuestro estudio la prevalencia fue más elevada entre los rangos de edades comprendidos entre 40-49 años para un 20.0 por ciento y 50-59 años para un 20.0 por ciento y de 60-69 años un 15.0 por ciento comenzando a disminuir lo que se asemeja a los estudios publicados. En poblaciones con baja prevalencia se observa relación directa entre edad y frecuencia de infección por Hp (efecto de cohorte); mientras que en zonas con alta prevalencia se encuentra relación inversa con tendencia descendente en relación a la edad y esto se explicaría porque la bacteria produciría gastritis crónica atrófica que es un medio hostil para su sobrevivencia.⁴⁸

Se encontraron 88 úlceras gástricas para un 15.2 por ciento representado solamente la mitad de los datos encontrados en otros estudios universales.

El 82.0 por ciento presento gastritis antral con 478 casos y comparados con estudios de Bravo y cols., el resultado fue 83.6 por ciento se asemeja bastante a los resultados internacionales.

Las diferencias de prevalencia también dependen del método diagnóstico empleado. El método ideal de diagnóstico primario para la infección por Hp es la endoscopia, la cual permite la obtención de biopsia para cultivo y análisis histológico, tal como lo realizáramos en nuestros pacientes. Los métodos no invasivos incluyen la detección de anticuerpos (serología), antígeno en heces y prueba en aliento con urea marcada (13C, 14C). Algunos estudios encontraron disminución del rendimiento diagnóstico de histología y prueba de ureasa en pacientes que recibían IBP.⁵⁰

RECOMENDACIONES.

1. Realizar investigaciones científicas similares a la actual en otros grupos, especialmente en niños.
2. En futuras investigaciones incentivar a la realización de tesis con intervención educativa ya que involucra de manera directa a los estudiantes con la realidad de la comunidad.
3. Sería importante difundir los resultados obtenidos en éste y en otros proyectos de investigación; a nivel local, nacional e internacional a través de publicaciones de texto, internet y otros medios de difusión.
4. Realizar estudios similares a nivel de los hospitales del país para determinar si la prevalencia es igual de alta en estratos económicos inferiores.

REFERENCIAS.

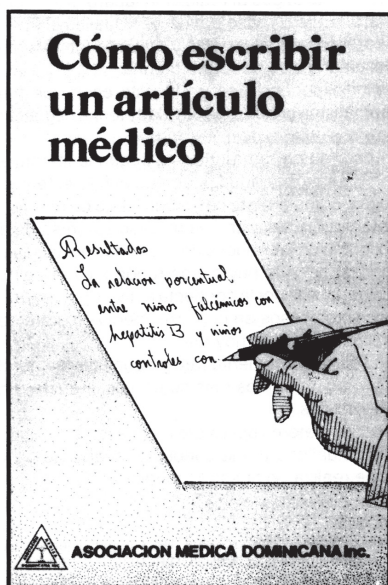
1. Malaty HM, Evans EG, Evans DJ, Graham DY. *Helicobacter pylori* in Hispanics: Comparison with blacks and whites of similar age and socioeconomic status. *Gastroenterology* 2012; 103:813-816.
2. Juan Pablo Ortega, Alberto Espino, Alfonso Calvo B., y col. Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos con patología gastroduodenal benigna.

- Análisis de 5.664 pacientes. Rev Med Chile 2010; 138: 529-535.
3. José I. Montaña, M.D. y col. Helicobacter pylori y estrés psicosocial en pacientes con gastritis crónica. Med. vol.37 no.2 suppl.1 Cali June 2006.
 4. Piñol Jiménez Felipe, Paniagua Estévez Manuel, Gra Oramas Bienvenido, Reyes de la Cruz M. Helicobacter pylori y lesiones endoscópicas e histológicas en mucosa gástrica de pacientes de 50 años y más. Rev cubana med. 2008 Jun ; 47(2):
 5. Chacaltana, Alfonso, Rodríguez, Carlos, Urday, Carlos et al. Lesiones gástricas preneoplásicas y helicobacter pylori en despistaje endoscópico para cáncer gástrico en población de nivel socioeconómico medio y alto. Rev gastroenterol. Perú. jul./set. 2009; 29 (3):.218-225.
 6. Eusebi LH, Zagari RM, Bazzoli F. Epidemiology of Helicobacter pylori infection. Helicobacter. 2014 Sep; 19 Suppl 1:1-5.
 7. Yangchun Z, Xiaoying Z, Junbei W, Jing S, and Guoxin Z. Risk Factors and Prevalence of Helicobacter pylori Infection in Persistent High Incidence Area of Gastric Carcinoma in Yangzhong City. Volume 2014 (2014), Article ID 481365, 10 pages
 8. Gisbert JP, Calvet X, O'Connor A, Megraud F, O'Morain CA. Sequential therapy for Helicobacter pylori eradication: a critical review. J Clin Gastroenterol 2010; 44: 313-25.
 9. Kitagawa M, Natori M, Katoh M, Sugimoto K, Omi H, Akiyama Y, et al. Maternal transmission of *Helicobacter pylori* in the perinatal period. Journal Obstetric Gynaecology Res 2013; 27(4):225-230.
 10. F. Sierra, J.D. Forero, M. Rey. Tratamiento ideal del Helicobacter pylori: una revisión sistemática. Rev Gastroenterol Mex. 2014; 79:28-49 - Vol. 79 Núm. 1
 11. A. Trespalacios, W. Otero, M. Mercado. Helicobacter pylori resistance to metronidazole, clarithromycin and amoxicillin in Colombian patients. Revista Colombiana de Gastroenterología, 25 (2010), pp. 31-38.
 12. G. Cammarota, A. Sanguinetti, B. Posteraro. Review article: Biofilm formation by Helicobacter pylori as a target for eradication of resistant infection. Aliment Pharmacol Ther, 36 (2012), pp. 222-230.
 13. P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain. Management of Helicobacter pylori infection — The Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut, 61 (2012), pp. 646-664.
 14. P.I. Hsu, D.C. Wu, J.Y. Wu. Modified sequential Helicobacter pylori therapy: Proton pump inhibitor and amoxicillin for 14 days with clarithromycin and metronidazole added as a quadruple (hybrid) therapy for the final 7 days. Helicobacter, 16 (2011), pp. 139-144.
 15. S.K. Chuah, F.W. Tsay, P.I. Hsu. A new look at anti-Helicobacter pylori therapy. World J Gastroenterol, 17 (2011), pp. 3971-3975.
 16. C.H. Kuo, F.C. Kuo, H.M. Hu. The optimal first-line therapy of Helicobacter pylori infection in year 2012. Gastroenterology Research and Practice, 2012 (2012), pp. 168361.
 17. H. Loghmani, F. Bdioui, W. Bouhlef. Clarithromycin versus metronidazole in first-line Helicobacter pylori eradication. Prospective randomized study of 85 Tunisian adults. Tunis Med, 90 (2012), pp. 31-35.
 18. F. Sacco, M. Spezzaferro, M. Amitrano. Efficacy of four different moxifloxacin-based triple therapies for first-line H. pylori treatment. Dig Liver Dis, 42 (2010), pp. 110-114.
 19. G. Seven, K. Cinar, M. Yakut. Assessment of Helicobacter pylori eradication rate of triple combination therapy containing levofloxacin 2011. Turk J Gastroenterol, 22 (2011), pp. 582-586.
 20. Z. Polat, A. Kadayifci, M. Kantarcioglu. Comparison of levofloxacin-containing sequential and standard triple therapies for the eradication of Helicobacter pylori. Eur J Inter Med, 23 (2012), pp. 165-168.
 21. B.H. Lee, N. Kim, T.J. Hwang. Bismuth-containing quadruple therapy as second-line treatment for Helicobacter pylori infection: Effect of treatment duration and antibiotic resistance on the eradication rate in Korea. Helicobacter, 15 (2010), pp. 38-45.
 22. R. Castaño-Llano, M. Ruíz-Vélez, C. Martínez-Incapie. Evaluación para comparar dos esquemas de terapia estándar (7 frente a 10 días) contra el Helicobacter pylori, con seguimiento clínico a 1 año. Rev Col Gastroenterol, 27 (2012), pp. 80-87.
 23. L.E. Mazzoleni, G.B. Sander, C.F. Francesconi. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. Arch Intern Med, 171 (2011), pp. 1929-1936.
 24. E.R. Greenberg, G.L. Anderson, D.R. Morgan. 14-day triple, 5-day concomitant, and 10-day sequential therapies for Helicobacter pylori infection in seven Latin American sites: A randomised trial. Lancet, 378 (2011), pp. 507-514.
 25. G. Felga, F.M. Silva, R.C. Barbuti. Clarithromycin-based triple therapy for Helicobacter pylori treatment in peptic ulcer patients. J Infect Dev Ctries, 4 (2010), pp. 712-716.
 26. H. Schmilovitz-Weiss, T. Shalev, Y. Chechoulin. High eradication rates of Helicobacter pylori infection following sequential therapy: The Israeli experience treating naïve patients. Helicobacter, 16 (2011), pp. 229-233.
 27. F. Ermis, F. Akyuz, A. Uyanikoglu. Second-line levofloxacin-based triple therapy's efficiency for Helicobacter pylori eradication in patients with peptic ulcer. South Med J, 104 (2011), pp. 579-583.
 28. Gisbert JP, Morena F. Systematic review and meta-analysis: levofloxacin-based rescue regimens after Helicobacter pylori treatment failure. Aliment Pharmacol

- Ther 2006; 23: 35-44. 32.
29. Saad RJ, Schoenfeld P, Kim HM, Chey WD. Levofloxacin-based triple therapy versus bismuth-based quadruple therapy for persistent *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 488-96?
 30. Gisbert JP, Calvet X, Gomollon F, Sainz R, y grupo de la Conferencia Española de Consenso sobre *Helicobacter pylori*. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la conferencia española de consenso. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 185- 195.
 31. J.P. Gisbert, A. Pérez-Aisa, M. Castro-Fernández. *Helicobacter pylori* first-line treatment and rescue option containing levofloxacin in patients allergic to penicillin. *Dig Liver Dis*, 42 (2010), pp. 287-290.
 32. S. Pontone, M. Standoli, R. Angelini. Efficacy of *H. pylori* eradication with a sequential regimen followed by rescue therapy in clinical practice. *Dig Liver Dis*, 42 (2010), pp. 541-543.
 33. K. Hori, H. Miwa, T. Matsumoto. Efficacy of 2-week, second-line *Helicobacter pylori* eradication therapy using rabeprazole, amoxicillin, and metronidazole for the Japanese population. *Helicobacter*, 16 (2011), pp. 234-240.
 34. J.M. Liou, C.C. Chen, M.J. Chen. Empirical modified sequential therapy containing levofloxacin and high-dose esomeprazole in second-line therapy for *Helicobacter pylori* infection: A multicentre clinical trial. *J Antimicrob Chemother*, 66 (2011), pp. 1847-1852.
 35. J. Luther, P.D. Higgins, P.S. Schoenfeld. Empiric quadruple vs. triple therapy for primary treatment of *Helicobacter pylori* infection: Systematic review and meta-analysis of efficacy and tolerability. *Am J Gastroenterol*, 105 (2010), pp. 65-73.
 36. S. Georgopoulos, V. Papastergiou, E. Xirouchakis. Evaluation of a four-drug, three-antibiotic, vonbismuth-containing 'concomitant' therapy as first-line *Helicobacter pylori* eradication regimen in Greece. *Helicobacter*, 17 (2012), pp. 49-53.
 37. D.Y. Graham, L. Fischbach. *Helicobacter pylori* treatment in the era of increasing antibiotic resistance. *Gut*, 59 (2010), pp. 1143-1153.
 38. J. Molina-Infante, B. Perez-Gallardo, M. Fernandez-Bermejo. Clinical trial: Clarithromycin vs. levofloxacin in first-line triple and sequential regimens for *Helicobacter pylori* eradication. *Aliment Pharmacol Ther*, 31 (2010), pp. 1077-1084.
 39. J.P. Gisbert, X. Calvet. Review article: Rifabutin in the treatment of refractory *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*, 35 (2012), pp. 209-221.
 40. J.P. Gisbert. Rescue therapy for *Helicobacter pylori* infection 2012. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012 (2012), pp. 1-12.
 41. J.P. Gisbert. Tratamientos de rescate ante el fracaso erradicador de *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol*, 34 (2011), pp. 89-99.
 42. McColl KEL. *Helicobacter pylori* infection. *NEJM*. 2010; 362:1597-1604. PMID: 20427808.
 43. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012 Mar; 107(3):345-60. PMID: 22310222.
 44. McColl K. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med*. 2010; 362:1597-604
 45. Sánchez F, Taxonera C, García M, Alba C, Sainz de los Terreros L, Díaz-Rubio M. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en población sana en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007; 99(9):497-501.
 46. Ozaydin N, Turkyilmaz S, Cali S. Prevalence and risk factors of *Helicobacter pylori* in Turkey: a nationally representative, cross-sectional, screening with 13C-urea breath test. *BMC Public Health*. 2013; 13:1215.
 47. Ortega J, Espino A, Calvo A, Verdugo P, Pruyas M, Nilsen E, et al. Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos con patología gastroduodenal benigna. Análisis de 5664 pacientes. *Rev Med Chile*. 2010; 138(5):529-35.
 48. Ramírez-Ramos A, Sánchez R. Contribución de Latinoamérica al estudio del *Helicobacter pylori*. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2009; 39(3):197-218.
 49. Ramírez-Ramos A, Chinga E, Mendoza D, Leey J, Segovia M, Otoy C. Variación de la prevalencia del *H. pylori* en el Perú periodo (1985-2002), en una población de nivel socioeconómico medio y alto. *Rev Gastroenterol Perú*. 2003; 23(2):92-8.
 50. Ramírez-Ramos A, Gilman R, Watanabe J, Rosas A. Estudio de la epidemiología del *Helicobacter pylori* en el Perú: 20 años después. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2004; 34(2):69- 78.
 51. Ramírez-Ramos A, Gilman R, Watanabe J, Takano J, Arias Stella J, Yoshiwara E, et al. Comparación de la prevalencia de la infección del estómago por el *Helicobacter pylori* en el Perú en población japonesa y peruana. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2005; 35(4):219-24.
 52. Rodríguez W, Pareja A, Yushimito L, Ramírez-Ramos A, Gilma R, Watanabe J, et al. Tratamiento del *Helicobacter pylori* con Omeprazol, Amoxicilina y Claritromicina en esquemas de 7 y 10 días. *Rev Gastroenterol Peru*. 2003; 23(3):177-83.
 53. Prochazka R, Salazar F, Barriga E, Salazar F. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en una Clínica Privada de Lima. Sensibilidad de las biopsias de antro y el cuerpo, y la prueba rápida de la ureasa. *Rev Gastroenterol Peru*. 2010; 30(1):33-9.
 54. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado. Niveles Socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao. Lima: APEIM; 2005.
 55. Montes P, Salazar S, Monge E. Cambios en la epidemiología de la úlcera péptica y su relación con

- la infección con *Helicobacter pylori*. Hospital Daniel Carrión 2000-2005. Rev Gastroenterol Perú. 2007; 27(4):382-88.
56. Soto G, Bautista C, Roth D, Gilman R, Velapatiño B, Ogura M, et al. *Helicobacter pylori* reinfection is common in Peruvian adults after antibiotic eradication therapy. J Infect Diseases. 2003;188(9):1263-75
 57. Alvarado-Esquivel C. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in pregnant women in Rural Durango, Mexico. Int J Biomed Sci. 2013; 9(4):224-9.
 58. Ramírez-Ramos A y Sánchez-Sánchez R. *Helicobacter pylori* 25 años después (1983-2008): epidemiología, microbiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Rev Gastroenterol Peru. 2009;29(2):158-70.
 59. Sánchez F, Taxonera C, García M, Alba C, Sainz de los Terreros L, Díaz-Rubio M. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en población sana en la comunidad de Madrid. Rev ESP Enferm Dig. 2007;99(9):497-501
 60. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de EsSalud. Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Gastroduodenal por *Helicobacter pylori* en EsSalud. EsSalud, Gerencia Central de Prestaciones de Salud y Gerencia de Prestaciones Hospitalarias. Lima, Perú: EsSalud; 2012
 61. Ayala S, Pichilingue O, Capcha T, Alba M, Pichilingue C. Dispepsia: Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima, Perú, durante el año 2010. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(1):28-33
 62. Muñoz A, Cok J, Busalleu A, Cetraro D, Maruy A, Takami F. *Helicobacter pylori* en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los años 2003-2006. Rev Gastroenterol Peru. 2008;28(2):109-18
 63. Jara L, Sánchez C, Santana D, León F, Cubas F. Frecuencia de *Helicobacter pylori* y características clínicas en niños con endoscopia digestiva alta de un hospital de Lambayeque: 2007-2010. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2013; 6(3):28-32.
 64. Masoodpoor N, Sheikhvatan D. *Helicobacter pylori* in Iranian children with recurrent abdominal pain. Tropical Gastroenterology. 2008; 29(4):221-3.
 65. Manzini JL. Declaracion de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
 66. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

LIBROS · LIBROS · LIBROS

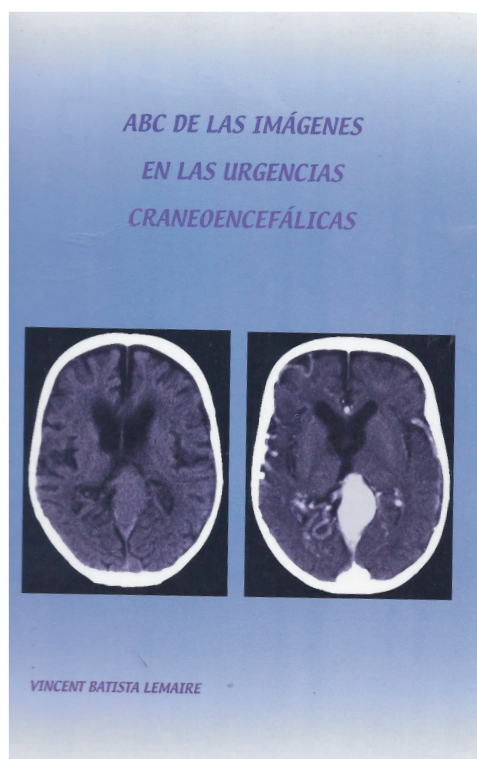


Cómo escribir un artículo médico

Autor: doctores Héctor Oter, Víctor Díaz Alba, Rubén Darío Pimentel

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

COSTO: RD\$ 100,00.



PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE SEMMA SANTO DOMINGO.

Carolina Henríquez Medina,** Elvis Calcaño,**** Rubén Darío Pimentel.*****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, desarrollado a través de recolección de datos buscados en el archivo médico del Hospital Docente SEMMA, con el objetivo de determinar la prevalencia de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. De los 160 expedientes revisados la edad predominante fue 50-59 años para un 31,2 por ciento. El sexo predominante fue el masculino con un 68.1 por ciento. El estado civil predominante fue el soltero con un 60.6 por ciento. La mayor parte de los pacientes estaban en la primaria con un 37.5 por ciento. El nivel de procedencia de los pacientes era rural en su mayoría con un 60.0 por ciento. Dentro de las enfermedades concomitantes predominaron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ambas con un 38.1 por ciento. En el caso de las manifestaciones clínicas, la mayoría de los pacientes presentaron pérdida de peso para un 19.4 por ciento. La hiperpotasemia fue la complicación más frecuente con un 25.6 por ciento. Con respecto a la estancia hospitalaria los pacientes estuvieron entre 11-15 días para un 36.3 por ciento. Se identificó que la mayoría de los pacientes no fallecieron, para un 80.6 por ciento.

Palabras clave: insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, prevalencia.

ABSTRACT

A retrospective descriptive study, developed through data collection sought after in the medical file SEMMA Teaching Hospital, in order to determine the prevalence of chronic renal failure on hemodialysis was performed. Of the 160 records reviewed the predominant ages was 50-59 years to 31.2 percent. The predominant sex was male with 68.1 percent. The predominant marital status was single with 60.6 percent. Most of the patients were in the primary with 37.5 percent. The level of origin of the patients was mostly rural with 60.0 percent. Within concomitant diseases they predominated hypertension and diabetes mellitus both with 38.1 percent. In the case of clinical manifestations, most patients had weight loss to 19.4

percent. The hyperkalemia was the most frequent complication with 25.6 percent. Regarding hospital stay patients were between 11-15 days to 36.3 percent. It was identified that most patients didn't die, 80.6 percent.

Keywords: chronic renal failure, hemodialysis, prevalence.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha sido reconocida recientemente como un problema de salud pública global, por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras que produce.¹

La falta de reconocimiento precoz de ERC produce consecuencias, ya que la declinación de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones, que devienen en un pronóstico adverso. Durante su evolución silenciosa con ERC, el paciente puede experimentar progresión renal y morbimortalidad cardiovascular.¹

Estudios recientes muestran que la probabilidad de que el paciente con ERC fallezca de complicaciones cardiovasculares es mucho mayor que la progresión a falla renal terminal. Si la ERC y sus factores de riesgo no son detectados, se pierden oportunidades únicas de prevención y tratamiento. La histórica carencia de una definición y clasificación universal de ERC explica en parte esta negligencia preventiva. Una nueva definición y sistema de clasificación de ERC, basada en la evaluación del daño y la función renal, ha sido propuesta desde el año 2002, teniendo amplia aceptación en la comunidad nefrológica mundial. El resultado ha sido la simplificación en la identificación de pacientes con ERC, posibilitando un mejor manejo con el fin de aminorar el riesgo cardiovascular y la progresión renal.¹

En nuestro país, el número de pacientes en diálisis crónica (una terapia de sustitución renal de alto costo), ha experimentado un aumento de más de 30 veces en los últimos 25 años. Estos pacientes habitualmente emergen de una población mucho mayor con ERC, cuya prevalencia se estima en 10 por ciento. No obstante ser común, la información disponible sobre ERC en etapas previas a diálisis es escasa, permaneciendo como una enfermedad subdiagnosticada y de referencia tardía.²

*Médico familiar y comunitario egresada del Hospital SEMMA Santo Domingo.

**Nefrólogo. Hospital SEMMA Santo Domingo.

***Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

Antecedentes

Salazar E, Cabo R, Iglesias E, Quiñones M, Portillo V, Blanco A, Mirón I, Dueñas C, Cusacovich I. 2013. Este estudio fue realizado en el complejo Asistencial Universitario de Burgos. España. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Los objetivos fueron determinar la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes ingresados en Medicina Interna en un hospital del tercer nivel, las características demográficas y factores asociados a insuficiencia renal, la tasa de reingresos, mortalidad y estancia hospitalaria. Se revisaron los datos digitalizados de todos los pacientes ingresados en un único día seleccionado en el Servicio de Medicina Interna, e ingresados en una base anónima respetando la confidencialidad. Resultados: Ingresaron al estudio 160 pacientes, edad promedio 81,07 años (rango 26-102, DE \pm 12,682), mujeres 87 (54,4%) y varones 73 (45,6%). La estancia hospitalaria promedio fue de 11,63 días (rango 2-37, DE \pm 7,187). Ochenta y tres (51,9%) pacientes presentaban insuficiencia renal al ingreso.²

Aguirre A, Medellín, Colombia, Instituto de ciencias de la salud. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes renales de la IPS de Itagüi, octubre de 2007, se analizó las diferentes historias clínicas de 125 pacientes con sus diferentes variables obteniendo los siguientes resultados. La edad tanto en hombres como en mujeres, la media fue de 60 y 61 años respectivamente siendo esto no significativo, demostrándonos que la ERC de Itagüi se comporta casi igual tanto en hombres como en mujeres.³

Otro estudio llamado "Medición de la Calidad de Vida percibida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Terapia de Hemodiálisis Crónica", fue realizado en el año 2000 por Marlyspérez J. Alumna de Enfermería, de la Universidad Austral de Chile, un total de 70 personas con Insuficiencia renal crónica terminal que reciben tratamiento de Hemodiálisis en el centro médico "NEFROVAL" de la ciudad de Valdivia. El instrumento utilizado para recolectar la información fue un Cuestionario, La investigación permitió determinar que en el grupo de pacientes predomina: el grupo etáreo adulto medio, el sexo masculino, casados, con escolaridad de enseñanza primaria incompleta.⁴

Mera Santander M, Universidad Austral de Chile, 2007. El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. De diseño descriptivo donde el objetivo es determinar cómo perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. La población en estudio corresponde a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, atendidos en el Centro de Diálisis "DIALSUR" de Osorno. La muestra fue de 30 pacientes, de los cuales 8 pacientes no accedieron a responder la encuesta. Por lo tanto la muestra quedó constituida por 22

pacientes. El método de recopilación de información fue de tipo directo, por medio de una encuesta aplicada durante una entrevista personal que se realizó a cada paciente en el centro de Diálisis, los resultados fueron que la procedencia del grupo en estudio, el gráfico muestra que la mayoría 59% es Urbano y respecto a las patologías crónicas asociadas que presenta el grupo estudiado, se puede apreciar que un 49% presentan Hipertensión Arterial.⁴

Ortega M, Martínez J, Gamarra G. Bucaramanga, Colombia. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, en el que se siguieron durante 90 días a los pacientes que ingresaron por insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) al programa de hemodiálisis periódica en cuatro unidades renales de Bucaramanga, entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2002. Los siguientes datos fueron obtenidos de la historia clínica del paciente. Se incluyeron 119 pacientes de los cuales cinco se perdieron del seguimiento y veinte pacientes fallecieron (17,54% IC95% 10,46-24,64).⁵

Justificación

Es evidente la importancia de identificar específicamente a los pacientes con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad para desarrollar estrategias de referencia a los servicios de nefrología. Pacientes atendidos por un nefrólogo antes de iniciar diálisis tienen una reducción significativa en el deterioro de la concentración sérica de creatinina.⁶

En pacientes diabéticos ha sido estudiado el impacto de la atención médica en el resultado clínico una vez comenzada la Terapia Reemplazo Renal (TRR).⁶

La sobrevivencia en este grupo de pacientes es crítica comparada con la de los pacientes no diabéticos. Es sabido que los pacientes que son referidos al nefrólogo de manera temprana en el curso de la enfermedad tienen un mejor resultado después del tratamiento que aquellos que son referidos justo antes de iniciar el tratamiento.⁶

Por lo general, la historia natural de la IRC en pacientes con diabetes tipo 2 dura más de 10 años, lo cual permite realizar intervenciones médicas apropiadas según la evolución de la enfermedad. Se ha demostrado que la presencia o ausencia de atención por el médico familiar o el nefrólogo se asocia significativamente con el riesgo de muerte durante los primeros 3 meses de inicio del tratamiento.⁶

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de determinar la prevalencia de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis desarrollado a través de recolección de datos buscados en el archivo médico del Hospital Docente SEMMA Santo Domingo.

Área de estudio



El estudio se realizó en el Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, ubicado en la calle Josefa Perdomo 152, delimitado, al Norte, por la calle Josefa Perdomo; al Sur, por la Santiago; al Este, por la José Joaquín Pérez y al Oeste, por la Hermanos Deligne. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).

Universo

El universo estuvo compuesto de (41, 288) expedientes correspondientes a la consulta de Medicina Interna del Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 2000 expedientes correspondientes a pacientes vistos en la consulta de nefrología.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes con insuficiencia renal crónica
2. Adulto (≥ 18 años)
3. Ambos sexos

De exclusión

1. Expediente clínico no localizable
2. Expediente clínico incompleto

Instrumento de recolección de los datos

La recolección de la información se hizo a través de un

cuestionario integrado por once preguntas, cuatro abiertas y siete cerradas, este formulario contiene datos socio demográficos, tales como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción.

Procedimiento

El instructivo fue llenado a través de la revisión del expediente clínico por la sustentante y se llevara a cabo en dos meses: Mayo-Junio.

Tabulación

La información fue procesada mediante técnicas estadísticas con el procesador estadístico EPI INFO y presentada a través de cuadros y gráficos estadísticos para su mejor comprensión.

Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple y las variables que sean susceptibles de comparación serán estudiadas a través de la prueba cuadrado considerándose de significación estadística cuando $p < 0.05$.

Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁸ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del hospital General y Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otras autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de Insuficiencia Renal Crónica según hemodiálisis, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Insuficiencia renal crónica	Frecuencia	%
Hemodiálisis	246	12.3
Expedientes con criterios	160	8.0
Expedientes sin criterios	86	4.3
No hemodiálisis	1754	87.7
Total	2000	100.0

Fuente: Expediente clínico

De un total de 2000 expedientes clínicos 1754 no estaban en diálisis para un 87.7 por ciento y 246 estaban en diálisis para un 12.3 por ciento, de estos solo calificaron 160 para un 8.0 por ciento, expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión, ya que 68 para un 4.3 por ciento expedientes no se encontraron y 18 estaban incompletos, ver cuadro 1.

Cuadro 2. Distribución de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según edad, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Edad (años)	Frecuencia	%
20-29	8	5
30-39	12	7.5
40-49	17	10.6
50-59	50	31.2
60-69	31	19.4
≥ 70	42	26.3
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 31.2 por ciento de los pacientes tenían 50-59 años de edad, ver cuadro 2.

Cuadro 3. Relación de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según sexo, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	51	31.9
Masculino	109	68.1
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

El sexo que predominó fue el masculino con un 68.1 por ciento, ver cuadro 3.

Cuadro 4. Distribución de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según estado civil, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	97	60.6
Casado	41	25.6
Divorciado	15	9.4
Viudo	7	4.4
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

El estado civil de la mayoría de los pacientes fue soltero para un 60.6 por ciento, ver cuadro 4.

Cuadro 5. Relación de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según nivel instrucción, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Nivel instrucción	Frecuencia	%
Analfabeta	15	9.4
Primaria	60	37.5
Secundaria	27	16.9
Técnico	5	3.1
Superior	53	33.1
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

La mayoría de los pacientes cursó la primaria para un 37.5 por ciento, ver cuadro 5.

Cuadro 6. Distribución de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, según procedencia, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	96	60
Urbano	64	40
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

La mayor procedencia de los pacientes fue rural para 60.0 por ciento, ver cuadro 6.

Cuadro 7. Relación de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según enfermedades concomitantes, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Enfermedades concomitantes	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	61	38.1
Diabetes mellitus	61	38.1
Asma bronquial	8	5.0
Hipertrofia prostática benigna	5	3.1
Otras	25	15.7
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

Las enfermedades concomitantes que prevalecieron fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ambas con un 38.1 por ciento.

Cuadro 8. Distribución de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según manifestaciones clínicas, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Cefalea	28	17.5
Pérdida peso	31	19.4
Anorexia	15	9.4
Mareos	25	15.6
Emesis	18	11.2
Edema	30	18.7
Otras	13	8.2
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

La pérdida de peso fue la manifestación clínica que prevaleció con un 19.4 por ciento.

Cuadro 9. Relación de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según complicaciones, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Complicaciones	Frecuencia	%
Anemia	28	17.5
Hiperpotasemia	41	25.6
Hipocalcemia	29	18.1
Edema agudo pulmón	19	11.9
Uremia	15	9.4
Sangrado gastrointestinal	7	4.4
Sepsis	4	2.5
Otras	17	10.6
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

La hiperpotasemia fue la complicación más frecuente con un 25.6 por ciento, ver cuadro 9.

Cuadro 10. Distribución de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según estancia hospitalaria, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Estancia hospitalaria (días)	Frecuencia	%
1-5	33	20.6
6-10	47	29.4
11-15	58	36.3
≥16	22	13.7
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

La estadía en el hospital de los pacientes fue entre 11-15 días para un 36.3 por ciento, ver cuadro 10.

Cuadro 11. Relación de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, según pronóstico, Hospital Docente SEMMA Santo Domingo, 2010-2015.

Pronóstico	Frecuencia	%
No fallecido	129	80.6
Fallecido	31	19.4
Total	160	100.0

Fuente: Expediente clínico

Al 80.6 por ciento de los pacientes no fallecieron.

DISCUSIÓN

De 160 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión para un 8.0 por ciento, siendo los de 50-59 años para un 31.2 por ciento. Aguirre A, Medellín, Colombia, Instituto de ciencias de la salud realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes renales de Itagüí, Colombia 2007, donde la edad tanto en hombres como en mujeres, la media fue de 60 y 61 años respectivamente.

El estado civil de la mayoría de los pacientes fue soltero para un 60.6 por ciento y el nivel de instrucción de la mayoría de los pacientes era en primaria para un 37.5 por ciento. En el año 2000 por Marlysperez J. Alumna de Enfermería, de la Universidad Austral de Chile, en un estudio llamado “Medición de la Calidad de Vida percibida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Terapia de Hemodiálisis Crónica determinó que el grupo etario de pacientes eran casados, con escolaridad de enseñanza primaria incompleta.

Al 80.6 por ciento de los pacientes le dieron de alta. Ortega M, Martínez J, Gamarra G. Bucaramanga, Colombia, 2002. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, en el que se siguieron durante 90 días a los pacientes que ingresaron por insuficiencia renal crónica terminal, donde 119 pacientes de los cuales cinco se perdieron del seguimiento y veinte pacientes fallecieron (17,54% IC95% 10,46-24,64).

La mayor procedencia de los pacientes fue rural para 60.0 por ciento y dentro de las enfermedades concomitantes que prevalecieron fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ambas con un 38.1 por ciento. Mera Santander M, Universidad Austral de Chile, 2007. El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. De diseño descriptivo donde el objetivo es determinar cómo perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis donde se determinó que la procedencia del grupo en estudio, el gráfico muestra que la mayoría 59% es Urbano y respecto a las patologías crónicas asociadas que presenta el grupo estudiado, se puede apreciar que un 49% presentan Hipertensión Arterial

RECOMENDACIONES

Individualización de la decisión de acuerdo con el paciente, su familia y los profesionales. Es útil que la decisión se tome precozmente, ya que permite organizar el seguimiento antes de que se haya producido un deterioro especialmente significativo del paciente. El manejo conservador debe ser una opción en pacientes que no deseen hincar terapia renal sustitutiva utilizando un programa completo de manejo conservador. Todos los programas de ERC deberían desarrollar un programa de cuidados avanzados para pacientes que necesiten cuidados al final de la vida, incluyendo aquellos pacientes en Tratamiento renal conservador

Los pacientes y familiares deberían disponer de cuidados coordinados al final de la vida, contando con atención primaria y cuidados de especialista en Cuidados Paliativos.

Las personas más propensas a padecer la enfermedad renal son aquellas que presentan hipertensión y diabetes, por lo que resulta muy importante la realización de controles para un diagnóstico precoz. El diagnóstico temprano y el tratamiento a tiempo previenen el avance de la enfermedad y las complicaciones cardiovasculares asociadas. Es necesario que el paciente asuma un papel activo en el control y el seguimiento de la enfermedad, también es muy importante promover entre los jóvenes los hábitos saludables, como bajar el consumo de sal, tener una dieta que incluya frutas.

REFERENCIAS

1. Flores JC, Alvo M, Borja H, et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev Méd Chile 2009; 137: 137-177s. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n1/art26.pdf>
2. Salazar-thieroldt, E, cabo, R, et al. Prevalencia de insuficiencia renal y factores asociados en medicina interna en burgos. RevMed España 2013. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/congresos/xxxiv-congreso-nacional-las-sociedad/8/sesion/varios-posters-/849/prevalencia-de-insuficiencia-renal-y/8407/>.
3. Rodríguez A, Características de los pacientes con enfermedad renal crónica estadios I, II, III, IV. Punto de salud Itagüí. Medellín, Colombia. Instituto de ciencias de la salud – ces. 2007.
4. Mera ML, Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Valdivia Chile. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina. 2006.
5. Ortega M, Martínez J, Gamarra G. Mortalidad en los pacientes con falla renal crónica durante los primeros 90 días de terapia con hemodiálisis. Colombia, 2002.
6. Estrada A V, López J A, Alvarado M R, Cervantes M L. Insuficiencia renal crónica. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf.
7. Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. España. 2012. Disponible 27 Noviembre 2012

- en: secardiologia.es/.../documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.
8. Valdivia J, et al. Epidemiología de la enfermedad renal crónica y los factores de riesgo relacionados con la supervivencia. La Habana, Cuba. Artículo de revisión. InvestMedicoquir 2011 (enero –junio); 3(1):64-75. Disponible en: www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-definicion.
 9. Zamora I, Sanahuja J, Enfermedad renal crónica. España. 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_2_pd.
 10. Soriano S, Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. España. Nefrología 2004;24Supl 6:27-34. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es>.
 11. Martín A, Piñera C, Gago M, Robledo C, Arias M, Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. 2009. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es>.
 12. Erazo P, Cagua D, Rivera A, Insuficiencia renal crónica. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. España. 2014. Disponible en: <http://es.calameo.com/>.
 13. Orozco R, Benavente D. La Insuficiencia Renal Crónica como nuevo factor de riesgo cardiovascular. Chile. 2005. Rev. Med. Clin. Condes - Vol 16 N°1 13 – 18. Disponible en: <http://www.clinicalascondes.cl/>.
 14. Rondon M, Compendio de Nefrología Clínica. Colombia. Universidad de los Andes. 2009. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/>.
 15. Flores JC, Enfermedad Renal Crónica: Epidemiología y Factores de riesgo. Chile. Revista Médica Clínica Las Condes, 2010 Volumen 21, Número 4, Pages 502-507. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es>.
 16. **Calderón M, Serrano J, et al.** Enfermedad Renal Crónica en Centroamérica. Guatemala. **Universidad de San Carlos de Guatemala. 2015. disponible en:** <http://revista.asomigua.org>.
 17. **White SL, Chadban SJ, Jan S, Chapman JR, Cass A. Bulletin of the World Health Organization, Marzo 2008 (14 de octubre 2014).** White SL, Chadban SJ, Jan S, Chapman JR, Cass A. Bulletin of the World Health Organization, Marzo 2008 (14 de octubre 2014).
 18. Santa Cruz PL, Aguilar JL, Rangel ME, Herrera N, Bonet N. Enfermedad Renal Crónica (ERC). Mortalidad en el decenio 1980-1989 en la provincia de Camaguey (Cuba). Nefrología Vol. XIII. Suplemento 5. 1993.
 19. Couser WG, Remuzzi J, Mendis S, Tonelli M. Medscape. The Contribution of Chronic Kidney Disease to the Global Burden of Major Noncommunicable Diseases. 2011 (2011; 21 de octubre 2014)
 20. Caballero AN, Mairena EM, Torres CT, Herrera A. Epidemiología de Enfermedad Renal Crónica en Nicaragua. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas en UNAN-León, Universidad de Ciencias Médicas, CISTA, León. Diciembre 2009.
 21. Torres C, González M, Vanegas R, Aragón A. Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en la comunidad de “La Isla” y Reparto “Candelaria”, Chichigalpa. Universidad Autónoma de Nicaragua León. Junio 2008.
 22. Escobar Rolando, MSPAS, UNAERC. Estadísticas de ingreso a Unidad de Atención Nacional al Enfermo Renal Crónico (UNAERC). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Septiembre 2, 014.
 23. Alonzo FA, Santis Barreda MA, López Villeda CM. Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con ERC. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Mayo 2011.
 24. Almaguer M, Herrera R. Consenso sobre Insuficiencia Renal Crónica terminal en los países de América Latina. RevCubInvestBiomed, 3:306-318, 1989.
 25. Rodríguez JM, González R, Albavera C. “Comportamiento de la mortalidad por enfermedad renal crónica hipertensiva en la República Mexicana entre 1998-2009”. Cendex, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Instituto Mexicano del Seguro Social, Taxco, Guerrero. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional con Medicina Familiar N°1, Cuernavaca, Mor., Instituto Nacional de Salud Pública, México.
 26. Ajay K, Israni BL. Laboratory Assessment of Kidney Disease: Clearance, Urinalysis and Kidney Biopsy. En S.A. Barry M Brenner, Brenner and Rector’s They Kidney (8th, págs 724-58). Philadelphia (2007), PA, USA: Saunders Elsevier.
 27. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000,321.
 28. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for international Organizations of medical sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), Genova, 2002.
 29. Francisco MA, Piñera C, Gago M, Ruiz J, Robledo C. Arias M. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. Nefrología 2009;29 (Susp, Ext5): 101-105. 25 de octubre 2014.
 30. Herrera R, Román W, Soto L, Pérez Oliva J, Gutiérrez C, Calla C, et al. Insuficiencia Renal Crónica. Temas de Nefrología, t II, pp3-48. ECI MED la Habana, 1991.
 31. Brooks D. Informe final de estudio de alcance de epidemiología de enfermedad renal crónica en Nicaragua. Escuela de salud pública Universidad de Boston. 2009.
 32. Otero A, Gayoso P, García F, de Francisco AL. EPIRCE study group. Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: results of the pilot Spanish EPIRCE study. KidneyIntSuppl. 2005; (99):S16-9.

33. García T, Aguilar R, Silva C, Ortiz R, Leiva R. Nefropatía terminal en pacientes de un hospital de referencia en El Salvador. RevPanam Salud Publica vol.12 n.3 Washington Sep. 2002.
34. Comisión Técnica de Vigilancia en Salud y Sistemas de Información de Centroamerica y República Dominicana (Se-Comisca). Boletín 02-2012 Sala Regional de Situación de Salud. Enfermedad Renal Crónica.
35. Bolton CI, Downs LG, Victory JGG, Dwight JF, Tomson CRV, Mackness MI, Pinkey JH. Endotelial dysfunction in chronic renal failure: roles of lipoprotein oxidation and pro-inflammatory cytokines. NephrolDial Trasplant2001; 16: 1189-1197.
36. Stam F, Van Guldener C, Schalkijk CG, Ter Wee P, Donker AJM, Stehouwer C. Impaired renal function is associated with markers of endothelial dysfunction and increased inflammatory activity. NephrolDial Trasplant2003; 18: 892-898.
37. Velasco Oscar, Orantes Carlos Manuel, Insuficiencia renal crónica en el salvador, Blog de wordpress.com, el tema academia, Diciembre 1, 2,012.
38. SebascoAlexey, La epidemia de la enfermedad renal crónica en Centroamérica, agosto 2,014
39. Wijkstöm J, Leiva R, Elinder C, Leiva S, Trujillo Z, Trujillo L, et al. Clinical and Pathological Characterization of Mesoamerican Nephropathy: A New Kidney Disease in Central America. American Journal of KidneyDiseases. Diciembre 10, 2012.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS/AS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL DOCTOR FRANCISCO EUGENIO MOSCOSO PUELLO.

*Eddy Omar Reyes Sánchez, *Aideé Cuás Ramírez, **Rubén Darío Pimentel.****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de colección prospectivo, de corte trasversal con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico de los/as adolescentes víctimas de maltrato que asisten a la consulta de medicina familiar en el Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, Enero a Junio 2015. El estudio estuvo representado por 366 adolescentes que acuden a la consulta de medicina familiar del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, en el período Enero a Junio 2015. La muestra estuvo compuesta por 26 adolescentes con diagnóstico de maltrato en la consulta de medicina familiar en el período a estudiar. De acuerdo a la edad, el 50 por ciento tenía entre 14-16 años. Según el sexo, el 53.8 por ciento era femenino. La escolaridad más frecuente fue la primaria con un 46.1 por ciento. El tipo de maltrato físico fue identificado como el más frecuencia con un 42.3 por ciento. En el 50.0 por ciento de los/as adolescentes la persona encargada de su cuidado era la madre. En el 34.6 por ciento el nivel de ingreso familiar era de entre 1,000 y 3,000. De acuerdo a los antecedentes de maltrato en los padres o tutores, en el 53.8 por ciento dijo que no. De acuerdo al tipo de maltrato, en el 100.0 por ciento fue físico. De acuerdo a la causa de maltrato, en el 76.9 por ciento fue problemas económicos.

Palabras claves: Perfil epidemiológico, Adolescentes, Víctima, Maltrato.

ABSTRACT

A descriptive study of collection prospective, transversal cutting with the objective of determining the epidemiological profile of the / as adolescents victims of abuse who attend family medicine in Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello consulting, January to June 2015. The study was represented by 366 teenagers who come to the consultation of family medicine of the Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, in the period January to June 2015. The sample was composed of 26 teenagers with a diagnosis of abuse in the family

medicine during the consultation to study. According to the age, 50 percent had between 14-16 years old. According to sex, 53.8 per cent were female. The most common schooling was elementary school with a 46.1 percent. The type of physical abuse was identified as the most commonly with a 42.3 percent. In 50.0 per cent of the / adolescent as the person responsible for your care was the mother. In the 34.6 percent the level of household income was between 1,000 and 3,000. According to the history of abuse in parents or guardians, 53.8 percent said that not. According to the type of abuse, in the 100.0 per cent was physical. According to the cause of abuse, at 76.9 percent was economic problems.

Keywords: Epidemiological Profile, Adolescent, Victim, abuse.

INTRODUCCIÓN

Las acciones abusivas y faltas de acción, u omisiones, que se producen en el espacio familiar hacia el/la adolescente, tienen un profundo impacto en su salud y su desarrollo.

De ahí la importancia de la intervención desde todos los ámbitos de atención a la adolescencia y especialmente del sanitario por sus posibilidades de detección de situaciones de riesgo social y de maltrato, y con la coordinación necesaria que requiere la intervención en este problema, especialmente con los servicios sociales a quienes corresponden las competencias en materia de protección de los más indefensos.

En informes rendidos por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desde hace varios años, se presenta la violencia de género como un problema que afecta a niñas y niños. En los últimos dos años del siglo XX en América Latina, solo uno de cada tres casos de abuso sexual era denunciado, y el 80 por ciento de dichas denuncias correspondían a niñas o adolescentes. Entre el 30 y 50 por ciento de las víctimas de violación o intento de violación tenían menos de 15 años y alrededor del 20 por ciento tenían menos de 10 años, según estudios realizados en Chile, Perú, Malasia y Estados Unidos. En estos porcentajes se incluyen tanto niñas como niños, aunque las primeras son las principales víctimas.¹

Es necesario prevenir este fenómeno desde edades tempranas para lograr mejor calidad de vida, que los jóvenes formen

*Médico Familiar y Comunitario egresado del Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello

**Médico Familiar y Comunitaria. Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello

***Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

adecuadamente su autoestima,² y desarrollen en la adolescencia responsabilidad respecto a temas de educación sexual. Esta etapa del desarrollo es compleja,³ se caracteriza como un proceso de duelo en el cual se transita de la niñez a la adultez, rompiendo con lo conocido y enfrentándose a situaciones, relaciones, responsabilidades y toma de decisiones que antes eran mediadas por adultos. El/la adolescente transita por un estado de vulnerabilidad identitaria: se encuentra despojado de aquellos objetos que le daban la posibilidad de construir lazos y, durante un tiempo debe reorganizar nuevos objetos (un nuevo cuerpo, una sexualidad definida, nueva identidad). No tiene una identidad cerrada, sino que sucesivamente va a ir construyendo modelos identificatorios, lo cual genera inseguridad con respecto a su conducta, es decir, habitualmente el/la adolescente se cuestionará si actúa adecuadamente.

Esto implica que el adolescente debe dejar de lado toda la seguridad que le proporcionaban sus padres adolescentes, su cuerpo y su rol infantil, para llegar a su autonomía y asumir la solución de conflictos por sí solo/a.

En la lucha por moldear su personalidad definitiva, el adolescente se expone a la angustia que le causa obtener su independencia y definir sus aspiraciones a desarrollarse como persona adulta, provocada por tener que desenvolverse en un medio que no conoce ni domina y el que muchas veces considera como amenazador.

Por lo tanto, es necesario fomentar en la comunidad hospitalaria el interés por reconocer, notificar y llevar un registro serio de los casos que acuden a los servicios de salud y hacen parte del grupo de adolescentes víctimas de violencia, para caracterizarlos y, de esta forma, empezar a llenar los vacíos que aún existen en cuanto a identificación, diagnóstico y definición de una conducta protocolaria o universal para su manejo.⁴

Siendo esta entidad una de las causas de discapacidad en la población adolescente y potencialmente prevenible, es de suma importancia que los profesionales de la salud estén en la capacidad de hacer una completa identificación y notificar los casos de maltrato.

Antecedentes

Morán Consuelo, Carmona José A. y Fínez M. José (2016) Basado en el Cuestionario de Personalidad de Eysenck para jóvenes (EPQ-J), se analizan los tipos de personalidad y su relación con la agresividad y la conducta antisocial en una muestra de estudiantes (N = 1416) de entre 11 y 15 años de edad (edad media = 13,32; DT = 1,22). Mediante análisis de clúster se hallaron tres tipos de personalidad que se relacionaron con la hipótesis de Eysenck sobre la conducta antisocial y el nivel de agresividad evaluado mediante del Agresion Questionnaire (AQ) de Buss y Perry (1992) en su versión reducida (Bryant y Smith (2001). El perfil del tipo infracontrolado confirmó la hipótesis de la conducta antisocial, siendo también el tipo más agresivo. Los tipos infracontrolado y supracontrolado estaban implicados en acoso escolar, aunque de manera

diferente. El tipo resiliente mostró un perfil más adaptativo y mejor rendimiento académico. Ambos sexos fueron diferentes en dimensiones de personalidad y agresión. Se destaca la importancia de la agresión entre jóvenes adolescentes y la necesidad de más investigación sobre esta problemática.⁵

Martínez D, Yoshikawa E. Realizó una búsqueda en cinco bases de datos (PubMed, LILACS, Google Scholar, SciELO y SCOPUS). Se utilizaron las palabras clave “Domestic Violence” AND “Child, Preschool” AND “Infant” AND “Primary Health Care”. Los criterios de inclusión de los artículos, fueron aquellos publicados en revistas con comité editorial, se consideró el artículo a texto completo, idioma español, inglés y portugués. El maltrato al adolescente se encuentra anclado en un contexto histórico, social y cultural. Es un fenómeno multifactorial en donde la influencia de modelos de crianza validados y de legitimación de la violencia son factores desencadenantes relevantes. La violencia produce efectos severos y profundos en la vida de los adolescentes, que afecta seriamente su desarrollo y crecimiento, por los que los profesionales de salud están en una posición primordial para su identificación, pero refieren un déficit en su formación en el tema.⁶

Preciado Barreraa Helen, Lozanob Laura Camila, Gutiérrezb Jennifer Andrea, Mayra y Tierradentrob, Castroc Carlos Alberto, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de maltrato al adolescente de pacientes que consultaron al Servicio de Pediatría del Hospital San José de marzo de 2010 a febrero de 2013. Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias pediátricas del Hospital San José de marzo de 2010 a febrero de 2013, y que fueron remitidos a interconsulta con el área de trabajo social, por sospecha de maltrato al adolescente o situación de riesgo social, como resultado del examen físico y la anamnesis. Se estudiaron 110 pacientes con diagnóstico confirmado de maltrato al adolescente, con una prevalencia de 0.25 por ciento. El 50 por ciento de las situaciones de riesgo fueron confirmadas por el área de trabajo social. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y separación prolongada de la madre, o enfermedad mental del cuidador o padre, y el antecedente de maltrato al adolescente (p < 0,005).⁷

Andrade, Nakamura, De Paula, Nascimento, Bordin y Martin (2011) realizaron un estudio en Brasil, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de los profesionales de salud sobre la violencia doméstica contra adolescente y adolescentes en el nivel básico de salud a través de una investigación cualitativa. Teniendo como resultado que debido a las características violentas de la población existía temor por las represalias que podrían existir. Asimismo, los profesionales señalan que una buena estrategia sería contar con un centro de referencia como una forma de ayudar a su limitado rol profesional. Además, refieren la dificultad en la identificación del problema de la violencia teñido por las mismas creencias, ya que el castigo físico leve está socialmente tolerado.⁸

Justificación

Se ha comprobado que el abuso y la negligencia de adolescentes causan que regiones importantes del cerebro no crezcan ni se desarrollen adecuadamente, resultando en problemas de desarrollo. Estas alteraciones en el crecimiento del cerebro tienen consecuencias a largo plazo para el desarrollo de capacidades cognitivas, de lenguaje y académicas y están relacionados con trastornos de salud mental.

El maltrato físico en adolescentes lamentablemente es el pan de cada día en nuestra sociedad, podemos observar cómo padres de familia maltratan a sus hijos en plena calle y nosotros como testigos de aquel hecho no decimos ni hacemos algo.

Tal vez no sea por completo nuestra culpa, ya que nosotros no conocemos el maltrato físico como en realidad éste es, para nosotros sólo existe maltrato físico adolescente cuando el agresor deja en condiciones graves o visibles al agredido, pero la única verdad es que existe maltrato físico adolescentes cuando los padres de familia o cualquier adulto toca a un menor para causarle daño; en nuestro entorno conocemos esto como «castigo» y no como realmente deberíamos llamarlo. Podemos preguntar a cualquier adolescentes si alguna persona adulta, mayormente sus padres, alguna vez lo han maltratado y la respuesta va a ser negativa porque a ellos sus padres o cualquier otra persona adulta no los maltrata sino los castiga e incluso llegan a pensar que ellos merecen ese tipo de reprensión y lo toman como algo natural, haciendo ellos lo mismo con sus futuros hijos.

Con esta investigación quiero dar a conocer que el maltrato físico en los adolescentes está tomando como parte de nuestra cultura y debería erradicarse, lo penoso es que es difícil que los adolescentes puedan dar a luz sus quejas, por lo tanto, tendremos que confiar en que con algún tipo de campaña futura las personas que están a cargo de estos adolescentes tomen conciencia y hagan lo correcto.

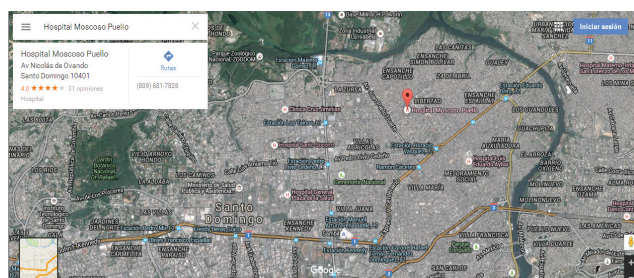
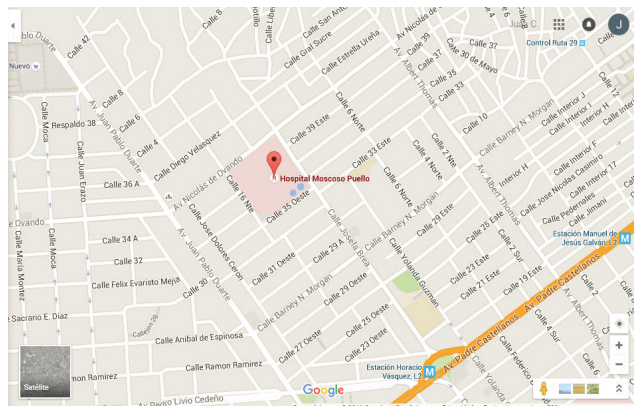
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo de colección prospectivo, de corte trasversal con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico de los pacientes adolescentes de víctimas de maltrato que asisten a la consulta de medicina familiar en el Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, Enero a Junio 2015.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello. Este Hospital se encuentra ubicado en la Avenida Nicolás de Ovando número 225, Distrito Nacional. Está delimitado, al Norte, por la avenida Nicolás de Ovando; al Sur, por la calle 35 Oeste; al Este, calle Josefa Brea; y al Oeste, por la 16 Norte. Corresponde al Servicio Regional de Salud Metropolitana, Gerencia de Salud Distrito Nacional Este. (ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo

El estudio estuvo representado por 366 adolescentes que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, en el periodo Enero a Junio 2015.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 26 los adolescentes con diagnóstico de maltrato infantil en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria en el periodo a estudiar.

Criterios

De inclusión

Se incluyeron todos los adolescentes que acudieron a la consulta de medicina familiar y que cumplieron con los siguientes criterios:

1. Maltrato físico, verbal, psicológico y sexual.
2. Edad entre 10 – 19 años.

De exclusión

Se excluyeron los siguientes casos:

1. Todos los casos que no eran de adolescentes.

Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de la información se diseñó un formulario estandarizado con aportaciones del sustentante. El formulario fue elaborado en formato de 8½ x 11, contiene un total de 9 preguntas, entre las que se encuentran datos sociodemográficos de los pacientes; preguntas relacionadas con el historial clínico, tales como: persona encargada del cuidado de los adolescentes, nivel de ingreso en la familia, antecedentes

de maltrato en los padres o tutores del adolescente, tipo de maltrato y Causa de maltrato).

Procedimiento

Previo al procedimiento se hizo una prueba piloto con cuatro pacientes con fines de verificar la posibilidad de realizar el estudio con los pacientes del centro y al mismo tiempo para entrenamiento sobre el llenado y codificación de los formularios. Una vez identificados con ninguna contraindicación en aquellos. El llenado de los formularios fue realizado por el sustentante, quien además se encargó de recopilar los datos en base al formulario estandarizado aplicado a los pacientes.

Tabulación

Las informaciones fueron tabulada y computarizada ilustrada en cuadros y gráficos mediante el programa Microsoft Excel y Microsoft Word.

Análisis

Los resultados obtenidos fueron analizados y procesado por medio de frecuencia simple realizando cálculo porcentual para facilitar el análisis e interpretación de los resultados.

Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³⁸ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del hospital General, Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello, cuya aprobación es el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por el investigador. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
10-13	8	30.8
14-16	13	50.0
17-19	5	19.2
Total	26	100.0

Fuente: Archivos del hospital.

De acuerdo a la edad, el 50 por ciento tenía entre 14-16 años; el 30.8 por ciento entre 10-13 años, y el 19.2 por ciento entre 17-19 años.

Cuadro 2. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	12	46.2
Femenino	14	53.8
Total	26	100.0

Fuente: Archivos del hospital.

Según el sexo, el 53.8 por ciento era femenino, y el 46.2 por ciento masculino.

Cuadro 3. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según nivel educativo.

Nivel educativo	Frecuencia	%
Analfabeto.	3	11.5
Primaria.	12	46.1
Secundaria.	9	34.6
Técnico.	2	7.7
Total	26	100.0

Fuente: Archivos del hospital.

De acuerdo al nivel educativo, el 34.6 por ciento cursa la secundaria; el 46.1 por ciento cursa la primaria; el 11.5 por ciento es analfabeto y el 7.7 por ciento tiene un de educación técnica.

Cuadro 4. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según tipo de maltrato físico.

Tipo de maltrato físico	Frecuencia	%
Quemaduras	1	3.8
Mordeduras	7	26.9
Pellizcos	6	23.1
Fracturas	1	3.8
Hematomas	11	42.3
Total	26	100.0

Fuente: Archivos del hospital.

De acuerdo al tipo de maltrato físico recibido, en el 42.3 por ciento fue hematomas; en el 26.9 por ciento fue mordeduras; en el 23.1 por ciento pellizcos, y en el 3.8 por ciento quemaduras y fracturas.

Cuadro 5. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según persona encargada del cuidado del adolescente.

Persona encargada	Frecuencia	%
Padre	3	11.5
Madre	13	50.0
Hermano(a)	4	15.4
Otra persona	6	23.1
Total	26	100.0

Fuente: Archivos de hospital.

En el 50.0 por ciento de los adolescentes la persona encargada de su cuidado era la madre; en el 23.1 por ciento otra persona; en el 15.4 por ciento un hermano(a), y en el 11.5 por ciento el padre.

Cuadro 6. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según nivel de ingreso de la familia.

Nivel de ingreso familiar	Frecuencia	%
RD\$ 1,000-3,000	9	34.6
RD\$ 3,001-5,000	7	26.9
RD\$ 5001-7,000	5	19.2
RD\$ 7,001-10,000	3	11.5
RD\$ > 10,000	2	7.7
Total	26	100.0

Fuente: Archivos del hospital.

En el 34.6 por ciento el nivel de ingreso familiar era de entre 1,000 y 3,000; el 26.9 por ciento era de entre 3,001 y 5,000; el 19.2 por ciento era entre 5,001 y 7,000; el 11.5 por ciento era entre 7,001 y 10,000, y el 7.7 por ciento era mayor de 10,000.

Cuadro 7. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según antecedentes de maltrato en los padres o tutores.

Antecedentes de maltrato	Frecuencia	%
Si	12	46.2
No	14	53.8
Total	26	100.0

Fuente: Archivos del hospital.

De acuerdo a los antecedentes de maltrato en los padres o tutores, en el 53.8 por ciento dijo que no, y el 46.2 por ciento dijo que sí.

Cuadro 8. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según tipo de maltrato.

Tipo de maltrato	Frecuencia	%
Físico	26	100.0
Psicológico	20	76.9
Sexual	3	11.5

Fuente: Archivos del hospital.

De acuerdo al tipo de maltrato, en el 100 por ciento fue físico; en el 76.9 por ciento maltratos psicológicos, y en el 11.5 por ciento sexual.

Cuadro 9. Perfil epidemiológico de los adolescentes víctimas de Maltrato a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, enero a junio 2015. Según causa de maltrato.

Causa de maltrato	Frecuencia	%
Padres alcohólicos	15	57.7
Problemas económicos	20	76.9
Problemas psiquiátricos	5	19.2
Otros	8	30.8

Fuente: Archivos del hospital.

De acuerdo a la causa de maltrato, en el 76.9 por ciento fue problemas económicos; en el 57.7 por ciento fue padres alcohólicos; en el 30.8 por ciento otros, y en el 19.2 por ciento problemas psiquiátricos.

DISCUSIÓN.

El maltrato es un problema grave y frecuente en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y es una situación que se repite constantemente. A pesar de ser un asunto preocupante en nuestro país, no hay registros hospitalarios recientes que refieran el perfil epidemiológico de los adolescentes que asisten a la consulta con este tipo de situación. La carencia de estadísticas sobre esta entidad, revela el subregistro y la falta de un sistema de notificación por parte de los profesionales que tienen contacto con este flagelo que afecta la población adolescente en nuestro medio.

La edad de mayor presentación fue la de 14-16 años lo que se relaciona al hecho de que esta es la edad de mayor riesgo en los adolescentes pues están pasando de su etapa de adolescencia y se presentan un sinnúmero de factores que los hace más vulnerables a maltrato.

En cuanto al sexo, vemos un predominio del sexo femenino, lo cual coincide con los resultados encontrados por Handschuch López y col. en Chile en el 2011,³⁹ y con los encontrados por Preciado barrera y col en Colombia en 2013,⁷ los cuales son u reflejo del auge que vienen teniendo la violencia contra la mujer.

Según la OMS,⁴⁰ los factores de riesgo más frecuentemente asociados a maltrato infantil son: fallas en el vínculo afectivo entre padres e hijos, separación prolongada de los padres del núcleo familiar, antecedentes personales de maltrato infantil en los padres, consumo de alcohol o drogas por parte de los padres, nivel socioeconómico bajo, embarazos no deseados, alteraciones congénitas en el adolescente, grupo etario de la víctima (menores de cuatro años y adolescentes), problemas físicos o mentales en algún miembro de la familia, disfunción o violencia intrafamiliar, aislamiento de la comunidad o falta de red de apoyo. Sin embargo, no se registran investigaciones que analicen en orden de frecuencia estos factores o situaciones de riesgo, en determinada población. En este trabajo se encontró que las causas del maltrato fueron principalmente los problemas económicos y el alcoholismo.

En cuanto a la persona encargada del cuidado del adolescentes, en su mayoría estos se encontraban bajo el cuidado de la madre, lo que supone una gran cantidad de familias disfuncionales, lo que señalan la disfunción familiar como el factor más frecuente en los casos confirmados de maltrato y muestran su importancia creciente en nuestro medio, la cual se relaciona con la existencia de padre o madre solteros y ausencia prolongada de la madre del núcleo familiar. Asimismo, se ha observado que la frecuencia de hogares con madres solteras cabeza de familia va en aumento en nuestro país; similar a los resultados de Raqmiro LS en Madrid, donde hasta 34 por ciento de los menores de 15 años viven solo con la madre.⁴¹ Los diversos informes datan que la República

Dominicana lidera las cifras de feminicidios entre América Latina y El Caribe, informes dados a conocer sin contabilizar aquellas muertes de mujeres que fallecen posteriormente, producto de algún maltrato intrafamiliar, cifras que no figuran entre los hechos de violencia de género.

El estrato socioeconómico bajo fue en el que se encontró mayor número de casos confirmados de maltrato; esto concuerda con lo observado en la literatura científica mundial, que el maltrato podría ser más frecuente en la población con menos recursos económicos y más vulnerables desde el punto de vista social.⁴² Sin embargo, no se puede concluir que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo sea un factor de riesgo.

RECOMENDACIONES.

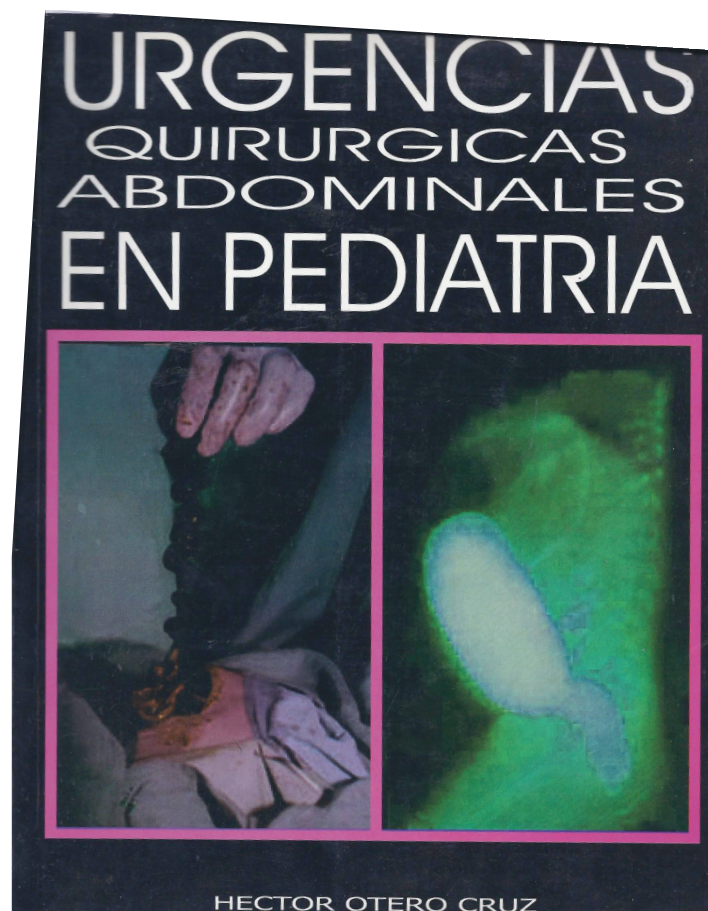
1. El médico familiar y comunitario tiene un rol clave y determinante en la detección de los casos, y los factores de riesgo de maltrato de adolescentes pues tiene que ser el primer contacto con los servicios de salud y el llamado a dirigir el equipo multidisciplinario de los casos.
2. Este estudio fortalece la necesidad, no solo de generar campañas para detectar maltrato, sino de conservar y favorecer el núcleo familiar como parte de una estrategia de prevención para cualquier tipo de maltrato; además, motiva a que las políticas gubernamentales en torno al maltrato sean gestionadas y ejecutadas, partiendo de la realidad revelada en los estudios.
3. Se deben elaborar políticas de salud encaminadas a su prevención, con el fortalecimiento del registro completo en la historia clínica para la detección precoz, así como con charlas y reuniones educativas que enfatizan en el fortalecimiento del núcleo familiar estructurado, mediante educación de los padres sobre pautas de crianza, cuidado del menor, necesidades y derechos del adolescente, siempre con el apoyo de equipos multidisciplinarios, especialmente cuando se carece de recursos para el desarrollo normal del adolescente.

REFERENCIAS

1. Artiles de León I. Salud y violencia de Género. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Comandante Manuel Fajardo; 2012.
2. García Córdova A, Valdés Jiménez Y. Violencia de género en las familias. La Habana: Publicaciones Acuario; 2012.
3. Rodríguez Arce MA. ¿Crisis de la adolescencia? La Habana: Editorial Científico Técnica; 2015.
4. CEPAL-UNICEF, editores. Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Santiago de Chile. UNICEF C-; 2009.
5. Morán Consuelo, Carmona José A. y Fínez M. José. Tipos de personalidad, agresión y conducta antisocial en adolescentes, sychology, Society, & Education, 2016. Vol. 8(1), pp. 65-80.
6. Morelato Gabriela Maltrato infantil y desarrollo: hacia

- una revisión de los factores de resiliencia, *Pensamiento Psicológico*, Volumen 9, No. 17, 2011, pp. 83-96.
7. Martínez D, Yoshikawa E, Creencias, causas y consecuencias del maltrato infantil: una profundización del fenómeno, 2014, *Horiz Enferm*, 25, 1, 61-73.
 8. Preciado Barreraa Helen, Lozanob Laura Camila, Gutiérrezb Jennifer Andrea, Mayra y Tierradentrob, Castroc Carlos Alberto, Prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José, 2010-2013, *Pediatr*. 2014;47(4):90-95
 9. Lizama, R. A *Mí También Me duele*. Niños y niñas víctimas de la Violencia de Género en la Pareja. Editorial Gedisa S.A., España, 2012.
 10. Andrade E, Nakamura E, De Paula C, Do Nascimento R, Bordin I, Martin D. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc São Paulo*. 2011; 20 (1):147-55.
 11. Rojas Flores J. *Historia de la Infancia en Chile Republicano 1810-2010*. 1st ed. Santiago, Chile: Junta nacional de jardines infantiles -JunJi; 2010.
 12. UNICEF. Progreso para la infancia: un balance sobre la protección de la niñez. 2009:7. 8 Larraín S, Bascuñán C. Cuarto Estudio de Maltrato Infantil [Internet]. Santiago; 2012 p. 1-20. Available from: <http://www.unicef.cl/centrodoc/ficha.php?id=382>
 13. Ver reporte oficial del DANE (2015): http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/pres_pobreza_2014.pdf
 14. Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Prevención del embarazo en adolescentes. Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: “Hacia una política nacional”. República Dominicana, 2011, pág. 11. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf (consultado el día 20/07/2016)
 15. Issler J.R. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107*, 2001. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html (consultado el día 22/07/2016)
 16. Dmedicina.com. Etapas de la adolescencia. Unidad Editorial Revistas, S.L.U. 2016, disponible en: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/diccionario-de-adolescencia/etapas-adolescencia.html> (consultado el día 22/07/2016)
 17. Bolaños A, Echeverría A, Muñoz I. Perfil epidemiológico de los casos de maltrato infantil detectados en el Hospital Universitario San José durante el año 2008. *Rev Fac Ciencias Salud* 2009; 11. Disponible en <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF%5C2009%5C110206200902.pdf>, Consultado: julio 18 de 2010. 10. Jaramillo E. Niñez y adolescencia en la prensa colombiana hoy. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/newsletter/octubre-04/pandi117.htm> Consultado el: 20 de mayo de 2010.
 18. Handschuch López, Rachel et a. Perfil epidemiológico de pacientes pediátricos y adolescentes con diagnóstico de ingreso de intoxicación en el Subdepartamento de Urgencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, enero de 2009 a diciembre de 2010. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Valdivia, Chile, 2011.
 19. OMS. Maltrato infantil 2014 [consultado Ago 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
 20. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl*. 2010;34:842-55.
 21. Sarmiento G, Muñoz I, Ordóñez C. Perfil epidemiológico de los casos de maltrato infantil detectados en el Hospital Universitario San José durante el año 2008. *Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca*. 2009;11:14-8.
 22. Bertomeu, Gusi: “Nativos digitales: una nueva generación que persiste en los sesgos de género”, *Revista de Estudios de Juventud*. “Adolescentes Digitales”, n.º 92, marzo 2011, pp. 187-202.
 23. Biglia, Bárbara; Olivella-Quintana, María Y Jiménez-Pérez, Edurne: “Marcos legislativos y prácticas educativas sobre violencia de género y juventud en Cataluña”. *The Topic*. Disponible en: http://www.academia.edu/10940296/Marcos_legislativos_y_practicas_educativas_sobre_violencias_de_genero_y_juventud_en_Cataluña
 24. Amurrio, M.; Larrinaga, A.; Usategui, E. Y Del Valle, A. (2010): “Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao”, *Zerbitzuan*, 47, pp. 121-134.
 25. Aubert, Adriana; Melgar, Patricia Y Padrós, María (2010): “Modelos de atracción de los y las adolescentes. Contribuciones desde la socialización preventiva de la violencia de género”, *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, vol. 17, pp. 73-82.
 26. Díaz-Aguado, Mª José Y Carvajal, Isabel (dirs.): *Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia*, Universidad Complutense de Madrid y Ministerio de Igualdad, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones, Madrid. 2011.
 27. Díaz-aguado, Mª. José: *Evolución de la adolescencia española sobre igualdad y la prevención de la violencia de género*, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Madrid. (2013).
 28. Estébanez, Ianire Y Vázquez, Norma: *La desigualdad de género y el sexismo en las redes sociales*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao.2013.
 29. Ferrer, Victoria; Bosch, Esperanza Y Navarro, Capilla (2010): “Los Mitos Románticos En España”, *Boletín De*

- Psicología, N.º 99, Julio, Pp. 7-31.
30. Ferrer, Victoria Y Bosch, Esperanza (2013): "Del Amor Romántico A La Violencia De Género. Para Una Coeducación Emocional En La Agenda Educativa", Revista De Currículum Y Formación Del Profesorado, Vol. 17, N.º 1, Enero-Abril, Pp. 105-122.
 31. Flecha, Ramón; Puigvert, Lidia Y RÍOS, Oriol (2013): "The New Masculinities And The Overcoming Of Gender Violence", International And Multidisciplinary Journal Of Social Sciences, Vol. 2 (1), Pp. 88-113.
 32. Gabelas, Juan A.; Lazo, Carmen M. Y Aranda, Daniel: "Por Qué Las TRIC Y No Las TIC", Revista De Los Estudios De Las Ciencias De La Información Y La Comunicación, N.º 9, Marzo De 2012, Universitat Oberta De Catalunya, Barcelona. Disponible En: [Http://www.uoc.edu/divulgacio/comein/es/numero09/articles/article-dani-aranda.html](http://www.uoc.edu/divulgacio/comein/es/numero09/articles/article-dani-aranda.html)
 33. Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR, Cosano Prieto I, Espinosa Almendro JM, Torró García-Morato C et al. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014.
 34. Gobierno de las Islas Baleares. Guía para la detección y notificación del maltrato infantil Actuaciones ante el maltrato desde el ámbito sanitario. Conselleria d' Afers Socials, Promoció i Immigració. Direcció General de Menors i Família. 2010.
 35. Junta de Castilla y León. Guía 2: Investigación y evaluación ante situaciones de desprotección en la infancia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León. 2010. 12. Junta de Castilla y León. Memoria de Protección y Atención a la Infancia 2015. Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León.
 36. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Biothica 2000; VI(2): 321.
 37. Internacional Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.



FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE LA SEDOANALGESIA EN PACIENTES QUE SE LES REALIZA VIDEOENDOSCOPIAS EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL CENTRO UNIVERSITARIO DEL ESTE.

Ramona Deyanira Rodríguez,* Rubén Darío Pimentel,** Pedro Segura Vólquez.***

RESUMEN

En el estudio realizado de la frecuencia de complicaciones en la sedoanalgesia en pacientes que se les hizo videoendoscopias en el periodo de tiempo Julio- Septiembre 2016, observamos que se realizaron videoendoscopias en un total de 52 pacientes, el sexo predominante fue el femenino con 48 pacientes para un 92 por ciento. Las edades predominantes fueron de 30 a 39 años y de 50 a 59 años de edad, con 14 pacientes cada una, para un 23 por ciento respectivamente.

Las complicaciones más frecuentes que se presentaron en nuestro estudio, estuvieron representadas por la oclusión parcial de vías aéreas, 8 pacientes para un 15 por ciento, tos 2 pacientes para un 4 por ciento, bradicardia 1 paciente para un 2 por ciento y apnea transitoria 1 paciente para también una representación de 2 por ciento. No hubo muertes en nuestro estudio. Se confirma que es alta la frecuencia de complicaciones pero de mortalidad baja siempre y cuando las sedoanalgesias para videoendoscopias sean realizadas por anestesiólogos.

Palabras claves: sedoanalgesias, videoendoscopias, complicaciones.

ABSTRACT

In the sedoanalgesy complication frequency for patients on videoendoscopy study, July-September 2016, were found the following information: from a total amount of 52 patients, the most frequent sex was feminine with 48 patients (92%), the most often age range were 30-39 and 50-59 years with 14 patients each (23%).

The most frequent complications in our study were partial airways occlusion with 8 patients (15%), cough 2 patients (4%), bradycardia and apnea 1 patient each (2% each).

There were no dies in this study. It's confirmed the complications high frequency but low mortality whenever sedoanalgesy for videoendoscopy is done by an anesthesiologist.

Key words: sedoanalgesy, videoendoscopy, complications

INTRODUCCIÓN.

Clásicamente la importancia de la ansiedad y el dolor en los usuarios de la salud han sido minimizados y no ha sido hasta hace pocos años, cuando se ha empezado a entender el tratamiento de la ansiedad y el dolor como un reto imprescindible para la atención de calidad en los usuarios de la salud. Además de tener las habilidades necesarias, es fundamental el hecho de poder identificar los distintos niveles de sedación, tener conocimientos para identificar las dificultades y dar soporte cardiorespiratorio.

A su vez, es imprescindible evaluar e individualizar cada paciente a través de la consulta preanestésica que será realizada unas horas antes de realizar la videoendoscopia con la finalidad de poder conocer al paciente y lograr una relación médico-paciente que puede disminuir en un setenta y cinco por ciento a ochenta por ciento la ansiedad.

La sedación del paciente no obstante no está exenta de serios riesgos y complicaciones asociados, tales como, obstrucción de la vía aérea, hipoventilación, apnea, laringoespasma y depresión cardiaca entre otros. Es necesaria la elección del fármaco adecuado, la decisión correcta de cuál, cuándo y cómo debe ser utilizado, y la presencia de un profesional calificado con las habilidades necesarias para el rescate en caso de posibles efectos adversos, por esto se hace necesario la monitorización y observación continua, por profesionales que se dediquen al control de la sedo-analgesia. La monitorización permite la identificación rápida de las complicaciones o del paso a una sedación más profunda con el posible compromiso de las constantes vitales. Todo tiene que estar previsto y preparado, y se debe asegurar la completa recuperación del paciente antes de ser dado de alta del servicio ambulatorio.

La necesidad de sedación y analgesia, que todos ya entienden como imprescindible no nos debe hacer olvidar que para su correcto manejo y para asegurar el éxito y la seguridad de la intervención, se requiere algo más que el reconocimiento de la necesidad, sino la preparación de las personas implicadas para minimizar los riesgos, y afrontarlos adecuadamente.

La idiosincrasia individual en la respuesta a una dosis determinada de un fármaco sedante, obliga a tener

*Anestesióloga egresada del Hospital Padre Billini.

***Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

***Anestesiólogo. Jefe de Enseñanza, Hospital Padre Billini

conocimientos específicos y habilidades en el manejo de la vía aérea, soporte ventilatorio y cardiovascular, por lo que el profesional que administra sedación y analgesia debe conocer perfectamente el manejo de estas situaciones en las que se produce un nivel de sedación más elevado que el deseado para el procedimiento en cuestión. De manera tal, que si se pretende una sedación moderada se debe estar entrenado en el manejo de la sedación profunda, y si se pretende una sedación profunda se debe estar entrenado en el manejo de la anestesia.

En consecuencia, además de tener un conocimiento integrado de la sedoanalgesia se hace necesario identificar y corregir a la mayor brevedad posible las complicaciones que se presenten.

En el 2007 se realizó un estudio en Colonoscopia y Endoscopia con Propofol en combinación con Meperidina y Midazolam, primer estudio prospectivo en práctica privada en el Perú de los Autores: Martín Tagle, Hugo Siu, María Ramos del Servicio de Gastroenterología Clínica Anglo Americana, Lima, Perú*. En este estudio se incluyó a pacientes adultos de bajo o moderado riesgo para recibir sedación, que fueron sometidos a colonoscopia y/o endoscopia alta entre noviembre 2006 y setiembre 2007 en el Servicio de Gastroenterología de la Clínica Anglo Americana en Lima. Se administró Meperidina 25 mg para colonoscopías y 50 mg para endoscopías altas y Midazolam 1.5 mg endovenoso para ambos procedimientos como premedicación. Todos los pacientes recibieron oxígeno 2 L/min por cánula nasal durante el procedimiento.

Luego de la mencionada premedicación se administró un bolo inicial de Propofol 10-30 mg según la condición general del paciente y el nivel de sedación alcanzado con la premedicación, a juicio del gastroenterólogo y la enfermera. Se registraron las variables de sexo, edad, dosis promedio de propofol por sexo, edad y por procedimiento. Se registraron efectos adversos como desaturación de oxígeno (< 90 %), hipotensión, bradicardia, necesidad de ventilación asistida u hospitalización.

La filosofía de la cirugía mínimamente invasiva que ha predominado en la última década, aunada al desarrollo de la tecnología endoscópica, han permitido el desarrollo de la cirugía endoscópica, la cual está en pleno auge; y gracias al avance paralelo de los medicamentos anestésicos, también se ha perfeccionando el uso de la sedación consciente, inicialmente destinada a procedimientos endoscópicos largos y complejos, y paulatinamente aplicada a casi cualquier procedimiento endoscópico tanto diagnóstico, como terapéutico.** Los objetivos principales del uso de la sedación, incluyen entre otros, disminuir la ansiedad, el dolor, las náuseas, el estrés.

Durante un periodo de 15 meses se administró sedación rutinaria para todo tipo de procedimientos endoscópicos, por un gastroenterólogo apoyado en una enfermera jefe entrenada para tal fin, utilizando monitoreo clínico, de pulso-oximetría y de tensión arterial automatizada. Los medicamentos

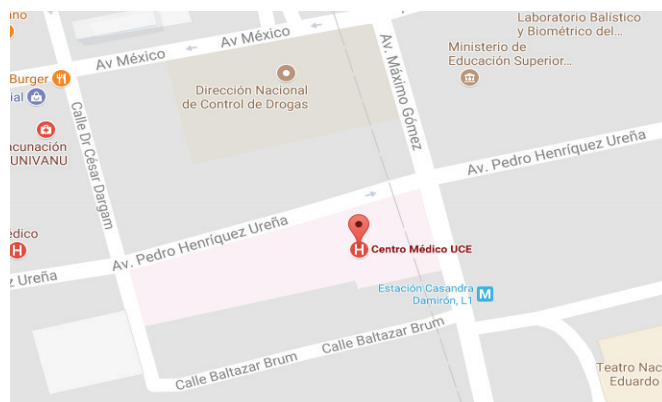
principalmente utilizados fueron Propofol, Midazolam y Fentanyl. Resultados: De un total de 1,414 procedimientos endoscópicos el 81.1 por ciento (1,147) se realizaron bajo sedación leve a moderada. No se presentaron complicaciones con consecuencias clínicas, ni hubo mortalidad en esta serie. La sedación rutinaria para procedimientos endoscópicos por personal entrenado y con monitoreo adecuado, es una práctica segura, que facilita la realización de los mismos y genera gran satisfacción y aceptación por parte de los pacientes.

Cada día se incrementan las videoendoscopias que no están exentas de complicaciones, en consecuencia nos dispusimos a investigar cuáles eran las complicaciones más frecuentes que se presentaron en las videoendoscopias que tuvieron relación directa con la sedación que se realizó de julio a septiembre, 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en el periodo de tiempo julio-septiembre 2016. .



Demarcación geográfica.

Este estudio se realizó en la unidad de gastroenterología del Centro Médico UCE, localizada Av. Máximo Gómez Número 66, Esquina Av. Pedro Henríquez Ureña, La Esperilla, Distrito Nacional, República Dominicana, y pertenece al Área V de salud metropolitana.

Este Centro Médico esta delimitado por el norte con la Av. Pedro Henríquez Ureña, por el Sur con la calle Baltazar Brum, por el este con la Avenida Máximo Gómez y por el oeste con la calle Dr. César Galvan.

*Martín Tagle, Hugo Siu, María Ramos. "Propofol en combinación con Meperidina y Midazolam en Colonoscopia y Endoscopia: primer estudio prospectivo en práctica privada en el Perú", Revista de Gastroenterología del Perú (octubre-noviembre 2007).

**Eliás A. Forero. "Sedación rutinaria en gastroenterología, experiencia de 15 meses en el Hospital Central de la Policía, Bogotá", Revista Colombiana de Gastroenterología. 2004.

Universo.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología con el objetivo de ser sometidos a videoendoscopías.

Muestra.

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que fueron sometidos a videoendoscopia en la unidad de gastroenterología del Centro Médico UCE en el periodo de tiempo julio-septiembre 2016.

Criterios.

De inclusión:

Se incluyó a los pacientes que fueron sometidos a videoendoscopías en la unidad de gastroenterología del Centro Médico UCE los cuales cumplían con las siguientes características:

1. Pacientes entre 20- 60 años de edad.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Pacientes con riesgo anestésico ASA I y II.

De exclusión:

Se excluyó a todo paciente que no reunía los requisitos para ser sometidos a videoendoscopia en la unidad de gastroenterología del Centro Médico UCE bajo las siguientes condiciones:

1. Se excluyó todo paciente que no fuera ASA I y II.
2. Se excluyó los pacientes que no estaban en el rango de edad seleccionado.

Recolección de datos.

Para la recolección de los datos se diseñó un formulario que incluyó la recolección de las informaciones necesarias para evaluar la frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia para videoendoscopías realizadas en la unidad de gastroenterología del Centro Médico UCE tomando en cuenta las variables de edad, sexo y complicaciones respiratorias y cardiacas, etc. El formulario fue llenado por la sustentante.

Procedimiento.

Se creó un instrumento de recolección de datos, para evaluar la frecuencia de complicaciones, el cual consistió en un formulario donde se consignaron las variables de edad, sexo, complicaciones respiratorias y cardiacas, ASA, etc. El formulario fue llenado por la sustentante.

Se procedió a llenar un instrumento de recolección de la información a todo paciente que se sometió a videoendoscopia por la sustentante, el mismo se realizó en el proceso previo a dicho procedimiento endoscópico durante los meses julio-septiembre 2016.

Aspectos éticos.

La información que se recolectó será estrictamente confidencial, así como los nombres de los pacientes involucrados en dicho estudio, por lo cual se les aplicó un formulario de consentimiento informado al paciente tratado.

RESULTADOS.

Tabla 1. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopías en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según frecuencia de complicación.

Complicaciones	Frecuencia	%
Con complicaciones	13	25.0
Sin complicaciones	39	75.0
Total	52	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a la cantidad de pacientes que presentaron complicaciones durante la sedoanalgesia cuando se les realizó videoendoscopías en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016 un total de 13 pacientes para un 25 por ciento y sin complicaciones un total de 39 pacientes para un 75 por ciento. En consecuencia, en este estudio de 52 pacientes 13 de ellos presentaron complicaciones transanestésicas que necesitaron intervención o medidas específicas del anestesiólogo. Los restantes 39 pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.

Tabla 2. Frecuencia de las diferentes complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopías en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según complicaciones clínicas.

Complicaciones	Frecuencia	%
Oclusión parcial vías aéreas	8	61.5
Oclusión total vías aéreas	1	7.7
Tos	2	15.4
Bradycardia	1	7.7
Apnea transitoria	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

La Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopías en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016 fueron las siguientes: 8 pacientes con Oclusión parcial de vías aérea para un 61.5 por ciento, 1 paciente con oclusión total para un 7.7 por ciento, 2 pacientes con tos para un 15.4 por ciento, 1 paciente con bradicardia para un 7.7 por ciento, 1 paciente con apnea transitoria para un 7.7 por ciento. En consecuencia, en este estudio de 52 pacientes, solo 13 de ellos presentaron complicaciones transanestésicas que necesitaron intervención o medidas específicas del anestesiólogo. Los restantes 39 pacientes no presentaron ningún tipo de complicaciones.

Tabla 3. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según la edad.

Edad	Frecuencia	%
30-39	5	38.5
40-49	3	23.0
50-59	5	38.5
Total	13	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

La frecuencia de complicaciones en las edades mas frecuentes para pacientes que presentaron complicaciones durante la sedoanalgesia cuando se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016 un total de 13 pacientes, de los cuales, 5 pacientes entre las edades 30-39 años para un 38.5 por ciento, 3 pacientes entre las edades 40-49 para un 23.0 por ciento y entre las edades 50-59, 5 pacientes para un 38.5, siendo las edades 30-39 y 50-59 las edades más comunes en la que los pacientes presentaron complicaciones transanestésicas que necesitaron intervención o medidas específicas del anesthesiólogo. Los restantes 39 pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.

Tabla 4. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	9	69.2
Masculino	4	30.8
Total	13	100.0

Fuente: Expediente clínico

En este estudio de la frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, el sexo predominante fue el femenino con un total de 9 pacientes para un 69.2 por ciento, mientras que 4 pacientes fueron masculinos para un 30.8 por ciento.

Tabla 5. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016 según antecedentes patológicos.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	3	23.1
Diabetes Mellitus	1	7.7
Asma bronquial	1	7.7
Obesidad	2	15.3
Sanos	6	46.2
Total	13	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

En este estudio de un total de 13 pacientes, 6 de ellos para un 46.2 por ciento eran sanos, 3 pacientes padecían de hipertensión arterial para un 23.1 por ciento, 1 paciente presentaba diabetes para un 7.7 por ciento, 1 paciente padecía de asma bronquial para un 7.7 por ciento y 2 pacientes padecían de obesidad para un 15.3 por ciento.

Tabla 6. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según Riesgo Anestésico del ASA.

Clasificación ASA del riesgo anestésico.	Frecuencia	%
ASA I	6	46.1
ASAI	7	53.9
Total	13	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Los riesgos anestésicos del ASA que fueron identificados en este estudio de la frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, fueron ASA I con 6 pacientes para un 46.1 por ciento y ASA II con 7 pacientes para un 53.9 por ciento.

Tabla 7. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en 1+a unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según síntomas de presentación en la consulta de gastroenterología.

Síntomas de presentación	Frecuencia	%
Epigastralgias	10	76.9
Nauseas	1	7.7
Reflujo	1	7.7
Flatulencia	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a los síntomas que se presentaron en este estudio de la frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016 que les motivó a visitar un gastroenterólogo fueron: 10 pacientes con epigastralgias para un 76.92 por ciento, 1 paciente con nauseas que representa un 7.7 por ciento, 1 paciente con reflujo para un 7.7 por ciento y de igual manera, 1 paciente con flatulencias para un 7.7 por ciento, sumando esto un total de 13 pacientes.

Tabla 8. Frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realiza videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Alcohol	1	7.7
Café	1	7.7
Marihuana	1	7.7
Hookah	1	7.7
Sin hábitos tóxicos	9	69.2
Total	13	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

Los datos obtenidos de los hábitos tóxicos en este estudio para determinar la frecuencia de complicaciones de la sedoanalgesia en pacientes que se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016, fue el siguiente: 9 pacientes para un total de 69.2 por ciento no tenían ningún hábito toxico, 1 paciente para un 7.7 por ciento consumía alcohol, 1 paciente era bebedor de café para un 7.7 por ciento, 1 paciente consumía marihuana que representa un 7.7 por ciento y de igual manera 1 paciente era consumidor de hookah para un 7.7 por ciento.

DISCUSIÓN

En cuanto a la cantidad de pacientes que presentaron complicaciones durante la sedoanalgesia cuando se les realizó videoendoscopias en la unidad de gastroenterología del Centro Universitario del Este en julio-septiembre 2016 fue de un total de 13 pacientes para un 25 por ciento y sin complicaciones un total de 39 pacientes para un 75 por ciento. En consecuencia, en este estudio de 52 pacientes, solo 13 de ellos presentaron complicaciones transanestésicas que necesitaron intervención o medidas específicas del anesthesiologo. Los restantes 39 pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.

En cuanto a las medidas o conducta anestesiológica tomadas cuando se presentó oclusión parcial de vías aéreas en 8 pacientes para un 61.5 por ciento se tomó conducta medica de hiperextensión de cuello, en la oclusión total que se presentó en 1 paciente para un 7.7, por ciento realizamos hiperextensión de cuello más cánula nasal, se presentó tos e 2 pacientes para un 15.4 por ciento del estudio y se tomó conducta de inyección endovenosa de 200mgs de Hidrocortisona más oxigenoterapia; 1 paciente que representa un 7.7 por ciento presentó bradicardia, tomamos la medida de inyección de Atropina 0.8 mgs más oxigenoterapia y para 1 paciente con apnea transitoria para un 7.7 por ciento, utilizamos oxigenoterapia. Siendo las complicaciones más frecuentes en este estudio un total de 13 pacientes.

La edad más frecuente en este estudio sobre las frecuencias de complicaciones en la sedoanalgesia fue de 30 a 39 años con 5 pacientes para un 26.9 por ciento, de 40-49 años con 3 pacientes para un 17.3 y de igual manera las edades comprendidas entre 50 a 59 años con 5 pacientes para un 26.9 por ciento, siendo las edades 30-39 y 50-59 las edades más comunes en la que los pacientes presentaron complicaciones transanestésicas que necesitaron intervención o medidas específicas del anesthesiologo. Los restantes 39 pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.

El sexo predominante de nuestro estudio fue el femenino con 9 pacientes para un 69.2 por ciento y 4 pacientes masculinos para un 30.8 por ciento, dato este que no pudimos comprobar en otros estudios donde la prevalencia fue mayor en el sexo masculino.

En cuanto a los hábitos tóxicos investigados en este estudio en un universo de 52 pacientes, de los 13 pacientes que sí presentaron complicaciones mostraron, se obtuvo los siguientes resultados: 9 pacientes no tenían hábitos tóxicos

para un 69.2 por ciento, mientras que 1 paciente consumía alcohol para un 7.7 por ciento, 1 paciente consumía café, para 7.7 por ciento, 1 paciente consumidor de marihuana para 7.7 por ciento y de igual manera 1 paciente consumía hookah para un 7.7 por ciento.

En un estudio de 223 pacientes realizado en la unidad de Gastroenterología en el Hospital San Martín de La Plata en el 2009, tuvieron un 20 por ciento de complicaciones, valor muy cercano a los datos obtenidos por nosotros de 25 por ciento de complicaciones en nuestro estudio sobre frecuencia de complicaciones en la sedoanalgesia.

RECOMENDACIONES.

1. Realizar otros estudios similares con mayor número de pacientes para confirmación y ampliación del estudio.
2. Hacer conciencia en el personal Médico en la necesidad de que los estudios de videoendoscopías requieren sedoanalgesia y que esta debe ser realizada por anesthesiólogos.
3. Habilitar todas las unidades de videoendoscopia con monitores de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría, tensión arterial y capnografía.
4. Habilitar todas las unidades con mecanismo para oxigenar o ventilar los pacientes.
5. Habilitar las unidades con aspiradores y mesas quirúrgicas que puedan dar posiciones de cúbito, tren de lemburg y anti tren de lemburg.

REFERENCIAS.

1. Vanegas Saavedra, Alberto: Anestesia intravenosa/ Alberto Vanegas Saavedra. Editorial Medica Internacional LTDA., Bogotá, D.C. Colombia, 2003. Pág. 307-316.
2. P. Barash, B. Cullen, R. Stoelting. Anestesia Clínica. Editora McGraw-Hill Interamericana. 1ra. Edición, México. 1999. Pág. 1363-1376.
3. R. D. Millar, L.A. Fleisher, R.A. Johns, J.J. Savarese, J.P. Wiener-Kronish, W.L. Young. Miller Anestesia. Elsevier España, S.A., Madrid, España. 2005. Pág. 318-326, 345-350, 2798-2799.
4. J. Aldrete, U. Guevara, E. Mourteres. Texto de Anestesiología teórico-práctico. Editora El Manual Moderno. 2da edición, México. 2004.
5. Morgan, Manual de Anestesiología. Editora El Manual Moderno 3ra edición, México. 2003.
6. F. García del Risco. Sedación en Endoscopia. Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol. XIV N°2. 1999. Se consigue en: http://encolombia.com/gastro14299_sedacion.htm
7. J.L. Martínez-Chacón. Midazolam. Anest, Net. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. 1999. Se consigue en: http://www.uam.es/departamentos_/medicina/

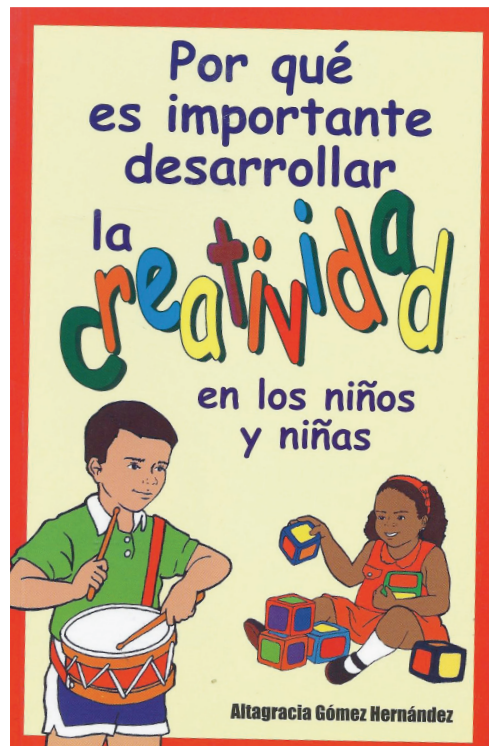
8. FJ. Escobar. Anestesiaweb. 2000. Se consigue en: <http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/farmacos/midazolam.htm>
9. Fernández E. Enantiómeros: S (+)-ketamina. RevArgenAnest 2002; 60(3):166-73.
10. American College of Emergency Physicians: Use of pediatric sedation and analgesia. Ann Emerg Med 1997; 29: 834-835.
11. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Nonanesthesiologists. ASA. Anesthesiology 2002; 96 (4): 1004-1017.
12. Breakey VR, Pirie J, Goldman RD. Pediatric and emergency medicine residents. Attitudes and practices for analgesia and sedation during lumbar puncture in pediatric patients. Pediatrics. 2007; 119(3): e631-6.
13. Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. 1982.
14. Coté CJ, Wilson S and the Work Group on Sedation. Guidelines for Monitoring and management of Pediatric Patients during and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update. American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatrics 2006; 118: 2587-2602.
15. Martínez-Quiroz, G. Lugo-Goytia, VM. Esquivel-Rodríguez. Sedación consciente en pacientes sometidos a colonoscopia: Estudio aleatorizado y doble ciego de la combinación propofol-ketamina versus propofol-fentanyl. RevMexAnest 2007; 30 (4): 220-224. Se consigue en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2007/e-cma07-4/em-cma074h.htm>.
16. Lewis BS, Shlien RD, Waye JD, Knight RJ, Aldroty RA. Diazepam versus midazolam (versed) in outpatient colonoscopy: a double-blind randomized study. GastrointestEndosc 1989; 35: 33-6.
17. McCloy RF, Perason RC. Which agent and how to deliver it? A review of benzodiazepine sedation and its reversal in endoscopy. Scand J Gastroenterol 1990; 25(Suppl 179): 7-11.
18. Scholer SG, Schafer DF, Potter JF. The effect of age on the relative potency of midazolam and diazepam for sedation in upper gastrointestinal endoscopy. J Clin Gastroenterol 1990; 12: 145-7.
19. Bianchi Porro G, Lazzaroni M, Parent F, Petrillo M, Sangaletti O, Zhu H. Diazemuls versus diazepam as premedication in upper gastrointestinal endoscopy: a randomized cross-over study. Endoscopy 1991; 23: 203-5.
20. Liacouras C, Mascarehnas M, Poon C. Placebo-

controlled trial assessing the use of oral midazolam as premedication to conscious sedation for pediatric endoscopy. *GastrointestEndosc* 1998; 47: 455-60.

21. Macken E, Gevers AM, Hendrickx A. Midazolam versus diazepam in lipid emulsion as conscious sedation for colonoscopy with or without reversal of sedation with flumazenil. *GastrointestEndosc* 1998; 47: 57-61.
22. *J PediatrGastroenterolNutr* 1993; 16: 387-92.
23. Saletin M, Malchow H, Muhlhofer H, Fischer M, Pilot

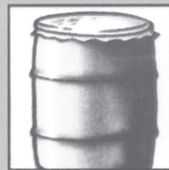
J, Rohde H. A randomised controlled trial to evaluate the effects of flumazenil after midazolam premedication in outpatients undergoing colonoscopy. *Endoscopy* 1991; 23.

24. Bartelsman JFWM, Sars PRA, Tytgat GNJ. Flumazenil used for reversal of midazolam-induced sedation in endoscopy outpatients. *GastrointestEndosc* 1990; 36: S9-12.



Cloro untao Tanque tapao

¡Tu compromiso por la salud!



1.- Untamos Cloro por dentro del tanque y por encima del nivel del agua.

2.- Esperamos 15 minutos para que el Cloro actue y terminamos de llenar el tanque.

3.- Tapamos bien nuestro tanque.

HALLAZGOS DE PATOLOGÍA DE ESÓFAGO EN LA MODALIDAD DE FLUOROSCOPIA EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD DOMINICO JAPONESA.

Penélope M. Castillo Puella,* Teresa Magdalena Ortiz Andújar,** Rubén Darío Pimentel.***

RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata acerca de los hallazgos de patología de esófago en la modalidad de fluoroscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA) durante el periodo marzo 2015-febrero 2017. El objetivo fue determinar los hallazgos de patologías de esófago en la modalidad de fluoroscopia y factores relacionados como la edad, sexo y segmento esofágico afectado. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal en el cual se analizaron esófago baritado. En este estudio se pudo determinar que el hallazgo más frecuente de esófago baritado fue de estrechez irregular, además del segmento esofágico afectado con mayor frecuencia es el medio seguido del inferior; Predominando la patología asociada a Estenosis P/B CA.

Palabras claves: Esófago en la modalidad fluoroscopia, esófago baritado, estrechez irregular, segmento esofágico, Estenosis P/B CA.

ABSTRACT

The present research deals with the findings of esophagus pathology in the mode of fluoroscopy at the Center for Medical Education of Japanese Dominican Friendship (CEMADOJA) during the period March 2015-February 2017. The objective was to determine the findings of pathologies of Esophagus in the mode of fluoroscopy and related factors such as age, sex and esophageal segment affected. This is a descriptive, prospective cross-sectional study in which barium esophagus was analyzed. In this study, it was possible to determine that the most frequent finding of barium esophagus was of irregular narrowness, in addition to the esophageal segment most frequently affected is the middle followed by the inferior one; Predominating the pathology associated with P / B CA stenosis.

Key words: Esophagus in the fluoroscopic modality, barium esophagus, irregular narrowing, esophageal segment, S / P CA.

INTRODUCCIÓN

El esófago es una estructura muscular de forma tubular de aproximadamente 20-24cm de longitud, que comienza a nivel del cartilago cricoides en el cuello. El esófago está recubierto predominantemente por epitelio escamoso, y su pared está constituida por una capa muscular externa longitudinal y otra interna circular. En el tercio proximal del esófago predomina el músculo estriado; los dos tercios distales constan principalmente de músculo liso. La zona de transición entre las porción es de musculatura estriada y lisa corresponde radiográficamente a la altura del cayado aórtico.^{1,2,3}

Existen dos esfínteres en el esófago, que corresponden a áreas que mantienen una presión de reposo relativamente elevada en comparación con los segmentos adyacentes. El esfínter esofágico superior mide 1-3 cm de longitud, aproximadamente, y representa la zona de separación entre faringe y esófago. Está compuesto por el músculo cricofaríngeo proximalmente y elementos intrínsecos esofágicos distalmente. El esfínter esofágico inferior (1-4 cm de longitud) está parcialmente localizado tanto en el tórax como en el abdomen, y se encuentra cabalgando sobre el hiato diafragmático. Permite la separación de la presión positiva intraabdominal, del esófago, donde la presión es negativa respecto a la atmosférica.²

La fluoroscopia o radioscopia es una modalidad de imagen diagnóstica que se utiliza para obtener imágenes en tiempo real de estructuras internas mediante el uso de un fluoroscopio. El fluoroscopio consiste en una fuente de rayos X y una pantalla fluorescente entre las que se sitúa al paciente, el uso de rayos X, utiliza un tipo de radiación ionizante, exige que los riesgos potenciales de un procedimiento sean sopesados cuidadosamente frente a los beneficios esperados.

Un esofagograma, o ingestión de bario, es un examen fluoroscópico que se centra en el esófago cervical y torácico.

El papel de los estudios con bario ha ido disminuyendo progresivamente en la práctica de la radiología moderna, a diferencia de la endoscopia y avanzadas técnicas de imagen. Sin embargo, el esofagograma con bario es todavía una prueba diagnóstica valiosa para la evaluación de anomalías estructurales y funcionales del esófago. Es esencial para la evaluación de trastornos de la motilidad tales como la acalasia

*Radióloga egresada de CEMADOJA.

**Radióloga. Jefa de imágenes de CEMADOJA.

***Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

y el espasmo esofágico difuso y para la evaluación de lesiones submucosas y extrínsecas.

El esofagograma tiene una sensibilidad de 60 a 100 por ciento y una especificidad del 94 por ciento para el diagnóstico de patologías esofágicas por imágenes.

Los estudios con bario pueden mostrar la unión esofagogástrica y cualquiera de las estructuras anatómicas del esófago. El esofagograma con bario muestra los pliegues de la mucosa normal esofágica longitudinales, delgados, paralelos y uniformes.

Se trata de una prueba de diagnóstico segura, barata y rentable, además de ser una herramienta útil para clarificar hallazgos en imagen discrepantes observados en endoscopia o tomografía.⁴

Antecedentes

En la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Central de Ecuador en el periodo comprendido entre Octubre-Diciembre del 2015, en el cual se evidenció que la patología más frecuente el reflujo gastroesofágico con el 46% de los casos.

Se confirmó que la utilización de contraste baritado en el examen del esófago es capaz de diagnosticar las patologías del mismo a pesar de no ser un estudio invasivo, ayudando a identificar en forma precoz las afecciones para posteriormente ser confirmadas por estudios citológicos e invasivos (biopsia, EDA); esto se confirma ya que a los pacientes incluidos en el estudio al 100 por ciento de ellos se les realizó esofagograma.⁵

En el artículo actualizado del mes de enero del 2006 en el capítulo del Dr. Carlos Lovesio, del libro de Medicina Intensiva publicado en Buenos Aires Argentina se identificó que los mecanismos iatrogénicos son la causa más frecuente de perforación esofágica, produciendo del 33 al 75 por ciento de todos los casos informados. La causa más frecuente es la perforación asociada con la endoscopia diagnóstica o la dilatación, con una incidencia del 0,15 al 0,76 por ciento de todos los procedimientos realizados. También se identificó que muchas perforaciones ocurren a nivel del cricofaríngeo, que es la zona de ingreso más estrecha del esófago, así como también el riesgo de perforación se incrementa en presencia de un divertículo de Zenker. El segundo sitio más frecuente es proximal al esfínter esofágico inferior, debido a la alta frecuencia de enfermedad esofágica en esa localización (hernia hiatal, esofagitis por reflujo), y la angulación anatómica normal del hiatus. El esófago medio se lesiona con menor frecuencia.⁶

En un estudio realizado en Brasil en el 2013 sobre los hallazgos clínicos-radiólogo-patológico del Carcinoma Epidermoide Superficial del Esófago donde se revisaron un total de 234 casos consecutivos de carcinoma esofágico en un período de 15 años en el cual detectó cáncer de esófago superficial en 5 pacientes (2,1%); se identificó que la media Edad es de 52,5 años. La supervivencia a largo plazo en pacientes con cáncer de esófago está relacionada con el diagnóstico precoz. Por lo tanto, una estrategia menos agresiva quirúrgica, como la resección endoscópica, puede ser una buena opción para estos pacientes, si la profundidad de

la invasión del tumor puede ser exactamente predicho por las nuevas herramientas de imagen.⁷

Justificación

El caso particular del esófago, prácticamente todos los autores coinciden en afirmar que es muy importante realizar inicialmente un examen radiológico, incluso en aquellos pacientes que requerirán posteriormente una endoscopia, porque el estudio fluoroscópico del esófago permite diagnosticar un número importante de afecciones que son de naturaleza funcional y no orgánica y que, por lo tanto, pueden escapar al endoscopista, además, la exploración endoscópica del esófago comienza con frecuencia en su segmento torácico, por lo que la faringe y la porción esofágica cervical, asiento común de alteraciones, pueden no ser visualizadas adecuadamente.⁸

Un divertículo de Zenker puede ser perforado durante una endoscopia si no se diagnostica previamente mediante un esofagograma. La posibilidad de que existan osteofitos cervicales anteriores, que pueden comprimir la pared posterior de la faringe o del esófago cervical produciendo disfagia, es alta en pacientes mayores de 50 años, esto puede tener dos consecuencias: la primera es que generalmente estas compresiones escapan al diagnóstico del endoscopista y la segunda y, probablemente la más importante, es que teóricamente el endoscopio puede comprimir la pared del órgano contra el osteofito y dañarla e incluso perforarla.

Se considera que las razones expuestas son más que suficientes para justificar la realización de una exploración fluoroscópica del esófago en cualquier paciente que refiera síntomas digestivos altos, como disfagia u odinofagia, lo que coincide con lo planteado por muchos otros autores, pero para responder a esta exigencia es necesario estar preparados con el equipamiento preciso y conocer todas las técnicas imagenológicas que se puedan utilizar.

Es conocido que el uso del esofagograma digital facilita considerablemente la exploración del tracto digestivo y en particular del esófago.⁸ Sin embargo, los estudios con bario son muy operador-dependiente, por lo que para un óptimo rendimiento e interpretación de estas pruebas se requieren radiólogos altamente experimentados.⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

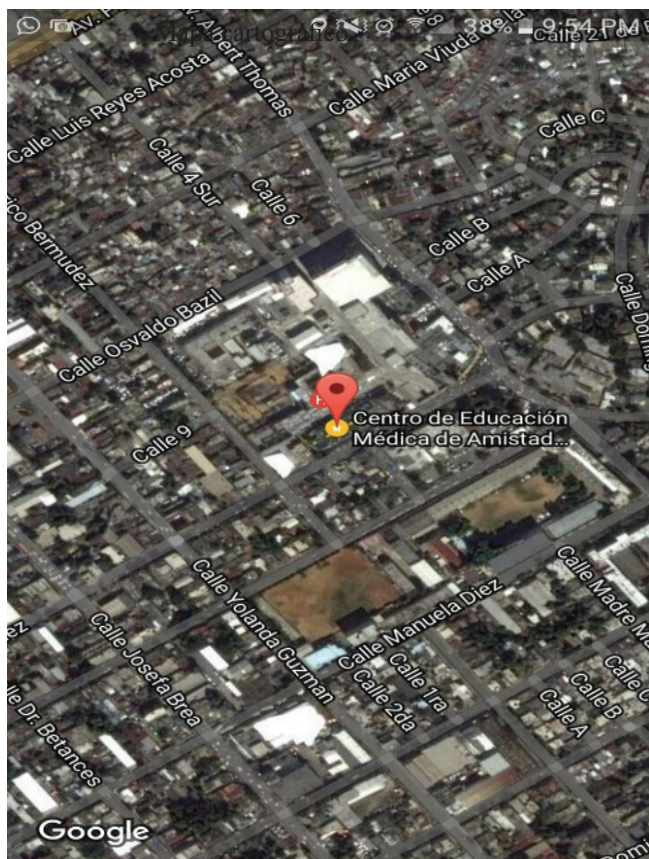
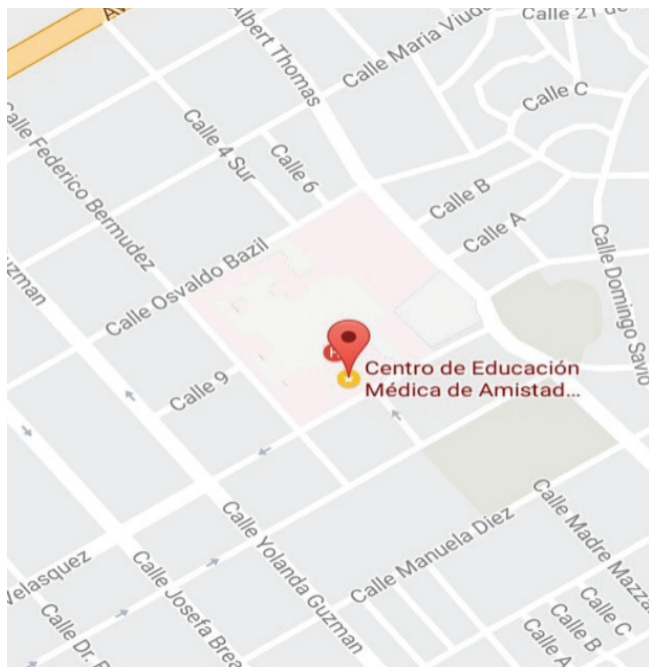
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia de los hallazgos de patologías de esófago en la modalidad de fluoroscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominicano-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominicano-Japonesa: ubicado en la calle Federico Velázquez No.1, María Auxiliadora, Distrito Nacional. Se encuentra delimitado, al Norte, por la calle Osvaldo Bazil; al Sur, por la Federico Velázquez; al Oeste, por la Federico

Bermúdez; y al Este, por la Av. Albert Thomas. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Vista aérea

Universo

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que fueron sometidos a estudios de imágenes en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonés, en el periodo de Marzo 2015 - Febrero 2017, correspondiente a 141,395 pacientes.

Muestra.

La muestra estuvo constituida por 140 pacientes a los cuales se le realizó esófago baritado en el Centro de educación médica de amistad Dominico-Japonesa, en el periodo de estudio y fueron diagnosticados con patologías esofágicas.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes con hallazgos patológicos por esófago baritado
2. No se discrimino edad.
3. Se incluyeron ambos sexos.

De exclusión

1. Pacientes posquirúrgicos
2. Pacientes que no accedieron a participar en el estudio.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario elaborado por la sustentante, el cual constó de cinco preguntas abiertas para la recolección de los siguientes datos: edad, sexo, así como datos propios de la condición a investigar como: Porción del esófago afectado, hallazgo radiológico e impresión diagnóstica.

Este formulario se redactó en formato 8 ½ por 11cm.(Ver anexo XII.2.Instrumento de recolección de datos).

Procedimientos

El formulario fue llenado a partir de las informaciones contenidas en los reportes de las fluoroscopias de esófago baritado, los cuales se localizaron a través de la base de datos del departamento de informática. Estos formularios se llenaron por la sustentante durante el periodo de Marzo 2015 - Febrero 2017.

Tabulación

La información fue tabulada, computarizada e ilustrada en cuadros y gráficos en los programas de Excel, Microsoft Word y PowerPoint 2010 para mejor interpretación y análisis de la misma utilizando medidas estadísticas apropiadas, tales como porcentajes.

Análisis

Los datos obtenidos se analizaron por medio de frecuencias simples.

Consideraciones éticas

El presente estudio se ejecutó con apego a las normativas

éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³² y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³³ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de Enseñanza del Centro de educación médica de amistad Dominico-Japonesa, cuya aprobación fue requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de informática). Los mismos se manejaron con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con

esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente podían identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento. Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Tabla I. Distribución del universo en relación a la muestra obtenida de los pacientes con patologías de esófago en la modalidad de furoscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Esófago baritado	Frecuencia	%
Si	140	0.1
No	141255	99.9
Total	141395	100.0

Fuente: Base de datos del centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa.

Se identificó que todos los estudios realizados en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017 solo un 0.1 por ciento correspondieron a estudios de esófago baritado en contraparte a un 99.9 por ciento que correspondieron a las demás modalidades de estudios de imágenes.

Tabla II. Distribución de los hallazgos según sexo de los pacientes con patologías de esófago en la modalidad de furoscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Hallazgo	Casos	Masculino %	Femenino %	Total %
Imagen de adición	2	1.4	0.0	1.4
Estrechez irregular	46	20.0	12.9	32.9
Estrechez	21	7.1	8.6	15.7
Opacificación traqueo-bronquial	4	2.9	0.0	2.9
Ondas peristálticas amplias	1	0.0	0.7	0.7
Flujo retrogrado del contraste	7	1.4	3.6	5.0
Irregularidad mucosa	15	4.3	6.4	10.7
Defecto de Llenado	1	0.0	0.7	0.7
Defecto de repleción	5	1.4	2.1	3.6
Estrechez / opacificación traqueo-bronquial	4	2.1	0.7	2.8
Contracción esofágica	2	0.7	0.7	1.4
Irregularidad mucosa /estrechez	3	0.7	0.7	1.4
Compresión extrínseca	2	0.0	1.4	1.4
Estrechez en pico de ave	11	2.1	5.7	7.9
Desplazamiento superior de mucosa gástrica	4	1.4	1.4	2.8
Irregularidad mucosa/ radiolucencias redondeadas	1	0.7	0.0	0.7

Irregularidad mucosa/ defecto de llenado	1	0.7	0.0	0.7
Imagen nodular	1	0.0	0.7	0.7
Dilatación/ falta de relajación EEI/ estenosis en pico de ave	1	0.7	0.0	0.7
Contracción esofágica no propulsiva	1	0.7	0.0	0.7
Opacificación del seno piriforme con trayecto a piel	1	0.7	0.0	0.7
Estrechez en Pico de Ave / Irregularidad Mucosa	1	0.0	0.7	0.7
Disminución de la distensibilidad esofágica	1	0.0	0.7	0.7
Engrosamiento de pliegues esofágicos	2	0.0	1.4	1.4
Lesión nodular con defecto de llenado	1	0.7	0.0	0.7
Estrechez/ reflujo retrogrado del contraste	1	0.7	0.0	0.7
	140	50.7	49.3	

Fuente: Base de datos del centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa.

Con respecto a los hallazgos según sexo de los pacientes con hallazgo de patologías de esófago en la modalidad de fluoroscopia de la muestra de 140 usuarios se encontró que: Imagen de adición se presentó en un 1.4 por ciento en el sexo masculino y en un 0.0 por ciento en el femenino, estrechez irregular en un 20.0 por ciento en el masculino y en un 12.9 por ciento en el femenino, estrechez en un 7.1 por ciento en el masculino y en un 8.6 por ciento en el femenino, opacificación traqueo-bronquial en un 2.9 por ciento en el masculino y en un 0.0 por ciento en el femenino, ondas peristálticas amplias en un 0.0 por ciento en el masculino y en un 0.7 por ciento en el femenino, flujo retrogrado del contraste en un 1.4 por ciento en el masculino y en un 3.6 por ciento en el femenino, irregularidad mucosa en un 4.3 por ciento en el masculino y en 6.4 por ciento en el femenino, defecto de llenado en un 0.0 por ciento en el masculino y en 0.7 por ciento en el femenino, defecto de repleción en un 1.4 por ciento en el masculino y en 2.1 por ciento en el femenino, estrechez/ opacificación traqueo-bronquial en un 2.1 por ciento en el masculino y en un 0.7 por ciento en el femenino, contracción esofágica en un 0.7 por ciento en ambos sexo, irregularidad mucosa/estrechez en un 0.7 por ciento en ambos sexo, compresión extrínseca en 0.0 por ciento en el masculino y en un 1.4 por ciento en el femenino, estrechez en pico de ave en un 2.1 por ciento en el masculino y en un 5.7 por ciento en el femenino, desplazamiento superior de la mucosa gástrica en un 1.4 por ciento en el masculino y en un 1.4 por ciento en el femenino, irregularidad mucosa/radiolucencias redondeadas en un 0.7 por ciento en el masculino y un 0.0 por ciento en el femenino, irregularidad mucosa/ defecto de llenado en un 0.7 por ciento en el masculino y un 0.0 por ciento en el femenino, imagen nodular en un 0.0 por ciento en el masculino y un 0.7 por ciento en el femenino, dilatación/ falta de relajación EEI/ estenosis en pico de ave en un 0.7 por ciento masculino y en un 0.0 por ciento en el femenino, contracción esofágica no propulsiva en un 0.7 por ciento en el masculino y un 0.0 por ciento en el femenino, opacificación del seno piriforme con trayecto a piel en un 0.7 por ciento en el masculino y un 0.0 por ciento en

el femenino, estrechez en pico de ave/ irregularidad mucosa en un 0.0 por ciento en el masculino y un 0.7 por ciento en el femenino, disminución de la distensibilidad esofágica en un 0.0 por ciento en el masculino y un 0.7 por ciento en el femenino, engrosamiento de los pliegues esofágico en un 0.0 por ciento masculino y un 1.4 por ciento femenino, lesión nodular con defecto de llenado en un 0.7 por ciento masculino y un 0.0 por ciento femenino, estrechez/ reflujo retrogrado del contraste en un 0.7 por ciento masculino y 0.0 por ciento femenino.

Tabla III. Distribución según Patologías de los pacientes con hallazgos de esófago en la modalidad de fluoroscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Patología	Frecuencia	%
Divertículo	2	1.4
Estenosis neoproliferativa	51	36.4
Estenosis caustica	10	7.1
Fistula	5	3.6
Estenosis	9	6.4
Espasmo esofágico difuso	1	0.7
Reflujo gastroesofágico	7	5.0
Engrosamiento mucoso	13	9.3
Pólipo	1	0.7
Esofagitis por candida	1	0.7
Acalasia/engrosamiento mucoso	1	0.7
Trastorno de motilidad	2	1.4
Lesión Extrínseca/ Leiomioma	1	0.7
Estenosis caustica/ engrosamiento mucoso	1	0.7
Acalasia	13	9.3
Hernia hiatal	5	3.6
Irregularidad mucosa	3	2.1
CA esofágico	2	1.4
Cambio neoproliferativos	1	0.7
Estenosis metastásica/ fistula	1	0.7

Presbiefófago	1	0.7
Estenosis neoproliferativa /fistula	2	1.4
Cambios inflamatorios	3	2.1
Lesión de masa	1	0.7
Lesión extrínseca	1	0.7
Estenosis neoproliferativa/ reflujo gastroesofágico	1	0.7
Anillo de Schatzki	1	0.7
	140	100

Fuente: Base de datos del centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa.

En relación a las patologías esofágicas en los pacientes con hallazgo en la modalidad de fluoroscopia de la muestra de 140 usuarios se encontraron divertículos en 2 casos con (1.4 %), estenosis neoproliferativa en 51 casos con (36.4%), estenosis caustica en 10 casos con (7.1 %), fistula en 5 casos con (3.6 %), espasmo esofágico difuso en 1 caso con (0.7 %), reflujo

gastroesofágico en 7 casos con (5.0 %), esofagitis en 13 casos con (9.3 %), pólipo en 1 caso con (0.7 %), esofagitis por candida en 1 caso con (0.2 %), acalasia/engrosamiento mucoso en 1 caso con (0.7%), trastorno de motilidad en 2 caso con (1.4%), lesión extrínseca/ leiomiomasarcoma en 1 caso con (0.7%), estenosis caustica/engrosamiento mucoso en 1 caso con (0.7%), acalasia en 13 casos con (9.3 %), hernia hiatal en 5 casos con (3.6 %), irregularidad mucosa en 3 casos con (2.1 %), CA esofágico en 2 casos con (1.4 %), cambios neoproliferativa en 1 caso con (0.7%), estenosis metastásica/ fistula en 1 caso con (0.7%), presbiefófago en 1 caso con (0.7%), estenosis neoproliferativa / fistula en 2 casos con (1.4 %), cambios inflamatorio en 3 casos con (2.1 %), lesión de masa en 1 caso con (0.7%), lesión extrínseca en 1 caso con (0.7%), estenosis neoproliferativa/ reflujo gastroesofágico en 1 caso con (0.7%) y en anillo Schatzki en 1 caso con (0.7%). Esto evidencia un pico de frecuencia en estenosis neoproliferativa.

Tabla IV. Distribución según Patologías en relación al rango de edad de los pacientes con hallazgos de esófago en la modalidad de fluoroscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Patología	< 10	10-19.	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80	Total
Divertículo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Estenosis neoproliferativa	0.0	0.0	3.9	2.0	15.7	23.5	19.6	25.5	9.8	100.0
Estenosis caustica	70.0	10.0	0.0	0.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Fistula	0.0	0.0	20.0	0.0	20.0	20.0	0.0	0.0	40.0	100.0
Estenosis	0.0	0.0	9.1	9.1	9.1	27.3	9.1	18.2	0.0	100.0
Espasmo esofágico difuso	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Reflujo gastroesofágico	0.0	0.0	14.3	0.0	14.3	28.6	28.6	0.0	14.3	100.0
Engrosamiento mucoso	0.0	0.0	0.0	15.4	23.1	15.4	23.1	23.1	0.0	100.0
Pólipo	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Esofagitis por candida	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Acalasia/engrosamiento mucoso	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Trastorno de motilidad	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Lesión Extrínseca/ Leiomiomasarcoma	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Estenosis caustica/ engrosamiento mucoso	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Acalasia	0.0	7.7	0.0	0.0	46.2	30.8	7.7	0.0	7.7	100.0
Hernia hiatal	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	40.0	0.0	20.0	0.0	100.0
Irregularidad mucosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	33.3	0.0	100.0
CA esofágico	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0

Cambios neoproliferativos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Estenosis metastásica/ fistula	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Presbiesófago	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Estenosis neoproliferativa /fistula	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0
Cambios inflamatorios	0.0	0.0	66.6	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	100.0
Lesión de masa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Lesión extrínseca	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Estenosis neoproliferativa/ reflujo gastroesofágico	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Anillo de Schatzki	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0

Fuente: Base de datos del centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa.

Con respecto a Patologías en relación al rango de edad de los pacientes con hallazgo de patologías de esófago en la modalidad de fluroscopia de la muestra de 140 usuarios se encontró que: Divertículo se presentó en un (100.0 %) en el rango de edad 50-59, estenosis neoproliferativa presento un (3.6 %) en 20-29, un (2.0 %) en 30-39, un (15.7 %) en 40-49, un (23.5 %) en 50-59, un (19.6 %) en 60-69, un (25.5 %) en 70-79; estenosis caustica se presentó en un (70.0 %) en menores de 10 años, un (10.0 %) en 10-19, un (10.0 %) en 40-49 y un (10.0 %) en 50-59; fistula con un (20.0 %) en 20-29, 40-49 y 50-59, y un (40.0%) en mayor o igual a 80; estenosis con un (9.1 %) en 20-29, 30-39, 40-49 y 60-69, un (27.3 %) en 50-59 y un (18.2%) en 70-79; espasmo esofágico difuso se presentó en un (100.0 %) en 70-79; reflujo gastroesofágico con un (14.3 %) en 20-29, 40-49, mayor o igual a 80 y un (28.6 %) en 50-59 y 60-69; engrosamiento mucoso con (15.4 %) en 30-39, 50-59 y un (23.1 %) en 40-49, 60-69 y 70-79; pólipo con un (100.0 %) en 20-29; esofagitis por Cándida en un (100.0 %) en 40-49; acalasia/engrosamiento mucoso en un (100.0 %) en 50-59; trastorno de motilidad en un (50.0%) en 50-59 y mayor o igual a 80; lesión extrínseca/Leiomioma con un (100.0 %) en 50-59; estenosis caustica/esofagitis con un (100.0 %) en 10-19; acalasia con un (7.7 %) en 10-19, 60-69, mayor o igual a 80, un (46.2 %) en 40-49 y un (30.8%) en 50-59; hernia hiatal se presentó en un (40.0 %) en 40-49 y 50-59, y un (20.0 %) en 70-79; Irregularidad mucosa se presentó en un (33.3%) en 50-59, 60-69 y 70-79. CA de esófago en un (100.0 %) en 50-59; cambios neoproliferativa en un (100.0%) en 60-69; estenosis metastásica/fistula en un (100.0%) en 60-69; presbiesófago en un (100.0 %) en mayor o igual a 80; estenosis neoproliferativa /fistula en un (50.0%) en 50-59 y 60-69; cambios inflamatorios en un (66.6%) en 20-29 y un (33.3 %) en 50-59; lesión de masa en un (100.0 %) en 60-69; lesión extrínseca en un (100.0 %) en mayor o igual a 80; estenosis neoproliferativa/reflujo gastroesofágico en un (100.0%) en 60-69; anillo de Schatzki en un (100.0%) en 50-59.

Tabla VI. Distribución según segmento esofágico afectado de los pacientes con hallazgos de patologías en la modalidad de fluroscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Segmento afectado	Frecuencia	%
Superior	17	12.1
Medio	54	38.6
Inferior	49	35.0
Superior/medio/inferior	5	3.6
Medio/inferior	5	3.6
Superior/inferior	1	0.7
Superior/medio	6	4.3
No valorable	3	2.1
	140	100

Fuente: Base de datos del centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa.

Las regiones anatómicas relacionado con el segmento esofágico afectado en los pacientes con hallazgo de patologías de esófago en la modalidad de fluroscopia de la muestra de 140 usuarios se encontraron en el segmento superior 17 casos con (12.1 %), en el segmento medio 54 casos con (38.6 %), en el segmento inferior 49 casos con (35.00 %), en la afectación de los segmentos superior/medio/inferior en 5 casos con (3.6 %), en la afectación de los segmentos medio/inferior 5 casos con (3.6 %), en la afectación de los segmentos superior/inferior en 1 caso con (0.7%), en la afectación de los segmentos superior/medio en 6 casos con (4.3%) y en caso de afectación de segmento no valorable en 3 casos con (2.1 %). Esto evidencia un pico de frecuencia en la afectación del segmento medio.

Tabla VII. Distribución según edad de los pacientes con hallazgos de patologías de esófago en la modalidad de fluoroscopia en el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa, Marzo 2015 - Febrero 2017.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 10	7	5.0
10-19	3	2.1
20-29	6	4.3
30-39	9	6.4
40-49	25	17.9
50-59	35	25.0
60-69	25	17.9
70-79	20	14.3
≥ 80	10	7.1
	140	100.0

Fuente: Base de datos del centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa.

En cuanto a los rangos de edades de los pacientes con hallazgo de patologías de esófago en la modalidad de fluoroscopia de la muestra de 140 usuarios se encontró en las edades menor a 10 años una frecuencia de 7 casos con (5.0 %), en 10-19 años 3 casos con (2.1 %), en 20-29 años 6 casos con (4.3 %), en 30-39 años 9 casos con (6.4 %), en 40-49 años 25 casos con (17.9 %), en 50-59 años 35 con (25.0 %), en 60-69 años 25 casos con (17.9 %), en 70-79 años 20 casos con (14.3 %), en mayor o igual a 80 años 10 casos con (7.1 %).

Esto evidencia un pico de frecuencia en los casos del rango de edades comprendido entre 50-59 años.

DISCUSIÓN

De los estudios evaluados de esófago baritado que corresponden a la muestra de 140 pacientes resultaron con hallazgos versus sexo donde siendo del sexo masculino 71 casos y para el sexo femenino 69 casos. Es importante destacar que las patologías más frecuente relacionadas al sexo masculino fueron: estrechez irregular con un (20.0 %), estrechez con un (7.1 %) e irregularidad mucosa con un (4.3 %). Para el sexo femenino fueron: estrechez irregular con un (12.9 %), estrechez con un (8.6 %) y flujo retrogrado del contraste con un (3.6%). En ambos sexo se presentó pico estadísticamente significativo para estrechez irregular y estrechez.

Al correlacionar las patologías esofágicas con los rangos de edades se pudo observar que: La estenosis caustica se presenta en un (70.0 %) en los menores de 10 años es relevante destacar que este grupo afectado en relación a la ingesta de productos químicos con la subsecuente estenosis caustica del esófago siendo la edad específica promedio afectada es de 4 años,

lo que corresponde al desarrollo psicomotor en las edades preescolares. Seguimiento de estenosis caustica/engrosamiento mucoso que se presentó en un (100.0 %) en el rango de edad de 10-19 años, pólipo se presentó en un (100.0 %) en el rango de edad de 20-29 años seguido de cambios inflamatorios con un (66.3 %), esofagitis se presentó en un (15.4 %) en 30-39 años, esofagitis por *Cándida* se presentó en un (100.0 %) seguido de acalasia en un (46.2 %) y de hernia hiatal en un (40.0%) en 40-49 años;

En 50-59 años se presentaron divertículos seguido de acalasia/engrosamiento mucoso, lesión extrínseca/Leiomiosarcoma y CA esofágico en un (100.0 %) seguido de trastorno de motilidad en un (50.0%) y hernia hiatal en un (40.0 %). En el rango etario correspondiente a 60-69 años se encontró: cambios neoproliferativos, estenosis metastásica/fistula, lesión de masa y estenosis neoproliferativo/reflujo gastroesofágico en un (100.0 %). En 70-79 años se encontró espasmo esofágico difuso en un (100.0 %) además de irregularidad mucosa en un (33.3 %) y en mayores o igual a 80 años se encontró presbiefago y lesión extrínseca en un (100.0 %), seguido de trastorno de motilidad en un (50.0 %).

Se determinó que la edad promedio afectada corresponde a 50-59 años. Se confirmó según los hallazgos plasmado en los reportes de impresión diagnóstica que el segmento esofágico más afectado correspondió al tercio medio seguido del tercio inferior.

Cabe resaltar en lo referente a las descripciones imagenológicas arrojadas por los estudios fluoroscópicos que fueron evaluados los hallazgos diagnósticos más frecuentes fueron: Estenosis irregulares, seguido de irregularidad de la mucosa esofágica referente a engrosamiento mucoso, estrechez semejante a pico de ave referente a Acalasia, así como las impresiones en relación a estenosis irregulares con historia de ingesta de productos químicos en lo referente a estenosis caustica.

Como dato estadísticamente significativo encontramos que las estenosis neoproliferativa fue el hallazgo más frecuente correspondiente a los picos de edades de 50-59 años corroborando esto a las estadísticas generales de todos los procesos neo-proliferativos.

Como antes se explicó en el marco teórico se confirma que el estudio del esófago en la modalidad de fluoroscopia con el uso de contraste baritado es una técnica eficaz para la evaluación de patologías de dicho órgano con estrecho margen de seguridad, acompañado de forma coadyuvante de estudios invasivos (endoscopia y biopsia).

CONCLUSIONES

Dentro del estudio de hallazgos de patologías de esófago en la modalidad de fluoroscopia, tenemos los siguientes resultados:

1. En la muestra de 140 usuarios se encontró que el (50.7 %) de los pacientes son del sexo masculino y el (49.3 %) corresponden al sexo femenino. Es importante destacar que las patologías más frecuente relacionadas al sexo masculino fueron: estrechez irregular con un (20.0 %), estrechez con un (7.1 %) e irregularidad mucosa con

un (4.3 %). Para el sexo femenino fueron: estrechez irregular con un (12.9 %), estrechez en un (8.6 %) y flujo retrogrado del contraste con un (6.4%). En ambos sexo se presentó pico estadísticamente significativo para estrechez irregular y estrechez.

2. En relación a los rangos de edad relacionada con los extremos de la vida y los hallazgos en menores de 10 años fueron exclusivamente por estenosis caustica y los procesos neo-proliferativos entre las edades de 50-59 años.
3. En la modalidad diagnóstica el tercio esofágico afectado con mayor frecuencia es el tercio esofágico medio con (38.57 %), seguido del tercio esofágico inferior con (35.00 %); cabe destacar que en un (14.28 %) hubo afectación combinada de los segmentos esofágicos.
4. El hallazgo con mayor frecuencia encontrado en la impresión diagnóstica fue estrechez Irregular con (32.86 %), estrechez con (15.00 %), irregularidad mucosa con (10.71 %).
5. En relación a las patologías Esofágicas en los pacientes con hallazgo se encontró con mayor frecuencia estenosis neoproliferativa con (36.43%), estenosis caustica con (7.14 %), engrosamiento mucoso con (9.29 %), Acalasia con (9.29 %). Esto evidencia un pico estadísticamente significativo en estenosis neoproliferativa.

RECOMENDACIONES

La sustentante recomienda:

1. Incentivar a los médicos clínicos en indicar más estudios fluoroscópico de esófago.
2. Edificar al médico clínico en el conocimiento y beneficios de la técnica fluoroscópica para la evaluación del sistema digestivo alto (esófago) como una herramienta eficaz para la identificación de patologías de dicho órgano.
3. Recomendar al departamento imágenes que al momento de reportar los estudios de esófago baritado quede plasmado el segmento específico afectado.
4. Promover en el sistema de salud la necesidad imperante de un historial clínico único para cada individuo en el cual quede plasmado los estudios y procedimientos realizados con sus diagnósticos, esto en bien de poder dar continuidad en el tiempo al mismo y poder confirmar los resultados patológicos de las afecciones sugerentes por imágenes.
5. Promover en los médicos pediatras que el Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa está preparado para el manejo y realización de estudios en la población pediátrica.
6. Incentivar la continuación del presente estudio con periodos más amplios de recolección de datos para poder reproducir más información.

REFERENCIAS

1. Arce Martínez R, Iniesta Turpín JM. Libro virtual de formación en ORL. [Internet]. 1ra ed. Hospital

Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. SEORL – PCF. 2016. [actualizado 15 Sep 2016; citado 14 abr 2017]. <http://booksmedicos.org/libro-virtual-de-formacion-en-otorrinolaringologia-seorl/ttp>

2. Eisenberg R. Gastrointestinal Radiology, Ed. Lippincott Raven. Philadelphia, 4ta edición, 2003.
3. Schima W, Einsenhuber E: Radiologic evaluation of esophageal function. In Ekberg O (ed): Radiology of the Pharynx and the Esophagus. Berlin, Springer, 2004, pp 109-125.
4. Morcillo Carratalá R, Rodríguez Laval V, Cruz Hernández LM, Hernández Guilabert, L. García Sanz; Esofagograma con bario: Anatomía y patología básica, SERAM 2014 / S-0061[Internet]. 2014 [citado 24 abril 2017]. Disponible en: http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=view_wsection&pi=123372&ti=410495&searchkey=
5. Salguero Coral A, Hidalgo Gualan E, Cabrera Proaño L. Identificación de patologías esofágicas por esofagograma en pacientes mujeres de 25 a 40 años en la clínica oftálmica de octubre a diciembre del 2015. Quito, Ecuador; Julio 2016.
6. Lovesio C. Patología esofágica crítica. Perforación esofágica En: Editorial El Ateneo. Libro de Medicina Intensiva, Dr. Carlos Lovesio. 1era. Ed. Argentina, Buenos Aires; 2006. p.1-14.
7. Coelho de Arruda M, Masson Lerco M, Naresse L, Crema E, Marchesan Rodrigues M. Resultado del carcinoma de células escamosas superficiales del esófago. Un estudio clinicopatológico. Acta Cirúrgica Brasileira [Internet]. 2013 [citado 5 Ago 2017]; Vol. 28 (5): p.1-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v28n5/09.pdf>
8. Rodríguez Allende, Miguel A. Importancia de la radiología digital en el diagnóstico de las enfermedades causantes de disfagia. rev cubana med [online]. 2004, vol.43, n.2-3 [citado 2017-04-25], p. 1-1. disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s003475232004000200002&lng=es&nrm=iso>. issn 1561-302x.
9. Clouse R E, Diamant N E, Esophageal motor and sensory function and motor disorders of the esophagus. In Feldman M, Friedman L S, Sleisenger M H, Gastrointestinal and Liver Disease, Vol. I, 7th ed. Philadelphia, Saunders, 2002, p. 561-598.
10. Gartner LP, Hiatt JL, Histología texto y atlas, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México DF, 4ta edición, 2007.
11. Diamant NE. Physiology of the esophagus en: Gastrointestinal Disease by Sleisenger and Fordtrab. 5ª. ed. WB Saunders Company, 1993; 319-330.
12. Raj K. Goyal. Enfermedades de las vías gastrointestinales- Enfermedades del esófago. En: Javier de León Fraga/ McGraw-Hill. Harrison Principios de Medicina Interna. 18 ed. México; 2012. p 1847-1854.
13. Schima W, Einsenhuber E: Radiologic evaluation of

- esophageal function. In Ekberg O (ed): Radiology of the Pharynx and the Esophagus. Berlin, Springer, 2004, p 109-125.
14. Goyal R K, Prasad M, Chang H Y: Functional anatomy and physiology of swallowing and esophageal motility. In Castell DO, Ritcher J E (eds); The Esophagus, 4 th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, p 1-36.
 15. Spechler S J, Castell D O: Nonachalasia esophageal motility abnormalities. In castell D O, Richers R E (eds): The Esophagus, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, p 262-274.
 16. Clouse R E, Staiano A, Alrakawi A, Haroian L: Application of topographical methods to clinical esophageal manometry. Am J Gastroenterol 95: p 2720-2730, 2000.
 17. Richter R E, Achalasia. In Castell DO, Richter R E (ed): The esophagus 4th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp 221-261.
 18. Woodfield CA, Levine MS, Rubesin S E, et al: Diagnosis of primary versus secondary achalasia: Reassessment of clinical and radiographic criteria. AJR 175: p 727-731, 2000.
 19. Nayar D S, Khandwala F, Achkar E, et al: Esophageal manometric: Assessment of interpreter consistency. Clin gastroenterolhepatol 3: p 218-224, 2005.
 20. Montejo I, Ospina C, Martínez E, et al: Carcinoma de la unión gastroesofágica. Estadificación local mediante técnicas de imagen, SERAM 2014 / S-0724 [Internet]. 2014 [citado 14 mayo 2017]. Disponible en: http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=125021&ti=414370&searchkey=
 21. Mujica V R, Mundipalli R S, Rao S: Pathophysiology of chest pain in patients with nutcracker esophagus. Am J Gastroenterol 96: p: 1371-1377. 2001.
 22. Barlow W J, Orlando R C: The pathogenesis of heartburn in nonerosive reflux disease: a unifying hypothesis. Gastroenterology 128: p 771-778, 2005.
 23. Tamayo J. L., Esófago de Barrett. Enfermedades esofágicas. Revista de gastroenterología de México. 2015; 80 (1): p 55-57
 24. Levine MS, Macones AJ, Laufer I: Candida Esophagitis: Accuracy of radiographic diagnosis. Radiology 154: p 581-587, 1985.
 25. Sam J W, Live M S, Rubesin S E, et al: The "Foamy" esophagus: A radiographic sign of Candida esophagitis. AJR 174: p 999-1001, 2000.
 26. Sor S, Levine M S, Kowalski T E, et al: Giant ulcers of the esophagus in patients with human immunodeficiency virus: Clinical, radiographic, and pathologic finding. Radiology 194: p 447-451, 1995.
 27. Wang K K, Wongkeesong M, Buttar N S: American gastroenterological association technical review on the role of gastroenterologist in the management of esophageal carcinoma. Gastroenterology 128: p 1471-1505, 2005.
 28. Montejo Gañán, C. Ospina Moreno, E. Martínez Mombila, A. Castán Senar, R. Larrosa López, et al; Carcinoma de la unión gastroesofágica. Estadificación local mediante técnicas de imagen, SERAM 2014 / S-0724 [Internet]. 2014 [citado 01 junio 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0724>
 29. Kim T S, Song S Y, Han J, et al: Giant fibrovascular Polyp of the esophagus: CT findings. Abdom Imaging 20: p 653-655, 2005.
 30. Levine M S, Buck J L, Pantongrag-Brown L, et al: Leiomyosarcoma of the esophagus: Radiographic findings in 10 patients. AJR 167: pp 27-32, 1996.
 31. Sharara A I, Rockey D C: Gastroesophageal variceal hemorrhage. N Engl J Med 345: p 669-681, 2001.
 32. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
 33. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

CONSULTE

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

FRECUENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROCIROLOGÍA DEL CENTRO CARDIO-NEURO-OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT).

Samuel Antonio Cedeño,* Alexander Marte,** Rubén Darío Pimentel.***.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia de infecciones de tipo nosocomiales en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014. El universo estuvo constituido por 1,342 pacientes ingresados y la muestra fue de 66 pacientes admitidos en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva, de los cuales 66 padecieron infecciones de tipo nosocomiales. Se reporta una frecuencia de 4.9 por ciento, de los 32 pacientes mayores de 60 años, 28.8 por ciento correspondió al sexo masculino y un 19.7 por ciento al sexo femenino, el 30.3 por ciento presentó infección nosocomial por *Echerichia coli*, un 39.3 por ciento presentó infección nosocomial por vía hematológica, en el 100 por ciento de los casos la vía de transmisión fue la directa, en el 36.4 por ciento la ventilación mecánica fue el factor de riesgo extrínseco y el 53 por ciento y como factor de riesgo intrínseco la neoplasia, en el 12.1 por ciento la ventilación mecánica artificial fue usado como procedimiento invasivo, el 71.2 por ciento permaneció entre 7-14 días ingresados y el 28.8 por ciento falleció.

Palabras clave: Frecuencia, Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva, infecciones de tipo nosocomiales, cultivos, microorganismo

ABSTRACT

It was a descriptive and retrospective study was carried out to determine the frequency of nosocomial infections in the Intensive Care Unit of the Cardio-Neuro-Ophthalmologic and Transplantation Center (CECANOT), 2011-2014. The universe consisted of 1,342 patients admitted and the sample was 66 patients admitted to the Intensive Care Unit, of which 66 had nosocomial infections. It reported one frequency of 4.9 percent was reported, of 32 patients over 60 years of age, 28.8 percent were male and 19.7 percent were female, 30.3 percent had nosocomial infection by *Echerichia coli*, 39.3 percent presented Nosocomial infection by the hematogenous

route, in 100% of the cases the transmission route was direct, in 36.4% mechanical ventilation was the extrinsic risk factor and 53% and as an intrinsic risk factor for neoplasia, In 12.1 percent artificial ventilation was used as an invasive procedure, 71.2 percent remained between 7-14 days admitted and 28.8 percent died.

Key words: Frequency, Intensive Care Unit, nosocomial infections, cultive, microorganism

INTRODUCCIÓN

Aparecido durante sus definiciones tradicionales de la infección nosocomial (IN) es un hospital, 48 horas o más se demuestra en los pacientes de los hospitales, y no hay ni un período de incubación de los pacientes del hospital de tiempo, pero ahora también se extiende a relacionarse con la asistencia sanitaria en un sentido amplio. En la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) infecciones a veces causa de ingreso hospitalario en estas.1 éstas y otras consecuencias de alojamiento

Las infecciones hospitalarias pueden ocurrir en una participación en el servicio de los pacientes en estado crítico el tema más importante, lo que lleva, y luego desarrollar una mayor mortalidad y mayores costos médicos. Es necesario, por lo tanto, los elementos de riesgo, sistema de monitoreo continuo que se establezca, lo que permite la epidemiología, su desarrollo y el impacto de estas infecciones son pacientes críticamente enfermos, con el fin de poder establecer medidas de prevención y control.

La infección es existe la complicación más común en pacientes hospitalizados. Una cuarta parte de estas infecciones se produjeron en pacientes ingresados en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI), a pesar de que el servicio es único órgano representativo de camas 1 salud.2 del 10%

La infección afecta a aproximadamente 200 millones de personas en los Estados Unidos los acontecimientos adversos más comunes, una causa de 100.000 muertes, que se estima en \$ 5 billones de dólares de un año de costo relacionado. Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) ha sido identificado como un punto clave

*Internista egresado del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

**Asesor clínico

***Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

en el desarrollo de eventos adversos, debido a que los casos extremos de trabajo, que puede salvar la vida de grandes y conducir a un alto riesgo de daños asociado. 3

Antecedentes

González et al., Infecciones de tipo nosocomiales y otras variables anteriormente en las unidades de cuidados a nivel intensivos pediátricos seleccionados en 2008, se ha descrito, los médicos del hospital de corte transversal y retrospectivo en la morbilidad infantil Robert Reid Cabral Investigación. 5,4% está sujeto a la infección, la mortalidad alcanzó el 8,2%, para la detección de *Pseudomonas aeruginosa* en el 22% de la IE en las principales bacterias patógenas, el sexo más afectado es de sexo masculino, 61,3% más que el grupo de 5 años Yi por 59,5% bajo la edad de mayor incidencia de sepsis nosocomial se relaciona con los casos y las vías respiratorias, transmitidas por la sangre de factores internos de 31,5%, principalmente la desnutrición y neutropenia.4

Torres, que, con el fin de entender los resultados entre enero y mayo de 2008 en punto de la unidad médica profesional mayor prevalencia de infección nosocomial Ciudad de México se ha descrito, la observación y estudio transversal: Se encontró que el 73,9% de las personas tratamiento de procedimientos invasivos. 68 casos de infecciones de tipo nosocomiales identificados, se corresponde con el punto de incidencia de 17,8%. Sitio con mayor frecuencia es la bacteriemia (38,2%) y neumonía (20,6%). Los microbios más frecuentemente criados por *Pseudomonas*, aglomerans *Enterobacter*, *Serratia marcescens* y coagulasa-negativos *Staphylococcus aureus* y *Escherichia Coli*.5

Vargas, que realizó un estudio intenta determinar corte o una descripción de los elementos de riesgo en la clínica en San José Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) en infecciones hospitalarias asociadas a la ciudad de Cúcuta en abril y mayo de 2009 se informó, 55,2% de las personas en el rango de edad de edad 61 años, seguido de un 31,3% quienes tienen entre 41 ~ 60 años de edad, el 55,2 por ciento de los pacientes que pertenecen al género de las mujeres y el 44,8% de los hombres, el 34,3% tiene una base en pacientes con reconocimiento de la enfermedad renal , 89,6% de los pacientes tenían una estancia no más de ocho días, durante el uso de 61,2, en la población objetivo de este estudio indican que el porcentaje de catéter 89,6% de los pacientes ingresados en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) utilizado en los catéteres venosos periféricos, 7 pacientes 0,1% durante el periodo de estudio fue admitido en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) estaban en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) de los pacientes después de la infección hospitalaria presenta 17,9% a 13,4% de los pacientes con cultivos de sangre durante hospitalización.6

López, en 2011, 2012 y 2013, fueron la presencia de infección nosocomial y otras variables relevantes en el total del año, que se describe en los últimos tres años en la Unidad donde se

desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del hospital local de Andalucía, la sección transversal y retrospectivo estudio de 1342 unos ingresos de tres años, ha habido 63 casos de infección nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva, el 28,6% de 60-69 años de edad. 58,7% son hombres. Los principales elementos de riesgo son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y enfermedad hepática crónica. La infección es principalmente de la tráquea y luego el patógeno *Candida Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Haemophilus influenzae*. Como grupos de microorganismos, el más abundante gram-negativa. En el caso en el que la conexión a la infección médica observado, hay un caso más bajo y los catéteres venosos centrales, 93,7% de catéter de ventilación mecánica invasiva vejiga era 58,7% y el 88,9 por ciento. Finalmente, mataron caso infección.7 de 17,5%

Justificación

Las infecciones de tipo nosocomiales son una causa importante de morbilidad y mortalidad y los costes sociales y económicos causados. Cada vez más estudios con el fin de resolver estas complicaciones graves estaban dejando las infecciones de tipo nosocomiales hospitalarias. Estos estudios establecen la base del sistema de vigilancia epidemiológica. El siguiente paso es luchar contra las infecciones de tipo nosocomiales, que se basa en medidas de vigilancia y control epidemiológico.

Obtenido del hospital y unidades específicas y su vigilancia de la infección nosocomial. tasa de interés obtenida es de gran interés, sino también para establecer una evaluación de la calidad de la atención.

Epidemiología de la tecnología de la tasa de infección nosocomial, la estructura de alto índice y los resultados de las actividades del hospital. La información recopilada de la supervisión de los valiosos conocimientos que todo el mundo está trabajando en el hospital. Proporciona una visión general y orientación para realizar actividades directas de control de infecciones.

Se les considera un indicador importante de infecciones hospitalarias: alojamientos aumento se calcula en cada infección y mortalidad costos intangibles 4,3 días, una de las principales causas de los Estados Unidos de muerte en las unidades de cuidados a nivel intensivos (UCI). Esto sugiere la necesidad de control y los costos asociados con el tema de la política de contención. Esto puede ser infecciones de tipo nosocomiales más es inevitable, pero parece que un tercio de ellos se puede prevenir.

MATERIAL Y MÉTODOS

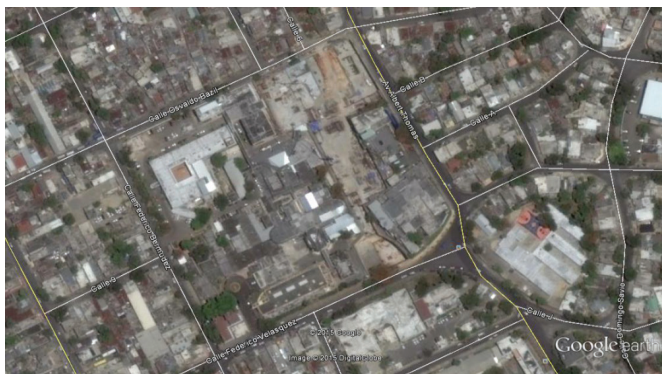
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia de

infecciones de tipo nosocomiales en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Ámbito de estudio

El ámbito del estudio estuvo comprendido por el Centro Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar. Está ubicado en la parte Norte del Distrito Nacional, área IV de salud y que a su vez pertenece a la Región Metropolitana. Está delimitado: al Sur, la calle Federico Velásquez; al Este, la Albert Thomas; al Norte, la Osvaldo Bazil y al Oeste, la Federico Bermúdez. (Mapa cartográfico y satelital)



Mapa cartográfico / Vista satelital

Universo

Estuvo constituido por 1,342 pacientes ingresados en el C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Muestra

Estuvo constituida por 66 pacientes ingresados en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014 que padecieron infecciones de tipo nosocomiales.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.
2. No discrimina sexo.
3. Pacientes mayores de 18 años

De exclusión

1. Expedientes incompletos.
2. No localizable

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual se aplicará a los expedientes clínicos de los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial, El cuestionario consta de pregunta de 10 preguntas como edad, sexo, microorganismos aislados, localización de la infección elementos de riesgo procedimientos invasivos, estadía hospitalaria y pronóstico.

Procedimiento

Luego de aceptado el tema en la Oficina de Tesis de la UASD, se procedió a llevar el perfil de la investigación a la dirección del centro hospitalario y al Departamento de Enseñanza. Luego de aprobada, se revisaron los expedientes clínicos de la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014, estos fueron revisados uno a uno y se escogieron aquellos con diagnóstico de infección nosocomial y se llenaron los cuestionario a través de observaciones directas durante el período de estudio.

Tabulación

Previo al análisis se revisó la información y se codificaron los datos para volverlos cuantitativos. Se realizó una matriz de datos utilizando el programa Excel, el mismo que sirvió para su análisis

Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia.

Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki,⁵⁰ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.⁵¹ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como del Hospital Dr. Luis E. Aybar, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud, los mismos serán manejados con suma cautela. Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento. Finalmente toda la información fue incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de infección nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Infectados	Frecuencia	%
Sí	66	4.9
No	1276	95.1
Total	1342	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se observó que el 4.9 por ciento de los pacientes fueron ingresados en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva.

Cuadro 2. Edad y sexo de los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Edad (años)	Sexo				total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	1	1.5	0	0.0	1	1.5
30 – 39	4	6.1	1	1.5	5	7.6
40 – 49	9	13.6	5	7.6	14	21.2
50 – 59	7	10.6	7	10.6	14	21.2
≥ 60	19	28.8	13	19.7	32	48.5
Total	40	60.6	26	39.4	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se evidenció que de los 32 pacientes mayores de 60 años, 28.8 por ciento correspondió al sexo masculino y un 19.7 por ciento al sexo femenino.

Cuadro 3. Microorganismos aislados en los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Microorganismos aislados	Frecuencia	%
Escherichia coli	20	30.3
Pseudomona aeruginosa	19	28.8
Klebsiella	5	7.7
Cándida albicans	5	7.7
Estafilococo coagulasa positivo	4	6.1
Acinetobacter B	4	6.1
Otros	2	3.0
Negativo	7	10.6
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se encontró que el 30.3 por ciento de los pacientes presentaron infección nosocomial por Echerichia coli y un 28.8 por ciento por Pseudomona aeruginosa.

Cuadro 4. Localización de la infección en los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Localización de la infección	Frecuencia	%
Hematógena	26	39.3
Respiratoria	24	36.4
Tejido urinario	12	18.2
Quirúrgica	4	6.1
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se observó que un 39.3 por ciento de los pacientes presentaron infección nosocomial por vía hematológica y un 36.4 por ciento vía respiratoria.

Cuadro 5. Elementos de riesgo extrínseco de la infección en los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Elementos de riesgo extrínseco	Frecuencia	%
Ventilación mecánica	24	36.4
Catéter venos central	18	27.2
Catéter vesical	14	21.2
Cirugía	6	9.1
Sin información	4	6.1
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se encontró que el 36.4 por ciento de los pacientes presentaron la ventilación mecánica como factor de riesgo extrínseco.

Cuadro 6. Elementos de riesgo intrínseco de la infección en los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Elementos de riesgo intrínseco	Frecuencia	%
Neoplasia	35	53.0
Insuficiencia cardíaca	7	10.6
Diabetes	4	6.1
EPOC	3	4.5
Insuficiencia renal	3	4.5
Neutropenia	2	3.0
Sin información	12	18.2
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se observó que un 53 por ciento de los pacientes presentaron neoplasia como factor de riesgo intrínseco.

Cuadro 7. Procedimiento invasivo en los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Procedimiento invasivo	Frecuencia	%
Ventilación mecánica artificial	8	12.1
Traqueostomía	6	9.1
Abordaje venoso profundo	3	4.5
Otros	3	4.5
Sin procedimiento	46	69.7
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se encontró que el 12.1 por ciento de los pacientes presentaron ventilación mecánica artificial como procedimiento invasivo.

Cuadro 8. Estadía hospitalaria en los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Estadía hospitalaria (días)	Frecuencia	%
< 7	12	18.2
7 – 14	47	71.2
12 – 21	7	10.6
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se evidenció que el 71.2 por ciento de los pacientes permanecieron entre 7-14 días ingresados.

Cuadro 9. Pronóstico de los pacientes que tienen infección de tipo nosocomial en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014.

Pronóstico	Frecuencia	%
De alta	47	71.2
Fallecido	19	28.8
Total	66	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes que tienen infección de tipo nosocomial.

Se encontró que el 71.2 por ciento de los pacientes fueron dado de alta y un 28.8 por ciento falleció.

DISCUSIÓN

La presente investigación puso de manifiesto que de 1,342 pacientes ingresados en el C.C.N.O.T. (CECANOT), 2011-2014, de éstos, 1,342 fueron admitidos en el Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva, presentando 66 pacientes infecciones de tipo nosocomiales, para un 4.9 por ciento. Este hallazgo es consistente González, 4, etc., que se ha seleccionado previamente en 2008 para estudiar en los médicos del hospital y la incidencia de las infecciones de tipo nosocomiales en los niños otras variables Robert Reid Cabral, en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva pediátricos, la frecuencia reportada de 5,4%, a pesar de Vargas, 6 diferente de otros estudios en pacientes hospitalizados con elementos de riesgo asociados a la infección en la ciudad de Cúcuta San José, en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva clínica (UCI) en abril de 2009 y en mayo, se encontró que el 13,4% de los pacientes, la detección de los hemocultivos positivos, aunque López, 6 en su estudio de la existencia de infecciones hospitalarias y otras variables relacionadas, en los últimos tres años, la misma región del hospital de Andalucía Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva en los años de 2011, 2012 y 2013. 1342 unos ingresos de más de tres años, ha habido 63 casos UCI del hospital de colores, hasta el 4,6%.

En cuanto a la edad y el sexo, se evidenció que el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los mayores de 60 años, para un 48.5 por ciento y el sexo más afectado fue el masculino, con un 60.6 por ciento. Vargas, *et al*, En su infección, abril y mayo de 2009 Estudio mensual sobre los elementos de riesgo de los pacientes hospitalizados en la ciudad de Cúcuta unidad clínica San José de cuidados a nivel intensivos (UCI) informó que el 55,2% de los pacientes mayores de 61 años de 55,2% rango de edad son hombres, lo cual es consistente con el estudio.

En cuanto al germen patógeno identificado en la población que presentó infección confirmada por medio diagnóstico, se observó que predomina la *Escherichia coli*, con un 30.3 por ciento, seguida de la *Pseudomonas aeruginosa*, para un 28.8 por ciento, observando diferencias de los microorganismos más encontrados en estudio de Navarro,¹⁹*et al*, En sus infecciones de tipo nosocomiales del Hospital General de Tijuana en 2009, donde encontró *Pseudomonas* año, un incremento del 12,9%, respectivamente, en las frecuencias del estudio presentado, *Staphylococcus aureus* y *Candida* 12,37% 1010,4%.

Al analizar la localización de la infección, se evidenció que la vía hematogena fue la de mayor relevancia, con un 39.3 por ciento, seguido por las respiratorias, para un 36.4 por

ciento, observándose pocos casos en las heridas quirúrgicas, hallazgo que difiere de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.¹⁷ en sus infecciones de tipo nosocomiales en España en 2013, quien informó que el estudio el 45,6% de los casos de prevalencia de infección nosocomial en el trauma quirúrgico ocurrió.

Dentro de los procedimientos invasivos más usados por los pacientes en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI), están la ventilación mecánica y la traqueostomía y el abordaje catéter venoso central, siendo importante que estos procedimientos sean realizados por personal entrenado, utilizando una adecuada técnica aséptica que reduzcan el riesgo de infección en un medio altamente contaminado, ya que dentro de los hallazgos más relevantes en esta categoría se encontró que el 36.4 por ciento de los pacientes con ventilación mecánica y catéter venoso central, con un 27.2 por ciento presentaron infección, seguido en un menor porcentaje del uso de catéter vesical. Hallazgo coincidente con el estudio de Pujol,¹ en su 2013 la infección nosocomial, que han descubierto que estos mismos factores asociados a infecciones de tipo nosocomiales procedimientos invasivos, estudios epidemiológicos generales

Independientemente de la presencia de infección, la mortalidad presentó un aumento significativo a partir de los 60 años. Como se refleja en el pronóstico, donde la mortalidad oscilaba entre el 28.8 por ciento, con un aumento al 28% a partir de los 65 años. Por tanto, en mayores de 65 años el riesgo de mortalidad es más del doble que en los menores de 30 años, y en los demás grupos de edad es ligeramente superior a estos últimos.

RECOMENDACIONES

1. Incentivar a los médicos que laboran en el hospital sobre la importancia de la prevención de infecciones de tipo nosocomiales, así mismo, dar pláticas sobre las medidas existentes para la prevención de infecciones de tipo nosocomiales. Mejorar la infraestructura de las Unidades de Cuidados a nivel intensivos e Intermedios.
2. Llevar un mejor control en la terapia respiratoria existente puesto que la principal infección encontrada fue a través del uso de ventilación mecánica.
3. Crear lugares de aislamiento para los pacientes con infecciones nosocomial para evitar el contagio a otros pacientes.
4. Es importante que la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI) del centro asistencial revise y mejore los protocolos de atención al paciente; así se crean más pautas claras, específicas y particulares de trabajo, hasta lograr una conducta estándar e integral, de alto e idóneo nivel, en la atención del paciente.

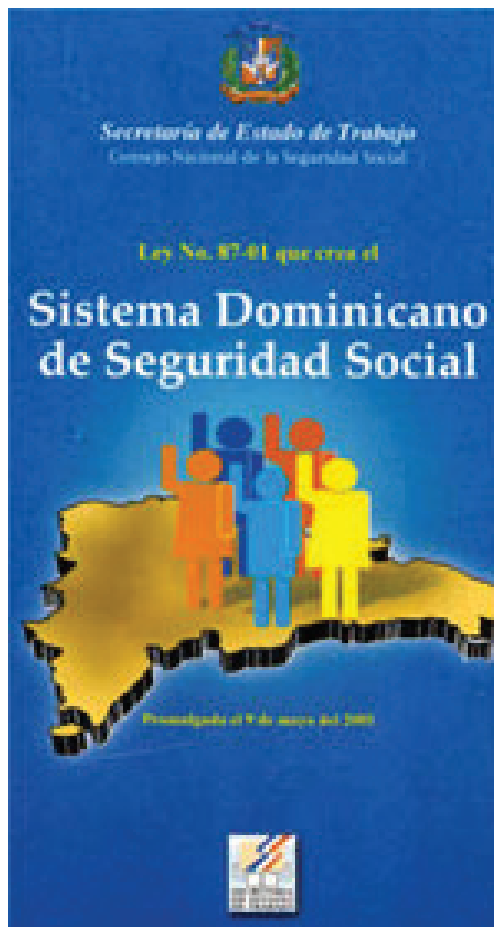
5. Asegurarse que las autoridades del hospital conozcan plenamente las condiciones en las cuales trabaja el personal de la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva (UCI), sus necesidades identificadas en los protocolos de atención al paciente y sus sugerencias particulares, a fin de solucionar falencias y continuar o mejorar los aciertos.
6. Para el cumplimiento de las normas en la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud es necesario que el comité de control de infecciones de tipo nosocomiales establezca un óptimo sistema de vigilancia para determinar la incidencia y las características de las infecciones asociadas a la atención de la salud, para esto es importante que el hospital brinde las facilidades necesarias, como dotar de suficiente personal a este departamento.

REFERENCIAS

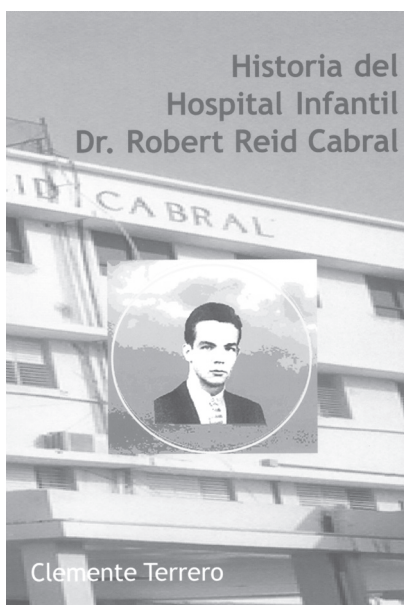
1. Pujol, limón E. infecciones de tipo nosocomiales en la epidemiología general. Sistemas y programas de seguimiento. *Infección Microbiología Clínica*, 2013; 31 (2): 108-113.
2. M.Ĥ Madigan, Martinko J. M. Parker J. *Epidemiología*. En: M.Ĥ Madigan, Martinko J. M. , J · Brock Parker *biología microbiana*. 10ª edición. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2008 839-865.
3. Reducción de los servicios del Hospital Universitario UCI C. investigación epidemiológica a las Islas Canarias de las infecciones hospitalarias. [Tesis]. Santa Cruz de Tenerife: servicio de publicación. Delaguna Universidad; 2014: 16-19.
4. González J, infecciones hospitalarias y Rodríguez J · frecuencia Bruno R. otras variables seleccionadas previamente en el año 2008, los niños Robert Reid Cabral Hospital Dr. en unidades de cuidados a nivel intensivos pediátricos. *Papel, UASD*, 2009: 12-15.
5. Torres. K, N Martínez, infección hospitalaria Ciudad de México los equipos profesionales de alto nivel M · Heller Dia punto de prevalencia entre 2008 y documento de enero-mayo, 2009: 14-16.
6. Los pacientes Vargas L, Lucas R, y la infección en los meses de abril y mayo de 2009 de papel en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva de la clínica en San José (UCI) hospitalizaciones ciudad de Cúcuta H. Guerrero relacionados con elementos de riesgo grado, 2010: 23-26.
7. 35-38: En 2011, López L. 2012 y 2013 papeles en 2014 y las infecciones de tipo nosocomiales en los últimos tres años en Andalucía Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del hospital local y otras variables relacionadas existen.
8. Gálvez R, Delgado · H · concepto J. Gillen, sentido y futuro de las infecciones hospitalarias. En: Galvez R, Delgado dentro · infecciones hospitalarias M · Gillen J. F.. 5ª edición. Granada: La publicación de los servicios en la Universidad de Granada. Campus de Cartuja; 2013: 1-8.
9. cuidados a nivel intensivos y unidades coronarias sociedad (SEMYUC) Médico Español. Grupo de Trabajo de las enfermedades infecciosas. Hospital Nacional de Investigación de vigilancia de infecciones de la UCI (ENVIN-HELICS). Bajo un informe: 10-15.
10. PiédrolaG, M. C. Maroto causa de las infecciones de tipo nosocomiales. En: Galvez R, Delgado dentro · infecciones hospitalarias M · Gillen J. F.. 4ª ed. Granada: La publicación de los servicios en la Universidad de Granada. Campus de Cartuja; 2013: 17-21.
11. los hombres de Martínez, Ramos A, Guillén J. sepsis hospitalaria. En: Galvez R, Delgado dentro · infecciones hospitalarias M · Gillen J. F.. 8ª edición. Granada: La publicación de los servicios en la Universidad de Granada. Campus de Cartuja; 2014: 247-251.
12. Sabatier C, Peredo R, J. Valles bacteremia en pacientes críticamente enfermos. *medicina intensiva* 2013; 33 (7): 336-345.
13. infecciones hospitalarias Spicer W. J.. En: Spicer W. J. de *Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas*. 2ªEd. Barcelona: Elsevier; 2009: 218-219.
14. Díaz E, I Adams, J. Valles en el hospital con neumonía. 2014 *Journal of Clinical Infectious Diseases*, 31 (10): 692-698.
15. Lardelli P, E · Jiménez, M · Northrop Grumman Las UTI. En: Galvez R, Delgado · M · infección Gillen J. F. *Hospitalaria*. 61ª ed. Granada: La publicación de los servicios en la Universidad de Granada. Campus de Cartuja; 2012: 195-198.
16. C. Pigrau infección del tracto urinario nosocomial. 2014 *Journal of Clinical Infectious Diseases*, 31 (9): 614-624.
17. la medicina preventiva sociedad española, la salud pública y la higiene. La prevalencia de infecciones de tipo nosocomiales en el estudio de la Espina hospital español 2013: 5-8.
18. Pequeño E, G Reyes, control de infecciones en los hospitales y sistema de vigilancia epidemiológica Bolívar D. *enfermería*. Girar Cuba enfermer 2014; 14 (3): 178-182.
19. Navarro J, Macías H, I Negrete, T · Moreno en el Hospital General de Tijuana infecciones de tipo nosocomiales frecuencia anual. *Feng México infectol*, 2009: 23-29.
20. Cruz-R, Vázquez C, Hospital Central de Chihuahua asociados con intrahospitalarias incidencia y elementos de riesgo para la infección. *RMCFMSIGLOXXI*, 2012;

- 1 (1): 5-10
21. J · Hospital Commons o infecciones adquiridas en el hospital. notas de Infectología. Las enfermedades infecciosas. Médica, 2012 Nota: 1-8.
 22. Kano hombre, macho interesados Domínguez, Ezpeleta C, B Padilla, resistencia monitoreo de cultivos de bacterias nosocomiales. Infección Microbiology, 25 (4): 220-229.
 23. C. guardia, G · Jordan, después de las infecciones de tipo nosocomiales cirugía de corazón A. Urrea. A Journal of Pediatrics (Barc) 2008; 69 (1): 34-8.
 24. Paloma M, Rodríguez P, M Nieto, prevención S. Sancho de la infección nosocomial en pacientes críticamente enfermos. Medicina intensiva [Internet]. 2010; 34 (8): 523-533.
 25. Bueno A, Ramos A.M, blanco J. I. dentro de factores derivados del huésped o internos. En: Galvez R, Delgado dentro · infecciones hospitalarias M · Gillen J. F. 6ª edición. Granada: La publicación de los servicios en la Universidad de Granada. Campus de Cartuja; 2012: 83-97.
 26. Anonymous J.M, Gomez - Troy V, Gonzalez HIGUERAS E, Córcoles V, Quintana varón, de edad Garcia Lorenzo A. predicción de UCI ventilación mecánica. Critical Care Medicine. 2013; 37 (3): 149-155.
 27. González J. C., J. C. Fonseca González J. A., Rosabal D.D y Lidermys infecciones por micoplasma en la Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva del cuidado de la salud relacionados. MULTIMED. 2012; 16 (3): 46-50.
 28. Spicer W. J. patógenos específicos. En: Spicer W. J. de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. 3ª Ed. Barcelona: Elsevier; Siguiendo: 34-92.
 29. Organización Panamericana de la Salud. Cuidado de la salud asociada a la vigilancia epidemiológica de la infección. Washington, DC: OPS. 2010: 5-8.
 30. infecciones de tipo nosocomiales Seaman un costo social. Kai Médico Hondur. 2011; 79 (3): 155-60.
 31. Neidell MJ, Cohen B, casas históricas y de montaña J, Jeon CY, salud- y las infecciones asociadas a la comunidad con los costes antibacterianos Glied S. y organismos sensibles Antimicrobial Resistant. Clínica. Journal of Infectious Diseases. 2012; 55 (6): 807-15
 32. Mayorga DL Guillen Hernandez Duarte N, F Garcia, JA Monge. E. coli brote de infecciones de tipo nosocomiales en los recién nacidos Gracias, Lempira. A su vez Hondur. 2011 médica; 79 (1): 12-7.
 33. Padgett D, Lucas, MT, de Rivera DM, Galindo C, Cepeda, LM, Hernández, AL. Honduras aislado resistencia bacteriana en el Instituto de Seguridad Social. Kai Médico Hondur. 2011; 79 (3): 117-121.
 34. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. El monitoreo se define infecciones asociadas a la atención de salud y entornos de atención aguda en un tipo específico de normas de infección. Am J Control de la infección. 2008; 36 (5): 309-332.
 35. Rosenthal VD, Rodrigues C, Álvarez-Moreno C, Madani N, Mitrev Z, de Ye G, la eficacia et.al de las universidades de cuatro dimensiones en los países en desarrollo para adultos Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva multidimensional prevención enfoque de la neumonía asociada al ventilador: el Control de Infecciones del Hospital Internacional resultados de la encuesta de la Unión. Atención a la Violencia 2012; 40 (12): 3121-8
 36. Reilly J, Cairns S, Fleming S, Hewitt D, Lawder R, resultados Robertson C. Segunda Su Gelan Encuesta Nacional de prevalencia: los cambios en las infecciones relacionadas con la medicina Su Gelan epidemiológicos. J Hosp Infect. 2012; 82 (3): 170-4.
 37. Tinoco JC, Pérez-Prado MC, Santillán-Martínez G, Salcido-Gutiérrez L, Salvador-Moysen J. Epidemiología de las Infecciones de tipo nosocomiales En un hospital de Nivel de Segundo. Salud pública Mex, 2013; 39 (1): 25-31.
 38. Fariñas-Álvarez C, Teira-Cobo R, Rodríguez-Cundín P. Carga mundial de Infecciones Asociadas un la atención sanitaria. Medicine 2010; 10 (49): 3293-3300.
 39. Prescott LM, Harley JP, Kellin DA. Microbiología. 9ª edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México D. F. 2013: 936940
 40. Jiménez-Guerra, Dakota del Sur. Morbilidad, letalidad y Mortalidad En un Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva Polivalente. El Dr. Mario Munoz (Hospital Uni Cuid Inten Poliva Militar) Dr. 2013: 1-6.
 41. Miró-Bonet, M. Valoración ingreso del paciente crítico un indicador de la Calidad Asistencial; Enfermería Intensiva 2011; 11 (2): 51-58.
 42. Montejo, JC. La terapia manual. 1 antagonista de los receptores. ed. , Madrid, Harcourt Brace, 2011: 1-13.
 43. Morales-Asencio, JM. Validación de ONU Instrumento para el análisis de La Continuidad de Cuidados en el entorno crítico. 2010 FUDEN Premio de Investigación: 3-13.
 44. Morales-Asencio, JM. La valoración del enfermo crítico según el grado de dependencia de enfermería. Enfermería Clínica 2012; 7 (1): 9-15.
 45. Elsieo Turchetto E. Aquéllamos paciente críticamente enfermo y cómo lo reconocemos. Revista del Hospital Privado de Comunidad, 2008: 52-56.

46. Irwin R, Rippe J. Medicina Intensiva. 5ª Edición en Inglés. Editar Marpa 2010: 2219 a 2236 años.
47. Jiménez-Guerra, Dakota del Sur. Morbilidad, letalidad y Mortalidad En un Unidad donde se desenvuelven los Cuidados de manera Intensiva Polivalente. El Dr. Mario Munoz (Hospital Uni Cuid Inten Poliva Militar) Dr. 2007: 1-6.
48. . León Román CA, y Colectivo de autores Enfermería en Urgencias, Tomo I y II, 1ª edición, Cuba: Ciencias Médicas. 2008: 123-127.
49. Marino, Paul. Su Ning, Kenneth. El libro de la UCI 3ª edición. Editar Lippincott Williams & Wilkins. 2008: 775-821.
50. Manzin JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre Sujetos Humanos. Acta Bioethica, 2000; VI (2); 321.
51. Cooperación con las normas internacionales de la (OMS), elaborado por el Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas (CIOMS). Génova, 2012.



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.

CONOCIMIENTO SOBRE FIBROSIS QUÍSTICA DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE DOS HOSPITALES.

José Antonio Beltré Marte,*Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los residentes de pediatría de dos hospitales sobre fibrosis quística en enero-marzo 2017, se realizó un estudio descriptivo, de fuente prospectiva de corte transversal, se recurrió a un instrumento de recolección de datos tipo encuesta, entrevista, se consiguieron 77 encuestados, 35 del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar y 42 del hospital Maternidad San Lorenzo de los Mina, para el análisis de los datos conseguidos se empleó la hoja de cálculo Excel y Epi Info. El total general de resultados aprobatorios es de un 72.7 por ciento, en este estudio las edades en las que se concentraron los mejores resultados fue entre 25-29 años, el sexo femenino obtuvo 43 por ciento de resultados buenos, 32 por ciento malo, el sexo masculino 83 por ciento obtuvieron resultados buenos, 54.76 por ciento de los residentes de la maternidad San Lorenzo de Los Mina obtuvieron resultados buenos y 42.86 por ciento de los residentes del Hospital Dr. Luis E. Aybar, 34.29 por ciento de los residentes del Hospital Dr. Luis E. Aybar. La mayoría de los residentes encuestados son egresados de la UASD con 68 por ciento. El 66.67 por ciento de los residentes de tercer año obtuvieron resultados buenos, el 60 por ciento de los residentes de primer año obtuvo nivel de conocimientos bueno, el 43.75 de los residentes de cuarto año obtuvo nivel de conocimiento bueno y el 41.38 de los residentes de segundo año obtuvo nivel de conocimiento malo. En conclusión, el sexo femenino presentó una muestra de mayor al masculino y el sexo masculino presentó mayor porcentaje de encuestados con nivel de conocimientos buenos. El hospital maternidad San Lorenzo de los Mina presentó mayor número de encuestados y presentó mayor número de encuestados con nivel de conocimiento bueno.

Palabras clave: Conocimientos, Hospital, Residentes, Aybar, Mina

ABSTRACT

In order to determine the level of knowledge of pediatric residents of two hospitals on cystic fibrosis in January 2017, a descriptive, prospective cross-sectional study was performed

using a survey-type data collection instrument, Interview, we obtained 77 respondents, 35 of the Dr. Luis Eduardo Aybar hospital and 42 of the Hospital Maternidad San Lorenzo de los Mina, for the analysis of the data obtained was used the spreadsheet Excel and Epi Info. The overall total of approving results is 72.7 percent, in this study the ages in which the best results were concentrated was between 25-29 years, the female sex got 43 percent good results, 32 percent bad, the male sex 83 percent obtained Good results, 54.76 percent of the residents of the San Lorenzo de Los Mina maternity ward had good results and 42.86 percent of the residents of the Dr. Hospital Luis E. Aybar, 34.29 percent of the residents of the Dr. Luis E. Aybar Hospital. Most residents surveyed are UASD graduates with 68 percent. 66.67 percent of third year residents got good results, 60 percent of first year residents got good knowledge, 43.75 percent of fourth year residents got a good level of knowledge and 41.38 percent of residents of second year got a bad level of knowledge. In conclusion, the female sex presented a larger sample than the male, although the male sex presented the highest percentage of respondents with a good level of knowledge. The San Lorenzo de los Mina maternity hospital had a higher number of respondents and had a higher number of respondents with a good level of knowledge.

Keywords: Resident, Hospital, Knowledge, Aybar, Mina

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística es una enfermedad heredada de forma autosómica recesiva que afecta principalmente los sistemas respiratorio y gastrointestinal, Es más frecuente en individuos de población caucásica, su incidencia es de 1 por cada 3000 habitantes y una de cada 25 personas de ascendencia europea, en la población negra americana su incidencia es de 1 por cada 17,000 la misma es producida por un defecto genético localizado en el brazo largo del cromosoma 7 provocando una mutación en el gen CFTR, quien controla la entrada de agua y sales desde y hacia las células esta alteración es lo que causa la clínica característica.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad abarcan disnea siendo el síntoma más frecuente, infecciones recurrentes

*Pediatra egresado del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

****Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

crónicas pulmonares, tos crónica e íleo meconial, pérdida de peso y pancreatitis, diarrea crónica con olor nauseabundo y heces grasientas, diabetes relacionada con pancreatitis crónica, retraso en el crecimiento y retraso en el desarrollo sexual en la pubertad, alargamiento o redondeo de las puntas de los dedos de las manos y de los pies.

El diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento temprano es la base para que estos pacientes tengan una vida lo más próximo a lo normal. En la mayoría de los casos el diagnóstico se hace al tener clínica sugestiva de la enfermedad, el 98 por ciento de estos pacientes poseen niveles de cloro en sudor superior a 61mEq/L. También es posible realizar pruebas moleculares con el objetivo de detectar los genes asociados a esta entidad.

El diagnóstico tardío, mayor a los 16 años es asociados con presentaciones leves de la enfermedad, un buen estado nutricional y una menor incidencia de infecciones respiratorias a repetición.

Es necesario implementar un manejo multidisciplinario, involucrando terapia nutricional, medidas posturales y medicamentosas, es importante concientizar a los padres sobre el tratamiento y las medidas que deben tomar en casa.

Antecedentes

No existen antecedentes que comparen los niveles de conocimiento de estos dos hospitales, en cambio, se citan estudios similares de los conocimientos de un hospital nacional e internacional, en el estudio Nivel De Conocimiento Sobre Reanimación Cardiopulmonar Que Tiene El Personal Del Servicio De Pediatría Del Hospital Materno Infantil De Issemym Durante El Año 2014, resultado que el 69.2 por ciento de los médicos residentes encuestados obtuvieron resultados aprobatorios.*

En la tesis de postgrado con el título “nivel de conocimiento de los residentes de pediatría del hospital infantil doctor Robert Reid Cabral sobre técnica de exanguino transfusión en recién nacidos con hiperbilirrubinemia indirecta 2012-2013” resultado que el 52.5 por ciento de los encuestados obtuvieron como resultados un nivel de conocimiento regular (70-79 por ciento de las respuestas aprobadas), el 44.9 por ciento obtuvo una calificación buena y el resto deficiente, el 60 por ciento del sexo femenino obtuvo conocimientos regular similar al 63.1 por ciento del sexo masculino, el 70 por ciento de los residentes de primer año obtuvieron conocimientos regular, ninguno de los encuestados obtuvo conocimientos excelentes sobre esta técnica.**

Justificación

La formación de los residentes de las diferentes especialidades es fundamental para su futuro desempeño como profesionales del área en la que se forman, la evaluación

trimestral de su conocimiento en diferentes áreas es parte del programa académico que cursan, estos conocimientos nunca son comparados con otros centros docentes y por consiguiente no está estandarizado el aprendizaje de los médicos, a su vez el diagnóstico de la fibrosis quística debe hacerse en edad pediátrica para garantizar para garantizar que la calidad de vida de estos pacientes sea lo más normal posible, además de asegurar un desarrollo apropiado de estos, medir el nivel de conocimientos de los residentes de pediatría sobre fibrosis quística es muy importante debido a que estos serán los futuros responsables de diagnosticar la enfermedad e instaurar un tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

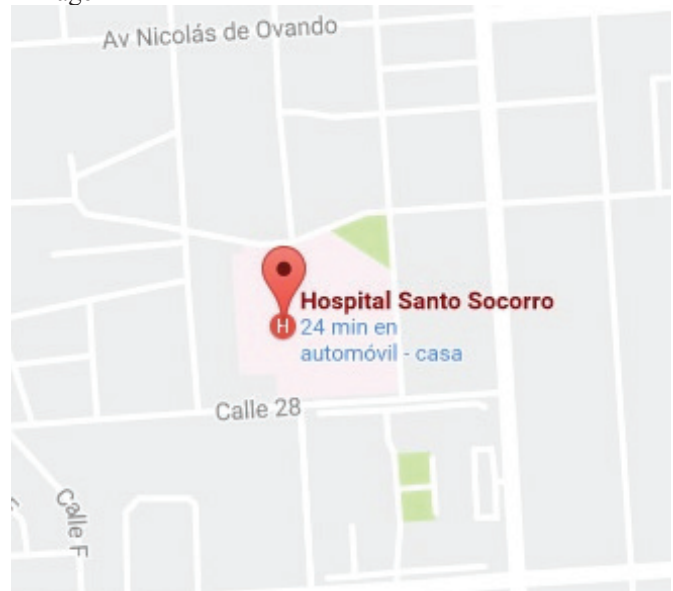
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de fuente prospectiva de corte transversal que midió el nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales en enero marzo 2017.

Área de estudio

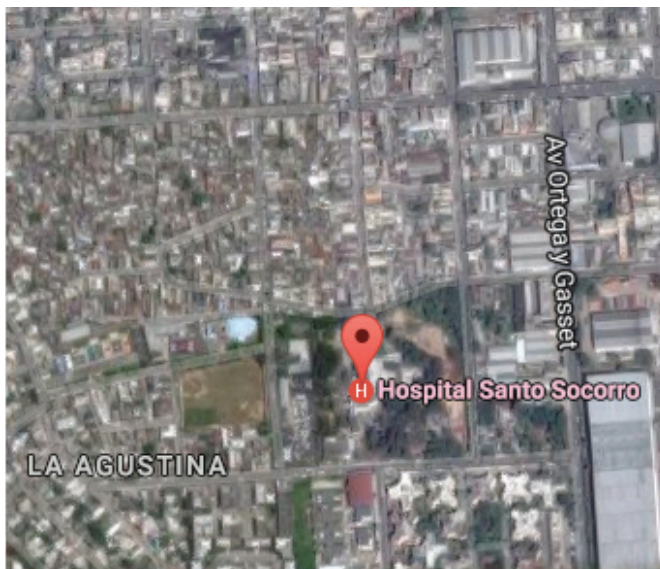
El estudio se realizó con los residentes de pediatría de los hospitales, doctor Luis Eduardo Aybar que por remodelación se encuentran en el hospital Santo Socorro que está ubicado en el ensanche La Fe, en la calle 28 esquina calle 37, Distrito Nacional, República Dominicana. Que limita al norte: calle Félix Evaristo Mejía, al sur: calle 28, al este: calle 37, al oeste: calle Arzobispo Romero (ver imagen 1, mapa cartográfico y vista aérea), región de salud 0, área de salud 3,

Imagen 1



*S Salinas. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal del servicio de pediatría del hospital materno infantil de issemym durante el año 2014. Mexico, universidad autónoma del estado de mexico, 2017

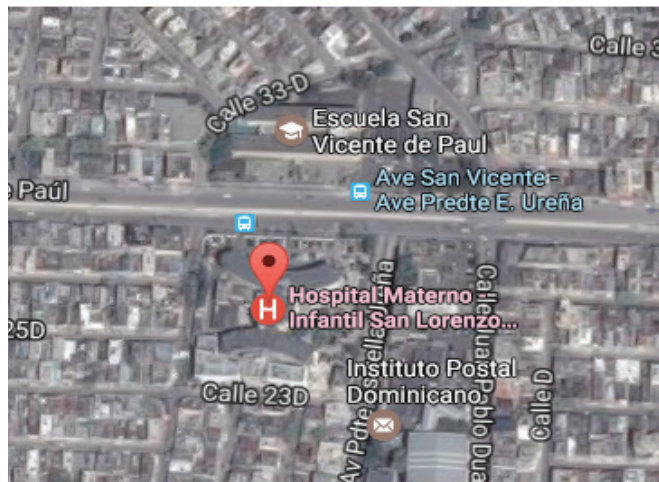
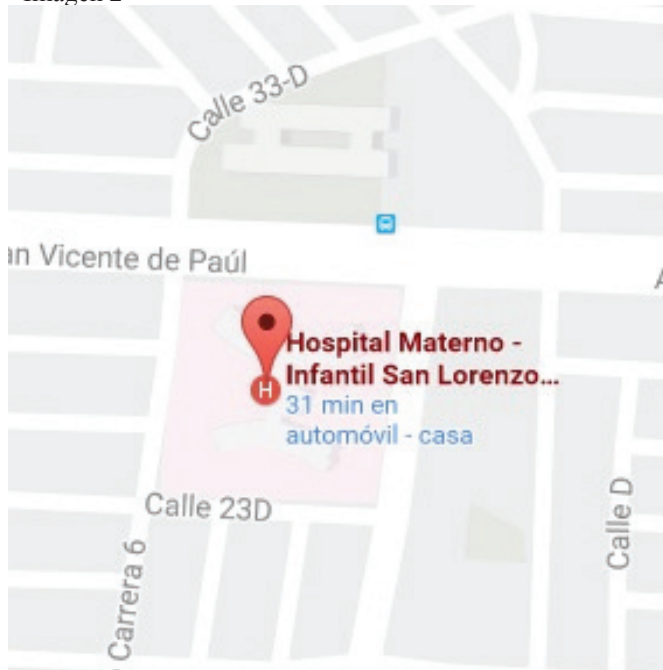
** A Espinosa. nivel de conocimiento de los residentes de pediatría del hospital infantil doctor Robert Reid Cabral sobre técnica de exanguino transfusión en recién nacidos con hiperbilirrubinemia indirecta 2012-2013. República Dominicana, UASD, 2013



Fuente: Imagen tomada de google maps

El hospital materno infantil San Lorenzo de los Mina. Calle 23D, Santo Domingo Oriental 1190, limita al norte con la avenida san Vicente de Paul, al sur con la calle 23D, al este con la calle carrera 6 y al oeste con la avenida presidente Estrella Ureña (ver imagen 3, mapa cartográfico y vista aérea), región de salud 0, área de salud 1, los mina, santo domingo este, República Dominicana.

Imagen 2



Fuente: Imagen tomada de google maps

Universo

El universo fueron todos los residentes de pediatría del país siendo a la fecha de realizar la recolección de datos un total de 376 residentes de los diferentes años, de enero a marzo del 2017.

Muestra

La muestra estuvo formada por los residentes de pediatría de los dos hospitales estudiados siendo un total de 129 residentes, con 54 residentes del hospital Doctor Luis Eduardo Aybar y 75 del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina en enero marzo 2017

Criterio

De inclusión

Se incluyeron en este estudio:

1. Los residentes de pediatría del hospital Doctor Luis Eduardo Aybar y el Hospital materno infantil san Lorenzo de Los Mina.
2. Residentes de ambos sexos.
3. No se discriminará la edad de los residentes.

De exclusión

Se excluyeron de esta investigación:

1. Los residentes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.
2. Residentes que no estuvieron presentes al momento de realizar la encuesta, por esta causa se excluyeron 52 residentes.

Instrumento de recolección de los datos

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de catorce preguntas de las que una es abierta, trece cerradas, posee datos sociodemográficos como el sexo, edad, institución a la que pertenece, de estas cinco son datos del residente y nueve datos sobre la enfermedad incluyendo tipo de enfermedad, fisiopatología, órganos afectados, síntomas y signos, diagnóstico y tratamiento.

Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue aplicado por el sustentante a los residentes de pediatría de los dos hospitales otrora descritos, durante los meses enero a marzo del 2017, se inició la recolección la segunda semana de enero y se concluyó la primera mitad de marzo, los datos obtenidos del llenado del formulario fueron tabulados en Excel y para ser analizados y graficados se utilizó el software Epi Info en su versión 7, con el que se medió el valor de p para determinar diferencias significativas en las calificaciones según hospital, sexo y año de residencia, se interpretó un conocimiento malo a los participantes con cinco o menos respuestas correctas, conocimientos regular a los que tuvieron seis respuestas correctas y conocimientos buenos a los que tuvieron siete y ocho respuestas correctas y un conocimiento excelente a los que tuvieron nueve respuestas correctas.

Tabulación

Los datos obtenidos al aplicar el formulario fueron tabulados y procesados utilizando el programa de paquete estadístico Epi Info en su versión 7 además del software Microsoft Excel en su versión 2013.

Análisis

Los datos recolectados en el estudio se presentan en frecuencia simple.

Aspectos éticos.

El estudio se realizó respetando la privacidad de los encuestados, los resultados y datos obtenidos del mismo fueron debidamente codificados para ser ingresados en el software de análisis estadístico, manejados únicamente por el sustentante y su asesor, para la aplicación del formulario este fue sometido y aprobado por los comité de enseñanza de los hospitales encuestados, siendo esto un requisito indispensable para su aplicación, estos datos solamente serán utilizados para la realización del estudio en cuestión.

Cuadro 3. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017. Según la edad.

Edad	Bueno	%	Excelente	%	Malo	%	Regular	%	Total	%
< 24	1	1.3	0	0	0	0	0	0	1	1.3
25 -29	23	29.8	1	1.3	13	16.9	10	12.9	47	61
30-34	13	16.9	1	1.3	8	10.4	5	6.5	27	35.1
≥35	1	1.3	0	0	0	0	1	1.3	2	2.6
Total	38	49.4	2	2.6	21	27.3	16	20.7	77	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las edades en las que se concentraron los mejores resultados fueron de 25 a 29 años, los resultados excelentes solo se presentaron en dos personas.

RESULTADOS

Cuadro 1. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017. Participación.

Participación	Frecuencia	%
No	52	40.3
Sí	77	59.7
Total	129	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 2. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017.

Conocimientos	Residentes	%
Malo	21	27.3
Regular	16	20.7
Bueno	38	49.0
Excelente	2	3.0
Total	77	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 49 por ciento de los residentes de pediatría encuestados tienen buenos conocimientos sobre fibrosis quística, solo un 3 por ciento obtuvieron resultados excelentes.

Cuadro 4. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017. Según el sexo.

Conocimientos	Masculino	%	Femenino	%	TOTAL	%
Bueno	10	83.3	28	43.08	38	49.3
Excelente	0	0	2	3.08	2	2.6
Malo	0	0	21	32.31	21	27.3
Regular	2	16.7	14	21.54	16	20.8
Total	12	100.0	65	100.0	77	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El sexo femenino obtuvo 43.08 por ciento de resultados buenos, 21.54 por ciento regular, 21.54 por ciento malo, el sexo masculino 83.3 por ciento obtuvieron resultados buenos y 16.7 por ciento resultados regulares.

Cuadro 5. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017. Según el hospital.

Conocimiento	Dr. Luís E. Aybar	%	Maternidad san Lorenzo de los Mina	%	Total	%
Bueno	15	42.86	23	54.76	38	49.35
Excelente	0	0	2	4.76	2	2.60
Malo	12	34.26	9	21.43	21	27.27
Regular	8	22.86	8	19.05	16	20.78
Total	35	100.0	42	100.0	77	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 54.76 por ciento de los residentes de la Maternidad De Los Mina obtuvieron resultados buenos, contrastando con un 42,86 por ciento de los residentes del Aybar.

Cuadro 6. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017. Según la universidad.

Universidad	Bueno	%	Excelente	%	Malo	%	Regular	%	TOTAL	%
INTEC	3	75	0	0	1	25	0	0	4	100.0
PUCMM	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100.0
UASD	26	44.83	2	3.45	18	31.03	12	20.69	58	100.0
UCATECI	0	0	0	0	1	50	1	50	2	100.0
UCE	4	66.67	0	0	1	16.67	1	16.67	6	100.0
UCNE	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100.0
UNPHU	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100.0
TOTAL	38	49.35	2	2.60	21	27.27	16	20.78	77	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de los residentes encuestados son egresados de la UASD con 58 encuestados y 26 con resultados buenos para un 44.83, seguidos por la UCE con 6 encuestados y 4 con resultados buenos para un 66.67 por ciento.

Cuadro 7. Nivel de conocimiento sobre fibrosis quística de los residentes de pediatría de dos hospitales. Enero - marzo, 2017. Según el año de residencia.

AÑO DE RESIDENCIA	Bueno	%	Excelente	%	Malo	%	Regular	%	TOTAL	%
1er	12	60	0	0	4	20	4	20	20	100.0
2do	11	37.93	1	3.45	12.0	41.38	5	17.24	29	100.0
3er	8	66.67	1	8.33	0	0	3	25.00	12	100.0
4to	7	43.75	0	0	5.0	31.25	4	25.00	16	100.0
TOTAL	38	49.35	2	2.60	21	27.27	16	20.78	77	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De los 12 encuestados del tercer año el 8 para un 66.67 por ciento obtuvieron resultados buenos, de 20 encuestados del primer año el 12 para un 60 por ciento de los residentes obtuvo nivel de conocimientos bueno.

DISCUSIÓN

No se encontraron estudios que valoren y comparen el nivel de conocimiento de los residentes en ninguna de las fuentes consultadas y por consiguiente no se pudo comparar el presente estudio.

El total general de resultados aprobatorios es de un 72.7 por ciento, lo que refuta la hipótesis del estudio donde se plantea que el nivel de conocimiento de los residentes de pediatría de los hospitales estudiados es bajo en un principio planteado esto debido a que empíricamente los residentes mostraban conocimientos bajos sobre esta enfermedad.

En este estudio las edades en las que se concentraron los mejores resultados fueron 25-29 años a pesar de que los resultados excelentes solo se presentaron en dos personas, no se consiguieron estudios en los que se pueda comparar estos resultados.

El sexo femenino obtuvo la mayor muestra en este estudio siendo un total de 65 de las que 43.08 por ciento obtuvo resultados buenos, 21.54 por ciento regular, 21.54 por ciento malo, el sexo masculino fueron solo 12 y 83.3 por ciento obtuvieron resultados buenos y 16.7 por ciento resultados regulares, asumimos este resultado como causa de que el sexo femenino es mayoría en la escuela de medicina y en los hospitales encuestados.

en este estudio encontramos que 54.76 por ciento de los residentes de la maternidad de los mina obtuvieron resultados

buenos, contrastando con un 42,86 por ciento de los residentes del Aybar, 34.29 por ciento de los residentes del Aybar obtuvieron nivel conocimientos malos y 21.43 por ciento de los residentes de la maternidad de los mina, para estos resultados el valor de p fue 0.32 lo que nos dice que existen diferencias significativas entre los grupos.

La mayoría de los residentes encuestados son egresados de la UASD con 68 por ciento de resultados buenos, seguido de la UCE con 11 por ciento de resultados buenos y el UCNE con 11 por ciento de resultados buenos, solo 2.5 por ciento del total de encuestado obtuvieron resultados excelentes todos pertenecientes a la UASD. Asumimos que en su mayoría los encuestados son egresados de la UASD debido a que los hospitales encuestados pertenecen al distrito nacional, localidad de la universidad, además de que esta posee la única escuela de medicina pública del país.

Los residentes de tercer año encuestados fueron 12 de los que 8 tuvieron buenos conocimientos para el 66.67 por ciento, Los residentes de primer año fueron 20 de los que 12 obtuvieron buenos conocimientos para el 60 por ciento, los residentes de cuarto año fueron un total de 16 de los que 7 obtuvo resultados buenos para el 43.75 por ciento, los residentes de segundo año fueron 29 de los que 11 obtuvo nivel de conocimiento bueno para 37.93%, el valor de p para estos resultados fue de 0.28 lo que nos dice que hubo diferencias significativas entre los grupos comparados, la mayor parte de los residentes fueron de primer y segundo año, creemos que esto se debe a que estos grupos tienen mayor presencia en los hospitales, y estuvieron presentes más al momento de la entrevista.

CONCLUSIÓN

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Las edades entre 25-29 años presentaron los mejores resultados de este estudio
2. El sexo femenino presento una muestra de mayor tamaño que el masculino a pesar de esto el sexo masculino presento mayor porcentaje de encuestados con nivel de conocimientos buenos.
3. El hospital maternidad san Lorenzo de los Mina presento un mayor número de encuestados y presento mayor número de encuestados con nivel de conocimiento bueno.
4. La UASD presento un mayor número de encuestados y presento mayor número de encuestados con nivel de conocimiento bueno y fue la única que presento resultados excelentes.
5. Los residentes de tercer año tuvieron la menor muestra y presentaron el porcentaje mayor de resultados buenos.

RECOMENDACIONES

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a enumerar las recomendaciones:

1. Se recomienda a las universidades motivar a los residentes a estudiar esta patología.
2. Se recomienda a los departamentos de enseñanza de los hospitales encuestados incentivar a los residentes de mayor jerarquía a mantenerse actualizados sobre esta patología, realizando conferencias formativas sobre la misma.
3. Se recomienda a los residentes mantenerse al tanto sobre los últimos avances de esta enfermedad.
4. Se recomienda la realización de más estudios de este tipo en el que se comparen los conocimientos de varios hospitales con la finalidad de estandarizar los conocimientos de los residentes.

REFERENCIAS

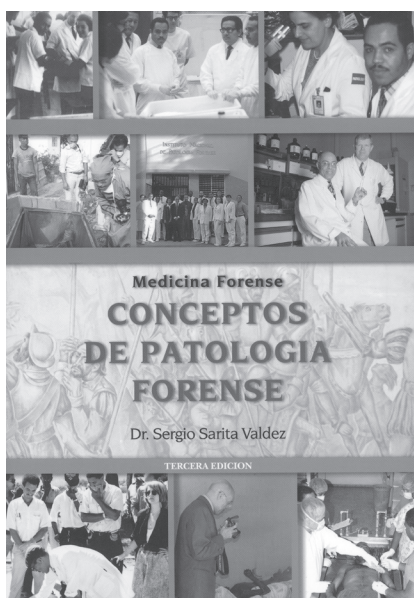
1. Posadas S, Gartner S, Moreno G, Novo G. Tratado de fibrosis quística. 1era Ed., Madrid (España): Justim S.L., 2012.
2. Castañas C, Pereyro S, Rentería F, Guibergia V, Fernando F, Velazquez K. Guía de diagnóstico y tratamiento de pacientes con fibrosis quística. Actualización. Archivo Argentino de pediatría 2014. Volumen (112): 291-292.
3. Sociedad española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHPN-AEP. 1era Ed., España, ERGON, 2010
4. Federación española contra la fibrosis quística. Libro blanco de atención a la fibrosis quística., 1era Ed.,

- Valencia (España): Galenos, 2013
5. Gaboli M, Torres R, Grande A. Fibrosis Quística Seminario de Pediatría. 1ra edición, España: universidad de salamanca, 2012.
 6. Ortigosa L. Fibrosis quística, Aspectos diagnósticos. Colombia Medica 2007; Volumen (38): 41-49.
 7. Antelo C, Cobos N, Escribano A, Figuerola J, Garcia G, Liñan S. Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los enfermos con fibrosis quística. Sociedad española de neumología pediátrica 1999. Volumen (50):625-634.
 8. Escobar H, Sojo A. Fibrosis quística. Tratado de fibrosis quística. Edición 1era. Madrid (España): editorial Justim S.L., 2012.
 9. Sánchez I, Pérez A, Lina M, Lezana V, Vila A, Repetto G. Consenso nacional de fibrosis quística. Revista chilena de pediatría 2001. Volumen (72): 356-380.
 10. Cunningham J, Taussig L. Una introducción a la fibrosis quística para los pacientes y sus familiares. Edición 5ta, Denver (EEUU): Cystic Fibrosis Foundation, 2003.
 11. Segal e, Grenoville M, Macri C, Fernández A. Consenso de fibrosis quística. Archivo argentino de pediatría 1999; volumen (97): 188-224.
 12. Martínez M, Complicaciones pulmonares no infecciosas en la fibrosis quística del adulto. Archivo bronconeumología 1998; volumen (34): 400-404.
 13. Guerrero J, Ruiz J, Menéndez J, Barrios A. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría, edición 5ta. Madrid (España): PUBLIMED, 2011.
 14. McGraw Hill. Tratado de pediatría de Nelson, Edición 17. Madrid (España): ELSEVIER 2004.
 15. S Salinas. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar que tiene el personal del servicio de pediatría del hospital materno infantil de issemym durante el año 2014. México, universidad autónoma del estado de México, 2017
 16. A Espinosa. nivel de conocimiento de los residentes de pediatría del hospital infantil doctor Robert Reid Cabral sobre técnica de exanguino transfusión en recién nacidos con hiperbilirrubinemia indirecta 2012-2013. República Dominicana, UASD, 2013
 17. L Fernández. Caracterización clínica de los pacientes diagnosticados con fibrosis quísticas del 2007 – 2013 seguidos por la clínica de fibrosis quística del hospital infantil doctor Robert Reid Cabral, Republica Dominicana, UASD, 2015
 18. G Guerrero, M Concepción. Metodología de la Investigación. México. Grupo editorial Patria 2014.
 19. J Luque. El conocimiento. Universidad de Sevilla, Sevilla, 1993
 20. R marcela, L Mercado, W Solano. Nivel de conocimiento en los residentes de pediatría sobre

Reanimación Cardiopulmonar Pediátrico en el Hospital Manuel de Jesús Rivera “La mascota”, II semestre 2016, Managua, febrero 2017.

21. W Yepes, A Rivero. Nivel de conocimiento de los médicos sobre los indicadores para la detección de maltrato infantil. Servicio de emergencia del hospital universitario de pediatría “dr. Agustín zubillaga”. Barquisimeto estado lara.2009. volumen (25): 1-15.
22. G Garcia, N Restrepo, E Guzman. Evaluación del conocimiento en Pediatras de sanitas internacional Sobre el diagnóstico de la acidemia Propiónica (ap): prueba piloto aplicada A residentes de tercer año de Pediatría de diferentes instituciones Universitarias en la ciudad de bogotá Para validación de herramienta. 2014, volumen (3): 128-135.
23. R Diaz, J Irisson, J Barrera. Grado de conocimiento y aptitud para la aplicación de las precauciones de aislamiento en un hospital pediátrico de tercer nivel. 2015, volumen (151): 567-75.
24. O Fielbaum, Fibrosis quística. Clinica los condes 2002; Volumen 13: 1-13
25. Castro M, Revista médica de costa rica y centroamerica.2009, Volumen (590): 389-394

LIBROS · LIBROS · LIBROS

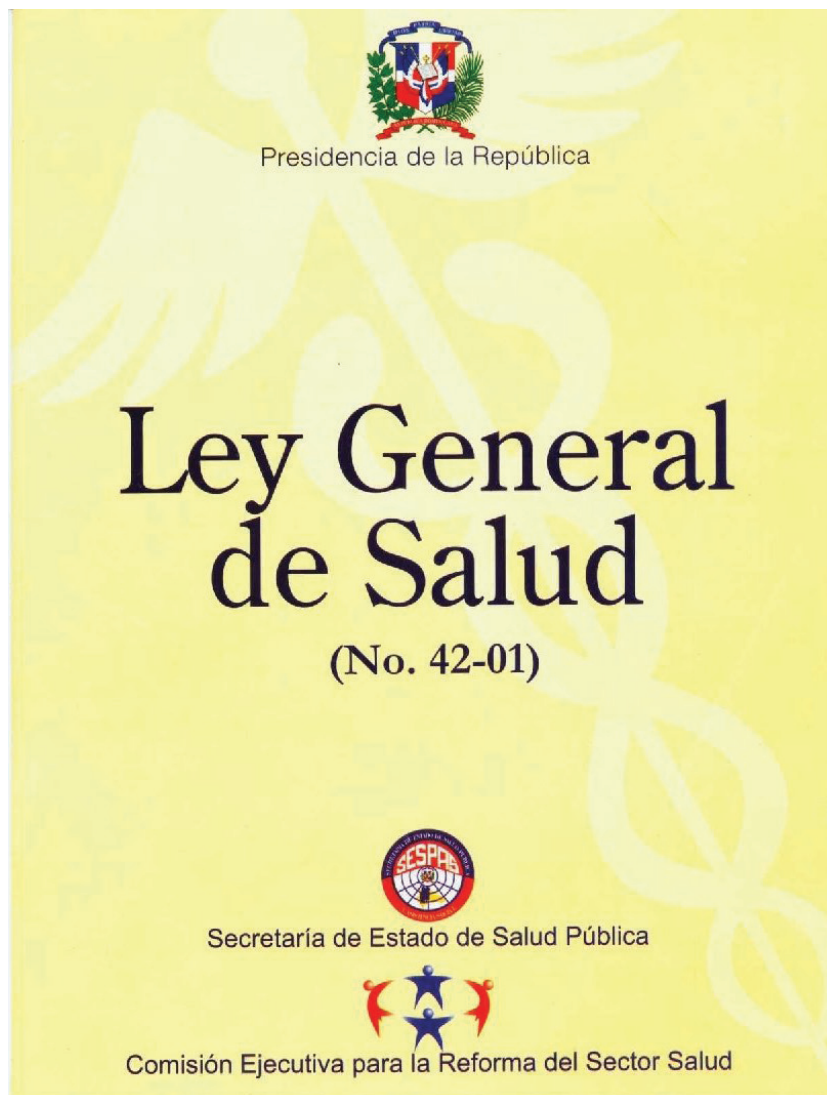


Conceptos de patología Forense

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.

ARTÍCULO INVITADO



SE IDENTIFICAN PATRONES DE MUTACIONES DEL CÁNCER RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO

Amparo Tolosa. *

Un reciente estudio, dirigido por el *Wellcome Trust Sanger Institute* acaba de estimar los daños que provoca el tabaco en el ADN en diferentes órganos e identifica algunos de los mecanismos por los que fumar tabaco influye en la aparición de hasta 17 tipos de cáncer.

Que el tabaco aumenta el riesgo a desarrollar cáncer es un dato bien contrastado. La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de seis millones de personas mueren cada año como consecuencia del tabaco: más de cinco millones debido la exposición directa que supone fumar y más de 600.000 como fumadores pasivos. No obstante, los mecanismos por los que fumar tabaco induce la aparición de las mutaciones necesarias para que se inicie un proceso tumoral no se conocen en detalle.

Cada proceso biológico que causa mutaciones deja una huella concreta sobre el material hereditario, que puede ser caracterizada. Imagen: Jonathan Bailey (National Human Genome Research Institute, <http://www.genome.gov>).

Cada proceso biológico responsable de causar mutaciones en el material hereditario deja una huella mutacional específica propia en las células somáticas sobre las que actúa. Así, analizar el ADN de las muestras tumorales y estudiar sus patrones mutacionales proporciona información de los mecanismos moleculares que los han originado, la cual puede ser de gran utilidad para estimar las causas del cáncer o plantear aproximaciones terapéuticas.

En el trabajo, los investigadores evaluaron las firmas mutacionales y los cambios de metilación presentes en más de 5.200 muestras de tumores, todas ellas de las 17 clases de cáncer asociadas al tabaco. A continuación, compararon los resultados obtenidos en los fumadores con los de aquellos que no fuman, con el objetivo de identificar patrones de mutaciones del cáncer relacionados con el consumo de tabaco.

El equipo encontró cinco patrones mutacionales derivados de la exposición al tabaco, los cuales contribuyen de distinto al desarrollo tumoral. Por ejemplo, en los cánceres en tejidos expuestos directamente al tabaco, como el de pulmón o el de faringe, la firma molecular predominante refleja el daño sobre los mecanismos de replicación causado por las sustancias carcinógenas del tabaco. Esta firma molecular no fue encontrada en otras clases de cáncer como el de riñón o el pancreático, a pesar de su asociación al tabaco. Así, parece ser que los problemas en la replicación del ADN ocasionados por los carcinógenos del tabaco no contribuyen a estos otros cánceres. Otras firmas moleculares, con predominancia en otras clases de cáncer, reflejan la acción de las proteínas APBEC sobre la edición del ADN o el efecto de mecanismos todavía por determinar.

Entre las firmas identificadas destaca una, surgida por mecanismos todavía desconocidos, que está presente en todos los tipos de cáncer, incluso los no relacionados con el tabaco.



*Genética Médica News

En este caso, los investigadores estimaron que lo que hace el tabaco es acelerar el reloj celular que favorece la aparición de mutaciones de forma prematura y promueve, por tanto, el desarrollo del cáncer.

“Los resultados son una mezcla de lo esperado e inesperado, y revelan una imagen de efectos directos e indirectos,” indica David Phillips, profesor de Carcinogénesis Ambiental en la Universidad King’s College de Londres. “Las mutaciones causadas por el daño directo sobre el ADN de los carcinógenos en el tabaco fueron encontradas principalmente en órganos en contacto directo con el humo inhalado. Por el contrario, otras células del organismo sufrieron únicamente daño indirecto.”



Fumar un paquete de tabaco al día durante un año provoca una media de 150 mutaciones en cada célula del pulmón. Imagen: Lindsay Fox , Newport beach, CC BY 2.0. <https://www.flickr.com/photos/87735223@N02/26048514271/> (<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>).

El equipo también estimó las mutaciones producidas como resultado de fumar un paquete de cigarrillos al día durante un

año. Así, en cada célula de los pulmones se produce una media de 150 mutaciones, 97 mutaciones en cada célula de la laringe, 39 en la faringe, 23 en la boca, 18 en la vejiga y 6 mutaciones en cada célula del hígado.

“Antes teníamos una gran cantidad de evidencias epidemiológicas que conectaban el fumar tabaco con el cáncer, pero ahora podemos observar realmente y cuantificar los cambios moleculares en el ADN ocasionados por fumar cigarrillos,” señala Ludmil Alexandrov, primer autor del trabajo. “Con este estudio hemos encontrado que las personas que fuman un paquete al día desarrollan una media de 150 mutaciones adicionales en sus pulmones cada año, lo que explica por qué los fumadores tienen un riesgo tan superior a desarrollar cáncer de pulmón.”

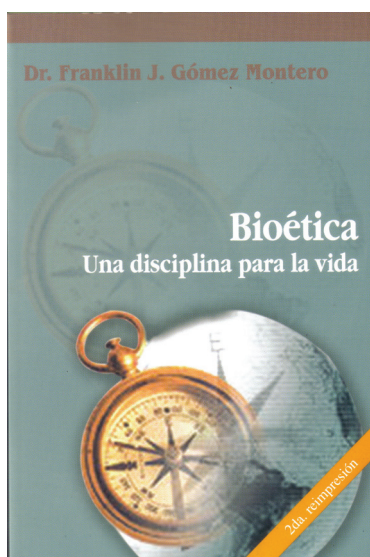
Por último, los investigadores detectaron diferencias modestas en los patrones de metilación del ADN en los diferentes cánceres entre fumadores y no fumadores, confirmando resultados encontrados en otros estudios.

Los resultados del trabajo proporcionan evidencias sólidas de que el tabaco aumenta el riesgo al cáncer por medio del incremento de la carga mutacional en las células somáticas. Además, señalan que la carga mutacional causada por el tabaco es compleja y fruto de diferentes procesos, algunos de ellos todavía no identificados.

“Nuestra investigación indica que el modo en el que fumar tabaco provoca cáncer es mucho más complejo de lo que pensábamos,” manifiesta Mike Stratton, investigador en el *Wellcome Trust Sanger Institute*. “De hecho, no entendemos completamente las causas subyacentes de muchos tipos de cáncer y existen otras causas conocidas como la obesidad, sobre las que entendemos muy poco de los mecanismos que las provocan. Este estudio sobre el tabaco nos dice que mirar en el ADN de los cánceres puede proporcionar nuevas y provocativas pistas de cómo se desarrollan los cánceres y por tanto, cómo pueden ser prevenidos.”

CASO CLÍNICO

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.

ANTIANGIOGÉNICOS EN EL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lisbette Balbuena, ** Yaddir Ramírez. ***

RESUMEN

El cáncer de ovario es la principal causa de muerte entre todas las enfermedades malignas ginecológicas, debido a que en el 70 por ciento de los casos la enfermedad se diagnostica en una fase avanzada, la tasa de supervivencia a los 5 años ha sido 18% al 40% en los últimos 30 años. Son diversos los tratamientos utilizados, algunos son terapia estándar como la cirugía y quimioterapia; otros están siendo investigados aún en ensayos clínicos, como son los agentes anti-angiogénicos los cuales están actualmente en desarrollo, como posibles opciones de tratamiento, así como los inhibidores de la enzima poli ADP ribosa polimerasa (PARP). Se presenta el caso de una femenina con cáncer de ovario avanzado diagnosticado hace 8 años.

Palabras clave: Cáncer de ovario, agentes anti-angiogénicos, tratamiento.

ABSTRACT

Ovarian cancer is the leading cause of death among all gynecological malignancies, because in 70% of cases the disease is diagnosed at an advanced stage, the 5-year survival rate has been 18% to 40% In the last 30 years. Various treatments are used, some are standard therapy such as surgery and chemotherapy; Others are still being investigated in clinical trials, such as anti-angiogenic agents currently under development, as possible treatment options, as well as inhibitors of the poly-ADP ribose polymerase (PARP) enzyme. We present the case of a female with advanced ovarian cancer diagnosed 8 years ago.

Key words: Ovarian cancer, anti-angiogenic agents, treatment.

INTRODUCCION

El cáncer de ovario es la quinta neoplasia en orden de frecuencia en mujeres estadounidenses y la principal causa de muerte entre todas las enfermedades malignas ginecológicas,

debido a que en el 70% de los casos la enfermedad se diagnostica en una fase avanzada. El tipo histológico más frecuente es el tumor epitelial, el cual se origina del tejido que recubre el ovario, y de estos el 75% de los cánceres serán de tipo seroso de grado alto; en algunos casos, el cáncer de ovario se origina de la parte terminal de la trompa de Falopio y se extiende hacia el ovario y en otras ocasiones puede originarse en peritoneo y extenderse al órgano en cuestión. Son tres localizaciones tumorales que se engloban dentro de una misma entidad por su idéntico comportamiento clínico y biológico, a la que con frecuencia nos referimos exclusivamente como cáncer de ovario, por lo tanto tienen el mismo estadiaje y tratamiento.

A pesar de los avances en el tratamiento quirúrgico y quimioterápico, de esta enfermedad, la tasa de supervivencia a los 5 años, en las mujeres con cáncer de ovario epitelial, en estadio III y IV se ha mantenido en cifras de tan solo 18% al 40% en los últimos 30 años.

Aproximadamente del 10% al 15% de los pacientes que parecen tener enfermedad localizada en los ovarios tienen metástasis a los ganglios linfáticos para-aórticos, y la afectación ganglionar retroperitoneal se encuentra en más del 50% de los pacientes con enfermedad avanzada. El tumor se propaga típicamente hacia el omento y hacia las superficies peritoneales, como la parte inferior del diafragma, las canaletas paracólicas y la serosa intestinal.

Son diversos los tratamientos utilizados en el cáncer de ovario avanzado, algunos son estándar como la cirugía y quimioterapia; otros están siendo investigados aún en ensayos clínicos.

Quimioterapia:

Actualmente el tratamiento del cáncer de ovario suele consistir en una quimioterapia que incluya platino, aunque en ciertos casos pueden contemplarse otras opciones, el cáncer de ovario se considera un tumor quimiosensible, la mayoría de las pacientes con enfermedad avanzada tratadas con cirugía y quimioterapia sufrirá una recaída, y de éstas, aproximadamente un 70% tendrá una recaída con un intervalo libre de platino (intervalo desde el fin de la quimioterapia con platino inicial hasta la recaída) superior a 6 meses, en estos casos es necesario hacer un tratamiento de seguimiento y ese tratamiento se

*Residente de 4to año de Medicina Interna.

**Oncólogo-Internista.

basará en la respuesta de las pacientes a tratamientos previos. Los casos se han organizado en dos categorías según la respuesta a los tratamientos con quimioterapia que incluyen platino: sensible a platino y resistente a platino.

Paciente sensible a platino: En estas pacientes, cuando se alcanza una respuesta (parcial o completa) la quimioterapia habitualmente se suspende tras un número de ciclos (en torno a 6), quedando la paciente en observación, sin tratamiento, hasta que se produzca la siguiente progresión tumoral. La mediana de supervivencia de las pacientes con una recaída platino-sensible oscila entre 2 y 3 años.

Paciente resistente a platino: Estas pacientes cuya enfermedad ha recidivado en un lapso de seis meses después de completar la quimioterapia estándar son, en general, menos receptivas a tratamientos subsiguientes. Actualmente reciben tratamiento de quimioterapia sin platino, con agentes únicos.

Terapia dirigida:

La terapia dirigida contra el cáncer, son fármacos, u otras sustancias, que bloquean el crecimiento, y la diseminación de las células neoplásicas, al interferir con moléculas específicas, (blancos moleculares), que participan en el crecimiento, y la diseminación del cáncer, en su mayoría son fármacos citostáticos a diferencia de los quimioterápicos que son citotóxicos (actúan en todas las células que se dividen con rapidez, normales y cancerosas).

Debido a que la progresión del cáncer de ovario se ha relacionado con el aumento de la angiogénesis, observándose con frecuencia altos niveles séricos de citocinas angiogénicas tales como el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) que se asocian a la formación de ascitis, progresión y un peor pronóstico de la enfermedad.

A raíz de estas aseveraciones, una serie de agentes anti-angiogénicos han sido investigados, o están actualmente en desarrollo, como posibles opciones de tratamiento para los pacientes con enfermedad avanzada, entre ellos el Bevacizumab que es un anticuerpo monoclonal de factor de crecimiento endotelial anti-vascular (VEGF) recombinante, humanizado, que neutraliza la actividad biológica de VEGF e inhibe la angiogénesis tumoral.

En el 2012, dos ensayos clínicos pivotaes, de fase III, multicéntricos (GOG-0218 e ICON7) desarrollados en mujeres con cáncer de ovario epitelial avanzado, trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario, en los que se siguió un tratamiento de primera línea con Bevacizumab en combinación con quimioterapia estándar (carboplatino más paclitaxel) seguida de una fase de mantenimiento con Bevacizumab por 15 meses en el GOG-0218 y 12 meses en el ICON-7, se demostró una prolongación significativa de la supervivencia libre de progresión en relación con la quimioterapia estándar.

En el estudio GOG-0218 el promedio fue de 10.3 meses en el grupo control y de 14.1 meses para el grupo que recibió Bevacizumab durante todo el tratamiento y en el ICON-7, 19.9 meses para los que recibieron Bevacizumab y 17,5 meses para los que recibieron quimioterapia solo. Sin embargo ninguno

de los estudios mostro resultados positivos en la supervivencia global en la población estudiada.

Otro dato relevante fue un análisis de subgrupos del ICON7 en el cual se sugirió que el tratamiento con Bevacizumab también puede ser beneficioso en pacientes con alto riesgo de progresión de la enfermedad, aun en estadios tempranos, por lo que se ha investigado la ascitis como un factor pronóstico y predictor, de la eficacia de este medicamento.

Dados estos resultados para el 2016, miembros del panel NCCN creen que Bevacizumab no debe ser añadido a la quimioterapia, en pacientes con cáncer de ovario, ya que la data sobre estos dos estudios fase III (GOG0218, ICON7) no mostro un incremento estadísticamente significativo, en supervivencia global y/o mejoría en la calidad de vida, por lo que la recomendación para su uso, es categoría 2B (más 50% de aprobación y menos 85%).

Otro grupo de fármacos que se usan a nivel clínico para el cáncer de ovario recidivante son los inhibidores de la enzima poli ADP ribosa polimerasa (PARP), (como el Olaparib), esta enzima interviene en la reparación de roturas de cadena única del ADN, por lo que su inhibición impedirá la reparación del daño del ADN realizado por la quimioterapia y, por tanto, facilitará la muerte de la célula tumoral, por lo que pacientes platino sensibles, posiblemente tendrán un mayor beneficio con el inhibidor de Poli-ADP ribosa polimerasa (PARP). Esta acción es especialmente importante en las células que tienen un déficit de recombinación homóloga (DRH) (otro sistema de reparación de roturas de ADN, en este caso de doble cadena), hallazgo que está presente en los tumores que se desarrollan en los portadores de mutaciones en los genes BRCA. Por tanto, los tumores con mutaciones en BRCA son especialmente sensibles a los inhibidores de PARP.

El cáncer de ovario se asocia a una mutación germinal de BRCA en un 14% de los casos, y en un 6% adicional se detecta una mutación somática (en el tumor). Por ello, en principio no más del 20% de las pacientes con una recaída de cáncer de ovario serían susceptibles de ser tratadas con Olaparib.

CASO CLINICO

Se trata de paciente femenina de 38 años de edad, dominicana, residente en santo domingo este, casada, de ocupación ama de casa, escolaridad, ninguna, quien llega vía consulta con historia de pérdida de peso de aproximadamente 20 libras, y distensión abdominal, ambas manifestaciones de tres meses de evolución, motivo por el cual acude al Instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter, donde previa evaluación se decide su ingreso.

Antecedentes mórbidos conocidos de: Hipertensión arterial, 3 meses diagnosticada, tratada con Enalapril 20 mg; Quirúrgicos negados; Alérgicos negados; Antecedentes heredofamiliares oncológicos: negados; G4 P3 A1 C0. Inicio de vida sexual activa a los 16 años; Hábitos tóxicos negados.

A la revisión por sistemas: Pérdida de peso involuntaria de aproximadamente 20 libras, de tres meses de evolución; Distensión abdominal progresiva del mismo tiempo.

A su llegada al centro la paciente se encontraba alerta, orientada en las tres esferas del sensorio, afebril, eupneica, lucía crónicamente enferma.

Con los siguientes signos vitales:

TA: 120/90mmHg

FC: 87 l/min

FR: 18 r/min

Temp: 37°C

Al examen físico presenta como datos positivos:

Abdomen: Globoso a expensas de líquido ascítico, no cicatrices, peristalsis presente, poco depresible, onda líquida positiva, masas y visceromegalias no valorables. Miembros inferiores: Simétricos, móviles, no varices, edema de dos cruces en ambos miembros que deja fovea a la digitopresión. Tacto vaginal y rectal: Masa pélvica de consistencia firme, poco móvil, parametrios libres. Especuloscopia: Cérvix atrófico, sin lesión macroscópica.

Se le realizan analíticas que reportan:

Prueba	Resultados
Leucocitos	6.6 103/mm ³
Hemoglobina	11.8 g/dl
Hematocrito	35.4 %
Plaquetas	334 103/mm ³
%Granulocitos	70.0 %
Urea	35 mg/dL
Creatinina	1.1mg/dL
Glucosa	91 mg/dL
Fosfatasa alcalina	91U/L
Albumina	3.0 g/dl
Globulina	3.2 g/dl
Proteínas totales	6.2 g/dl
Anti-HIV-1/HIV-2	Neg.
HBsAG	Neg.
Anti-HVC	Neg.
VDRL	No reactivo
CA 125	>600,000 U/ml
Alfabeto proteína	3.71 mg/ml
Cultivo orina	No crecimiento

Radiografía de Tórax: Normal

Sonografía Abdomino-pélvica: Masa heterogénea pélvica 10 x 9 cms, predominantemente sólida de origen aparente hacia el anexo derecho, sugiere proceso neoproliferativo, y abundante ascitis.

Se decide ingresar a la paciente con fines de laparotomía exploratoria, con diagnóstico de:

Masa pélvica de origen a investigar, descartar neoplasia de ovario derecho

Posterior preparación, se realiza laparotomía exploratoria, en la cual se evidencia: múltiples siembras tumorales en peritoneo e intestino, de aproximadamente 4cms las mayores, se drena 6,000 ml de líquido ascítico y se toma biopsia.

Reporte de biopsia: Adenocarcinoma papilar infiltrante de ovario.

Con carcinomatosis peritoneal, y líquido ascítico positivo para malignidad por lo que se estaba en etapa clínica III C.

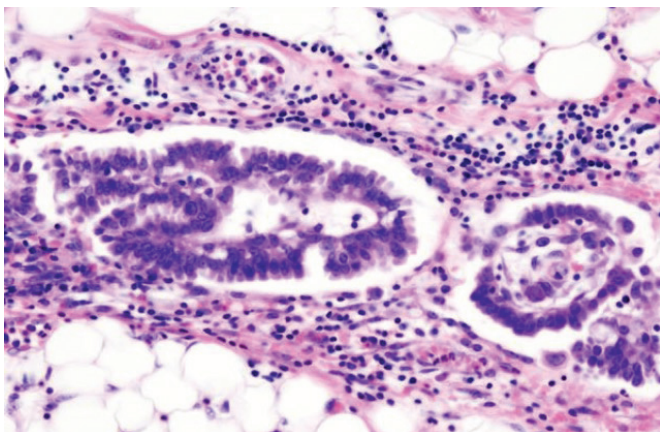
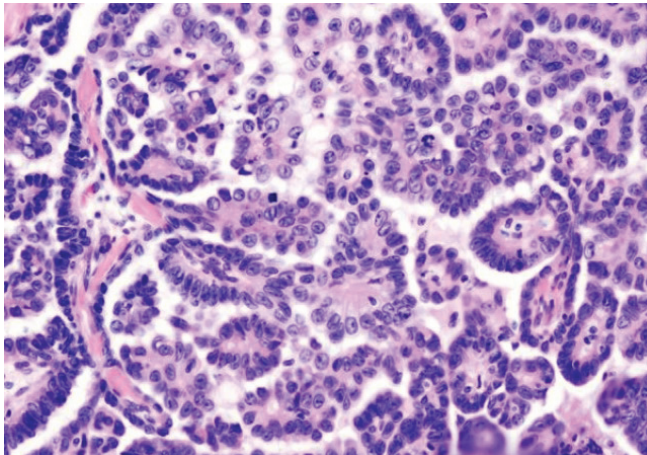
Una vez diagnosticada, se le realiza a la paciente:

Depuración de creatinina: S.C: 1.62; D.C.E: 58 ml/min/24; Creatinina en suero: 0.8 mg/dl

Ecocardiograma: FE: 93%, resto del estudio normal.

Se prepara paciente para una primera línea de quimioterapia paliativa a base de:

1. Carboplatino/ paclitaxel por 6 ciclos, sin mejoría significativa del cuadro clínico inicial, por lo que se decide preparar nueva vez para una segunda línea de tratamiento, a base:
2. CDDP más Gemcitabina, posterior a 6 ciclos, paciente presenta deterioro clínico, con ascitis severa que comprometía la mecánica ventilatoria, elevación de azoados, y síntomas obstructivos urinarios, por lo que se instaure tercera línea a base de :
3. Topotecan por 5 ciclos, sin evidenciar mejoría. Se progresa a una 4ta línea de tratamiento:
4. Doxorubicina liposomal por 6 ciclos, no evidenciando mejoría aún, se decide instaurar una 5ta línea de tratamiento, en **septiembre del 2012**, a base de:
5. Carboplatino/ paclitaxel mas **Bevacizumab** por 6 ciclos, tras los cuales paciente presenta notable mejoría clínica, ascitis moderada, se coloca en mantenimiento **con Bevacizumab 500 mg c/21 días**, los cuales cumplió hasta 27 ciclos (2 años), cuando inicia cuadro de distensión abdominal progresiva y deterioro del estado general, por lo que se programa paciente para quimioterapia, a base de:
6. Carboplatino/ paclitaxel por 6 ciclos, posteriores a los cuales, se colocó nueva vez en mantenimiento con **Bevacizumab 500 mg cada 21 días** en septiembre del 2015 hasta la actualidad.



L a primera imagen corresponde a un adenocarcinoma papilar infiltrante de ovario y en la segunda se evidencia metástasis peritoneal del mismo...las imágenes de la TAC ,la familiar se quedo con ellas, y con los años las ha extraviado

DISCUSIÓN

Como es evidente los estudios clínicos internacionales han demostrado que la administración de Bevacizumab conjuntamente con la quimioterapia y luego durante un período de mantenimiento, induce una extensión en la supervivencia libre de enfermedad en pacientes con cáncer de ovario avanzado, el beneficio aparenta ser mayor en pacientes como esta, con factores que desde el inicio le concedían mal pronóstico, como son: la ascitis importante, y la presencia de carcinomatosis peritoneal al momento del diagnóstico (enfermedad avanzada).

Los estudios pivotaes, fase III que fueron diseñados para investigar la adición del Bevacizumab a la quimioterapia estándar, en primera línea de tratamiento del cáncer de ovario fueron, son los ya mencionados GOG-0218 (complementary Gynecologic Oncology group study 0218) y e ICON-7 (International collaboration on ovarian neoplasms).

El estudio GOG 0218, fue un estudio fase III, realizado en pacientes con cáncer de ovario epitelial, peritoneal primario o de trompas de Falopio estadio III (incompletamente resecable) o estadio IV, con un estado funcional de 0-2. Las pacientes se aleatorizaron en tres brazos; los tres recibieron quimioterapia consistente en paclitaxel intravenosa dosis de 175 mg por

metro cuadrado de superficie corporal, más carboplatino para los ciclos 1 a 6, más un tratamiento de estudio para los ciclos 2 a 22, cada ciclo de 3 semanas de duración. Entonces:

El grupo control, fue tratado con quimioterapia como fue descrito más placebo añadido en los ciclos 2 a 22;

1. Un segundo grupo de iniciación con Bevacizumab que recibió quimioterapia más Bevacizumab (15 mg por kilogramo de peso corporal) añadido en ciclos 2 a 6 y placebo añadido en los ciclos 7 a 22;
2. Un tercer grupo fue tratado con quimioterapia más Bevacizumab añadido en los ciclos 2 a 22, es decir durante todo el tratamiento.

El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión, de la cual se obtuvo una media de 10,3 meses en el grupo control, 11,2 meses en el grupo de iniciación con Bevacizumab y 14,1 meses en los que recibieron Bevacizumab durante todo el tratamiento, sin diferencias significativas en la supervivencia global entre los tres grupos, la cual fue de 39.3 meses para el primer brazo, 38.7 meses para el segundo y 39.7 meses para el tercero.

De igual manera en el estudio ICON-7 se eligieron pacientes con cáncer de ovario en estadios tempranos que fueran de alto riesgo (carcinoma de células claras estadios I y IIA o grado 3), o cáncer de ovario epitelial, peritoneal primario o de trompas de Falopio en estadios avanzados (IIIB-IV) que además tuvieran un estado funcional de 0-2. Se asignaron al azar:

1. Un grupo solo carboplatino y paclitaxel (175 mg por metro cuadrado de área de la superficie corporal), cada 3 semanas durante 6 ciclos, y
2. Un segundo grupo este mismo régimen más Bevacizumab (7,5 Mg por kilogramo de peso corporal), administrados simultáneamente cada 3 semanas durante 5 ó 6 ciclos y continuados durante 12 ciclos adicionales o hasta que la progresión de la enfermedad.

Las medidas de resultado incluyo a la supervivencia libre de progresión, fue de 17,5 meses con la terapia estándar, en comparación con 19,5 meses con la terapia estándar más Bevacizumab, Con un efecto máximo a los 12 meses, coincidiendo con el final del tratamiento con Bevacizumab y disminuyendo en 24 meses. No hubo cambios significativos en la supervivencia global, la misma fue de 58 meses para el grupo control, y de 58.6 meses para el grupo tratado con Bevacizumab.

En decir, comparación con el estudio GOG-0218, el estudio ICON7 incluyó a pacientes con cáncer en estadio avanzado sin enfermedad residual visible, así como algunos con enfermedad de alto riesgo en estadio temprano; En el estudio ICON7, se utilizó la mitad de la dosis de Bevacizumab (7,5 mg por kilogramo, frente a 15 mg por kilogramo en el estudio GOG-0218) durante un periodo de mantenimiento más corto (12 ciclos, frente a 16 ciclos en el estudio GOG-0218). La dosis de Bevacizumab utilizada en el estudio ICON7 es una de las dosis autorizadas para el cáncer colorrectal metastásico,

pero es la mitad de la dosis autorizada para el cáncer de mama metastásico. El pronóstico para los pacientes con alto riesgo de progresión en el estudio ICON7 fue similar al de los pacientes en el estudio GOG-0218, con una supervivencia media sin supervivencia de 10,5 meses en el grupo de terapia estándar. Se observó una mejora de 3.6 meses (media restringida) en la supervivencia libre de progresión con bevacizumab, similar a la observada en el estudio GOG-0218.

Para la totalidad de la población de ICON7, la magnitud global del beneficio con respecto a la supervivencia libre de progresión fue relativamente modesta después de la adición de Bevacizumab a la quimioterapia basada en platino y al mantenimiento del Bevacizumab para la extensión de 12 ciclos después de la quimioterapia.

Tras este análisis, queda claro que la paciente en cuestión cumple con todos los criterios clínicos para la utilización de Bevacizumab, tras el cual obtuvo una excelente respuesta, (a pesar del nivel de recomendación 2b por el panel NCCN) sin embargo el hecho de que la misma lo ha utilizado por 36 meses aproximadamente, un periodo que es por mucho superior al periodo de tiempo estudiado es el GOG-0218 y el ICON-7, nos hace plantearnos más de una prerrogativa.

En primer lugar, la probabilidad que tiene la paciente de tener una mutación BRCA, independientemente de los no antecedentes familiares oncológicos, así como de la respuesta divergente a los platinos en las primeras líneas de tratamiento administradas. Ya que, aunque las mutaciones germinales de BRCA 1 y 2 se asocian a cáncer heredo-familiar, aproximadamente un 6% de estas pacientes presentaran la mutación somática.

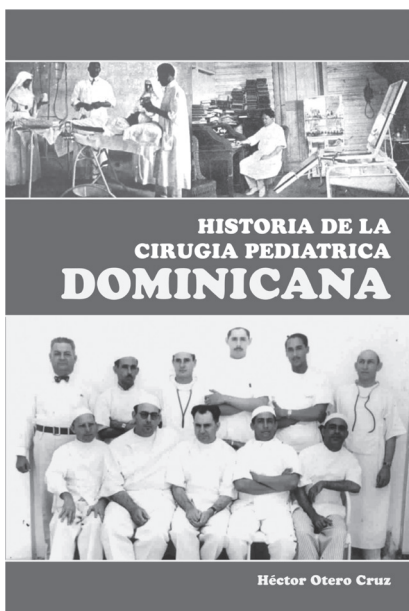
Tanto las mutaciones germinales como las mutaciones somáticas tienen valor pronóstico y predictivo importante en pacientes con cáncer de ovario, debido a que las pacientes portadoras de una mutación germinal y somática en BRCA1 y BRCA2 tienen mejor pronóstico y mejor respuesta al tratamiento con platinos, a doxorubicina liposomal pegilada y recientemente a inhibidores de la Poli (ADP Ribosa) Polimerasa (PARP).

REFERENCIAS

1. Robert A. Burger, Mark F. Brady, Michael A. Bookman. Incorporation of Bevacizumab in the Primary Treatment of Ovarian Cancer. The New England Journal of Medicine (365) 2473-2483, 2011. Disponible en: <file:///D:/Downloads/nejmoa1104390.pdf>
2. Timothy J. Perren, Ann Marie Swart, Jacobus Pfisterer. A Phase 3 Trial of Bevacizumab in Ovarian Cancer. The New England Journal of (365):2484-2496, 2011. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1103799#article>
3. Casciato, Dennis A; Territo Mary C. Cáncer de ovario. Manual de oncología clínica. 7ma ed. Estados Unidos. Lippincott Williams y Wilkins; 2013. Págs. 11: 340-349.
4. DeVita, Vincent T; Lawrence, Theodore S.; Rosenberg, Steven A. Cancer: Principles & Practice of Oncology. 8va ed. Estados Unidos. Lippincott Williams y Wilkins; 2008. Págs. 42: 570-586.



LIBROS · LIBROS · LIBROS

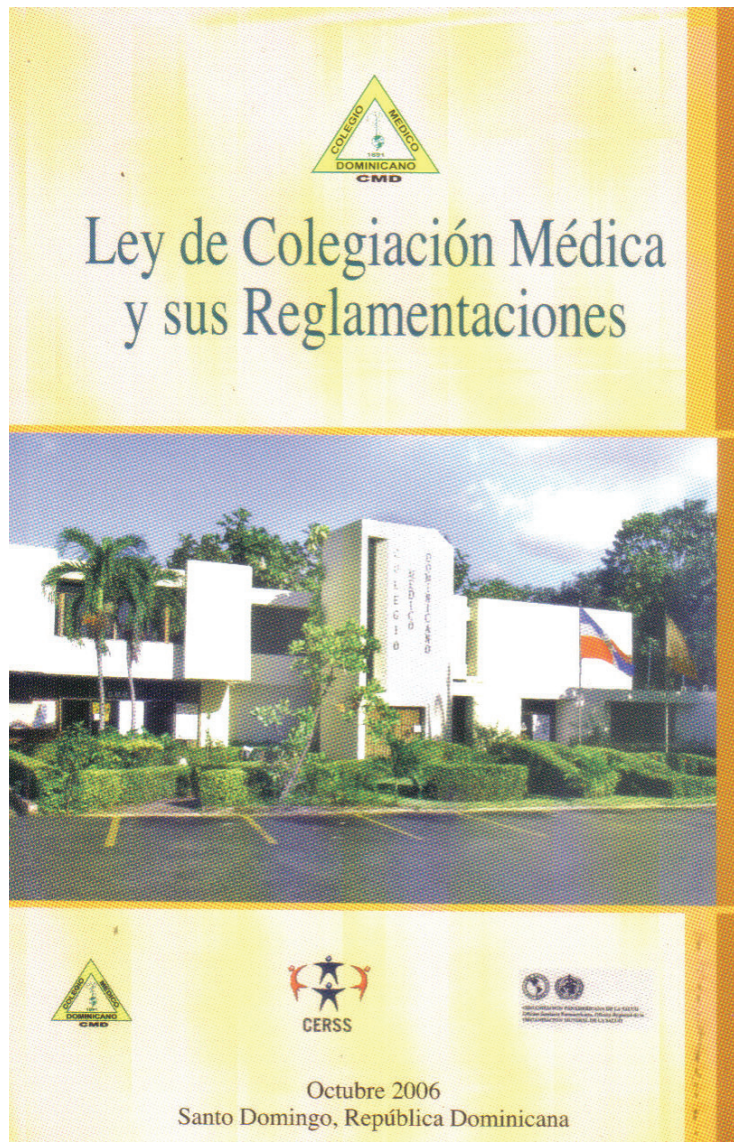


Historia de la cirugía pediátrica dominicana

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.

BIBLIOGRÁFICAS



SOBRE EL PAPEL DE LA BIOPSIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR PARA EVALUAR LA DISPEPSIA EN EL PACIENTE ADULTO EN AUSENCIA DE LESIONES MUCOSAS VISIBLES

*Belkis María Guerrero Laureano **

OBJETIVO

El propósito de la guía actual es establecer normas prácticas para la realización de biopsias de la mucosa de apariencia normal en el tracto gastrointestinal superior.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Esta guía se centra en los pacientes adultos (es decir, mayores de 18 años de edad) que se someten a EGD con dispepsia como la única indicación.
2. Incorpora la clasificación de las recomendaciones de la evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) metodología y mejores practicas para generar directrices fiables como se indica.

RESULTADOS

Esofago: En pacientes sometidos a EGD para la dispepsia como única indicación, la AGA recomienda evitar la obtención de biopsias de rutina del esófago de apariencia normal o unión GE independientemente del estado inmunitario.

Estomago: En pacientes inmunocompetentes sometidos a EGD para la dispepsia como única indicación, la AGA recomienda la obtención de biopsias de rutina del cuerpo gástrico y antro de apariencia normal para la detección de infección por HP si se desconoce el estado de infección por HP.

Cuando se obtienen biopsias del cuerpo gástrico de aspecto normal y antro para la detección de la infección por HP, la AGA sugiere seguir el sistema Sydney de 5 biopsias, con todos los especímenes colocados en el mismo frasco.

Cuando se obtienen biopsias del cuerpo gástrico y del antro de aparición normal para la detección de la infección por HP, la AGA sugiere no obtener una tinción especial automática de los especímenes. (Recomendación condicional, evidencia de calidad moderada).

Duodeno: En pacientes sometidos a EGD para la dispepsia como única indicación, y en ausencia de otros signos o síntomas asociados con un mayor riesgo de enfermedad celíaca, la AGA sugiere no obtener biopsias de rutina del duodeno de aparición normal para detectar la enfermedad celíaca.

En pacientes inmunocomprometidos sometidos a EGD para la dispepsia como única indicación, la AGA sugiere la obtención de biopsias de rutina del duodeno de aparición normal para la detección de GVHD en pacientes trasplantados de tejido post-alogénico y para infecciones oportunistas.

Cuando se obtienen biopsias del duodeno de aparición normal, la AGA sugiere que no se produzcan tinciones especiales rutinarias de los especímenes.

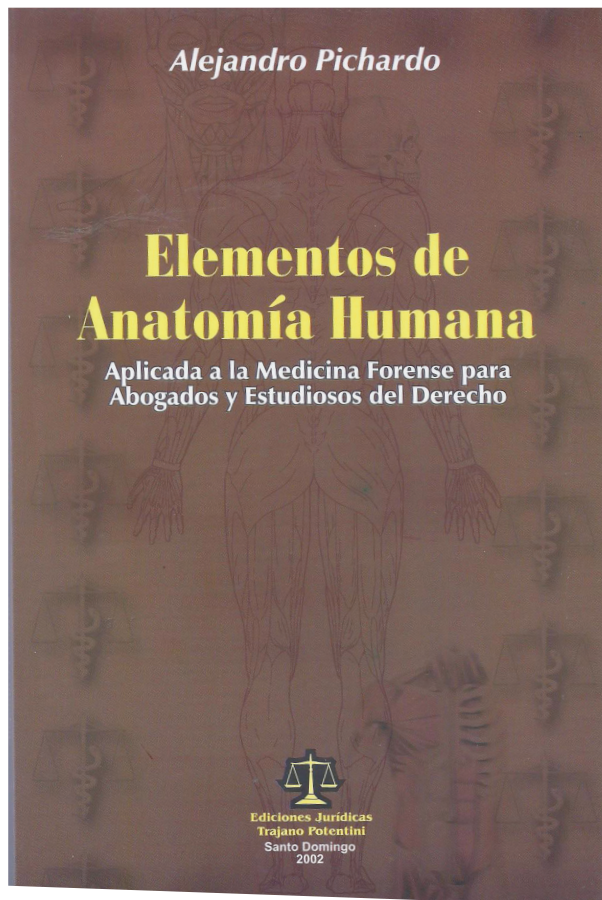
CONCLUSIÓN

Esta guía proporciona estándares de práctica basados en la evidencia para el desempeño de la biopsia gastrointestinal superior de la mucosa de apariencia normal en la evaluación de pacientes con dispepsia. Estas normas tienen por objeto reducir la variación de la práctica y promover la atención de alto valor.

REFERENCIAS

1. Yu-Xiao Yang, Joel Brill, Prashan Krishnan, Grigorios Leontiadis and the Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Role of Upper Gastrointestinal Biopsy to Evaluate Dyspepsia in the Adult Patient in the Absence of Visible Mucosal Lesions. *Gastroenterology* 2015; 149 (4): 1082-1087.

*Residente de primer año de Medicina Interna del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.



AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION INSTITUTE TECHNICAL REVIEW ON THE ROLE OF UPPER GASTROINTESTINAL BIOPSY TO EVALUATE DYSPEPSIA IN THE ADULT PATIENT IN THE ABSENCE OF VISIBLE MUCOSAL LESIONS.

Juan Alexis Marte Jiménez*

Información bibliográfica:

Título del artículo presentado: American gastroenterological association institute technical review on the role of upper gastrointestinal biopsy to evaluate dyspepsia in the adult patient in the absence of visible mucosal lesions.

Allen JJ, Kaztkz D, Robert M and Leontiadis GI
Gastroenterology 2015; 149 (4): 1088-1118.

OBJETIVOS

Demostrar si:

1. En un paciente con dispepsia y sin lesiones visibles en la endoscopia, la toma de biopsia cambiaría los resultados de la misma en comparación a si no se toman;
2. En caso de que sean tomadas las biopsias, si se requieren de técnicas de estudio especiales frente a las habituales
3. Si existe evidencia suficiente que apoye la toma de múltiples biopsias de esófago, estómago y duodeno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

La población estudiada comprende los pacientes mayores de 18 años de edad quienes presentan dispepsia sin síntomas de alarma (disfagia, anemia, sangrado y pérdida de peso) combinado con una apariencia normal de la mucosa en una esófago-gastroduodenoscopia

La investigación del tracto gastrointestinal se basó en la división en 3 segmentos: esófago, estómago y duodeno; las dos preguntas de investigación planteadas son:

1. ¿En la población definida, las biopsias tomadas de segmentos anatómicos de apariencia normal llevan a un diagnóstico diferente al que se hubiese llegado si no se hubiese tomado biopsia? ¿Esto cambiaría los resultados clínicos?
2. ¿Si las biopsias endoscópicas son enviadas de algunas de las áreas mencionadas previamente, se recomiendan técnicas de biopsia específicas y diferentes para el examen histológico?

La intervención para cada pregunta es la adquisición del tejido de rutina y el análisis. Una intervención secundaria sería el uso de alguna técnica de análisis especial.

La biopsia se compara con la no toma de biopsia. El uso de técnicas especiales de análisis histológico se compara con las técnicas comunes.

Las preguntas que muestran la conclusión a la que se quiere llegar son: ¿ante el envío de las biopsias, qué tan rápido se identifican las enfermedades de interés en ausencia de hallazgos endoscópicos? ¿Qué tan eficaces son las biopsias para identificar estos desórdenes? ¿Son las técnicas especiales eficaces para esta identificación? Finalmente, ¿las tomas de diferentes secciones de un segmento anatómico pueden ser analizadas de forma conjunta, con el propósito de disminuir costos a la hora de estudiarlas?

RESULTADOS

En esófago, en individuos inmunocompetentes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica, metaplasia intestinal, esofagitis linfocítica y neoplasias esofágicas no existe evidencia clara de que la obtención de biopsias de esófago de un epitelio con apariencia endoscópica normal revelará alguna condición esofágica que afectaría su salud. En individuos inmunocomprometidos con Enfermedad de injerto contra huésped e Infección por Cándida tampoco existe tal evidencia.

En estómago, en inmunocomprometidos como en inmunocompetentes con infección por H. Pylori y condiciones pre-malignas, como atrofia gástrica, metaplasia intestinal y displasia, no existe evidencia clara de que la obtención de biopsias de esófago de un epitelio con apariencia endoscópica normal revelará alguna condición esofágica que afectaría su salud.

A nivel duodenal, en individuos inmunocompetentes con enfermedad celiaca, eosinofilia duodenal y enfermedad de Whipple, no existe evidencia clara de que la obtención de biopsias de esófago de un epitelio con apariencia endoscópica normal revelará alguna condición esofágica que afectaría su salud.

*Residente de primer año de medicina Interna del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

CONCLUSIÓN

Tanto en individuos inmunocompetentes como en inmunocomprometidos, en lesiones de esófago, estomago y duodeno, no existe evidencia clara de que la obtención de biopsias de un epitelio con apariencia endoscópica normal y síntomas de dispepsia revelará algún condición que afectaría su salud.

COMENTARIOS ACERCA DEL ARTÍCULO

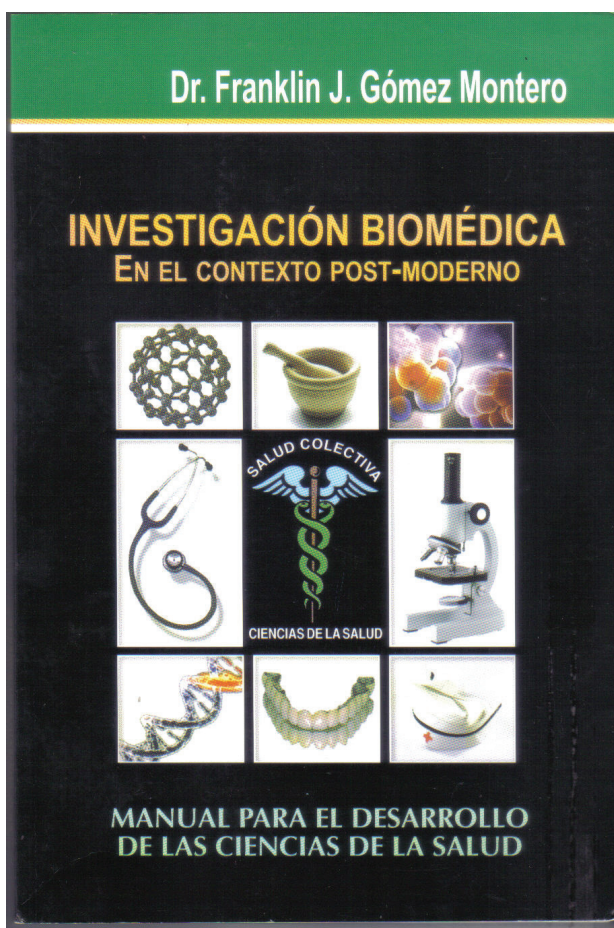
Este artículo resulta de mucha importancia debido a que plantea la metodología a seguir cuando nos encontramos frente a la disyuntiva de tomar biopsia y enviar a estudiar las muestras de mucosa obtenidas por endoscopia de un paciente con dispepsia que no presenta alteraciones visibles de la mucosa.

UTILIDAD PRÁCTICA

Las conclusiones alcanzadas demuestran que no hay evidencia de que el estudio histopatológico de las muestras de este tipo de pacientes modifique el seguimiento clínico de su patología, por lo tanto, no se requiere gastar de forma innecesaria recursos en este tipo de estudios.

REFERENCIA

1. Allen JI, Kaztkz D, Robert M and Leontiadis GI. American gastroenterological association institute technical review on the role of upper gastrointestinal biopsy to evaluate dyspepsia in the adult patient in the absence of visible mucosal lesions. *Gastroenterology* 2015; 149 (4): 1088-1118.



INFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS.

Alexandra Altagracia Molina Diaz.**

OBJETIVOS

El objetivo principal de este artículo es hacer una revisión de la asociación entre estrongiloidiasis y alcoholismo crónico, incluyendo la descripción de los cambios orgánicos introducidos por ambas patologías; los efectos adversos que predisponen a la infección por *S.stercoralis* y la hiperinfección, además evaluar las herramientas diagnósticas y terapéuticas para estrongiloidiasis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica, de 130 artículos desde 1995 a 2014, relacionados a la infección de *S. stercoralis*, donde se analizó de manera más específica su epidemiología, su relación con el alcoholismo, la modificación inmune que causa el uso crónico de alcohol para causar superinfección por este parásito y los métodos de diagnóstico y tratamiento sugeridos.

RESULTADOS

La revisión epidemiológica realizada por el grupo de investigadores encontró datos importantes sobre la prevalencia de *S. stercoralis* en pacientes alcohólicos en varios países. Según los estudios analizados, con el uso de crónico de alcohol la prevalencia es alta con rangos de 20.5 por ciento a 40.2 por ciento. Un estudio realizado en Brasil además señaló que la prevalencia es aún más alta en pacientes que presentan una cirrosis hepática concomitante, donde los pacientes alcohólicos sin cirrosis tenían una prevalencia de un 33.3 por ciento, mientras que aquellos con ambas entidades tenían una prevalencia de un 44.4 por ciento .

El aumento en la cantidad de alcohol también demostró ser proporcional a la frecuencia de infección llegando hasta un 48 por ciento en pacientes que tomaban más de 450 g de alcohol por día.

Otro estudio brasileño demostró sinergismo entre el alcoholismo y el VIH como factores de riesgo para la infección por *S. stercoralis* , donde en un grupo de 100 pacientes con VIH/SIDA, se encontraron 12 pacientes infectados, de los cuales un 68 por ciento eran alcohólicos.

Se analizaron los factores contribuyentes a la alta susceptibilidad a *S. stercoralis* de acuerdo con varios estudios, en los cuales se señalaron: 1. La mala higiene, la cual promueve la autoinfección por las larvas presentes en los residuos fecales 2. La reducción del tránsito gastrointestinal que permite que la larva rabditoide madure a filariforme, su etapa infecciosa 3. La desregularización del sistema inmune, lo que ayuda a la supervivencia del parásito, debido a los elevados niveles de corticoesteroides endógenos los cuales suprimen la función de las células T, además de una disminución en el número de macrófagos y deficiencia de secreción de IgA.

En cuanto al diagnóstico, la revisión bibliográfica aclara que el diagnóstico clínico de *S. stercoralis* es presuntivo, ya que los signos y síntomas son inespecíficos, mientras que las pruebas de laboratorio son ineficientes debido a la baja carga parasitaria y a la evacuación intermitente de larvas. Por lo cual para aumentar la sensibilidad de la prueba se deben examinar al menos 3 muestras en días alternados usando métodos de detección diferentes.

Se encontró además que debido a la baja sensibilidad (Baermann-Moraes, Harada-Mori, placa de agar) o baja especificidad (eosinofilia) de las pruebas de bajo costo y el alto costo de las pruebas de mediana (ELISA) o alta sensibilidad (Western-blot), no existe una prueba gold-standard para *S. stercoralis*.

Para el tratamiento la presente revisión recomienda la ivermectina, de una dosis semanal durante dos semanas en países donde se encuentre disponible, ya que provee los mejores resultados en casos de superinfección. El albendazol es recomendado en casos de no tener ivermectina asequible, aunque los resultados con este tratamiento son inconsistentes.

CONCLUSIÓN:

El alcoholismo crónico puede causar daños al paciente, incluyendo efectos gastrointestinales y del sistema inmune, los cuales hacen que el paciente sea más susceptible a la infección parasitaria. Los estudios han demostrado una frecuencia más alta de infección por *S. stercoralis* en pacientes alcohólicos que en los no alcohólicos.

Este fenómeno atribuible a la pérdida de las barreras protectoras, a la alta exposición de patógenos, malnutrición,

*Residente primer año de Medicina Interna. Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

producción de corticosteroides endógenos y las alteraciones de los mecanismos de defensa del huésped.

Este artículo presenta de forma clara y secuencial datos importantes, sobre la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, al incluir un gran número estudios actualizados de varios países, lo cual lo hace de valor para propósito investigativo.

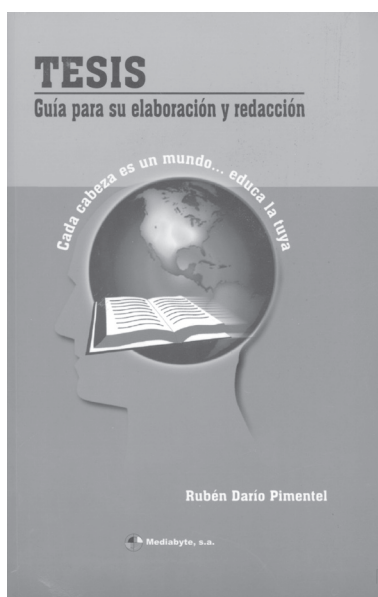
La prevalencia de *S.stercoralis* en pacientes alcohólicos es elevada por lo cual este artículo es de gran utilidad práctica, ya que señala que existe una alta probabilidad de que un paciente

que presenta signos y síntomas asociados a una parasitosis, la infección por *S. stercoralis* debe ser considerada como una posible causa. Este artículo podría servir además como guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de esta infección, por presentar datos de varios estudios para llegar a una conclusión sobre los mismos.

REFERENCIA

1. Bio Med Research International 2016; ID Artículo: 4872473

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.

TRASTORNOS INTESTINALES

Ysabel Heredia V.*

OBJETIVOS:

Conocer los trastornos intestinales. Determinar las características fisiológicas de los trastornos intestinales

Conocer las características psicosociales en pacientes con trastornos intestinales

Los trastornos funcionales del intestino son trastornos muy prevalentes que se encuentran en todo el mundo. Estos trastornos tienen el potencial de afectar a todos los miembros de la sociedad, sin importar edad, sexo, raza, credo, color o condición socioeconómica. Mejorar nuestra comprensión de los trastornos funcionales del intestino (FBD) es crítica, ya que imponen un impacto económico negativo para el sistema de salud en general, además de reducir la calidad de vida.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Es un trastorno funcional del intestino en el que el dolor abdominal recurrente está asociado con la defecación o un cambio en los hábitos intestinales. Los desórdenes en los hábitos intestinales que están presentes típicamente son constipación, diarrea, estreñimiento, y la mezcla de (constipación y diarrea), otros síntomas de hinchazón abdominal / distensión, síntomas que deberían ocurrir al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar presente durante los últimos 3 meses.

Es un trastorno multifactorial con una fisiopatología compleja. Los factores que aumentan el riesgo de desarrollarlo incluyen factores genéticos, ambientales y psicosociales. Los factores que desencadenan la aparición o exacerbación de los síntomas del incluyen una gastroenteritis previa, intolerancia a los alimentos, el estrés crónico, la diverticulitis, y la cirugía. Este se asocia más con angustia psiquiátrica, trastornos del sueño, “la vulnerabilidad emocional” y “excesiva adaptación al medio.

EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Es un trastorno funcional del intestino en que los síntomas de dificultad, poco frecuente, o la defecación incompleta son los que van a predominar. Los factores de riesgo incluyen el sexo femenino, reducción de la ingesta calórica y aumento de la edad. Los síntomas de estreñimiento funcional pueden

surgir debido a una variedad de procesos fisiopatológicos. Los factores de estilo de vida en la infancia (baja ingesta de fibra, baja ingesta de líquidos, y haciendo caso omiso de la llamada a las heces) tienden a desempeñar un papel en el desarrollo de constipación. No hay ninguna característica psicológica o de la personalidad específica asociada con el estreñimiento es decir, el objetivo de informar el estreñimiento, la producción de heces, y alteración de la motilidad intestinal puede verse afectada por la personalidad, el estrés y, tener angustia.

LA DIARREA FUNCIONAL

Es un trastorno funcional del intestino caracterizado por el paso recurrente de heces sueltas o acuosas. Un número de diversos mecanismos fisiopatológicos ocurren para contribuir a la generación de los síntomas, incluyendo la alteración de la motilidad GI, trastornos cerebro-intestino, los factores genéticos y ambientales, infecciones previas, y los factores psicosociales. A menudo se acompaña a la ansiedad, el estrés agudo acelera el tránsito colónico en humanos y animales.

DISTENSIÓN ABDOMINAL FUNCIONAL

Se caracteriza por síntomas (subjetivos) de plenitud abdominal recurrente, presión, o una sensación de gas atrapado, y / o medible (objetivo) Aumento de la circunferencia abdominal. La fisiopatología sigue siendo incompleta de la hinchazón entendido, en parte, la etiopatogenia varía de paciente a paciente. Las causas potenciales incluyen hipersensibilidad visceral, tránsito anormal gas intestinal, deterioro de la evacuación de gas rectal, fermentación en el colon, sobre crecimiento bacteriano en el intestino, y alteración de la microbiota intestinal.

TRASTORNOS INTESTINALES NO ESPECIFICADOS

En algunos casos, el paciente no ha de cumplir con los criterios de diagnóstico de las 4 categorías específicas de trastornos intestinales funcionales, en este caso el paciente debería ser considerado a tener un trastorno funcional del intestino no especificado.

EL ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES

Se refiere a un espectro de trastornos que se desarrollan

*Residente de Medicina Interna.

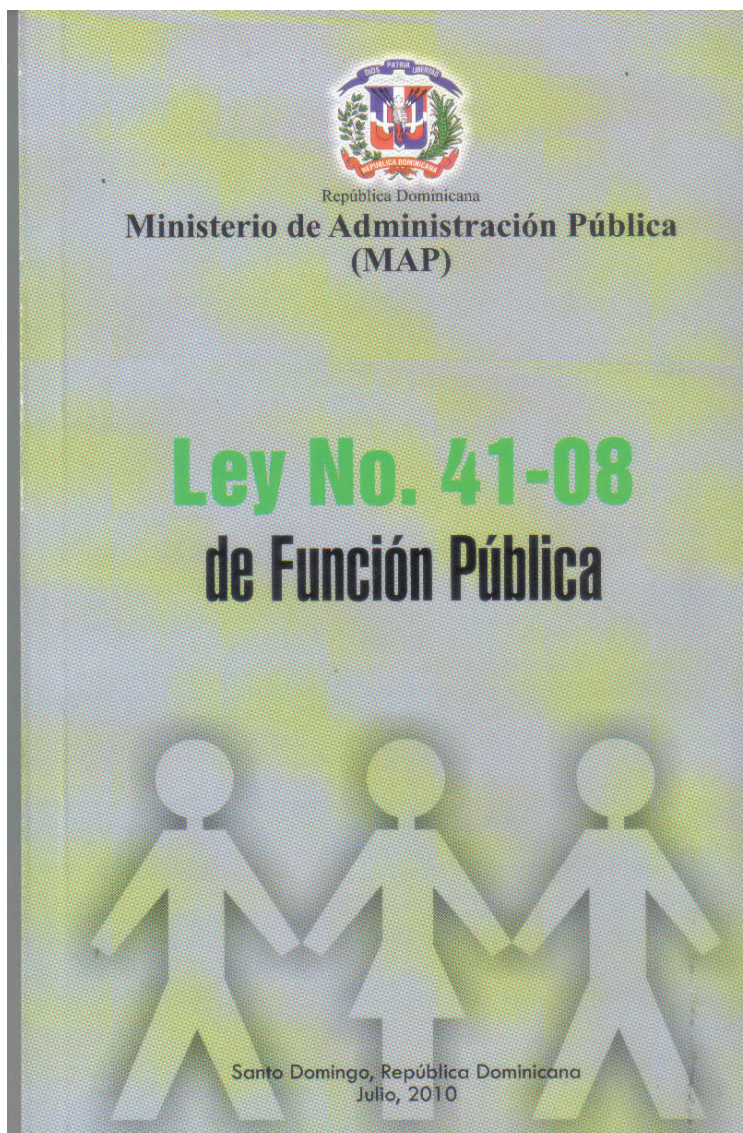
secundaria a la acción de los opioides en el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso central. Como el consumo de opiáceos ha aumentado, se tiene el reconocimiento de que las tesis oficiales-tienen varios efectos adversos sobre el tracto GI. Se caracteriza por la reducción de frecuencia intestinal, empeoramiento de desarrollo o de esfuerzo; una sensación de evacuación incompleta; percepción de malestar del paciente relacionado con los hábitos intestinales. El paciente puede desarrollar impactación fecal con la incontinencia por rebosamiento, mientras que otros pueden hacer aplazamiento con síntomas consistentes con la superposición de trastornos intestinal inducido por opioides (por ejemplo, reflujo, náuseas, hinchazón).

Las tres clases de receptores opioides en el tracto GI (u, K,

y b) son receptores acoplados a la proteína G que reducen la acetilcolina, cuando los receptores opioides del tracto GI son activados por opioides orales que conducen a una disminución de la propulsión de la actividad; disminución en la secreción pancreática, biliar, y las secreciones gástricas; y un aumento en el tono anal. Estos intercambios fisiológicos pueden conducir a los síntomas del estreñimiento antes descrito. Un tercio de los pacientes tratados con opioides han perdido o disminuido el uso de los opioides prescritos debido a efectos secundarios GI; Reducir el uso de estos puede avanzar de calidad superior de vida.

REFERENCIA

1. Trastornos Intestinales. Gastroenterology 2016; 150 (6)



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

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

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirla en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-Sanabia F, Carrera M, Hernández-Gutiérrez, AA, Javier D, Hiraldo-Zabala F, López VR, Comportamiento de colesterol y triglicéridos en pacientes hospitalizados. Rev Med Dom 1992; 53(4): ;120-3.

Tesis: Montero HR, Miniel-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se remitieran ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, escríbalos en letras los que sean hasta doce.

* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".

