



FUNDADA EN 1902

DR-ISSN-0254-4504

ADOERBIO 001

Revista Médica Dominicana

Vol. 79

Mayo/agosto, 2018

No. 2

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

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

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

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

Rev Méd Dom, es miembro fundadora de la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas (ADOERBIO-Nº 001). Está inscrita en el *Internacional Standard Serial Number* con el número DR-ISSN 0254-4504 y en el *Index Medicus* Latinoamericano.

Circulación: 500 ejemplares

Diagramación e impresión:
EDITORIA VIMONT SRL.
Tel. 809.531.2644

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Wilson Roa Familia

EDITOR

Dr. Tomás Ventura

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Mauro Canario, Pediatra, MSP.

Dr. Cristian Francisco, Gineco-Obstetra

Dr. Dr. Severo Mercedes, cirujano plástico.

Dr. Fernando Fernández, Psiquiatra

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. Inchástegui
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
Dr. Sócrates Bautista
Rubén Darío Pimentel
2014-2015
Dr. Víctor José Abreú
Rubén Darío Pimentel
2016-2017
Dr. Tomás Ventura
Rubén Darío Pimentel
2018-2019



COLEGIO DE MÉDICOS DOMINICANOS

Ley 68-03

Junta Directiva Nacional 2016-2017

Dr. Wilson Roa Familia	Presidente
Dra. Mery Hernández	1er Vice-presidente
Dr. José Domínguez	2do Vice-presidente
Dr. Santo Ramírez	3er Vice-presidente
Dr. Carlos Roa	Secretaría General
Dr. Emignio Liria González	Secretaría Finanzas
Dr. Hairo González Bonilla	Secretaría de Actas
Dr. Pedro Nicasio	Secretaría Científico Cultural
Dr. Miguel Ángel Valdez Anderson	Secretaría Educación Médica
Dra. Miguelina Pérez	Secretaría Relaciones Públicas
Dr. Octavio Mirabal	Secretaría Médico General
Dra. María del C. Díaz Cedano	Secretaría Acción Gremial
Dra. Ludovina Díaz	Secretaría Ética y Calificación
Dra. Alba Iris Montero	Secretaría Planes y Coop.
Dr. Tomas Ventura	Secretaría Publicaciones y Biblioteca
Dr. Anulfo Suero	Secretaría Relaciones Internacionales
Dr. Ernesto J. Cruz Arias	Secretaría Extensiones
Dr. William Hernández	Secretaría Asunto Intersindical
Dr. Nelson Mercedes	Secretaría Deporte
Dr. Johnson Encarnación	Secretaría Residencias Médicas
Dr. kelvin Alejo	Secretaría Médicos Residentes
Dr. Florentina Liquez	Secretaría de la Mujer
Dr. Yoelvis Rosario	Secretaría Médicos Pasantes
Dr. Luis Peña Núñez	Pre. Regional del Distrito
Dr. Naoki Santiago	Pre. Reg. Región Norte
Dra. Apolinar Carbajal	Pre. Reg. Región Sur
Dr. Hernan Pilier	Pre. Reg. Región Este
Dr. Rafael Rodríguez Sandoval	Pre. 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. Día Mundial de la Tuberculosis. *Rubén Darío Pimentel*

ARTÍCULOS ORIGINALES

9. Efectos adversos de bortezumib en pacientes con mieloma múltiple tras seis ciclos de administración en pacientes tratados en el departamento de Hematología del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Matos Cesar, Mena Evelin*
13. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. *Jenny Esther Almonte Diloné, Rubén Darío Pimentel, Ruth Villegas.*
21. Frecuencia de falla cardíaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Doctor Luis Eduardo Aybar. *Darlin José Plasencia Abréu, Fulgencio Severino, Rubén Darío Pimentel.*
31. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART). *Joan Javier Jacobo Rosario, José Batista, Rubén Darío Pimentel*
39. Incidencia de papilomatosis laríngea en pacientes que acudieron al departamento de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Salvador B. Gautier. *Amelia Patricia Castellanos Villalona, Pamela Pol Paulino*
43. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Patricia Recio Mendoza, Rubén Darío Pimentel, Luis Tusen.*
49. Incidencia de crisis asmática en niños menores de 15 años en la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa. *Emiliana Ramos Espíritu, Manuel Hipólito Guzmán, Rubén Darío Pimentel.*
57. Sobrevida en pacientes premenopáusicas con cáncer de mama con el uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter. *Yéssica Yenory Gerónimo Pérez, Álvaro Gartner, Rubén Darío Pimentel.*
67. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de Obstetricia del Hospital Municipal la Victoria. *Laura Scarlette Brito Ramos, Rubén Darío Pimentel, Aideé Cuás*
75. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de medicina familiar del Hospital Docente Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello. *Anabel Leonardo González, Rafaela Castillo, Rubén Darío Pimentel*
89. Perfil epidemiológico de enfermedad cerebrovascular en la emergencia del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Rafael Antonio Pérez García, Rubén Darío Pimentel, Fulgencio Severino Cruz*
101. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro. *Isabel María Mateo Mena.*
107. Emergencias cardiológicas en el Hospital Infantil

Doctor Robert Reid Cabral. *Patricia Acosta Espinal, Juana Cesarina Juliao, Ana Castillo, Franklin Sasso.*

CASO CLÍNICO

117. Taquicardia fetal: a propósito de un caso. *Ana Castillo, Rosa E. Moreta.*
121. Neumonía lobar derecha asociada a colecistitis aguda, a propósito de un caso. *Isabel María Mateo Mena*
123. Hepatotoxicidad inducida por fármacos con patrón colestásico. A propósito de un caso. *Espinal Emmanuel, Cuello De los Santos, Carla.*
127. Amiloidosis primaria. A propósito de un caso. *Matos Cesar, Mena Evelin*
129. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de ascus (células escamosas atípicas de significado indeterminado) en citología exfoliativa cervical en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana. *Miguel A. Montero García, Francis Aquino.*
133. Factores de riesgo asociados a cardiopatías congénitas en pacientes menores de un año en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral. *Yessi Paulette Alcántara Lambert, Sergio Federico Reyes Rodríguez, Dra. Angélica Grullón, Dra. Claridania Rodríguez.*
143. Síndrome de Hamman-Rich: a propósito de un caso. *Annandy Mallol, Nicolás Batlle, Cleiry García López.*

BIBLIOGRÁFICAS

149. Adherencia médica a los lineamientos de intervalos de colonoscopias en el sistema de salud de asuntos de veteranos. *Nidia Melo Medina.*
151. Validación de variantes genéticas de susceptibilidad al cáncer colorrectal recientemente propuestas en un análisis de familias y pacientes: una revisión sistemática. *Natalia Pérez*
153. Síndrome de dolor abdominal mediado centralmente. *Elaine L. De Los Santos S.*
155. Ensayo serológico para el diagnóstico de la enfermedad celiaca basado en un anticuerpo antigliadina monoclonal derivado del paciente. *Francisco Ramírez Pineda.*
157. Consistencia en respuestas policlonales de células t al gluten entre niños y adultos con enfermedad celiaca. *Mayna Fabian.*
159. Administración intrarectal de una adnzima que bloquea específicamente la transcripción del factor gata y reduce la colitis en ratones. *Manuel Mateo.*
161. Desorden esofágico. *Bianca Enny Pérez Then.*

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

DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS

*Rubén Darío Pimentel**

El Día Mundial de la Tuberculosis, que se celebra cada año el 24 de marzo, es una oportunidad para concienciar sobre la carga de tuberculosis (TB) a nivel local y sobre la situación de las medidas de prevención y atención de la TB. También es una oportunidad para movilizar el compromiso político y social con el fin de seguir avanzando en los esfuerzos por poner fin a la enfermedad.

El lema de este año del Día mundial de la tuberculosis 2018: «se buscan líderes por un mundo libre de la tuberculosis» se enfoca en construir el compromiso para terminar con la TB. Todos pueden ser líderes en los esfuerzos para acabar con la tuberculosis.

La República Dominicana debe asumir con responsabilidad este lema para tratar de revertir su panorama relacionado con la tuberculosis.

El Servicio Nacional de Salud (SNS), informó que durante el año pasado (2017) se examinaron unas 75 mil personas con síntomas respiratorios y que se diagnosticaron unos 3 mil 900 nuevos casos de tuberculosis. El Director del SNS afirmó que uno de los principales inconvenientes para estos pacientes es el tiempo de espera entre la toma de la muestra y el diagnóstico, algunos esperan 40 días.

La tuberculosis o TB es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Estas bacterias por lo general atacan a los pulmones, pero también pueden atacar otras partes del cuerpo, como los riñones, la columna vertebral y el cerebro. No todas las personas infectadas por las bacterias de la tuberculosis se enferman. Por eso, existen dos afecciones relacionadas con la tuberculosis: la infección de tuberculosis latente (LTBI, por sus siglas en inglés) y la enfermedad de tuberculosis. Si no se trata adecuadamente, la enfermedad de tuberculosis puede ser mortal.

Algunas personas presentan enfermedad de tuberculosis poco después de contraer la infección (en las semanas siguientes), antes de que su sistema inmunitario pueda combatir a las bacterias de la tuberculosis. Otras personas se pueden enfermar años después, cuando su sistema inmunitario se debilita por otra razón.

En general, aproximadamente del 5 al 10 por ciento de las personas infectadas que no reciben tratamiento para la

infección de tuberculosis latente presentará la enfermedad en algún momento de su vida. En las personas cuyo sistema inmunitario es débil, especialmente las que tienen la infección por el VIH, el riesgo de presentar enfermedad de tuberculosis es mucho más alto que para las personas con el sistema inmunitario normal.

Generalmente, las personas con alto riesgo de tener la enfermedad de tuberculosis pertenecen a estas dos categorías:

1. Personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis.
2. Personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario.

Personas que han sido infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis. Entre estas se incluyen las siguientes personas:

1. Contactos cercanos de una persona con enfermedad de tuberculosis infecciosa.
2. Personas que han inmigrado desde regiones del mundo con altas tasas de tuberculosis.
3. Niños menores de 5 años de edad que tienen un resultado positivo en la prueba de la tuberculosis.
4. Grupos con altas tasas de transmisión de tuberculosis, tales como personas que viven en la calle, usuarios de drogas inyectables y personas con infección por el VIH.
5. Quienes trabajan o residen con personas que tienen alto riesgo de contraer tuberculosis en establecimientos o instituciones como hospitales, albergues para desamparados, centros correccionales, asilos de ancianos y residencias para personas con el VIH.

Personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario. Los bebés y los niños pequeños a menudo tienen el sistema inmunitario débil. Hay otras personas que también pueden tener el sistema inmunitario débil, especialmente si presentan alguna de las siguientes afecciones:

1. Infección por el VIH (el virus que causa el sida).
2. Abuso de sustancias nocivas.
3. Silicosis.
4. Diabetes mellitus.
5. Enfermedad renal grave.
6. Bajo peso corporal.
7. Trasplante de órganos.

* 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.

8. Cáncer de cabeza y cuello.
9. Tratamientos médicos como corticosteroides o trasplante de órganos.\
10. Tratamientos especializados para la artritis reumatoide o la enfermedad de Crohn.

República Dominicana es uno de los países de la región con mayor número de personas que viven con VIH y SIDA. El análisis de los datos existentes demuestra que República Dominicana experimenta una epidemia concentrada en grupos clave. La prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de edad, es de 0.8 por ciento (0.5-0.9% en mujeres) y (0.7-1.2% en hombres). La prevalencia es particularmente alta en hombres que tienen sexo con hombres 5.2 por ciento, trabajadoras sexuales 4.5 por ciento, migrantes haitianos 3.8 por ciento así como en mujeres en vulnerabilidad social 2.4 por ciento.

Coinfección de tuberculosis y VIH

La tuberculosis es una amenaza seria para la salud, especialmente para las personas que tienen el VIH. Las personas con el VIH tienen más probabilidades que otras de enfermarse de tuberculosis. A nivel mundial, la tuberculosis es una de las principales causas de muerte en las personas que tienen el VIH.

Si no se administra un tratamiento, como ocurre con otras infecciones oportunistas, el VIH y la tuberculosis pueden actuar en combinación para acortar la vida de la persona infectada.

1. Una persona con infección de tuberculosis latente no tratada e infección por el VIH tiene muchas más probabilidades de presentar enfermedad de tuberculosis en el transcurso de su vida que alguien que no tiene infección por el VIH.
2. Entre las personas con infección de tuberculosis latente, la infección por el VIH es el factor de riesgo conocido más significativo para que la infección evolucione a enfermedad de tuberculosis.
3. Una persona con infección por el VIH y enfermedad de tuberculosis tiene un cuadro clínico de sida.

Las personas infectadas por el VIH que también tienen

infección de tuberculosis latente o enfermedad de tuberculosis pueden ser tratadas eficazmente. El primer paso es asegurarse de que las personas con el VIH se hagan pruebas para detectar la infección de tuberculosis. Si se detecta infección de tuberculosis, es necesario hacer más pruebas para descartar la enfermedad de tuberculosis. El próximo paso es comenzar el tratamiento para la infección de tuberculosis latente o la enfermedad de tuberculosis según los resultados de las pruebas.

Tratamiento

La infección de tuberculosis latente no tratada puede evolucionar rápidamente a enfermedad de tuberculosis en las personas que tienen el VIH porque su sistema inmunitario ya está debilitado. Y sin tratamiento, la enfermedad de tuberculosis puede evolucionar y causar la muerte.

Afortunadamente, hay varias opciones de tratamiento para las personas que tienen el VIH y que también tienen infección de tuberculosis latente o enfermedad de tuberculosis.

Debemos recordar que la Agenda para el Desarrollo Sostenible establece el principio de no dejar a nadie atrás, en un esfuerzo por transformar la población y mejorar la vida de las personas. La atención de las necesidades sanitarias de los desfavorecidos, los marginados y aquellos que quedan fuera del alcance del sistema de salud conllevará la mejora del acceso de todas las personas a los servicios de salud. Esto es esencial si se quiere lograr la meta de poner fin a la TB para 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS.

Este Día Mundial de la Tuberculosis representa una plataforma para que las personas y comunidades afectadas, las organizaciones de la sociedad civil, los proveedores de atención de la salud, los encargados de la formulación de políticas, los asociados en materia de desarrollo y otras personas fomenten, debatan y planifiquen el aumento de la colaboración para cumplir la promesa de posibilitar el acceso de todas las personas a unos servicios de prevención y atención de la TB de calidad, así como la prevención de la TB mediante medidas de desarrollo multisectoriales.

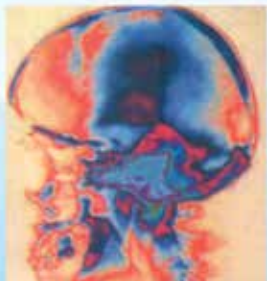
ARTÍCULOS ORIGINALES



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

Servicios

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



Av. Independencia No. 406, Gazcue • Tel.: (809) 689-4136 / 682-7175
Fax: (809) 221-8817 • Apartado Postal 20129 • Santo Domingo, República Dominicana
E-mail: dnssigloxx1@hotmail.com

EFFECTOS ADVERSOS DE BORTEZOMIB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE TRAS SEIS CICLOS DE ADMINISTRACIÓN EN PACIENTES TRATADOS EN EL DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER, PERÍODO 2014-2017.

Matos Cesar.* Mena Evelin**

RESUMEN

Se realizó una investigación prospectiva-descriptiva para identificar los efectos adversos del bortezomib en pacientes con mieloma múltiple del departamento de Hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, período 2014-2017. El estudio tomó como muestra un total de 33 pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple y tratados con inhibidores de proteasomas tipo bortezomib, de los cuales 15 pacientes evidenciaron efectos adversos, lo que equivale a 45.5% de la totalidad de pacientes, el resto cursaron en ausencia de las mismas; las características de los eventos y hallazgos encontrados se describen a continuación.

Palabras clave: Mieloma múltiple, Bortezomib, efectos adversos.

ABSTRACT

An investigation was conducted to identify the adverse effects of bortezomib in patients with multiple myeloma in the Department of Hematology of the hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, period 2014-2017. The study sampled a total of 33 patients diagnosed with multiple myeloma and treated with bortezomib-type proteasome inhibitors, of which 15 patients showed adverse effects, equivalent to 45.5% of all patients, the rest of them enrolled in absence of them.

Key Word: Mieloma múltiple, Bortezomib, efectos adversos.

INTRODUCCIÓN

El mieloma múltiple forma parte de un espectro de enfermedades que van desde la gammapatía monoclonal de significado desconocido hasta la leucemia de células plasmáticas caracterizada por una proliferación de células plasmáticas malignas y una subsiguiente sobreabundancia de paraproteína monoclonal.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el mieloma múltiple representa 1% de todas las neoplasias malignas y 10-15% de las neoplasias hematológicas. La incidencia anual ajustada por edad es de 4,3/100.000 hombres

blancos, 3/100.000 mujeres blancas, 9/100.000 hombres negros y 6.7/100.000 mujeres negras. La mediana de edad de los pacientes con mieloma múltiple es 68 años para los hombres y 70 años para las mujeres. Sólo el 18% de los pacientes son menores de 50 años, y el 3% de los pacientes son menores de 40 años.

La etiología exacta de mieloma múltiple aún no se ha establecido. Se han sugerido papeles para una variedad de factores, incluyendo causas genéticas, causas ambientales u ocupacionales, gammapatía monoclonal de significado desconocido, radiación, inflamación crónica e infección.

El mieloma múltiple se caracteriza por la proliferación neoplásica de células plasmáticas que involucran más del 10% de la médula ósea. La creciente evidencia sugiere que el microambiente de la médula ósea de las células tumorales juega un papel fundamental en la patogénesis de los mielomas.

Los síntomas que presentan el mieloma múltiple incluyen dolor óseo, fracturas patológicas, debilidad, anemia, infección en cualquier sistema, hipercalcemia, compresión de la médula espinal e insuficiencia renal.

El diagnóstico es incidental en el 30% de los casos, a menudo se descubre a través de rutina de detección de sangre cuando los pacientes son evaluados por problemas no relacionados. Típicamente, una gran brecha entre la proteína total y los niveles de albúmina observados en un panel de química automatizado sugiere un problema.

El International Myeloma Working Group (IMWG) publicó recientemente los criterios diagnósticos de mieloma, con el fin de identificar de manera precisa a subgrupos de pacientes con mieloma múltiple indolente y malignidad biológica que están en riesgo inminente de padecer rasgos clínicos CRAB (C: calcio elevado, R: riñón, daño renal, A: anemia, B: bone, lesiones óseas). Los criterios validados para el grupo de pacientes con mieloma indolente de "riesgo ultra alto" son:

- Al menos 60% de celularidad en la médula ósea.
- Una relación al menos de 100 de cadenas ligeras libres implicadas a no implicadas.
- Dos o más lesiones focales mediante resonancia magnética.

Es una enfermedad heterogénea ya que algunos pacientes fallecen a las pocas semanas del diagnóstico, mientras otros

*Médico Hematólogo Asesor. Hospital Doctor Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

**Médico Hematólogo de adultos Sustentante. Hospital Doctor Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

viven más de diez años, es así que en el futuro, el tratamiento seguramente se adecuará a nuevos criterios pronósticos. Tras diagnosticar este tipo de hemopatías el tratamiento de elección incluye combinaciones de fármacos tales como bortezomib, dexametasona, ciclofosfamida, talidomida, lenalidomida y otros citostáticos mas sofisticados que por factor de costo no son asequibles en los países y regiones subdesarrolladas y/o tercermundistas dentro de los que destacan el carfilzomib, vorinostat, ixazomib, daratumumab, todos estos con posibilidades de respuesta completa mayores de 60%.

En Republica Dominicana los regímenes mas utilizados implementan inhibidores de proteasomas, a destacar el bortezomib, el cual según esquema elegido deberá administrarse de seis a ocho ciclos con la posibilidad de aplicarlo como terapia de mantenimiento durante 2 años o más según respuesta individual.

El bortezomib inicialmente conocido como PS-341, es el primer inhibidor selectivo del proteasoma utilizado en la clínica, que no sólo tiene como blanco a la célula mielomatosas actuando sobre diversos mecanismos como la vía celular NF-κB, induciendo apoptosis e inhibición de proliferación, sino que también actúa en el microambiente de la médula ósea, inhibiendo la unión de las células del mieloma con las células del estroma, además de poseer efectos anabólicos sobre el hueso . bloquea la activación de NFκB a través de la estabilización del complejo NFκB/IκB y como resultado, disminuirán las señales de proliferación celular e inhibición de la apoptosis que se habían generado como consecuencia de la activación de NFκB. Todos estos efectos se producen a nivel intracelular, aunque también actúa a nivel extracelular inhibiendo la angiogénesis e interfiriendo en las interacciones entre la célula tumoral y el microambiente.

Es un medicamento con biodisponibilidad y seguridad amplia, sin embargo son bien conocidos los efectos adversos que acuñan su administración (trastornos gastrointestinales tales como náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, alteraciones hematológicas, efectos neurológicos tales como neuropatía periférica, parestesia, cefalea, alteraciones cutáneas, alteración en memoria viral de herpes zóster y mialgia. Los efectos adversos más graves incluyen fallo cardiaco, síndrome de lisis tumoral, hipertensión pulmonar, síndrome de encefalopatía reversible posterior, enfermedad pulmonar infiltrante difusa aguda, y neuropatía autónoma.

En el presente trabajo de investigación científica se estudiaran los pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple en los que se utilice bortezomib dentro de fármacos citostáticos, midiendo los efectos adversos que estos desarrollen en el tiempo de estudio estipulado.

RESULTADOS

Gráfico 1.: Presencia de efectos adversos de bortezomib en pacientes con mieloma múltiple del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, período 2014-2017.

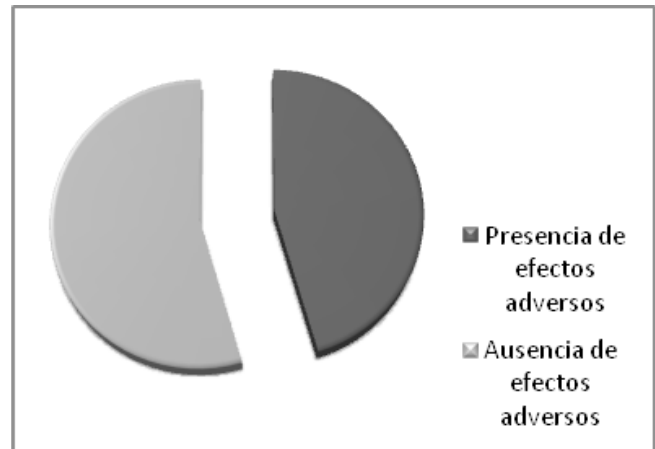


Gráfico 2.: Dosis de Bortezomib administrados en pacientes con efectos adversos, tratados en el departamento de hematología del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, período 2014-2017.

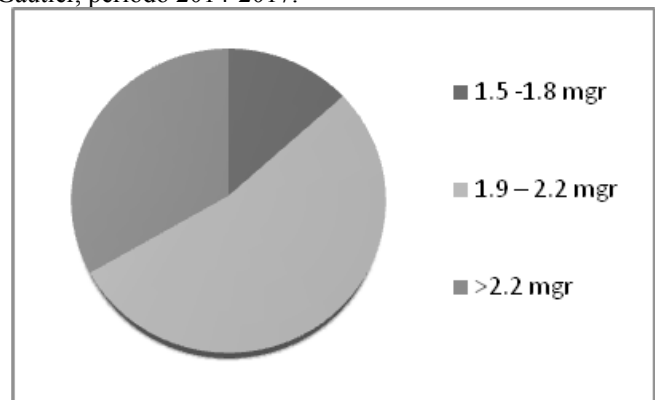


Gráfico 3.: Número de Ciclos Administrados de Bortezomib en pacientes con mieloma Múltiple, que tras su administración se registran efectos adversos.

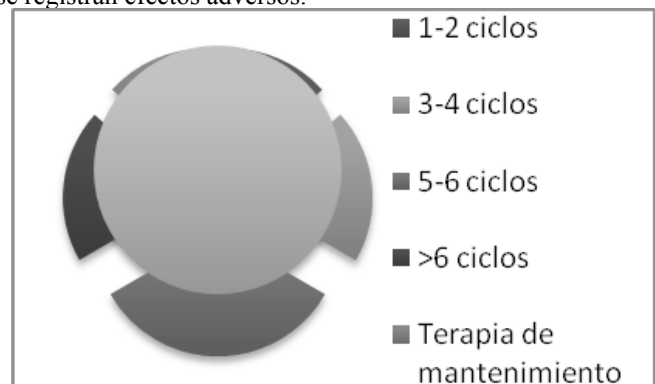


Gráfico 4.: Tipo de Toxicidad registrada en pacientes con Mieloma Múltiple del departamento de Hematología, tras administración de Bortezomib, período 2014-2017.

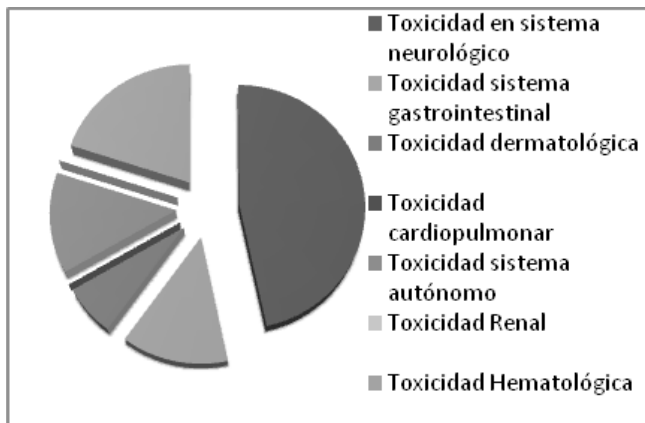
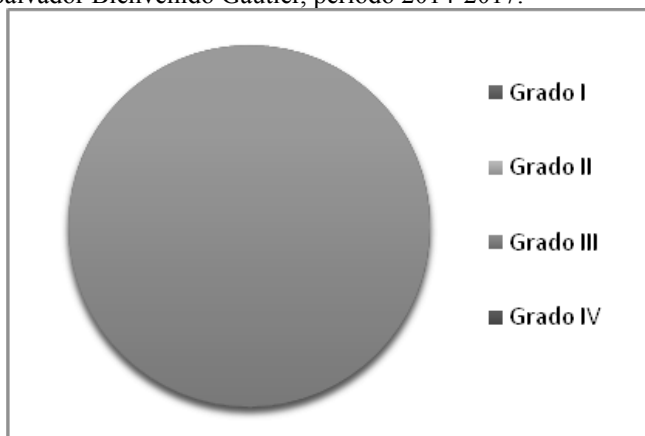


Gráfico 5.: Características y/o Manifestaciones Clínicas referidas por pacientes con mieloma múltiple que presentaron efectos adversos tras administración de Bortezomib.



Gráfico 6.: Grado de Toxicidad de Efectos Adversos de Bortezomib en pacientes con M.M. tratados en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier, periodo 2014-2017.



DISCUSIÓN

Analizado los efectos del Bortezomib en el manejo del Mieloma Múltiple a través de los objetivos planteados se comparan con los resultados de este estudio con los artículos recién publicados por el Informe Público Europeo de Evaluación de Bortezomib en el que se explica cómo el

Comité de Medicamentos de Uso Humano ha evaluado dicho medicamento se redactan de manera explícita como en el mieloma múltiple, el Bortezomib se ha evaluado en más de 10 estudios en los que participaron más de 6339 adultos y que se evaluaron los efectos beneficiosos en conjunto con efectos adversos tanto en monoterapia como en las diferentes combinaciones con otros fármacos autorizados por guías internacionales.

Los efectos adversos más comúnmente registrados por este grupo europeo se vinculan a náuseas, vómitos, cambios en patrón evacuatorio, cansancio, pirexia, toxicidad hematológica descrita por la citopenia de cualquiera de las tres series celulares, neuropatía periférica, cefalea, parestesia, disnea, rash cutáneo, herpes zóster y mialgia. Los efectos adversos más graves incluyen fallo cardíaco, síndrome de lisis tumoral, hipertensión pulmonar y neuropatía autónoma (daño a los nervios que controlan órganos como la vejiga, los ojos, el intestino, el corazón y los vasos sanguíneos), lo que es proporcional en gran porcentaje a los datos contemplados en las conclusiones encontradas en el presente estudio, ya que las manifestaciones neuromusculares encabezan los porcentajes, seguidos por los cambios hematológicos así como la toxicidad gastrointestinal.

Por otro lado un estudio Observacional retrospectivo realizado en el año 2014 por JC Titos Arcos, J. Leon Villar, en conjunto con el servicio de farmacia y servicio de hematología y oncología médica del Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España, para evaluar la efectividad y seguridad de esquemas de tratamiento con bortezomib para el mieloma múltiple, reveló que el efecto adverso indeseado secundario más frecuente asociado al uso de bortezomib; se trata de una neuropatía sensitiva, simétrica, de predominio distal, principalmente en las extremidades inferiores, que suele presentarse en los primeros meses de tratamiento. Se desconoce el mecanismo de esta neuropatía, pero parece que la presencia de neuropatía previa, puede ser un factor predisponente. El ajuste de dosis de bortezomib es la base del tratamiento de este efecto adverso pues permite mejorar la clínica en el 79% de los pacientes y corregirla completamente en el 60% de los enfermos fue necesario reducir la dosis inicialmente prevista de bortezomib por este motivo. Otro de los efectos adversos habituales del tratamiento con bortezomib registrados fueron los trastornos gastrointestinales (estreñimiento y/o diarrea, náuseas y vómitos) que se constataron en el 20% de los pacientes.

Los estudios iniciales con bortezomib pusieron de manifiesto una elevada incidencia de reactivación del virus del herpes zóster entorno al 13%, circunstancia que ha motivado al uso generalizado de profilaxis antivírica; en este aspecto es importante destacar que en república dominicana y los servicios de hematología oncológica se practica de manera efectiva el uso de antiretrovirales una vez y se inicia algún panel de quimioterapia, con lo que no se registran reactivaciones virales, en estudio actual no se observaron recaídas y/o reactivaciones debidas a herpes zóster.

Finalmente en una serie de estudios sobre el uso de Bortezomib en el manejo del Mieloma Múltiple, registrados bajo la auditoria de Palumbo y San Miguel J, en el año 2015, se registró que las reacciones adversas a bortezomib son muy frecuentes (100 % de los pacientes en tratamiento) y en pocas ocasiones graves (15%), lo que coincide con los registros del presente estudio, puesto que el 45.5% del total de todos los pacientes que utilizaban bortezomib presentaron efectos adversos, lo que representa una escala porcentual significativa, y con respecto al grado de toxicidad ningún paciente registró grado de toxicidad severa que motivara a la suspensión del fármaco, todos los grados de toxicidades en su mayoría se registraron bajo grado I, lo que se encasilla con revisiones literarias revisadas.

CONCLUSIÓN

Después de haber analizado los datos encontrados es esta investigación sobre los efectos adversos del Bortezomib en pacientes con mieloma múltiple del departamento de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, período 2014-2017, podemos concluir:

De un total de 33 pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple y tratados con inhibidores de proteasomas tipo bortezomib, 15 pacientes evidenciaron efectos adversos, lo que equivale a 45.5% de la totalidad de pacientes, el resto cursaron de en ausencia de las mismas.

Los individuos a los que se administró dosis de 1.9-2.2mgr de bortezomib registraron mayor cantidad de efectos adversos, representados por 53.4% (8pacientes); siendo su contrapartida el grupo en que la dosis oscilaba ente 1.5-1.8mgr en los que solo se evidenciaron dichos efectos en 2 pacientes, lo que corresponde a 13.3% de la población estudiada.

Posterior a 5-6 ciclos de bortezomib se registraron la mayor parte de eventos, representados por el 33.4% (5 pacientes), este número es seguido por el número de 3-4 ciclos y > 6ciclos los cuales de manera similar estuvieron representados por el 20.0% (3 pacientes), los que tuvieron menos frecuencia fueron los de 1-2 ciclos de administración y terapia de mantenimiento con un 13.3%.

La toxicidad del sistema neurológico representada con un 46.6% fue la más significativa, seguida por la alteración del sistema hematológico (20%) y sistema gastrointestinal (13.3%), por su parte la toxicidad del sistema renal y cardiopulmonar no tuvo evidencia de afección, para estos últimos no existieron registros (0% de pacientes).

Las parestesias y manifestaciones neuromusculares fueron las que encabezaron el registro de efectos adversos tras

administración de bortezomib, con una frecuencia de 7 pacientes para escala porcentual en 46.8%, seguidos por tinnitus, cefalea, náuseas y vómitos y prurito con 20.0%, 13.3% y 6.6% respectivamente; no existieron pacientes con manifestaciones de sangrado, disnea ni fiebre y/o datos de infección, estos a su vez tuvieron frecuencia nula.

Con respecto al grado de toxicidad registrado en estos pacientes, siete pacientes representados por 46.7% padecieron toxicidad grado I, seguido de toxicidad grado II corroborado por 33.3%, ningún paciente mostró toxicidad grado IV, y solo 20.0% presentaron toxicidad grado III.

RECOMENDACIONES

Formar e informar a los pacientes con hemopatías malignas, así como a los profesionales sanitarios involucrados en la administración y/o el manejo de la quimioterapia hematológica sobre el riesgo que conlleva la administración de cualquier fármaco incluido dentro del arsenal de las denominadas quimioterapias, esto con el objetivo de tras la aparición de efectos adversos se propicie un manejo eficaz de los mismos.

Es de vital importancia informar y educar a los pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple y sus familiares, sobre los diferentes aspectos de la enfermedad; esto se logra mediante la organización periódica de congresos, talleres y charlas dictadas por el personal médico o químicos farmacológicos con el objetivo de fomentar y minimizar el posible impacto de los efectos indeseados en la calidad de vida del paciente.

Crear guías domiciliarias o cibernéticas para denotar cada 24horas las manifestaciones iniciales sugestivas de efectos adversos, así también revalorar los ciclos subsecuentes de medicamentos por el personal médico y evitar registros de toxicidades mayores o grado III.

REFERENCIAS

1. Revisión fisiopatológica, clínica y diagnóstica de MM. Revista médica de costa rica y centroamericana. LXIX 2012
2. Resumen de normas actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de mieloma múltiple. Dean Smith, Kweeyong. BMJ 2013; 346 f 3863.
3. Salmon SE, Cassady JR. Plasma cellneoplasms. En: DeVita VT Jr, Hellman S y Rosenberg SA, editores. Cancer.
4. Principles and practice of oncology. 4th Edition. Volume 2. J. B. Lippincot Co. Philadelphia, Penn.1993.

CONSULTE

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

PREVALENCIA DE CONDILOMATOSIS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DOCENTE SEMMA SANTO DOMINGO.

Jenny Esther Almonte Diloné,* Rubén Darío Pimentel,** Ruth Villegas.***

RESUMEN

Se realizó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo con el propósito de determinar la detección de condilomatosis en el servicio de Ginecología del hospital docente SEMMA. Santo Domingo 2012 - 2016. La muestra estuvo constituida por 13,623 pacientes atendidas en el servicio de ginecología de las cuales 94 resultaron positivas a condilomatosis. La prevalencia de pacientes con condilomatosis fue de 94 (0.7%). El 54.3 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis tenían una edad de 20-29 años. El 51.1 por ciento de las pacientes eran solteras. El 68.1 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis procedían de la zona urbana. El 37.2 por ciento de las pacientes según su escolaridad era secundaria. El 75.5 por ciento de las pacientes tenían 2 números de parejas sexuales. El 69.1 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis su localización fue en la vulva. El 24.4 por ciento por ciento de las pacientes recibieron Podox crema (podofilina) como tratamiento.

Palabras claves: Condilomatosis, detección, prevalencia.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective study was carried out with the purpose of determining the detection of condylomatosis in the gynecology department of the teaching hospital SEMMA. Santo Domingo 2012 - 2016. The sample consisted of 13,623 patients treated in the gynecology department of 94 94 were positive for condylomatosis. The prevalence of patients with condylomatosis was 94 (0.7%). The 54.3 percent of the patients with prevalence of condylomatosis had an age of 20-29 years. 51.1 percent of the patients were single. The 68.1 percent of patients with prevalence of condylomatosis origin of the urban area. The 37.2 percent of patients according to their schooling was secondary. 75.5 percent of patients had 2 numbers of sexual partners. The 69.1 percent of the patients with prevalence of condylomatosis its location was in the vulva. 24.4 percent percent of patients treated with Podox cream (podophyllin) as a treatment.

Key words: Condilomatosis, detection, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El condiloma acuminado es una enfermedad de tipo verrugoso de origen viral, la cual es fácilmente identificada por la revisión clínica, tiende a desarrollarse en áreas genitales húmedas, con crecimientos únicos o en racimos tomando la apariencia de coliflor.¹

La inmunosupresión es considerada como un factor de riesgo para la adquisición y fácil transmisión al huésped, así como su dificultad para encontrar el tratamiento ideal debido a sus frecuentes recurrencias. A través de técnicas de inmunohistoquímica e hibridación molecular se ha determinado una estrecha asociación entre los condilomas acuminados de la vulva con los subtipos 6 y 11 del Virus del Papiloma Humano.¹

Como tratamiento para los condilomas acuminados de la vulva se han utilizado múltiples sustancias farmacológicas entre ellas por su disponibilidad el 5-fluorouracilo, agente antineoplásico, análogo de la pirimidina, se considera que tiene acción específica en la fase -S- del ciclo de división celular, la cual se produce como resultado de su conversión a un metabolito activo en los tejidos que incluye la inhibición de DNA y RNA.¹

La mayoría de las infecciones por Virus del Papiloma Humano son transitorias con una duración media entre 12 y 24 meses para virus de alto riesgo y la mitad de tiempo para virus de bajo riesgo, las infecciones por Virus del Papiloma Humano 16 son las que representan duraciones más prolongadas.²

Los casos con persistencia de detección de DNA viral constituyen el grupo de alto riesgo para progresión neoplásica. El DNA viral se detecta en 20-50 por ciento de las lesiones de bajo grado y en 70 a 90 por ciento en las de alto grado.²

Si el virus permanece en forma latente, una mujer que parece haber tenido una regresión de su infección entre sus visitas de seguimiento estaría aún en riesgo de desarrollar alguna lesión asociada al VPH.²

Los cambios fisiológicos que el cérvix son: el aumento de la vascularidad, hipertrofia del estroma fibromuscular, las glándulas cervicales se hacen hiperplásicas dando lugar a

*Médico familiar y comunitario egresado del 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.

una protrusión polipoidea, hiperplasia microglandular o ambas, eversión glandular y consecuentemente se produce una metaplasia significativa. Estos cambios producen que la interpretación de las citologías sea más difícil.²

Los tipos de virus del papiloma humano que afectan mucosas se transmiten predominantemente por vía sexual. A pesar de que se han descrito otras formas alternativas de transmisión. Se plantea que entre los 3 meses y los 16 años, es el periodo que se necesita para padecer la enfermedad.³

A este se le conoce con varias denominaciones, tales como: verruga acuminada, verruga genital, vegetación venérea, papiloma venéreo o verruga ano genital. De acuerdo a su origen significa tumor redondo o puntiagudo, es una lesión propia de las mucosas y sobre todo de los genitales, pero puede presentarse en el ano, cavidad oral, axila, región umbilical, espacios interdigitales, meato uretral y en conjuntiva ocular como localizaciones menos frecuentes.³

Antecedentes

Félix Valera, Mercedes A. *et al*, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal y de recolección retrospectiva, realizado en el hospital Dr. Luís E. Aybar, Santo Domingo, República Dominicana, en el año 2004, en los pacientes de la consulta externa de ginecología que solicitan asistencia en la clínica de patología de cuello uterino con el propósito de determinar la incidencia del Virus del Papiloma Humano (HPV) en pacientes de 15 a 60 años. Se estudiaron 296 casos (Pacientes) en el periodo comprendido entre 2002 y 2003 en edades entre 15 a 60 años, los resultados revelaron que la incidencia del virus del papiloma humano (HPV) es más frecuente según los datos obtenidos en edades entre 31 y 40 años. Según los factores asociados fueron; neoplasia cervical intraepitelial I (NICI) 53% el número de conyugue un solo conyugue 51% según paridad, (núlpara), 89,50%, según el primer coito 30,10%.⁴

González Martínez, Núñez Troconis. Tratamiento de las verrugas genitales: una actualización. Chile. 2015. La infección por el Virus del Papiloma Humano es una afección altamente prevalente a nivel mundial y una de sus consecuencias es la verruga genital externa o condiloma genital. El tratamiento de estas lesiones ha sido tradicionalmente difícil, debido a la alta recurrencia de las lesiones. Se revisan los aspectos más novedosos del tratamiento de las verrugas genitales. Las sinecatequinas y una nueva formulación de Imiquimod al 3,75 por ciento resaltan como las terapéuticas más novedosas, mientras que la terapia fotodinámica carece de evidencia científica adecuada como para recomendar su uso rutinario. Las vacunas profilácticas y terapéuticas parecen poseer un gran potencial pero aún se encuentran en fases iniciales de investigación.⁴

Carrera R, *et al.*, Imiquimod en el tratamiento de la infección vulvar por virus de papiloma humano. Venezuela 2012. La edad promedio de las pacientes fue $27,7 \pm 6,5$ años. Las lesiones más frecuentes fueron exofíticas, 30 por ciento estaban ubicadas en horquilla y 30 por ciento eran multifocales. A los tres y seis

meses del tratamiento, se obtuvo una mejoría total del 96,7 por ciento y 3,3 por ciento de persistencia ($P < 0,001$) Al año de seguimiento 83,3 por ciento se curaron, 13,3 por ciento recurrieron y en 3.3 por ciento persistió la lesión ($P < 0,001$). El 66,7 por ciento de las pacientes presentaron efectos colaterales leves durante el tratamiento, predominaron el dolor (26.7%) y el ardor (23.3%). Ninguna suspendió la terapia. Para el mes de culminado el tratamiento, el 73.3 por ciento no manifestó síntomas ($P = 0,0003$). Las variables epidemiológicas y las características de las lesiones no afectaron el resultado.⁵

Reigosa Aldo, *et al.*, Genotipos del virus papiloma humano en el cuello uterino de mujeres de la región central de Venezuela. Venezuela 2015. Septiembre. La frecuencia del virus fue de 68,7 por ciento (16 991/24 734), de los cuales 70 por ciento correspondieron a mujeres en rango de edad entre 12 a 30 años. Predominaron los genotipos de bajo riesgo oncogénico con 61.6 por ciento, con respecto a los de alto riesgo 33.5 por ciento y de probable alto riesgo 4.9 por ciento. El genotipo más frecuente para el grupo de bajo riesgo fue la 6 (59.2%) y para los grupos de alto riesgo y posible alto riesgo fue la 31 (31.4%) y 53 (99.3%), respectivamente.⁶

Aguiar Henry, *et al.*, Asociación entre presencia del virus del papiloma humano y hallazgos anatómo-patológicos. Venezuela 2015. Se obtuvieron 43 muestras positivas para virus del papiloma humano 17 fueron 16 (39.53%), 3 virus del papiloma humano 18 (6.98%), 1 virus del papiloma humano 33 (2.33 %), 14 muestras presentaron coinfección (32.56 %) y en 8 muestras (18.60%) no ocurrió digestión con las enzimas utilizadas. Existen relaciones estadísticas significativas entre la presencia de virus del papiloma humano y las variables analizadas.⁷

Cabrera Acea, *et al.*, Características clínico-epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis Medi Sur. América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2011. La condilomatosis genital fue la más frecuente, predominó en el sexo femenino, edades entre 20 y 39 años (51.4%) y en el nivel escolar medio superior (66.7%), el 55.6 por ciento de los pacientes presentaron antecedentes patológicos personales de infecciones de transmisión sexual e infecciones asociadas previas al diagnóstico; el 23.6 por ciento presentó infección concomitante con el diagnóstico de condilomatosis y de ellos, 70,6 por ciento correspondió a vaginosis bacteriana. La enfermedad predominó en heterosexuales y en los que refirieron entre 2 y 3 parejas sexuales en los últimos 12 meses. La mayoría de los casos fueron diagnosticados de forma espontánea.⁸

Justificación.

La presente investigación se realizara con el objetivo de aportar al conocimiento ya existente sobre la frecuencia del virus del papiloma humano en pacientes ginecológicas, tomando en cuenta que la incidencia del virus del papiloma humano ha incrementado significativamente en los últimos años, principalmente en países como el nuestro en vía de desarrollo, en el cual existen varios factores que coadyuvan

a su aparición, como son, nivel socioeconómico bajo, grado de escolaridad, falta de interés o voluntad por parte de las autoridades, para anexar el tema a los distintos programas de estudio, correspondiente a los diversos niveles educativos, el inicio de una vida sexual a temprana edad, los tabúes limitan la educación sexual, por el hecho de que aun vivimos en una sociedad con mucho perjuicio sobre el tema en cuestión.

El virus papiloma humano (VPH) constituye un grupo viral heterogéneo capaz de producir lesiones hiperplásicas, papilomatosas y verrugosas tanto en piel como en mucosas y en los últimos años se ha demostrado que juega un papel importante en la carcinogénesis de diferentes órganos blanco.⁹

La naturaleza multicéntrica del virus papiloma humano induce enfermedad en varias áreas incluyendo cérvix, vagina, vulva y región perianal.⁹

Ni en el Ministerio de Salud Pública, ni en la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITS) hay datos estadísticos sobre la incidencia de la enfermedad en la República Dominicana pero se presume que afecta a una gran cantidad de mujeres en el país.⁹

Así mismo, señala que una de cada 10 personas alrededor del mundo (aproximadamente 630 millones) tiene virus papiloma humano y se estima que la mayoría de la población se contagia con algunos de los virus en sus primeros años de vida sexual. El virus del virus papiloma humano induce a diferentes enfermedades en la mujer, como la Neoplasia Cervical Intraepitelial (CIN), la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (VIN), Neoplasia Intraepitelial Anal, y la Displasia, mayor causante de cáncer cervical en la mujer, enfatiza el artículo.⁹

El propósito de esta investigación será la prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología en el hospital docente SEMMA Santo Domingo. 2012 - 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el propósito de determinar la prevalencia de condilomatosis en el servicio de Ginecología del hospital docente SEMMA Santo Domingo. 2012 - 2016.

Área de estudio.

El estudio tuvo lugar en servicio de Ginecología del hospital docente SEMMA Santo Domingo, el cual se localiza en la calle Josefa Perdomo No 152, Gazcue, Distrito Nacional, delimitado, al Norte, por la calle Josefa Perdomo; al Sur, por la calle Santiago; al Este, por la calle José Joaquín Pérez; al Oeste, por la calle Hermanos Deligne. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico / vista aérea

Universo.

El universo estuvo constituida por 16,695 pacientes que fueron evaluadas por el departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital docente SEMMA en el periodo comprendido de 2012 - 2016.

Muestra.

La muestra estuvo constituida por 13,623 pacientes atendidas en el servicio de ginecología, durante el periodo 2012 - 2016.

Criterios.

Inclusión

1. Pacientes diagnosticadas con condilomatosis.
2. Mayores ≥ 18 años.

Exclusión.

1. Expedientes clínicos no localizados.
2. Expedientes clínicos incompletos.

Instrumento de recolección de datos.

Para la obtener los datos se elaboró un cuestionario que contiene un total de 8 preguntas (4 abiertas – 4 cerradas). Contiene datos socio demográficos, como edad, estado civil, procedencia, entre otros. Datos relacionados con la enfermedad tales como números de parejas sexuales, localización, tratamiento. .

Procedimiento.

El instrumento fue llenado a través de la revisión de expedientes clínicos por la sustentante de último año de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en fecha de febrero – marzo 2017.

Tabulación.

Los datos obtenidos fue sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizará el programa Microsoft Excel.

Análisis.

Las informaciones fue obtenidas a partir de la presente investigación, fueron presentadas en frecuencia simple.

Aspectos éticos.

El presente estudio estuvo ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³³ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³⁴ 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 Docente SEMMA, cuya aprobación será 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 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 serán 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 serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será 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, será justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Tabla I. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016.

Condilomatosis	Frecuencia	%
Sí	94	0.7
No	13,529	99.3
Total	13,623	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Del total de 13,623 pacientes evaluadas por el departamento de Ginecología 94 (0.7%) presentaron condilomatosis en el servicio de ginecología.

Tabla II. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 20	20	21.3
20-29	51	54.3
30-39	11	11.7
40-49	8	8.5
≥ 50	4	4.3
Total	94	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 54.3 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis tenían una edad de 20-29 años, el 21.3 por ciento menor que < 20, el 11.7 por ciento de 30-39 años, el 8.5 por ciento de 40-49 años y el 4.3 por ciento mayor de 50.

Tabla III. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016. Según estado civil

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	8	8.5
Soltera	48	51.1
Unión libre	38	40.4
Total	94	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 51.1 por ciento de las pacientes eran soltera, el 40.4 por ciento unión libre y el 8.5 por ciento casada.

Tabla IV. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Zona urbana	64	68.1
Zona rural	30	31.9
Total	94	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 68.1 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis procedían de la zona urbana y el 31.9 por ciento zonas rurales.

Tabla V. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	2	2.1
Secundaria	35	37.2
Universitaria	55	58.5
Técnico	2	2.1
Total	94	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 37.2 por ciento de las pacientes según su escolaridad era secundaria, el 58.5 por ciento universitaria, el 2.1 por ciento primaria y técnica.

Tabla VI. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016. Según número de pareja sexuales.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%
1	18	19.1
2	71	75.5
3	5	5.3
Total	94	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 75.5 por ciento de las pacientes tenían 2 números de parejas sexuales, el 19.1 por ciento 1 y el 5.3 por ciento 2 número de parejas sexuales.

Tabla VII. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del Hospital Docente Semma Santo Domingo. 2012-2016. Según localización

Localización	Frecuencia	%
Clítoris	1	1.1
Genitales	5	5.3
Perineal	3	3.2
Región anal	2	2.1
Vagina	18	19.1
Vulva	65	69.1
Total	94	100.0

Fuente: expediente clínico.

El 69.1 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis su localización fue en la vulva, el 1.1 por ciento clítoris, el 5.3 por ciento genitales, el 3.2 por ciento perianal, el 2.1 por ciento región anal, el 19.1 por ciento vagina.

Tabla VIII. Prevalencia de condilomatosis en el servicio de ginecología del hospital docente Semma Santo Domingo 2012-2016. Según Tratamiento

Tratamiento	Frecuencia	%
Condilex	11	11.7
Epigen	2	2.1
Podofilina	9	9.6
Podox crema	23	24.4
Podox tópico	1	1.1
Referidas.	48	51.1
Total	94	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 24.4 por ciento por ciento de las pacientes recibieron Podox crema como tratamiento, el 11.7 por ciento Condilex, el 9.6 por ciento de pacientes podofilina, el 2.1 por ciento Epigen, el 1.1 por ciento por ciento podox tópico y el 51.1 por ciento de las pacientes fueron referidas.

DISCUSIÓN

La prevalencia de pacientes con condilomatosis fue de un 0.7 por ciento. El condiloma acuminado no se considera una enfermedad de notificación obligatoria; por eso la mayor parte de los estudios de prevalencia se realizan por estimación. Este estudio muestra la prevalencia en un grupo de mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino mediante citología, que puede no ser representativa de Prevalencia anual y global de casos de condiloma acuminado, donde la prevalencia anual estuvo entre 3 y 4 por ciento; información que contrasta con que fue de un 0.7 por ciento de lo reportado en las mujeres que acuden a toma de citología. El 54.3 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis tenían una edad de 20-29 años; en un estudio realizado por María José Jirón Altamirano et al en la universidad nacional autónoma de Nicaragua unan-Managua recinto universitario Rubén Darío facultad de ciencias médicas 2015, donde el 29.6 por ciento de las pacientes tenían una edad de 20-39 años de edad siendo este el porcentaje más bajo que nuestro estudios.

El 51.1 por ciento de las pacientes eran soltera; en un estudio realizado por Alicia Franchesca López Gómez et al en la universidad nacional autónoma de Nicaragua unan-Managua recinto universitario Rubén Darío facultad de ciencias médicas 2015, donde el 20.3 por ciento eran soltera.

El 68.1 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis procedían de la zona urbana; en un estudio realizado por María José Jirón Altamirano et al en la universidad nacional autónoma de Nicaragua unan-Managua recinto universitario Rubén Darío facultad de ciencias médicas 2015, donde el 95.3 por ciento de las pacientes procedían de la zona urbana.

El 37.2 por ciento de las pacientes según su escolaridad era secundaria; en un estudio realizado por Adriana Estefanía Cedeño Pozo et al en la universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de obstetricia ecuador 2013, donde el 23.6 por ciento de las pacientes su escolaridad era secundaria.

El 75.5 por ciento de las pacientes tenían 2 números de parejas sexuales; en un estudio realizado por Adriana Estefanía Cedeño Pozo et al en la universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de obstetricia ecuador 2013, donde el 19.2 por ciento de las pacientes tenían 2 números de parejas sexuales

El 69.1 por ciento de las pacientes con prevalencia de condilomatosis su localización fue en la vulva.; en un estudio realizado por Adriana Estefanía Cedeño Pozo et al en la universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de obstetricia ecuador 2013, donde el 30.0 por ciento de las pacientes su localización fue en la vulva.

El 24.4 por ciento de las pacientes le indicaron un tratamiento de podox; en un estudio realizado por María Belén Goyes Guerra et al en el hospital gineco obstétrico "isidro ayora" de la ciudad de quito 2015, donde el 30.3 por ciento de las pacientes recibieron Podox crema como tratamiento.

RECOMENDACIONES

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. Es importante establecer medidas de prevención encaminadas a disminuir el contagio, exhortando a la población adolescente (de hombres y mujeres) a ejercer una sexualidad responsable que habrá de repercutir en la disminución de casos de infección por virus del papiloma humano y del gasto social e institucional (del que por cierto no se tiene registro).
2. Informar a las pacientes sobre como adoptar una conducta sexual más segura para así poder gozar de una buena salud, tanto física como emocional.
3. Fomentar mediante charlas, conferencia, película, el interés sobre los riesgos que conllevan las infecciones de transmisión sexual.
4. Promover la realización de la citología en base líquida de forma general para todas las pacientes de este centro de salud y así poder tener la tipificación del virus.
5. A las autoridades del SEMMA para que proporcionen los insumos necesarios para realizar el tratamiento en la institución ya que las pacientes se ven en la necesidad de comprar el medicamento o ser referidas con tales fines y se ponen en riesgo de no cumplir con el mismo.
6. Motivar a futuras investigaciones con la finalidad de dar seguimiento a pacientes con esta patología.
7. Considerar incluir la vacuna del HPV en el esquema de vacunación para ofrecer a las niñas del centro.
8. Garantizar absoluta confidencialidad, sobre todo en grupos de pacientes vulnerables como adolescentes, víctimas de violencia de género e intrafamiliar y personas en riesgo de infecciones de transmisión sexual

y VIH/SIDA.

REFERENCIAS.

1. Trejo S. Ó., *et al.* Eficacia del tratamiento de los condilomas acuminados del tracto anogenital con electrocirugía vs electrocirugía más 5-fluorouracilo. Rev Fac Med UNAM. Citada el 28/11/2016. Vol. 52 No. 5 Septiembre-Octubre, 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un095d.pdf>.
2. Mendoza L. L. D., *et al.* Genotipificación del Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo. Citada el 28/11/2016. Año V, No. 9, Octubre 2013. <http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2013/tgi139d.pdf>.
3. González S. Y., *et al.* Intervención educativa sobre el condiloma acuminado en mujeres en edad fértil. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Nov 28]; 38(3): 353-365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300008&lng=es.
4. Félix Valera, Mercedes A. et al, Incidencia del Virus del Papiloma Humano (HPV) en pacientes de 15 a 60 años asistidas en la clínica de patología de Cuello Uterino del hospital Dr. Luís E. Aybar, Rev. Med. Dom. Vol. 71, No. 1, enero-abril 2010.
5. González M. G., Núñez T. J. Tratamiento de las verrugas genitales: una actualización. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Nov 28]; 80(1): 76 – 83. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n1/art12.pdf>
6. Carrera R J. L., Figueira F J. V., González B. M. Imiquimod en el tratamiento de la infección vulvar por virus de papiloma humano. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Nov 28]; 72(4): 261-268. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400007&lng=es.
7. Reigosa A., *et al.* Genotipos del virus papiloma humano en el cuello uterino de mujeres de la región central de Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Nov 28]; 75(3): 177-186. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000300006&lng=es.
8. Cabrera A., *et al.* Características clínico-epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis MediSur. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. 2011 [citado 2016 Nov 28]. vol. 9, núm. 4, 2011, pp. 22-27. Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180022368007.pdf>
9. Graciela C. *et al.* Características clínico-epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis MediSur. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. 2011 [citado 2016 Nov 28]. vol. 9, núm. 4, 2011, pp. 22-27. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos, Cuba. Disponible

- en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180022368007.pdf>
10. Hernández L. *et al*, Papiloma humano: asesino silente de las mujeres. sábado, 17 de diciembre de 2011. Citada el 7/12/2016. <http://redacciond.blogspot.com/2011/12/papiloma-humano-asesino-silente-de-las.html>
 11. Faccini A. E., *et al*. Detección del papilomavirus humano en citologías cervicales de mujeres atendidas en el Programa de Salud de la Familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2014. [citado 2016 Nov 28]. ene.-feb. 2014; 22(1): disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00100.pdf
 12. Silva T. G. J. Frecuencia de genotipos de papiloma virus y su prevalencia en mujeres afectadas por cáncer uterino, evaluadas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, 2014. Tesis internet. 2014. Guayaquil, Ecuador. 2014. Disponible en: <http://docplayer.es/18037974-Universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-quimicas-modalidad-investigacion-tema.html>
 13. Situación de los programas para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: evaluación rápida mediante encuesta en doce países de América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2010. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17788&Itemid=
 14. Silva R., *et al*. Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Nov 28] ; 30(2):186-192. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000200009>.
 15. Quintás Vázquez L. M., García D. P. Condilomas Genitales. Actualizado Mayo 2013, consultado el 28/11/2016. <http://www.laria.com/docs/sections/ayudaRapida/ayudaDiagnostico/CONDILOMAS%20GENITALES.pdf>
 16. Ampliación de tema 53 del volumen 2 de Matronas del Servicio Andaluz de Salud, Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo. Revista internet. Citada el 28/11/2016. <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>
 17. Carstens C. Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España. Tesis internet. 2012. Citada el 28/11/2016. Salamanca, Junio de 2012. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM_CarstensC_Papiloma.pdf
 18. Sánchez Sánchez E. M. Distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa intraepitelial de alto grado (cin 2-3) y análisis de los cofactores de cáncer de cérvix en Málaga. Tesis internet 2012. Citada el 28/11/2016. Malaga 2012. Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5013/Tesis%20Doctoral%20de%20Eva%20Maria%20S%20El%20Inchez%20S%20El%20Inchez.pdf?sequence=1>
 19. Moreira del Barcos H. M. Frecuencia del virus del papiloma humano durante el embarazo en mujeres de 15 A 25 años atendidas en la Maternidad Enrique C. Sotomayor de Septiembre del 2012 A Febrero del 2013. Tesis 2013. Citada 28/11/2016. Guayaquil – Ecuador Año 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1850/1/tesis%20de%20virus%20papiloma%20humano.pdf>
 20. Romo M. A. Infección por virus del papiloma humano en varones pareja de mujeres infectadas y concordancia del tipo viral. Tesis doctoral. 2012. Citada el 29/11/2016. Salamanca 2011. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110824/1/DME_Romo_Melgar_A_InfeccionPorVirus.pdf
 21. Zaldivar Lelo de L. G., *et al*. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2016 Nov 29] ; 77(4):315-321. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400014>.
 22. González M. G., Núñez T. J. Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano: una actualización. Invest. clín [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Nov 29]; 55(1): 82-92. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332014000100009&lng=es.
 23. Marcela Del R. C. B., Capelo Trujillo T. G. Prevalencia de infección por el virus del papiloma humano, en mujeres de 15 a 45 años de edad, que acuden a la consulta externa de ginecología en el hospital gineco-obstétrico “isidro ayora”, en el período enero a diciembre 2011. Tesis 2012. Citada el 29/11/2016. Quito, Octubre 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2917/1/T-UCE-0006-64.pdf>.
 24. Domínguez Chillogalli M. del P. Factores correlacionados que predisponen a la presencia del virus del papiloma humano en mujeres de 20 a 35 años que son atendidas en el centro de salud Mabel Estupiñán de la ciudad de Machala en el año 2011 – 2012. Tesis internet. Citada el 29/11/2016. Machala – El oro - Ecuador 2014. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/2188/1/CD00243-TESIS.pdf>.
 25. Medina M. L., Medina M. G., Merino L. A. Valoración diagnóstica de técnicas moleculares para detección de infección bucal por virus del papiloma humano. Rev. costarric. salud pública [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Nov 29]; 21(2): 116-122. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292012000200013&lng=en.
 26. American Cancer Society. (2016). Preguntas frecuentes

- Virus del papiloma humano (VPH) y vacunas contra el VPH.
27. Antonella, C. (Mayo de 2016). Virus del Papiloma Humano (VPH). Quito, En Ecuador Fundaciones Relacionadas. Universidad San Francisco de Quito Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas. Comunicación para Mercadeo Social.
 28. Hernández B. P. Estudio molecular del condiloma acuminado: correlación clínica e histopatológica, genotipo del virus del papiloma humano y factores de riesgo asociados. Tesis internet. Citada el 29/11/2016. Valencia 2015. Disponible en: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/53905/TESIS_PABLO%20HERNANDEZ%20BEL_20-10-15.pdf?sequence=1&isAllowed=n
 29. Solórzano Vera A. N. Trabajo de titulación presentado como requisito previo para optar al grado de química y farmacéutica. Tesis internet. Citada el 29/11/2016. Guayaquil – Ecuador 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9063/1/BCIEQ-T-0150%20Sol%C3%B3rzano%20Vera%20Adriana%20Narcisa.pdf>
 30. Goyes Guerra M. B, *et al.* Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo oncogenico (vph-ar) en mujeres embarazadas que acuden al control por consulta externa en el hospital gineco obstetrico “Isidro Ayora” de la ciudad de quito. Tesis internet. Citada el 29/11/2016. Quito, junio 24, 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4722/1/T-UCE-0006-109.pdf>
 31. Herrera Y. A.; Piña-Sánchez, P. Historia de la evolución de las pruebas de tamizaje en el cáncer cervicouterino Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Internet. Citada el 29/11/2016. vol. 53, núm. 6, noviembre-diciembre, 2015, pp. 670-677 Instituto Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457744940002.pdf>
 32. Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición salvador ZubiranMexico. Citado el 16/12/15. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>
 33. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2002. Citado 16/12/15. Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf
 34. Manzini JL. Declaración de Hilsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
 35. 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.



FRECUENCIA DE FALLA CARDIACA AGUDA EN PACIENTES ASISTIDOS EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DOCTOR LUIS EDUARDO AYBAR,

*Darlin José Plasencia Abréu, *Fulgencio Severino, **Rubén Darío Pimentel.****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para determinar la frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en Medicina Interna del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Del total de 2,272 pacientes asistidos por el Departamento de Medicina Interna, 419 de ellos presentaron falla cardiaca aguda para un 18.4 por ciento. El 74.9 por ciento de las pacientes tenían una edad mayor de 65 años. El 53.9 por ciento de los pacientes eran de sexo femenino. El 68.9 por ciento de las pacientes procedían de la zona rural. El 57.0 por ciento de los pacientes eran de escolaridad primaria. El 78.0 por ciento de los pacientes consumían café. El 72.8 por ciento de los pacientes en antecedentes patológicos personales presentaron hipertensión arterial sistémica. En cuanto a los factores precipitantes el 64.7 por ciento de los pacientes presentaron falta de apego al tratamiento. En cuanto a las manifestaciones clínicas el 94.4 por ciento de los pacientes presentaron ortopnea. En cuanto al método diagnóstico el 97.4 por ciento de los pacientes se le realizó Ecocardiograma. El 74.7 por cientos de los pacientes presentaron hallazgos de cardiomegalia, el 60.8 por ciento cefalización del flujo pulmonar. En 70.4 por ciento de los pacientes tuvieron gravedad en la NYHA IV. El 100.0 por ciento de los pacientes se le aplico como a tratamiento agudo oxígeno. El 87.8 por ciento de los pacientes se le aplico como tratamiento de estabilización digoxina. El 1.6 por ciento de los pacientes se le medico intubación endotraqueal + ventilación mecánica.

Palabras claves: frecuencia, falla cardiaca aguda, hipertensión arterial sistémica, ortopnea.

ASBTRACT.

A descriptive, retrospective study was to determine the frequency of acute heart failure in patients assisted in Internal Medicine Dr. Luis Eduardo Aybar Hospital, January–December 2013. Of the total 2,272 patients assisted by the Department of Internal Medicine, 419 of them had heart failure acute to

18.4 percent. 74.9 percent of patients were older than 65 years. 53.9 percent of patients were female. 68.9 percent of patients came from rural areas. 57.0 percent of patients were primary school. 78.0 percent of patients drank coffee. 72.8 percent of patients in personal medical history presented systemic blood pressure. As for the precipitating factors 64.7 percent of patients had lack of adherence to treatment. As for the clinical manifestations 94.4 percent of patients had orthopnea. Regarding diagnosis method 97.4 percent of the patients will Echocardiography was performed. 74.7 hundreds of patients had findings of cardiomegaly, 60.8 percent cephalization pulmonary flow. In 70.4 percent of patients they had serious in NYHA IV. 100.0 percent of the patients was acute treatment applied as oxygen. 87.8 percent of the patients was applied as digoxin treatment stabilization. The 1.6 percent of patients is endotracheal intubation medical + mechanical ventilation.

Keywords: frequency, acute heart failure, systemic blood pressure, orthopnoea.

INTRODUCCIÓN.

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se define como el comienzo rápido de síntomas y signos secundarios a una función cardiaca anormal y se caracteriza generalmente por un aumento de la presión capilar pulmonar con congestión pulmonar, aunque en algunos pacientes la presentación clínica puede estar dominada por un gasto cardiaco reducido y la hipoperfusión tisular. El mecanismo subyacente puede ser cardiaco o extracardiaco; la afectación cardiaca se ha relacionado con la isquemia, la alteración del ritmo cardiaco, la difusión valvular, las enfermedades pericárdicas o el desajuste de la precarga y/o postcarga.¹

Existen múltiples factores que se asocian con una descompensación de la falla cardíaca preexistente y que precipitan la misma, o en otros casos, a la falla cardíaca coligada a síndromes de alto gasto que deben ser reconocidos precozmente, dado que la corrección de éstos usualmente, conlleva una resolución de la disfunción ventricular izquierda.¹

El paciente con insuficiencia cardiaca requiere una evaluación diagnóstica y un tratamiento inmediato, así como a largo plazo, tanto para mejorar los síntomas y estabilización hemodinámica

*Médico Internista.

**Médico cardiologo. Hospital 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.

en el periodo agudo, como para prevenir futuros episodios de descompensación aguda y mejor pronóstico de los pacientes.²

Este síndrome, es cada vez más frecuente dado el aumento de la expectativa de vida, debe ser reconocido y tratado por el personal médico de manera rápida y eficaz, para que derive en mejores desenlaces.²

Antecedentes.

Pere Llorens et al. (2008),⁵ realizaron un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante, España, donde un total de 1,017 pacientes fueron incluidos en el estudio. La media de edad fue de 77 años. El 52.1 por ciento de los pacientes eran mujeres. El 60,6 por ciento mostraba síntomas de congestión pulmonar y sistémica. En los enfermos, a su llegada a urgencias, se documentaba que un 88,2 por ciento eran tratados habitualmente con diuréticos, 55,9 por ciento con inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) y/o con bloqueadores del receptor de la angiotensina-II (ARA-II) y el 24,7 por ciento con beta-bloqueantes. En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), el 84,2 por ciento recibieron diuréticos intravenosos (17,2% en perfusión continua), el 25,9 por ciento nitroglicerina intravenosa, el 3,8 por ciento tratamiento inotrópico, y en el 4,6 por ciento se utilizó soporte con ventilación no invasiva (VNI). El 70 por ciento de los pacientes fueron hospitalizados. Del total de enfermos valorados en el SUH, el 44,2 por ciento permanecieron en unidades de observación (UO) y unidades de corta estancia (UCE).

Rosa Escoba et al. (2010),³ realizaron un estudio en el Área de Urgencias, Hospital Clínica, Barcelona, España, donde en total incluyeron 1,321 pacientes, 708 correspondientes al grupo preintervención y 613 correspondieron al grupo posintervención. Hubo escasas diferencias entre los grupos pre y postintervención en sus características demográficas, clínicas o en el tratamiento (en el grupo postintervención, existía un mayor porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, disfunción sistólica y tratamiento ambulatorio con bloqueadores beta-adrenérgicos; $p < 0,05$ para todos ellos). Se detectó un aumento significativo en la determinación de BNP o pro-BNP (incremento absoluto del 44,7 por ciento, IC del 95 por ciento: 39,9-49,5 por ciento; $p < 0,001$) y en el uso de nitroglicerina endovenosa (incremento absoluto del 6,9 por ciento, IC del 95 por ciento: 2,2-11,5; $p < 0,01$). Se evidenció un aumento no significativo en la determinación de troponinas, y en el uso de furosemida en perfusión continua y ventilación no invasiva (VNI).

Francisco Javier Martín-Sánchez et al., (2013)⁴ realizaron un estudio en el Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, donde se incluyó a 5.819 pacientes; 493 (8,5%) del grupo < 65 años, 971 (16,7%) del de 65-74 años, 2.407 (41,4%) del de 75-84 años y 1.948 (33,5%) del ≥ 85 años; 4.424 pacientes (76,5%) ingresaron desde urgencias, de los que 251 (4,5%) fallecieron durante el ingreso. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad,

síndromes geriátricos, presentación clínica y procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función del incremento de la edad de los grupos. Se halló una tendencia lineal estadísticamente significativa entre los grupos de edad y la probabilidad de ingreso hospitalario ($p < 0,001$) y la probabilidad de muerte tanto durante el ingreso ($p < 0,001$) como a los 30 días de seguimiento ($p < 0,001$).

Justificación.

La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) continúa siendo una causa altamente frecuente de hospitalización, ya sea como diagnóstico primario o secundario. Aun así, no está claro cómo debemos manejar a pacientes admitidos por agravamiento o aparición aguda de insuficiencia cardíaca.

Es así que es constante el intento por aplicar nuevas terapéuticas al tratamiento de los episodios de insuficiencia cardíaca aguda que permitan una rápida y persistente mejoría clínica con mínimos, o nulos efectos adversos y de paso disminuir la frecuencia de esta enfermedad, mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad por falla cardíaca aguda.

Es por esto que consideramos de gran importancia realizar un estudio con el fin de determinar la frecuencia de falla cardíaca aguda en pacientes asistidos en Medicina Interna del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, enero –diciembre 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para determinar la frecuencia de falla cardíaca aguda en pacientes asistidos en Medicina Interna del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013.

Demarcación geográfica

Este estudio se realizó en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, ubicado en la calle Federico Velásquez No. 1, en el sector María Auxiliadora, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al Norte, por la calle Osvaldo Basil; al Sur, por la Federico Velásquez; al Este, por la Albert Thomas y al Oeste, por la Federico Bermúdez. Corresponde al área IV de salud de la Región Metropolitana.

Universo

El universo estuvo constituido por 8,420 pacientes asistidos por el departamento de Medicina Interna en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013.

Muestra.

Estuvo constituida por 2,271 pacientes asistidos en el área de Medicina Interna en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013.

Criterios

Criterios de inclusión

- Pacientes asistidos con diagnóstico de falla cardíaca aguda.

- Pacientes ingresados durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes asistidos que no fueron diagnóstico de falla cardíaca aguda.
- Pacientes ingresados fuera del periodo de estudio.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos se utilizó un formulario que se elaboró por el sustentante, que contiene 12 preguntas: 8 cerradas y 4 abiertas. (Ver anexo IV.6.2. Instrumento de recolección de la información).

Procedimiento

La investigación contó de dos fases: En la primera, el sustentante de la tesis se encargó de recopilar los datos, basados en el protocolo estandarizado descrito. En la segunda fase los pacientes fueron elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos. Esta fase fue llevada a cabo en enero-diciembre 2013.

Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información obtenida fueron a través de revisión de los expedientes para el llenado de los formularios, y luego procesados mediante programas de computadoras.

Análisis

Los resultados obtenidos de los datos recolectados, fueron ofrecidos en cuadros y gráficos prueba de chi cuadrado, objeto de un análisis teórico que permite una mejor interpretación de los resultados, al final de los mismos ofreceremos las conclusiones y recomendaciones de lugar.

Aspectos éticos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁶ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁷ 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. Luís Eduardo Aybar, 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 de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Frecuencia de falla cardíaca aguda en pacientes asistidos en Medicina Interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013.

Falla cardíaca aguda	Frecuencia	%
Si	419	18.4
No	1,853	81.6
Total	2,272	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

Del total de 2,272 pacientes asistidos por el Departamento de Medicina Interna, 419 de ellos presentaron falla cardíaca aguda para un 18.4 por ciento.

Cuadro 2. Frecuencia de falla cardíaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
<40	38	9.1
40-65	67	16.0
>65	314	74.9
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 74.9 por ciento de las pacientes tenían una edad mayor de 65 años, el 15.9 por ciento de 40-65 años y el 9.1 por ciento menor de 40 años.

Cuadro 3. Frecuencia de falla cardíaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	226	53.9
Masculino	193	46.1
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 53.9 por ciento de los pacientes eran de sexo femenino y el 46.1 por ciento masculino.

Cuadro 4. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	289	69.0
Urbano	130	31.0
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 68.9 por ciento de las pacientes procedían de la zona rural y el 31.1 por ciento de la urbana.

Cuadro 5. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeto	91	21.7
Primario	239	57.0
Secundario	88	21.0
Universitario	1	0.2
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 57.0 por ciento de los pacientes eran de escolaridad primaria, el 21.1 por ciento de analfabeto, el 21.0 por ciento de secundaria y el 0.2 por ciento universitario.

Cuadro 6. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según hábitos tóxicos.

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	%
Café	327	78.0
Alcohol	157	37.5
Drogas	11	2.6
Ninguno	92	21.9
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 78.0 por ciento de los pacientes consumían café, el 37.5 por ciento alcohol, el 22.0 ningunos y el 2.6 drogas.

Cuadro 7. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos personales*	Frecuencia	%
Insuficiencia cardiaca	295	70.4
Infarto de miocardio	231	55.1
Hipertensión arterial sistémica	305	72.8
Diabetes mellitus	178	42.5
Miocardiopatía	8	1.9
Arritmias	18	4.3
Valvulopatías	21	5.0
Angina Inestable	76	18.1
Otros	24	5.7

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presento más de un antecedente patológico personal.

El 72.8 por ciento de los pacientes en antecedentes patológicos personales presentaron hipertensión arterial sistémica, el 70.4 por ciento insuficiencia cardiaca, el 55.1 por ciento infarto de miocardio, el 5.7, otros, el 5.0 valvulopatías, el 4.3 arritmias, el 42.5 por ciento diabetes mellitus, el 18.1 angina inestable, y el 1.9 por ciento miocardiopatía.

Cuadro 8. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según factores precipitantes.

Factores precipitantes*	Frecuencia	%
Infarto agudo de miocardio	54	12.9
Falta de apego al tratamiento	271	64.7
Arritmia aguda	11	2.6
Disfunción valvular	7	1.7
Taponada cardiaca	1	0.2
Miocardiopatía periparto	12	2.9
Crisis hipertensivas	177	42.2
Infecciones	41	9.8
Feocromocitoma	1	0.2
Otros	7	1.7

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presento más de un factor precipitante.

En cuanto a los factores precipitantes el 64.7 por ciento de los pacientes presentaron falta de apego al tratamiento, el 42.2 por ciento crisis hipertensivas, el 12.9 por ciento infarto agudo de miocardio, el 9.8 infecciones, nel 2.9 por ciento miocardiopatía periparto, el 2.6 arritmia aguda, 1.7 otros el 0.2 por ciento taponada cardiaca y el 0.2 por ciento feocromocitoma.

Cuadro 9. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según manifestaciones clínicas.

Manifestaciones Clínicas*	Frecuencia	%
Disnea	379	90.4
Ortopnea	394	94.0
Disnea paroxística nocturna	141	33.6
Crepitantes	391	93.3
Ingurgitación venosa yugular	172	41.0
Reflujo hepato-yugular	89	21.2
Ritmo de golpe	77	18.4
Edema agudo de pulmón	164	39.1
Shock cardiogenico	7	1.7
Otros	71	16.9

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presento más de una manifestación clínica.

En cuanto a las manifestaciones clínicas el 94.4 por ciento de los pacientes presentaron ortopnea, el 90.4 por ciento disneas, el 93.3 por ciento crepitantes, el 41.0 Ingurgitación venosa yugular, el 39.1 edema agudo de pulmón, el 33.6 disnea paroxística Nocturna, el 21.2 reflujo hepato-yugular, el 18.4 por ciento ritmo de golpe, el 16.9 otros y el 1.7 shock cardiogenico.

Cuadro 10. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según métodos diagnóstico.

Métodos diagnóstico*	Frecuencia	%
Clínico	399	95.2
Electrocardiograma	355	84.7
Radiografía de tórax	301	71.8
Ecocardiograma	408	97.4
Otros	279	70.9

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presento más de un método diagnóstico.

En cuanto al método diagnóstico el 97.4 por ciento de los pacientes se le realizo ecocardiograma, el 95.2 por ciento clínico, el 84.7 por ciento electrocardiogramas, el 71.8 por ciento radiografía de tórax y el 70.9 por ciento otros.

Cuadro 11. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según hallazgos.

Hallazgos*	Frecuencia	%
Arritmias	11	0.3
Valvulopatias	70	16.7
Trastornos de la motilidad	231	55.1
Disfunción sistólica	243	58.0
Disfunción diastólica	176	42.0
Patrón alveolar en alas de mariposa	164	39.1
Vegetaciones	38	9.1
Cardiomegalia	313	74.7
Ensanchamiento mediastinico	19	4.5
Botón aórtico prominente	251	59.9
Cefalización del flujo pulmonar	255	60.8
Derrame pleural	79	18.8
Sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo	111	26.5
Crecimiento del Ventrículo izquierdo.	216	51.5
Crecimiento del Aurícula izquierda.	174	41.5
Trastornos del segmento st-T	199	47.5
Taponamiento cardiaco	1	0.2
Neumonía	77	18.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	43	10.3
Troponinas positivas	101	24.1
Dimero D positivo	12	2.9

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presento más de un hallazgo.

El 74.7 por cientos de los pacientes presentaron hallazgos de cardiomegalia, el 60.8 por ciento cefalización del flujo pulmonar, el 59.9 por ciento botón aórtico prominente, el 58.0 por ciento disfunción sistólica, el 55.1 por ciento trastornos de la motilidad, el 55.1 por ciento crecimiento del Ventrículo izquierdo, el 47.5 por ciento trastornos del segmento st-T, el 42.0 por ciento disfunción diastólica, el 41.5 por ciento crecimiento del aurícula izquierda, el 39.1 por ciento patrón alveolar en alas de mariposa, el 26.5 por ciento sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo, el 24.1 por ciento troponinas positivas, el 18.8 por ciento derrame pleural, el 18.4 por ciento neumonía, el 16.7 por ciento valvulopatias, el 10.3 por ciento enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 9.1 por ciento vegetaciones, el 4.5 por ciento ensanchamiento mediastinico, el 2.9 por ciento dimero D positivo, el 0.3 por ciento arritmias, y el 0.2 por ciento taponamiento cardiaco.

Cuadro 12. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Gravedad según la clasificación de la NYHA.

Gravedad según la clasificación de la NYHA	Frecuencia	%
NYHA I	0	0.0
NYHA II	27	6.4
NYHA III	97	23.1
NYHA IV	295	70.4
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

En 70.4 por ciento de los pacientes tuvieron gravedad en la NYHA IV, el 23.1 por ciento NYHA III, el 6.4 por ciento NYHA II, y el 0.0 por ciento NYHA I.

Cuadro 13. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según tratamiento agudo.

Tratamiento Agudo*	Frecuencia	%
Oxígeno	419	100.0
Diuréticos	390	93.1
Opiáceos	0	0.0
Vasodilatadores	231	55.1
Inotrópicos	101	24.1
Vasopresores	73	17.4
anticoagulación	383	91.4

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente se le aplico más de un tratamiento.

El 100.0 por ciento de los pacientes se le aplico como a tratamiento agudo oxígeno, el 93.1 por ciento diuréticos, el 91.4 por ciento anticoagulación, el 55.1 por ciento vasodilatadores, el 24.1 por ciento inotrópicos, el 17.4 vasopresores, y el 0.0 opiáceos.

Cuadro 14. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según tratamiento estabilización.

Tratamiento estabilización*	Frecuencia	%
Estatinas	319	76.1
Inhibidores de la enzima convertidores de la angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina	319	76.1
Betabloqueantes	248	59.2
Antagonistas del receptor mineralocorticoide	301	71.8
Digoxina	368	87.8

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente se le aplico más de un tratamiento estabilización.

El 87.8 por ciento de los pacientes se le aplico como tratamiento de estabilización digoxina, el 76.1 por ciento estatinas, el 76.1 por ciento Inhibidores de la enzima convertidores de la angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina, el 71.8 por ciento antagonistas del receptor mineralocorticoide, y el 59.2 por ciento betabloqueantes.

Cuadro 15. Frecuencia de falla cardiaca aguda en pacientes asistidos en medicina interna del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar, enero-diciembre 2013. Según tratamiento no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico	Frecuencia	%
Intubación endotraqueal + ventilación mecánica	7	1.6
Ultrafiltración	1	0.2
Ninguno	411	98.1
Total	419	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 1.6 por ciento de los pacientes se le aplico como intubación endotraqueal + ventilación mecánica, el 0.2 por ciento ultrafiltración y el 98.1 por ciento no recibió tratamiento no farmacológico.

DISCUSIÓN.

El 18.4 por ciento de los pacientes presentaron falla cardiaca aguda; en comparación con un estudio realizado por Mará de los Ángeles Rodríguez Gázquez, *et al.*, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia, en el año 2012, donde la frecuencia de falla cardiaca aguda fue de 15.4 por ciento.

El 74.9 por ciento de las pacientes tenían una edad mayor de 65 años; en un estudio realizado por Rina Trina de la Paz, *et al.*, en el Consultorio del Médico de la Familia N° 3, del Policlínico Santa Clara, Villa Clara, Cuba, en el año 2009, de los cuales se determinó mayor predominio de la edad entre 70-79 años, con un 44.6 por ciento.

El 53.9 por ciento de los pacientes eran de sexo femenino; según los resultados descritos en el estudio realizado por Diana Marcela Achury Saldaña, en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, en el año 2007, de los cuales un 54.0 por ciento correspondieron al sexo masculino y el 46.0 por ciento al sexo femenino. Ambos estudios denotan que el sexo no es un factor asociado por esta enfermedad.

El 57.0 por ciento de los pacientes eran de escolaridad primaria; en un estudio realizado por Mónica García Leguizamón, en una Institución de Cuarto Nivel de Atención, Bogotá, Colombia, en el año 2008, de los cuales hubo mayor predominio del nivel escolar primario completo en un 30.0 por ciento.

El 72.8 por ciento de los pacientes en antecedentes patológicos personales presentaron hipertensión arterial sistémica; en un estudio realizado por Pilar Aznarte Padial, en la Universidad de Granada, España, en el año 2010, también un 48.4 por ciento presentó hipertensión arterial.

En cuanto a los factores precipitantes el 64.7 por ciento de los pacientes presentaron falta de apego al tratamiento, seguido del 42.2 por ciento crisis hipertensivas, el 12.9 por ciento infarto agudo de miocardio; en un estudio realizado por Herlimary Pérez Álvarez, en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Venezuela, en el año 2001, tuvieron infarto al miocardio con un 42.0 por ciento.

El 100.0 por ciento de los pacientes se le aplicó como a tratamiento agudo oxígeno, el 93.1 por ciento diuréticos; en comparación con el estudio realizado por Rina Triana de la Paz, *et al.*, Cuba, en el año 2009, de los cuales el tratamiento más frecuente fue los diuréticos resultaron con un 71.4 por ciento.

RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. Potencializar los factores que facilitan la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca aguda, mediante grupos de apoyo, evaluaciones, seguimiento terapéutico y conferencias educativas acerca de su enfermedad, tratamiento y consecuencia de no adherencia, las cuales podrían intervenir negativamente en el proceso de su tratamiento.

2. Establecer, entre otras medidas, intervenciones de promoción de estilos de vida saludable desde edades tempranas, para disminuir la aparición de enfermedades asociadas a los factores de riesgo cardiovascular.
3. Es imprescindible, además, tener especial interés en la disminución, realmente efectiva, de la alta frecuencia de tabaquismo en adultos jóvenes.
4. Se puede considerar el tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en pacientes estables que se presentan 12-24 h después del inicio de los síntomas.
5. Se recomienda al médico de primer contacto al tratar adultos mayores, tener un alto índice de sospecha de falla cardiaca aguda, debido a la alta frecuencia de síntomas atípicos que pudiera retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

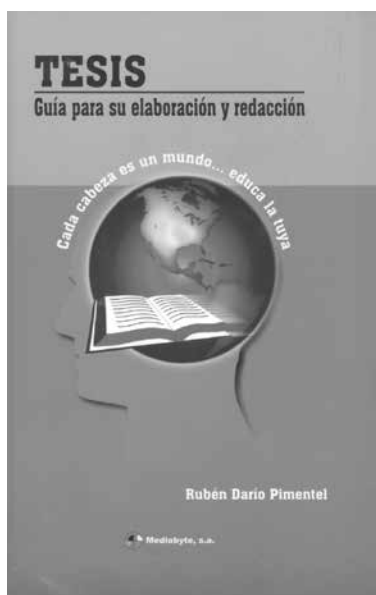
REFERENCIAS

1. Moreiras JM, González IC, R. Pabón Osuna, Luengo CM. Insuficiencia cardiaca aguda. Volumen 11, Número 35, junio de 2013, páginas 2127-2135
2. Mebazaa A, Gheorghide M, Piña I, Harjola VP, Hollenberg S, Follath F, et al. Practical recommendations for prehospital management of patients with acute heart failure syndromes. *Crit Care Med* 2008;36:S129-S139.
3. Escoda R, Llorens P, Martín Sánchez FJ, et al. Efecto de una intervención formativa en urgencias en la mejora del manejo y el Tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias* 2010; 22: 331-337
4. Martín-Sánchez FJ, Marino-Genicio R, Rodríguez-Adrada E, et al., El manejo de la insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias hospitalarios españoles en función de la edad. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:715-20. - Vol. 66 Núm.09.
5. Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol, JJ et al. Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardiaca aguda atendido en los servicios de urgencias: Datos preliminares del Estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency). *Emergencias* 2008; 20: 154-163.
6. Llorens P, Martín FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al. Perfil clínico de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca en los Servicios de Urgencias: Datos preliminares del Estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency). *Emergencias* 2008; 20:154-163.
7. Pang PS, Komajda M, Gheorghide M. The current and future management of acute heart failure syndromes. *Eur Hear J* 2010 31:784-793.
8. Agur MR, Dalley F. Grant. Atlas de Anatomía. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
9. Llorens P, Martín FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al. Perfil clínico de los pacientes con insuficiencia cardiaca en los servicios de urgencias: Datos preliminares del Estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency). *Emergencias*.

- 2008;20:154-63.
10. Arias MMA, Velasco RG, Vieyra HG, Lagunas UOA, Juárez HU, Martínez SCR. Insuficiencia cardíaca aguda e insuficiencia cardíaca descompensada. *Arch Cardiol Mex* 2007; 77: 27-33.
 11. Rodríguez-Artalejo F, BanegasBanegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57:163-70.
 12. Guadalajara BJF. Entendiendo la insuficiencia cardíaca. *Arch Cardiol Mex* 2006; 76: 431-447
 13. Bolli R. Basic and clinical aspects of myocardial stunning. *Prog Cardiovasc Dis*. 1998;40:477-516.
 14. Wijns W, Vatner SF, Camici PG. Hibernating myocardium. *N Engl J Med*. 2008;339:173-81.
 15. Hunt SA et al. ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association. *Circulation* 2005; 112: 1825-52
 16. Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol*. 1967;20:457-64.
 17. Forrester JS, Diamond GA, Swan HJ. Correlative classification of clinical and hemodynamic function after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1977;39:137-45.
 18. Nohria A TS, Fang JC, Lewis EF, et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:1797-804.
 19. Arias MMA, Velasco RG, Vieyra HG, Lagunas UOA, Juárez HU, Martínez SCR. Insuficiencia cardíaca aguda e insuficiencia cardíaca descompensada. *Arch Cardiol Mex* 2007; 77: 27-33.
 20. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología 2008 para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. 2008 *Rev Esp Cardiol* ; 61(12): 1329.e1-1329.e70.
 21. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, et al. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2002;23:1809-40.
 22. López-Sendón J, González A, López de Sá E, et al. Diagnosis of subacute ventricular wall rupture after acute myocardial infarction: sensitivity and specificity of clinical, hemodynamic and echocardiographic criteria. *J Am Coll Cardiol*. 2005;19: 1145-53.
 23. Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med*. 2002;347:161-7.
 24. López-Sendón J, González A, López de Sá E, et al. Diagnosis of subacute ventricular wall rupture after acute myocardial infarction: sensitivity and specificity of clinical, hemodynamic and echocardiographic criteria. *J Am Coll Cardiol*. 2008;19: 1145-53.
 25. Krumholz MH P, EM, Tu N, et al. The treatment target in acute decompensated heart failure. *Rev Cardiovasc Med*. 2010;2Suppl 2:S7-12.
 26. Kelly CA, Newby DE, McDonagh TA, et al. Randomised controlled trial of continuous positive airway pressure and standard oxygen therapy in acute pulmonary oedema; effects on plasma brain natriuretic peptide concentrations. *Eur Heart J*. 2002;23: 1379-86.
 27. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. *N Engl J Med*. 2009; 341:793-800.
 28. Colucci WS. Nesiritide for the treatment of decompensated heart failure. *J Cardiac Fail*. 2001;7:92-100.
 29. Latini R, Tognoni G, Maggioni AP, et al. Clinical effects of early angiotensin-converting enzyme inhibitor treatment for acute myocardial infarction are similar in the presence and absence of aspirin: systematic overview of individual data from 96 712 randomized patients. Angiotensin-converting Enzyme Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35:1801-7.
 30. Follath F. Do diuretics differ in terms of clinical outcome in congestive heart failure? *Euro Heart J*. 1998;19 Suppl P:P5-8.
 31. Wilson JR, Reichek N, Dunkman WB, et al. Effect of diuresis on the performance of the failing left ventricle in man. *Am J Med*. 1981;70:234-9.
 32. Ellison DH. Diuretic therapy and resistance in congestive heart failure. *Cardiology*. 2001;96:132-43. Neuberg GW, Miller AB, O'Connor CM, et al. Diuretic resistance predicts mortality in patients with advanced heart failure. *Am Heart J*. 2002;144:31-8.
 33. Yusuf S, Peto R, Lewis J, et al. Beta blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials. *Prog Cardiovasc Dis*. 1985;27:335-71.
 34. Herlitz J, Waagstein F, Lindqvist J, et al. Effect of metoprolol on the prognosis for patients with suspected acute myocardial infarction and indirect signs of congestive heart failure (a subgroup analysis of the Goteborg Metoprolol Trial). *Am J Cardiol*. 1997;80:J40-4.
 35. Witchitz S, Cohen-Solal A, Dartois N, et al. Treatment of heart failure with celiprolol, a cardioselective beta blocker with beta-2 agonist vasodilatory properties. The CELICARD Group. *Am J Cardiol*. 2000;85:1467-71.
 36. Leier CV, Binkley PF. Parenteral inotropic support for advanced congestive heart failure. *Prog Cardiovasc Dis*. 1998;41:207-24.
 37. Colucci WS, Wright RF, Jaski BE, et al. Milrinone and dobutamine in severe heart failure: differing hemodynamic effects and individual patient

- responsiveness. *Circulation*. 2006;73:III175-83.
38. Bohm M, Deutsch HJ, Hartmann D, et al. Improvement of postreceptor events by metoprolol treatment in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2007;30:992-6.
 39. García GRJ, Sánchez MMA, Cerda GMA, Torreblanca MM y cols. Uso de levosimendan en enfermos con falla cardíaca aguda. *Arch Cardiol Mex* 2005; 75 (s3): 55-60.
 40. Bohm M, Beuckelmann D, Brown L, et al. Reduction of betaadrenoceptor density and evaluation of positive inotropic responses in iso-lated, diseased human myocardium. *Eur Heart J*. 2008;9:844-52.
 41. Khand AU, Rankin AC, Kaye GC, et al. Systematic review of the management of atrial fibrillation in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 2000;21:614-32.
 42. Smith WR, Poses RM, McClish DK, Huber EC, Clemo, Donna A, Schmitt PB. Prognostic judgments and triage decisions for patients with acute congestive heart failure. *Chest* 2002; 121: 1610-1617.
 43. Longo D, Harrison. *Principios de medicina interna*. 18va ed. Mexico, DF. Mc Graw Hill. 2012.
 44. Goldman C, Cecil. *Tratado de medicina interna*. 24ta ed. Madrid, España. 2013.
 45. Bonow R, Braunwald. *Tratado de cardiología*. 9na ed. Madrid, España. Elsevier. 2013.
 46. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2): 321.
 47. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations for Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

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.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



La psiquiatría Dominicana

Autor: Dr. Fernando Sánchez Martínez

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

FRECUENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVÁREZ (INCART).

Joan Javier Jacobo Rosario,* José Batista,** Rubén Darío Pimentel ***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de determinar la frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. La frecuencia de cáncer colorrectal fue de un 3.4 por ciento. El 30.0 por ciento de los pacientes tenían de 60-69 años de edad. El 52.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino. El 57.5 por ciento de los pacientes presentaron en los signos y síntomas pérdida de peso. El 100.0 por ciento de los pacientes se les realizó como método diagnóstico colonoscopia en toma de biopsia. El 65.0 por ciento de los pacientes se les realizó en el tratamiento colectomía parcial. El 27.5 por ciento de los pacientes estaban en etapa clínica IV. El 65.0 por ciento de los pacientes tenían de 1-5 días de estancia hospitalaria.

Palabras claves: frecuencia, cáncer colorrectal, colonoscopia, colectomía, cáncer de colon.

ASBTRACT.

A descriptive, retrospective study was carried out to determine the frequency of colorectal cancer at the Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez National Cancer Institute (INCART), 2016. The frequency was 3.4 percent. 30.0 percent of the patients were 60-69 years of age. 52.5 percent of the patients were female. 57.5 percent of the patients had weight loss as signs and symptoms. 87.5 percent of the patients were diagnosed through a colonoscopy with biopsy. The 47.5 percent of the patients underwent partial colectomy. 37.5 percent of the patients were on clinical stage IV. 65.0 percent of patients had 1-5 days of hospital stay.

Key words: frequency, colorectal cancer, colonoscopy, colectomy, colon cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal se origina en el colon o el recto. A estos cánceres también se les puede llamar cáncer de colon o cáncer

de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se originen. El cáncer de colon y el cáncer de recto a menudo se agrupan porque tienen muchas características comunes. El cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon y el cáncer que empieza en el recto se llama cáncer de recto. El cáncer que empieza en cualquiera de estos órganos también puede llamarse cáncer colorrectal.

El cáncer colorrectal (CCR) representa el tercer cáncer más frecuente en el mundo. Sus síntomas suelen presentarse tardíamente en el curso de la enfermedad. La existencia de una lesión precursora (el adenoma), que puede ser biopsiada, convierte a esta enfermedad en una muy buena candidata para su detección temprana y prevención a través de la pesquisa.1

Existen diferentes métodos para la pesquisa de cáncer colorrectal (colonoscopia, radiología por enema, sangre oculta en materia fecal, rectosigmoidoscopia, colonoscopia virtual y cápsula colónica). La colonoscopia se ha convertido en los últimos años en el “patrón de oro” y en el método preferido para realizar pesquisa de cáncer colorrectal. A continuación describiremos las pruebas científicas que sustentan este procedimiento y los aspectos más importantes de la controversia sobre su efectividad. El cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos. Los tejidos forman los órganos del cuerpo.2

Normalmente, las células crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren; y células nuevas las reemplazan. Algunas veces este proceso ordenado se descontrola. Nuevas células se forman cuando el cuerpo no las necesita y células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias forman una masa de tejido, que es lo que se llama tumor.3

Cuando el cáncer colorrectal se disemina fuera del colon o del recto, las células cancerosas se encuentran con frecuencia en los ganglios linfáticos cercanos. Si las células cancerosas han llegado a estos ganglios, es posible que se hayan extendido también a otros ganglios linfáticos o a otros órganos. Las células cancerosas de colon y de recto se diseminan con más frecuencia al hígado.

Antecedentes

*Médico cirujano general egresado del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

** Médico Cirujano General

***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.

El Globocan 2008 reporta una incidencia de 6,437 casos (5%) y una mortalidad 4,009 casos (5.2%) Cuadro 1. El INEGI4 reportó 74,685 muertes por cáncer en 2010 (13% de las muertes en México) de las cuales 5.4 por ciento son por CCR. El Cáncer de Colorrectal (CCR) ocupa el 3er lugar en incidencia y el 4to en mortalidad a nivel mundial.1 Según el SEER2 estados Unidos la tasa de incidencia es de 46/100,000, una media de edad de aparición de 69 años, sobrevive a 5 años de 64 por ciento y un riesgo acumulado de 5 por ciento (es decir, 1 de cada 20 estadounidenses lo padecerá a lo largo de su vida). El 39 por ciento de los pacientes Kene enfermedad localizada al diagnóstico.4

Cano Javier Martin (2011), realizó un estudio con el objetivo de determinar la incidencia de Cáncer Colorrectal en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se registraron 1,209 casos, correspondientes a los sujetos residentes en la provincia de Granada, diagnosticados por primera vez de cáncer de colon durante esos años, lo que representó una media de 242 casos nuevos anuales. La incidencia anual de cáncer de colon en Granada presentó unas tasas brutas de 33,1 y 24,9 por 100,00 hombres y mujeres respectivamente. La incidencia fue más elevada en los hombres que en las mujeres, con una razón de tasas estandarizadas hombre/mujer de 1,5. Por otro lado, las tasas acumulativas, calculadas hasta los 74 años, fueron de 2,3 por ciento y 1,5 por ciento para los hombres y mujeres respectivamente, lo que significa que si las tendencias no se modifican, y en ausencia de otra causa de muerte, 1 de cada 43 hombres y 1 de cada 67 mujeres, residentes en la provincia de Granada, desarrollará un cáncer de colon antes de los 75 años.5

Jurado D, Bravo LM, Cerón C, Guerrero N, Yépez MC. (2015) realizaron un estudio multivariado donde se identificó que el consumo diario de alcohol y el consumo diario de cigarrillo presentaron una asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de CCR. Las personas con un consumo alto de alcohol (OR ajustado=5,8 IC95% 1,3-26,7) y un consumo de cigarrillo severo (OR ajustado=9,1 IC95% 1,7-70) tienen mayor probabilidad de desarrollar CCR que los individuos que no beben o fuman respectivamente. Los hallazgos sugieren que necesario promover campañas de sensibilización que permitan dar a conocer, en la población del municipio de Pasto el riesgo a desarrollar CCR causado por inadecuados hábitos de vida como el consumo de alcohol y tabaco.6

Tapia, E. O.; Roa, S. J. C.; Manterola, D. C. & Bellolio, J. E (2010) realizaron un estudio con el objetivo de este estudio es describir aspectos morfológicos y clínicos de pacientes resecados por CCR. Estudio de cohorte retrospectiva. Se estudiaron 322 pacientes intervenidos por CCR entre 1987 y 2003 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Las variables clínicas y morfológicas estudiadas (todas ellas analizadas para los subgrupos de sujetos con tumores de colon y de recto) fueron edad, género, localización tumoral, forma y tamaño tumoral, nivel de infiltración, tipo histológico, grado de diferenciación histológico y compromiso tumoral de nodos linfáticos. Se utilizaron estadísticas descriptivas y analíticas;

aplicando chi-cuadrado de Pearson y exacto de Fisher para las variables categóricas; y, T-test para variables continuas. La mediana de edad fue de 66 años, con promedio de edad para tumores de colon derecho (CD), transverso (CT), izquierdo (CI) y recto fue 62.2, 64.6, 64, y 64.4 años respectivamente (p=0,53). En CD e CI se verificaron 57 por ciento y 47 por ciento de mujeres respectivamente (p <0.05). El 69 por ciento de los casos correspondió a tumores de colon (24% CD, 4 por ciento CT y 41% CI) y 31 por ciento a tumores de recto. El tamaño tumoral promedio fue 67,2±33,1 mm CD, 53,5±19,7 mm CT, 44,1±22,3 mm. CI y 41,5±17,5 mm en recto (p <0.001). En CD la forma tipo Bormann I se observó en el 57 por ciento mientras que en CI lesiones anulares y ulceradas en 45 por ciento en CI. Se encontró 75 por ciento de tumores moderadamente diferenciados; correspondiendo el 82 por ciento a adenocarcinomas, 16 por ciento adenocarcinoma mucinoso y 2 por ciento carcinoma de células en anillo de sello. El 76 por ciento correspondió a tumores T3 y T4. Se encontró compromiso tumoral de nodos linfáticos en 39 por ciento de los cuales el 95 por ciento correspondían a tumores T3-T4. Se verificaron a nivel regional para pacientes con CCR las variables clínicas y morfológicas descritas en la literatura.7

Justificación

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo.

La mayoría de los cánceres colorrectal comienza como un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto llamado pólipo. Algunos tipos de pólipos pueden convertirse en cáncer en el transcurso de varios años, pero no todos los pólipos se convierten en cáncer. La probabilidad de transformarse en un cáncer depende del tipo de pólipo.

El cáncer colorrectal es la segunda causa de morbimortalidad en Estados Unidos, después del cáncer del pulmón y está en constante aumento en países tanto desarrollados como en vía de desarrollo, por lo que es un reto para el médico su identificación y tratamiento temprano.8

MATERIAL Y MÉTODOS

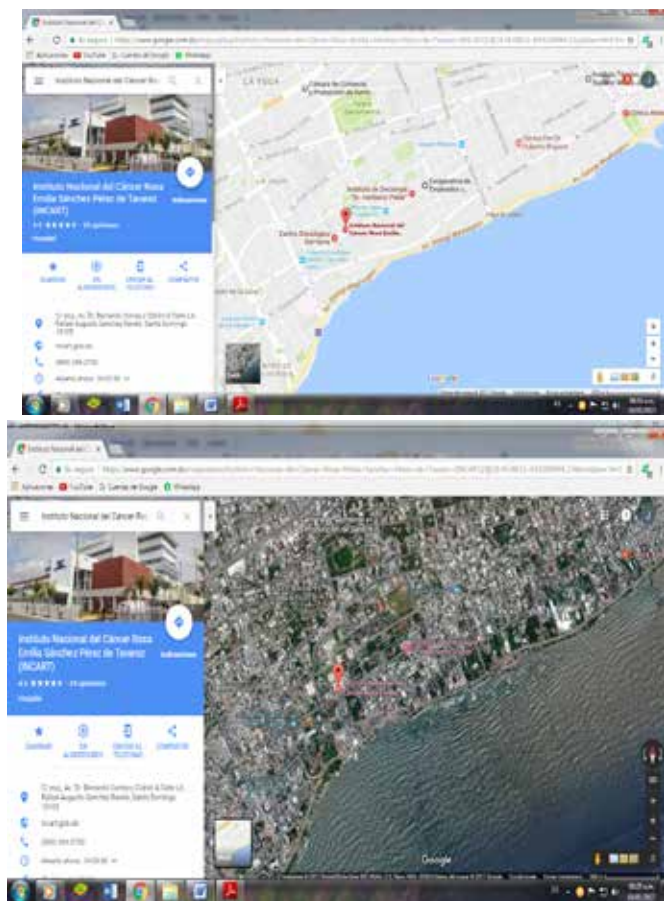
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectiva con el objetivo de determinar la frecuencia de cáncer Colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavárez (INCART), ubicado en la C/ esq., Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón & Calle Lic. Rafael Augusto Sánchez Ravelo, delimitado: al Norte, por la

Calle Modesto Díaz, y Ave. José Contreras, al Sur, Ave. Dr. Bernardo Correa y Cidrón, al Este, Calle Cristóbal de Llerenas y Al Oeste, Calle Lic. Rafael Augusto Sánchez Ravelo, (Ver mapa cartográfico y vista aérea)



Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo

Estuvo constituido por 4,239 pacientes que asistieron al Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavárez (INCART), desde el 1 de enero 2016 a 31 de diciembre 2016.

Muestra

Estuvo constituido por 1,184 pacientes con diagnóstico de cáncer.

Criterios

De inclusión

1. Cáncer colorrectal.
2. Fueron incluidos todos los pacientes diagnosticados con carcinoma de recto.
3. Adultos
4. Ambos sexos.

De exclusión

1. Expedientes incompletos.

2. Expedientes no localizables.

Instrumento de recolección de los datos

La recolección de la información se realizó a través de un formulario integrado por 8 preguntas cerradas, este formulario contiene datos de los pacientes como la edad, el sexo y datos típicos de la patología, estos el uso de hábitos tóxicos, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y estadio. (Ver Anexo IV.6.2. Instrumento de recolección de datos).

Procedimientos

El formulario fue llenado a partir de las informaciones contenidas en los expedientes clínicos que se encontraron en los archivos por el sustentante, los cuales fueron localizados a través del libro de registro del departamento de estadística y archivo, en período de la investigación bajo la supervisión de un asesor.

Tabulación

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron sometidos a revisión para su procesamiento y tabulación.

Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados por medio de frecuencias simples. Las variables que sean susceptibles de comparación, fueron estudiadas mediante las pruebas shif-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 Helsinki⁴⁴ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁵ 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 Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter, 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.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016.

Cáncer colorrectal	Frecuencia	%
Sí	40	3.4
No	1,144	96.6
Total	1,184	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

De un total de 1,184 pacientes, la frecuencia de cáncer colorrectal fue de un 3.4 por ciento.

Cuadro 2. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 30	3	7.5
30-39	1	2.5
40-49	6	15.0
50-59	9	22.5
60-69	12	30.0
≥ 70	9	22.5
Total	40	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 30.0 por ciento de los pacientes tenían de 60-69 años de edad, el 22.5 por ciento de 50-59 y más o igual a 70 años, el 15.0 por ciento de 40-49 años, el 7.5 por ciento menos de 30 años y el 2.5 por ciento de 30-39 años.

Cuadro 3. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	19	47.5
Femenino	21	52.5
Total	40	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 52.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino y el 47.5 por ciento al masculino.

Cuadro 4. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según signos y síntomas.

Signos y síntomas*	Frecuencia	%
Pérdida de peso	23	57.5
Cambios en el patrón evacuatorio	13	32.5
Dolor abdominal	10	25.0
Rectorragia	9	22.5
Distensión abdominal	2	5.0

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presentó más de un signo y síntoma.

El 57.5 por ciento de los pacientes presentaron en los signos y síntomas pérdida de peso, el 32.5 por ciento cambios en el patrón evacuatorio, el 25.0 por ciento dolor abdominal, el 22.5 por ciento rectorragia y el 5.0% distensión abdominal.

Cuadro 5. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según tipo de diagnóstico.

Tipo de diagnóstico	Frecuencia	%
Colonoscopia con toma de biopsia	40	100.0
TAC de abdomen	32	80.0
TAC de tórax	15	37.5

Fuente: Expedientes clínicos.

El 100 por ciento de los pacientes se les realizó como método diagnóstico colonoscopia en toma de biopsia, el 7.5 por ciento tomografía axial computarizada de abdomen y el 2.5 por ciento tomografía axial computarizada de tórax y colonoscopia tomografía axial computarizada abdominopelvica.

Cuadro 6. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según tratamiento.

Tratamiento*	Frecuencia	%
Hemicolectomía derecha	7	17.5
Hemicolectomía izquierda	10	25.0
Resección anterior baja	4	10.0
Resección abdominoperineal	5	12.5
Resección tumoral transanal	1	2.5
Colostomía	6	15.0
Terapia neoadyuvante	17	42.5
Terapia adyuvante	16	40.0

Fuente: Expedientes clínicos.

* Un mismo paciente presentó más de un tratamiento.

El 17.5 por ciento de los pacientes se les realizó en el tratamiento hemicolectomía derecha, el 25.0 por ciento hemicolectomía izquierda, el 10.0 por ciento resección anterior baja, el 12.5 por ciento resección abdominoperineal, el 2.5 por ciento resección tumoral transanal, el 15.0 por ciento colostomía, el 42.5 por ciento terapia neoadyuvante y el 40.0 por ciento terapia adyuvante.

Cuadro 7. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según etapa clínica (EC).

Etapificación	Frecuencia	%
ECIV	10	25.0
ECIII	11	27.5
ECII	10	25.0
ECI	3	7.5
Total	40	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 27.5 por ciento de los pacientes estaban en etapa clínica III, el 25.0 por ciento en etapa clínica IV y II, el 7.5 por ciento en etapa clínica I.

Cuadro 8. Frecuencia de cáncer colorrectal en el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavárez (INCART), 2016. Según estadía hospitalaria.

Estadía hospitalaria (días)	Frecuencia	%
1-5	26	65.0
6-10	8	20.0
11-15	3	7.5
16-20	2	5.0
≥ 21	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 65.0 por ciento de los pacientes tenían de 1-5 días de estancia hospitalaria, el 20.0 por ciento de 6-10 días, el 7.5 por ciento de 11-15 días, el 5.0 por ciento de 16-20 días y el 2.5 por ciento más o igual a 21 días.

DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de cáncer de colorrectal.

La frecuencia de cáncer colorrectal fue de un 3.4 por ciento en un 1 año; en un estudio realizado por Olga Marina Hano García, *et al*, en el Servicio de Endoscopia del Instituto de Gastroenterología, Cuba, en el año 2011, la frecuencia de cáncer colorrectal en los pacientes en 3 años fue de un 33.3 por ciento, sin embargo en nuestra investigación no encontramos ningún estudio similar en cuanto a la población y la frecuencia de cáncer Colorrectal en un periodo comprendido de 1 año. Observando las diferentes literaturas en nuestro trabajo de investigación evidenciamos que la frecuencia del cáncer Colorrectal en el periodo comprendido del 1 de enero 2016 al 31 de Diciembre 2016 fue relativamente baja.

El 30.0 por ciento de los pacientes tenían de 60-69 años de edad; en un estudio realizado por Zenén Rodríguez Fernández, *et al*, en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente Saturnino Lora Torres, Cuba, en el año 2015, los pacientes estaban entre 65-74 años para un 32.4 por ciento, en otro estudio realizado por Mónica E. Rambay Zaruma, *et al*, en el Instituto del Cáncer, Ecuador, en el año 2010, los pacientes estaban entre 70-84 años con un 38.0 por ciento, siendo más frecuente el cáncer

colorrectal en pacientes adultos mayores.

El 52.5 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo femenino; en comparación a un estudio realizado por Tapia, E. O., *et al*, en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Chile, en el año 2010, se verificaron 57.0 por ciento de sexo masculino, otro estudio realizado por Olga Marina Hano García, *et al*, en el Servicio de Endoscopia del Instituto de Gastroenterología, Cuba, en el año 2011, se observó predominio del sexo femenino con un 59.0 por ciento.

El 57.5 por ciento de los pacientes presentaron en los signos y síntomas pérdida de peso, seguido del 32.5 por ciento cambios en el patrón evacuatorio, el 25.0 por ciento dolor abdominal; en comparación a un estudio realizado por Zenén Rodríguez Fernández, *et al*, en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente Saturnino Lora Torres, Cuba, en el año 2015, el dolor abdominal predominó mas con un 40.5 por ciento.

El 100.0 por ciento de los pacientes se les realizó como diagnóstico colonoscopia en toma de biopsia; en comparación a un estudio realizado por Zenén Rodríguez Fernández, *et al*, en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente Saturnino Lora Torres, Cuba, en el año 2015, se les realizo mas ecografía abdominal con un 75.6 por ciento, la colonoscopia se presentó en un 24.3 por ciento.

El 65.0 por ciento de los pacientes se les realizó en el tratamiento colectomía parcial; en comparación a un estudio realizado por Cesar H. Napa Valle, en el Hospital Militar Central, Perú, en el año 2003, donde un 38.0 por ciento de los pacientes se les realizo colectomía parcial, siendo más alto dicho procedimiento en nuestra investigación.

El 27.5 por ciento de los pacientes estaban en etapa clínica IV; en un estudio realizado por Mónica E. Rambay Zaruma, *et al*, en el Instituto del Cáncer, Ecuador, en el año 2010, los pacientes se encontraban en etapa clínica IV con un 55.6 por ciento, siendo menor la etapa clínica en el momento del diagnóstico en nuestra investigación.

RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

Recomendamos que las autoridades gubernamentales debieran instaurar políticas que favorezcan al paciente con enfermedad oncológica, de manera que ellos reciban atención en instituciones especializadas de forma incluyente e integral.

Se sugiere además campañas para fomentar la importancia que tiene continuar con el seguimiento y tratamiento de esta patología en los pacientes, que muchas veces abandonan el Instituto Nacional del Cáncer por motivos sociales, económicos y psicológicos; que podrían ser tema de posteriores investigaciones.

Además creemos importante la necesidad de organizar programas que fomenten la atención primaria de salud para la prevención y detección en etapas tempranas de los diferentes tipos de cáncer.

Cualquier paciente que ingrese con síntomas de obstrucción y/o masa abdominal se debe incluir dentro de los diagnósticos

diferenciales el cáncer colorrectal.

Que el personal médico utilice métodos diagnósticos más comunes como sangre oculta en heces, examen digital del recto, colonoscopia para detectar esta enfermedad adecuadamente.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de La Nación. Cáncer colorrectal en la Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final de diciembre de 2011: diagnóstico de situación de la Argentina En:<http://www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones/Diagnostico%20cancer%20de%20colon.pdf>; consultado el 08/02/2013.
2. Newcomb PA, Storer BE, Morimoto LM, et al. Long-term efficacy of sigmoidoscopy in the reduction of colorectal cancer incidence. *J Nat Cancer Inst* 2003; 95: 622-5.
3. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 375: 1624-33.
4. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 2012;62:30-67.
5. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015.
6. Jurado D, Bravo LM, Cerón C, Guerrero N, Yépez MC. Hábitos de vida y cáncer colorrectal: Un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos. *Rev Univ. salud.* 2015;17(1): 7-17.
7. Tapia, E. O.; Roa, S. J. C.; Manterola, D. C. & Bellolio, J. E. Cáncer de colon y recto: descripción morfológica y clínica de 322 casos. *Int. J. Morphol.*, 28(2):393-398, 2010.
8. Aune D, Chan DS, Lau R, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ.* 2011;343:d6617.
9. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CáncerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cáncer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed 20 agosto 2014.
10. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cáncer.* 2013 Mar 1;132(5):1133-45. Epub 2012 Jul 26.
11. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Cho H, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cáncer Statistics Review, 1975-2011, National Cáncer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/, based on November 2013 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2014.
12. Eurostat. Estadísticas sobre causas de muerte durante el año 2010 en la Unión Europea. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/es#C.C3.A1ncr. Última consulta el 20 de agosto de 2014.
13. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Barcelona. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano, actualización 2009.
14. Jasperson KW, Tuohy TM, Neklason DW, Burt RW. Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology* 2010;138:2044-58.
15. Castells A, Castellvi-Bel S, Balaguer F. Concepts in familial colorectal cancer: where do we stand and what is the future? *Gastroenterology* 2009;137:404-9.
16. Castells A, Pique JM. Tumores intestinales. In: Farreras V, Rozman C, eds. *Medicina ínterna*. Volume I. 16ª ed. Madrid: Harcourt, 2009:231- 240.
17. Leggett B, Whitehall V. Role of the serrated pathway in colorectal cancer pathogenesis. *Gastroenterology* 2010;138:2088-100.
18. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Brouquet A, Cervantes A. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010; 21 Suppl 5:v70-7.
19. Van Cutsem E, Nordlinger B, Cervantes A. Advanced colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for treatment. *Ann Oncol* 2010; 21 Suppl 5:v93-7.
20. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014.
21. American Joint Committee on Cancer. *Colon and rectum*. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York: Springer; 2010: 143-164.
22. Aune D, Chan DS, Lau R, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ.* 2011;343:d6617.
23. Croner RS, Geppert CI, Bader FG, et al. Molecular staging of lymph node-negative colon carcinomas by one-step nucleic acid amplification (OSNA) results in upstaging of a quarter of patients in a prospective, European, multicentre study. *Br J Cancer.* 2014;110:2544-2550.
24. El-Shami K, Oeffinger KC, Erb NL, et al. American Cancer Society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin.* 2015;65:427-455.
25. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975- 2012, National

- Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/, based on November 2014 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2015.
26. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 2012;62:30-67.
 27. Libutti SK, Salz LB, Willett CG, Levine RA. Chapter 57: Cancer of the colon. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 28. Libutti SK, Willett CG, Salz LB, Levine RA. Chapter 60: Cancer of the rectum. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 29. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2015. Accessed at www.cancer.gov/types/colorectal/hp/rectal-treatment-pdq on September 21, 2015.
 30. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. V.3.2015. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf on September 21, 2015.
 31. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.3.2015.
 32. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf on September 21, 2015.
 33. Oh DY, Venook AP, Fong L. On the verge: Immunotherapy for colorectal carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw.* 2015;13:970-978.
 34. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin.* 2012;62: 242-274.
 35. Rosenberg R, Maak M, Simon I, Nitsche U, Schuster T, Kuenzli B, Bender RA, Janssen K, Friess H. Independent validation of a prognostic genomic profile (ColoPrint) for stage II colon cancer (CC) patients. *J Clin Oncol.* 2011; 29(suppl 4; abstr 358).
 36. Sigurdson ER, Benson AB, Minsky B. Cancer of the rectum. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology.* 5th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2014: 1336-1359.
 37. Simon MS, Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, et al. Estrogen plus progestin and colorectal cancer incidence and mortality. *J Clin Oncol.* 2012;30:3983-3990.
 38. Van Schaeybroeck S, Lawler M, Johnston B, et al. Colorectal cancer. In: Neiderhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology.* 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014: 1278-1335.
 39. Blake MA, Cai W, et al. Diagnostic accuracy of laxative-free computed tomographic colonography for detection of adenomatous polyps in asymptomatic adults: A prospective evaluation. *Ann Intern Med.* 2012;156:692-702.
 40. Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 2010;1:1479-82.
 41. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Brouquet A, Cervantes A. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010; 21 Suppl 5:v70-7.
 42. Leggett B, Whitehall V. Role of the serrated pathway in colorectal cancer pathogenesis. *Gastroenterology* 2010;138:2088-100.
 43. Libutti SK, Salz LB, Willett CG, Levine RA. Chapter 57: Cancer of the colon. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 44. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioética* 2000:IV (2:321).
 45. International ethical Guidelines For Biomedical Research Involving Subjects. Prepared By The council for international organization medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the world health organization (WHO) Geneva, 2002

CONSULTE

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

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.

INCIDENCIA DE PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER

Amelia Patricia Castellanos Villalona*, Pamela Pol Paulino**

RESUMEN

Introducción: La Papilomatosis Laríngea es una tumoración benigna causada por una infección del Virus del Papiloma Humano. Es la neoplasia de la laringe más común en niños.

Objetivos: Determinar la incidencia de papilomatosis laríngea en pacientes que acuden al departamento de otorrinolaringología cirugía de cabeza y cuello del Hospital Salvador B. Gautier en Santo Domingo, República Dominicana durante el período enero 2001- diciembre 2006.

Material y Métodos: se trata de un estudio retrospectivo en el cual se revisaron los expedientes de 42 pacientes con Papilomatosis Laríngea que acudieron al Departamento de Otorrinolaringología.

Resultados: en este estudio se encontró que la localización anatómica más común de la Papilomatosis Laríngea fue las cuerdas vocales, representando 59,52 por ciento de los casos. La manifestación clínica más relevante fue la disfonía presentándose en el 69,05 por ciento de los pacientes; la edad de mayor incidencia fue comprendida entre los 41- 50 años de edad, en un 33,33 por ciento de los casos.

Conclusiones: la incidencia de papilomatosis laríngea en nuestro país es más frecuente en la adultez, afectando más comúnmente al sexo masculino y teniendo como síntoma de presentación la disfonía.

Recomendaciones: se necesita concientizar a la población acerca de esta patología, así como la prevención por medio de la vacuna del HPV.

Palabras claves: Incidencia, Papilomatosis, Virus del Papiloma Humano (HPV), Laringe.

ABSTRACT

Introduction: The laryngeal papillomatosis is a benign tumor of the larynx caused by the infection of the Human Papilloma Virus. It is the most common neoplasm of the larynx in children.

Objective: Determine the incidence of laryngeal papillomatosis in patients who assists to the otolaryngology head and neck surgery department in the Hospital Salvador B. Gautier in Santo Domingo during the period of January 2001-

December 2006.

Materials and Methods: In this retrospective study, we consulted the record of 42 patients with laryngeal papillomatosis who assist to the Otolaryngology Department. **RESULTS:** the most common location of the laryngeal papillomatosis was the vocal folds, which represents a 59,52 percentage of the cases. The hoarseness was the most common symptom with a 69,05 percentage and the age of incidence was the range between the 41-50 years old with a 33,3 percentage of the cases.

Conclusion: the incidence of laryngeal papillomatosis in our country is more frequently seen in adults patients, with the male be the most affected gender and having hoarseness as the most common symptom.

Recommendations: we need create conscience about this pathology and about its prevention through the vaccine against HPV.

Key words: Incidence, Papillomatosis, Human Papilloma Virus (HPV), Larynx.

INTRODUCCIÓN

La laringe es una válvula que resguarda la entrada hacia las vías aéreas inferiores.¹ Se extiende desde la epiglotis y los repliegues aritenopiglóticos hasta el cartílago cricoides. Se comunica con la faringe a través del vestíbulo laríngeo en la parte superior y con la tráquea en la porción inferior.² La fonación y el habla son funciones secundarias.¹ La laringe se divide en tres regiones:

-Supraglotis: va desde la epiglotis hasta el comienzo del epitelio escamoso en la unión entre la pared lateral y el piso del ventrículo. Está compuesto por la epiglotis, las cuerdas vocales falsas, los repliegues aritenopiglóticos y los ventrículos de Morgagni.³

-Glottis: espacio libre entre las cuerdas vocales verdaderas y la comisura posterior.¹

-Subglottis: desde la cara inferior de la cuerda vocal al borde inferior del cricoides, llegando a la tráquea.³

La Papilomatosis Laríngea (PL) es una tumoración benigna de la laringe causado por una infección del Virus del Papiloma Humano (VPH).¹ Por su naturaleza recurrente, se le conoce comúnmente como Papilomatosis Respiratoria

*Médico General

**Otorrinolaringóloga

Recurrente.⁴Aunque es una enfermedad rara, es la neoplasia de la laringe más común en niños.²El 80 por ciento de pacientes que desarrollan esta enfermedad, son diagnosticados antes de los siete años.³Tiene una incidencia en niños de 4,3 por 100 000, y en adultos de 1,8 por 100 000.⁵Puede presentarse a cualquier edad, pero es más propenso a recurrir cuando se presenta en la niñez.²

La principal localización de la papilomatosis es la laringe, principalmente en las cuerdas vocales y la comisura anterior provocando disfonía y/o disnea, pero presentaciones agresivas pueden envolver la tráquea en un 20 por ciento de los casos o hasta los bronquios distales en un 5 por ciento de los casos; también pueden afectar la faringe, amígdalas y el esófago. Cuando se presenta en los bronquios distales, el pronóstico es muy malo.¹⁻³

En niños, el virus es adquirido por transmisión de madres con verrugas genitales¹ debido a esto los serotipos más comunes de PL son el 6 y el 11, del cual el serotipo 11 es el más propenso a malignizarse.²Aquellos niños nacidos de madres con verrugas activas, tienen un riesgo 231 veces más propenso a desarrollar los papilomas, comparados con aquellos hijos de madres sin enfermedad. Aunque el VPH puede recuperarse de las secreciones de la nasofaringe en un 30 por ciento de los niños expuestos al virus en el canal vaginal, solamente una pequeña fracción de esta cifra manifestará evidencia de papilomatosis.⁵

La papilomatosis tiene dos formas de presentación: la juvenil y la del adulto, basado si el diagnóstico se hace antes o después de los 12 años. La forma juvenil se diagnostica entre los 2- 4 años de edad, no tiene predilección por el sexo y el síntoma de mayor presentación es la disfonía.⁵ Tiene un carácter difuso y afecta irregularmente a toda la laringe la cual se ve ocupada por múltiples masas rojizas y heterogéneas que a veces rebasan los límites y se extienden a la tráquea.⁶⁻⁷Tiene un curso clínico más severo que la forma adulta y suele ser recidivantes.²⁻³ Estos niños suelen ser primogénitos de madres adolescentes y provienen de una familia con un estatus socioeconómico bajo.⁵

La variedad del adulto está asociado a la promiscuidad y al sexo oral frecuente, lo que quiere decir que existe una exposición al virus más adelante, a diferencia de la variedad juvenil. Tiene un pico de incidencia entre los 20 y 40 años de edad y tiene una ligera predilección por el sexo masculino. Existe la posibilidad de que pueda presentarse como una reactivación del virus que ya fue adquirido en el nacimiento, en vez de una nueva exposición.⁵ Se presenta en forma solitaria, las cuales son menos propensas a recurrir y pueden malignizarse.¹Se trata de un tumor histológicamente similar al anterior pero con mayor tendencia a la queratinización.⁸

Disfonía y un llanto anormal, son las manifestaciones clínicas más comunes de esta patología. Si la enfermedad no se trata, entonces existe un progreso gradual de los síntomas hacia disnea, estridor, y eventualmente puede ocurrir obstrucción de la vía aérea.²

El examen físico puede revelar papilomas en la boca o en la faringe, aunque esos hallazgos son inusuales. Los métodos de diagnóstico utilizado para detectar la PL son la

laringoscopia directa e indirecta y se confirma el diagnóstico con la histopatología. Se debe de incluir en la exploración física una broncoscopia para determinar la extensión de los papilomas en las vías aéreas. La imagen típica es la presencia de múltiples neoplasias con aspecto verrucoso o de coliflor, exofíticas, excrescencias rojizas, blandas, frágiles, friables y de tamaño muy variable, que sangran fácilmente al contacto, que pueden aparecer aisladas o dispersas por la laringe, que tienen el potencial de recurrir y de esparcirse por el aparato respiratorio.^{2,5,9}

La cirugía es el principal método de tratamiento de la PL y se realiza con el fin de controlar la enfermedad, asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias mediante la escisión de los papilomas, mejorar y preservar la fonación y la prevención de las complicaciones hasta la remisión de la enfermedad.⁵El tratamiento quirúrgico de elección es la ablación con el láser de CO₂. Sus inconvenientes derivan de la posibilidad de complicaciones, así como de secuelas indeseables e inevitables.¹⁰ Hasta un 20 por ciento de los casos reportados de PL son lo suficientemente severo que requieren de una traqueotomía, aunque si es posible ésta debería de evitarse debido a que puede incrementar el riesgo de una extensión distal.¹⁻²

Existen diversas terapias adyuvantes como son la crioterapia, terapia fotodinámica, indol-3- carbinol, diindolilmetano, interferón alfa, aciclovir, ribavirina, ácido retinoico, vacuna del HPV, BCG y SRP, así como el cidofovir, pero aún no existe suficiente información sobre el beneficio de las mismas.¹⁻²

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo ya que se estudiaron los casos ya pasados, observacional y de fuentes secundarias debido a que se revisaron los expedientes de los pacientes; descriptivo porque los datos serán mostrados y detallados tal y como se presentan; longitudinal debido a que es en un período determinado y bibliográfico debido a que se compararon los resultados con las bibliografías consultadas.

Para la obtención de los datos se utilizó un protocolo, con el cual se extrajo datos de los expedientes de los pacientes seleccionados por los criterios de inclusión. Estos datos abarcaron la edad, el sexo, los síntomas, localización anatómica, así como el tratamiento.

La población estudiada fueron 2,793 pacientes que acudieron a consulta en el Departamento de Otorrinolaringología de un Hospital durante el período enero 2001- diciembre 2006, de la cual se tomó como muestra 42 pacientes que durante el período antes estipulado fueron diagnosticados o tratados por dicho padecimiento.

El criterio utilizado para la selección de la muestra fue el muestreo aleatorio, por lo que sin importar las características del paciente con PL fueron incluidos en esta investigación.

Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias, para luego ser cruzadas como tablas de contingencia. Además, para la elaboración de las gráficas y determinar las frecuencias de cada una de las

variables se utilizó el programa Excel de Microsoft office 2010.

RESULTADOS

Tabla # 1. Incidencia de la Papilomatosis Laríngea. (N=2793)

Patologías	Número de casos	Porcentaje (%)
Papilomatosis Laríngea	42	1,50
Otras Patologías	2751	98,50
Total	2793	100

Tabla #2. Relación Grupo Etario vs Sexo. (n = 42)

Edad (años)	Femenino	(%)	Masculino	(%)	Total (%)
10-20	2	4,76	1	2,38	3 (7,14)
21-30	0	0	3	7,14	3 (7,14)
31-40	2	4,76	3	7,14	5 (11,90)
41-50	4	9,52	10	23,82	14 (33,33)
51-60	5	11,91	5	11,91	10 (23,82)
60 >	4	9,52	3	7,14	7 (16,67)
Total	17	40,48	25	59,52	42 (100)

Tabla #3. Distribución según localización anatómica de la lesión. (n = 42)

Localización Anatómica	Número de Casos	Porcentaje (%)
Supraglotis	12	28,57
Cuerdas Vocales Verdaderas	25	59,52
Subglotis	5	11,91
Total	42	100

Tabla #4. Manifestaciones Clínicas (n= 42)

Manifestaciones Clínicas	Número de casos	Porcentaje (%)
Disfonía	29	69,05
Disnea	7	16,67
Disfagia	4	9,52
Odinofagia	2	4,76
Total	42	100

Tabla #5. Distribución del Tratamiento Adyuvante (n = 42)

Tratamiento Adyuvante	Número de Casos	Porcentaje (%)
BCG	20	47,62
Traqueotomía	10	23,82
Cordectomía	4	9,52
Antivirales	4	9,52
Laringectomía	3	7,14
Quimioterapia	1	2,38
Total	42	100

DISCUSIÓN

Como pudimos observar en los resultados, esta investigación encontró que, de una población de 2 793 casos un total de 42 pacientes, representando el 1,5 por ciento, presentó Papilomatosis Laríngea, mientras que, 2 751 pacientes para 98,5 por ciento presentaron otras patologías otorrinolaringológicas. Por otro lado, la variedad más frecuente fue la del adulto con 39 casos para un 92,85 por ciento, estos resultados se asemejan a una investigación realizada por Boltezar et al, encontró que en el 82,96 por ciento de los pacientes la papilomatosis apareció en la adultez. En este mismo estudio se evidenció que el sexo masculino fue el más frecuente con un 60,98 por ciento, al igual que en esta investigación, el sexo más afectado fue el masculino, con 25 de los casos para un 59,52 por ciento.¹¹

En la segunda tabla pudimos observar, que la mayor número de casos estuvo comprendido entre las edades de 41-50 años, representado por 14 casos para un 33,33 por ciento, mientras que el de menor incidencia fue el grupo etario comprendido entre los 10-20 años de edad, con 3 casos para un 7,14 por ciento. Estos datos concuerdan con varios artículos consultados, en los cuales encontramos que la variedad adulta se presenta en una edad media de 40 años.⁵

En cuanto a la localización anatómica más frecuente, en la cual se presentaron lesiones papilomatosas, fueron las cuerdas vocales con 25 casos para un 59,52 por ciento, la supraglotis con 12 casos, para un 28,57 por ciento y la subglotis con 5 casos, para un 11,91 por ciento. En un estudio en el cual se graficaron los sitios anatómicos más afectados por esta patología, presentó que las cuerdas vocales fueron las más afectadas con 49 casos, para un 98 por ciento, coincidiendo así con los resultados de nuestro estudio. Así mismo, la supraglotis fue afectada en un 40 por ciento y la subglotis en un 22 por ciento en dicho estudio.¹²

En lo que se refiere a las manifestaciones clínicas, encontramos que la más frecuente en nuestra investigación fue la disfonía con 29 casos, la cual equivale al 69,05 por ciento, en segundo lugar fue la disnea con 7 casos, para un 16,67 por ciento, mientras que la disfagia y odinofagia tuvieron una frecuencia de presentación de 9,52 por ciento y 4,76 por ciento respectivamente. En una investigación publicada en una revista brasileña, se evidenció que el síntoma más común fue disfonía con un 80 por ciento, seguido de la disnea con 76 por ciento y un 20 por ciento para el llanto débil.¹² Debido a que en nuestra investigación no se presentó la variable juvenil, no pudimos apreciar la aparición del llanto débil como síntoma de presentación, sin embargo a pesar de eso, esta investigación coincide con la publicada en la revista brasileña, en ambas, el síntoma de presentación más frecuente fue la disfonía.

En relación al tratamiento, en este estudio se apreció el uso de la vacuna del BCG como manejo adyuvante para el tratamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente, representado por 20 casos, para un 47,62 por ciento. En un estudio realizado en Bulgaria, en el cual trataron la papilomatosis con BCG en combinación con cirugía láser CO₂, en éste concluyeron que, la vacuna del BCG puede afectar de manera beneficiosa, la

diferenciación y el balance de las células T, de este modo, aumenta la eficacia de la respuesta antiviral por parte de las células T.¹³

Aunque la realización de una traqueotomía aún es un poco controversial, debido a que, la misma puede incrementar el riesgo de diseminación del virus a las vías respiratorias, su uso se limita a casos de urgencia en la cual el paciente presente casos de obstrucción de las vías aéreas.² La misma se realizó en 10 pacientes (23,82 por ciento), mientras que el uso de antivirales como la ribavirina, cidofovir y aciclovir fue utilizado en solo 4 pacientes, para un 9,52 por ciento. Se ha reportado en varios estudios el uso de cidofovir como tratamiento adyuvante, en los cuales su eficacia fue de hasta un 60 por ciento, mientras que en otro, la enfermedad tuvo una remisión completa en 19 pacientes tratados y parcialmente solo 2 en el primer ciclo del tratamiento; el uso del mismo puede ser tanto sistémico, así como la inyección local en la lesión.^{11,15} Muchos investigadores han demostrado que el uso de cidofovir para el tratamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente ha disminuido marcadamente la frecuencia y severidad de la enfermedad.¹⁴

REFERENCIAS

1. Lee, KJ. *Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Editora McGrawHill, USA, 9th ed, 2008, p.552-560; 564-565.
2. Lalwani, AK. *Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Editora McGrawHill, USA, 2do ed, 2008, p.18-20; 470-471.
3. Grupo CTO, *Manual CTO de Otorrinolaringología*. Editora CTO, España, 8va ed, 2011, p. 9-11; 61.
4. Xue, Q et al, Recurrent respiratory papillomatosis: an overview. *European Journal Clinical Microbiology Infectious Disease*, 2010; 29: 1051-1054.
5. Larson, DA; Derkay, CS. Epidemiology of recurrent respiratory papillomatosis. *APMIS* 2010; 118: 450-454.
6. Galetti G, Dallari S, Galetti R. Turbinoplasty: personal technique and long-term results. *ORL* 1991; 53: 111-115.
7. Sessler MJ, Becker HD, Flesch M, Grund KE. "Therapeutic effect of argon plasma coagulation on small malignant gastrointestinal tumors". *J Canc Res Clin Oncol*. 1995; 121: 203-6.
8. Andrea V. y Cols. Determinant for Reverity of Disease in Recurrent Respiratory Papillomatosis caused by Human Papillomavirus types 6 and 11. *The Journal Infectious Diseases* 2004; 189(5): 871-77.
9. Paredes JA, Sanz MG, Bottazi AR, Murillo VR, Anci TM., "Estudio clínico sobre la incidencia del Carcinoma Laríngeo" en el Hospital Regional "Honorio Delgado", Arequipa-Perú. *Hipertensión (Perú)* 3(3), 1997:45-59.
10. Montero MP, Hernández CDD, Enríquez P.O., Mejía OJ, "Tratamiento combinado en Papilomatosis Laríngea recidivante con resección microlaringoscópica láser CO2 e Ifn a 2b", *Revista Alergia México* 1996; 43(5):133-136.
11. Boltezar, IH et al. Adjuvant therapy for laryngeal papillomatosis. *Acta Dermatovenapa* Vol. 20, 2011, No. 3; 175-179.
12. Hermann, JS et al. Laryngeal sequelae of recurrent respiratory papillomatosis surgery in children. *Revista de la Sociedad de Medicina Brasileña* 2012; 58 (2): 204-208.
13. Vetskova, EK et col. Immunomodulatory effects of BCG in patients with recurrent respiratory papillomatosis. *Folia Medica* 2013; 55 (1): 49-54.
14. Wierzbicka, M et al. Effectiveness of cidofovir intralesional treatment in recurrent respiratory papillomatosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2011) 268: 1305-1311.
15. Graupp, M et al. Experience of 11 years use of cidofovir in recurrent respiratory papillomatosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2012).
16. National Cancer Institute. Future directions in epidemiologic and preventive research on human papillomaviruses and cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2003; 31.
17. Robin, EA et al. Treatment of recurrent respiratory papillomatosis and adverse reactions following off-label use of cidofovir (Vistide®). *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2012) 269: 361-362.
18. Escajadillo Jesús Ramón, Oídos, Nariz, Garganta Y Cirugía De Cabeza Y Cuello, *Manual Moderno, México* D.F 2da ed. 2002. P. 351-553.
19. Sahba Sedaghat N. Papilomatosis respiratoria recurrente y el rol de la vacunación antiVPH. *Revista de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello* 2013; 73: 89-93.

DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Patricia Recio Mendoza, *Rubén Darío Pimentel, **Luis Tusen.***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo donde se determinó la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes de la consulta de Neurología del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier del IDSS, julio 2012 – junio 2015. El 85.7 por ciento de los pacientes tuvo deterioro cognitivo. En cuanto a la escala del mini examen del estado mental, el 47.0 por ciento de los pacientes presentó deterioro moderado. El 40.9 por ciento de los pacientes tenía entre 60-69 años de edad. De la escolaridad, el 45.5 por ciento de los pacientes había cursado la primaria. En cuanto al estado civil, el 39.4 por ciento de los pacientes era casado. Acerca del estado laboral, el 46.9 por ciento de los pacientes estaba pensionado.

Palabras claves: Deterioro, cognitivo, enfermedad, parkison.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study where it was determined the prevalence of cognitive impairment in patients in neurology Dr. Salvador Bienvenido Gautier of the IDSS hospital consultation, July 2012 - June 2015. 85.7 per cent of patients had cognitive impairment. In terms of the scale of the mini mental state examination, the 47.0 per cent of patients presented moderate impairment. The 40.9 per cent of patients had between 60-69 years of age. Of schooling, the 45.5 per cent of the patients had completed elementary school. In terms of marital status, the 39.4 per cent of the patients was married. About the employment status, 46.9 per cent of the patients was pensioned.

Key words: cognitive impairment, disease, Parkinson.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas, superada solo por la enfermedad de Alzheimer, la cual afecta a cinco millones de personas a nivel mundial; en esta inicialmente predominan los síntomas motores; sin embargo, con el avance de la enfermedad

se ha demostrado la presencia de síntomas no motores, siendo los más prevalentes el deterioro cognitivo, la demencia, la depresión y los cambios autonómicos; lo que provoca aumento de la discapacidad y mayor morbilidad en estos pacientes.¹ El trastorno de la función cognitiva, se concentra en especial en las funciones ejecutivas, las habilidades visuo-espaciales, y algunas modalidades de la memoria y el lenguaje.²

La demencia es una de las afecciones no motoras más devastadoras de la enfermedad de Parkinson, causando un descenso severo en la calidad de vida, aumento de la carga del cuidador, aumento de la mortalidad y con frecuencia institucionalización.

La escala del mini examen del estado mental (MMSE) es la cuantificación del rendimiento cognitivo global, que permite el cribado y estadiaje en las demencias. Consta de 30 preguntas donde se evalúa la orientación temporo-espacial, la capacidad de atención, concentración, memoria, cálculo y abstracción, así como también la percepción visuo-espacial y la capacidad para seguir instrucciones básicas; con la cual se puede valorar de una manera rápida y sencilla el estado cognitivo del paciente parkinsoniano.³

El rango de la prevalencia de demencia en la enfermedad de Parkinson se encuentra entre 24 a 50 por ciento y cuenta cerca del tres a cuatro por ciento de demencia de toda la población.⁴

Antecedentes

Nos referimos a un trastorno neurológico descrito en 1817 por el médico inglés James Parkinson (1755-1824).⁵

En su monografía de 66 páginas «*An Essay on the shaking palsy*», la señala como una condición consistente en «movimientos temblorosos involuntarios, con disminución de la potencia muscular en la movilidad pasiva y activa, con propensión a encorvar el tronco hacia adelante y a pasar de caminar a correr; los sentidos y el intelecto no sufren mayor daño». En ningún momento mencionó la rigidez que acompaña a estos enfermos, lo cual para algunos implica una ligereza en la observación, pero es más probable, como nos comenta el Dr. Jaime Court, que se debiera simplemente a que en ese tiempo el tono muscular no se examinaba.⁶

Parkinson dio como explicación del fenómeno, una alteración en el funcionamiento de la médula espinal, que podría extenderse al bulbo, descartando un compromiso más

*Médico internista egresada 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 neurólogo. Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier.

alto, ya que no encontró “modificación del intelecto ni de los sentidos”. El gran mérito de Parkinson consistió en relacionar un conjunto de síntomas y signos en una entidad común.⁷

La descripción inicial es muy completa, pero no menciona dos síntomas fundamentales de la enfermedad, como son la rigidez y los trastornos cognoscitivos.⁸

La idea fue tomada por un neurólogo francés con el nombre de Jean Martin Charcot, seis décadas después. Charcot fue el primero en reconocer la importancia del trabajo de Parkinson y nombró la enfermedad después de él.

Charcot y sus estudiantes describieron el espectro clínico de esta enfermedad. Encontraron dos tipos - el escenario del temblor y el escenario de la rigidez. Describieron en detalle completo que la comprobación cambia en un paciente.

Años más tarde Charcot y Vulpain (1861) describen en su obra «De la paralysie agitante», cómo, por lo general, las facultades psíquicas están afectadas.⁹

Charcot en su trabajo «Leçons sur les maladies du système nerveux» (1875), revisa el tema de la alteración superior en la enfermedad de Parkinson y especifica algunos conceptos relacionados con las capacidades mnésicas de los sujetos, afirmando que «en un momento dado la mente se nubla y la memoria se pierde». El epónimo que acuñó Charcot tardó en ser utilizado en Gran Bretaña, quizás porque Parkinson no era uno de los pilares del establecimiento médico de la época.¹⁰

Guillermo Gowers en su «Manual de Enfermedades del Sistema Nervioso», describió su experiencia personal con 80 pacientes en los 1880s. Él determinó correctamente que los hombres eran más propensos a la enfermedad y también detalló las deformidades comunes típicas de la enfermedad.¹¹

Fue en los años 60 que las diferencias químicas en los cerebros de los pacientes de Parkinson fueron determinadas. Los investigadores encontraron que había niveles bajos de dopamina y degeneración de las células nerviosas en la parte del cerebro llamada sustancia negra. Esto hizo el tratamiento efectivo de la enfermedad de Parkinson con el agonista de la dopamina una posibilidad.¹²

Brissaud primero propuso daño a la sustancia negra como el sitio del daño cerebral en la enfermedad de Parkinson, y Trétiakoff y Foix y Nicolesco exploraron más lejos los estudios patológicos del mesencéfalo en lazo a la enfermedad durante los años 20.¹³

En 1953 la Pradera y Bosanquet analizaban los cambios del cerebro y las lesiones del tronco del encéfalo que delineaban la enfermedad de Parkinson de otras condiciones similares. El andamiaje y la progresión clínica de la enfermedad de Parkinson fueron estudiados por Hoehn y Yahr después de lo cual introdujeron su internacionalmente - sistema que efectuaba reconocido.¹⁴

En los años 60, la Levodopa primero fue administrada para tratar los síntomas y sigue siendo el tratamiento más ampliamente utilizado para la enfermedad de Parkinson.¹⁵

Parkinson en su ensayo inicial había recomendado la sangría del cuello seguido por los vesicatorios para inducir ampollar y la inflamación de la piel como tratamiento. Jean-Martin

Charcot y Guillermo Gowers eran responsables de mucho del adelanto en la comprensión de la enfermedad.¹⁶

Uno de los internos de Charcot, Ordenstein, sugirió el uso de los alcaloides de la belladona en el tratamiento de la enfermedad. Estos agentes eran centralmente las drogas anticolinérgicas activas que todavía se utilizan en algunos formularios del Parkinsonismo (Parkinsonismo inducido Droga). El producto preferido de Charcot para la enfermedad de Parkinson era el «hyoscyamine» que es un agente anticolinérgico. Charcot abogó la terapia vibratoria para la administración de la enfermedad de Parkinson.¹⁷

La Dopamina fue sintetizada primero en 1910 por G. Barger y J. Ewens. P. Holtz descubrió la enzima, decarboxilasa de la dopa y la documentó que la levodopa fue analizada a la dopamina con su acción. Birkmayer inyectó levodopa intravenosa por primera vez a los pacientes Parkinsonianos en 1961. Él demostró los resultados en su demostración de papel que los pacientes que no podrían levantarse cuando están asentados, y los pacientes que cuando el vigente no podría comenzar a recorrer realizaron todas estas actividades fácilmente después de la administración de la levodopa.¹⁸

Esto fue seguido por descubrimientos modernos de los agonistas de la dopamina y de los inhibidores enzimáticos que aumentan la disponibilidad y las actividades de la dopamina incluyendo los inhibidores de oxidación de monoamina y los inhibidores catecol-O-metilicos de la transferasa.¹⁹

Justificación

La detección temprana del déficit cognitivo es de relevancia pronóstica y terapéutica.²⁰

En esta investigación nos proponemos determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes con enfermedad de Parkinson, en la consulta de neurología del hospital salvador bienvenido Gautier, ya que esto nos servirá de guía para la prevención temprana de dicha complicación en esa población de pacientes.

Este estudio nos permitirá conocer el pronóstico de los pacientes; determinar cuál (es) tratamientos se relacionan con mayor deterioro cognitivo, y en quienes ocurre más temprano.

Si el deterioro cognitivo se relaciona con el nivel de actividad del paciente, con el nivel educacional, con la edad del paciente al momento del diagnóstico o si guarda relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, o con la presencia de alguna comorbilidad en específico.

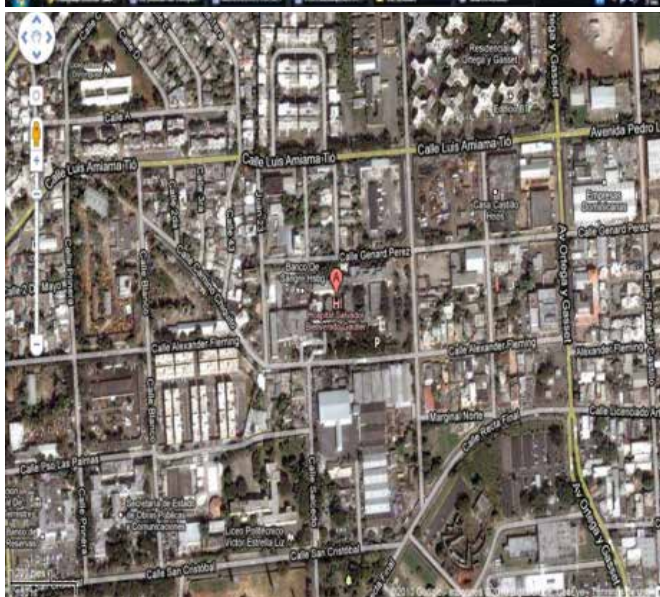
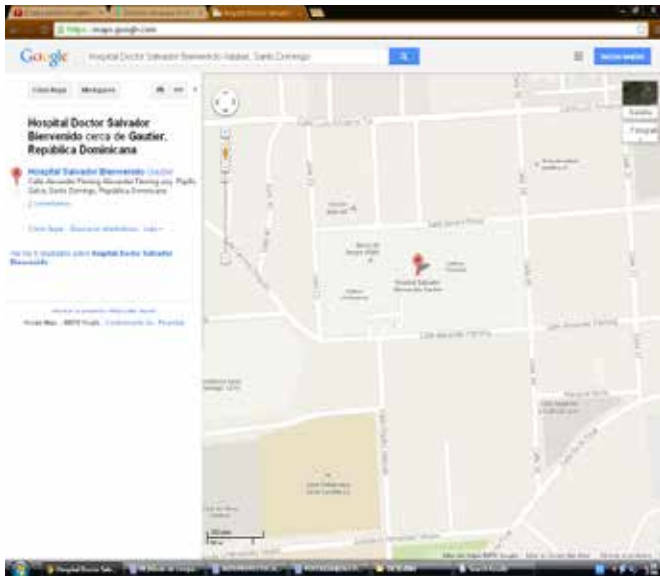
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo donde se determinó la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes de la consulta de Neurología del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier del IDSS, julio 2012 – junio 2015.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier del IDSS.



El hospital se encuentra ubicado en la calle Alexander Fleming número 1, sector ensanche la Fe, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitado, al Norte, por la calle Genard Pérez; al Sur por la calle Alexander Fleming; al Este, por la calle 39, y al Oeste, por la calle Juan XXIII. (Ver mapa cartográfico y vista aérea)
Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo

Estuvo constituido por los 77 pacientes que acudieron a la consulta de Neurología con diagnóstico de enfermedad de Parkinson durante el periodo julio 2012 – junio 2016 en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier del IDSS.

Muestra

Estuvo constituida por los 66 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson que acudieron a la consulta de Neurología en el periodo junio 2012 a julio 2015 en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier del IDSS, solo los que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios

De inclusión

1. Expediente clínico con enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo.
2. Ambos sexos.
3. No se discriminó edad

De exclusión

1. Expediente clínico incompleto.
2. Expediente clínico perdido

Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un cuestionario con todas las variables del estudio y se aplicó a cada expediente de record de pacientes donde contiene 6 preguntas, una cerrada y cinco abiertas con datos sociodemográficos como; Edad, sexo, escolaridad, estado civil, etc.

Procedimiento

El formulario fue llenado a partir de las informaciones contenidas a través de expedientes clínicos, los formularios fueron llenados por la sustentante durante el período de investigación bajo la supervisión de un asesor. (Ver anexo V.2.1. Cronograma)

Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados a través de programas computarizados en Word Excell, Microsoft.

Análisis

Los datos fueron analizados en frecuencia simple.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁰ 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 de tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro 1. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Julio 2012-junio 2015.

Deterioro cognitivo	Frecuencia	%
Si	66	85.7
No	11	14.3
Total	77	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 85.7 por ciento de los pacientes tuvo deterioro cognitivos, mientras que solo el 14.3 por ciento no.

Cuadro 2. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Julio 2012-junio 2015.

Escala del mini examen del estado mental	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor a 15 (deterioro severo)	9	20.9	4	17.4	13	19.7
16-19 (deterioro moderado)	21	48.8	10	43.5	31	47.0
20-24 (deterioro leve)	13	30.3	9	39.1	22	33.3
Total	43	100.0	23	100.0	66	100.0

Fuente: Expediente clínico

En cuanto a la escala del mini examen del estado mental a los pacientes masculinos, el 48.8 por ciento presentó deterioro moderado, el 30.3 por ciento deterioro leve y el 20.9 por ciento deterioro severo.

En cuanto a la escala del mini examen del estado mental a las pacientes femeninas, el 43.5 por ciento presentó deterioro moderado, el 39.1 por ciento deterioro leve y el 17.4 por ciento deterioro severo.

Cuadro 3. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Julio 2012-junio 2015. Según edad.

Edad (años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
50-59	10	23.3	5	21.7	15	22.7
60-69	20	46.5	7	30.4	27	40.9
>70	13	30.2	11	47.9	24	36.4
Total	43	100.0	23	100.0	66	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 46.5 por ciento de los pacientes masculinos tenía entre 60-69 años de edad, el 30.2 por ciento mayores de 70 años y el 23.3 por ciento entre 50-59 años.

El 47.9 por ciento de los pacientes femeninos tenía más de 70 años de edad, el 30.4 por ciento de 60-69 años y el 21.7 por ciento de 50-59 años.

Cuadro 4. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Julio 2012-junio 2015. Según escolaridad.

Escolaridad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeto	4	9.3	2	8.7	6	9.1
Primaria	17	39.5	13	56.6	30	45.5
Secundaria	14	32.6	7	30.4	21	31.8
Universitaria	8	18.6	1	4.3	9	13.6
Total	43	100.0	23	100.0	66	100.0

Fuente: Expediente clínico

De los pacientes masculino, el 39.5 por ciento había cursado la primaria, el 32.6 por ciento la secundaria, el 18.6 por ciento universitario y el 9.3 por ciento era analfabeta.

De los pacientes femeninos, el 56.6 por ciento había cursado la primaria, el 30.4 por ciento la secundaria, el 8.7 por ciento era analfabeta y el 4.3 por ciento universitaria.

Cuadro 5. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Julio 2012-junio 2015. Según estado civil.

Estado civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	11	25.6	8	34.8	19	28.8
Casado	20	46.5	6	26.1	26	39.4
Unión libre	12	27.9	9	39.1	21	31.8
Total	43	100.0	23	100.0	66	100.0

Fuente: Expediente clínico

De los pacientes masculinos, el 46.5 por ciento era casado, el 27.9 por ciento soltero y el 27.9 por ciento en unión libre.

De los pacientes femeninos, el 39.1 por ciento estaba en unión libre, el 34.8 por ciento era soltero y el 26.1 por ciento casado.

Cuadro 6. Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier. Julio 2012-junio 2015. Según estado laboral.

Estado laboral	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Activo	13	30.2	7	30.5	20	30.3
Desempleado	10	23.3	5	21.7	15	22.8
Pensionado	20	46.5	11	47.8	31	46.9
Total	43	100.0	23	100.0	66	100.0

Fuente: Expediente clínico

De los pacientes masculinos, el 46.5 por ciento en cuanto al estado laboral estaba pensionado, el 30.2 por ciento activo y el 23.3 por ciento desempleado.

De los pacientes femeninos, el 47.8 por ciento en cuando al estado laboral estaba pensionado, el 30.5 por ciento activo y el 21.7 por ciento desempleado.

DISCUSIÓN

Luego de la evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier, se pudo observar que la mayor parte de los pacientes, tanto hombres como mujeres presentaron deterioro cognitivo, para un 85.7 por ciento de los casos. El deterioro cognitivo moderado fue el más frecuente en ambos sexos con un 47.0 por ciento, seguido de deterioro cognitivo leve con 33.3 por ciento.

La edad más afectada estuvo entre 60-69 años para un 40.9 por ciento en ambos sexos, seguida por los mayores de 70 con 36.4 por ciento, siendo en el sexo en el sexo masculino la edad de 60-69 más frecuente con 46.5 por ciento y en el sexo femenino la más frecuente los mayores de 70 años; corroborando con un estudio sobre la frecuencia de demencia y otros síntomas neuropsiquiátricos en 1449 pacientes con enfermedad de Parkinson, la demencia fue asociada con la edad, presentándose en un 29% de los pacientes la edad mayores de 65 años.

El nivel de escolaridad más afectado fue la primaria en ambos sexos para un 45.5 por ciento respectivamente, seguido por la secundaria con 31.8 por ciento; coincidiendo con un estudio sobre el nivel educacional y deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson demostraron que el alto nivel educacional, fue asociado con bajo riesgo de deterioro cognitivo, y concluyeron que puede tener efectos protectores en el deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson.

En cuanto al estado civil los más afectados fueron los casados en el sexo masculino con 46.5 por ciento, seguido de unión

libre con 27.9 por ciento, mientras que en el sexo femenino las de unión libre fueron las más dominantes con 39.1 por ciento, seguida de las solteras con 34.8 por ciento.

En cuanto al estado laboral los pensionados fueron los más afectados en ambos sexos para un 46.9 por ciento de los casos, seguido por los que estaban activos en el sexo masculino con 30.2 por ciento, siendo los menos afectados los que estaban desempleados con 22.8 por ciento respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Evaluar el estado cognitivo a todo paciente con enfermedad de Parkinson que acuda a la consulta de neurología, utilizando las escalas adecuadas, debido a que ayuda a conocer el estado basal del paciente y actuar prontamente en la prevención o enlentecimiento de la progresión del deterioro cognitivo.
2. Incluir dicha evaluación como un protocolo en todas las consultas, incluyendo la de medicina interna.
3. Que la evaluación del estado cognitivo forme parte de la práctica común en este hospital, no solo en la consulta de neurología, sino también en la consulta de medicina interna, así como también en las salas clínicas.
4. Entrenamiento de los estudiantes, internos y médicos residentes para dicha evaluación.
5. Que la evaluación cognitiva pueda ser realizada con diferentes escalas, para valorar cual es más fidedigna en nuestros pacientes, para así prevenir la progresión del deterioro cognitivo.
6. Educar a los pacientes y a sus cuidadores, sobre la frecuencia del deterioro cognitivo.
7. Recomendar a los pacientes terapia cognitivo-conductual, además de realizar ejercicio físico y mantener nivel de actividad educativa.

REFERENCIAS

1. Stephen L. Hauser. (2013). Harrison's Neurology in clinical medicine. New York: McGraw Hill.
2. Pahwa, Rajesh, MD y Lyons, Kelly E., PhD (2007). Manejo de síntomas motores y no motores de la Enfermedad de Parkinson 7ma edición. Estados Unidos de América: Thomson PDR.
3. T. Parrao-Díaz. Evaluación del deterioro cognitivo en una población de pacientes con enfermedad de Parkinson mediante el test minimal Parkinson. Neurology 2005,40 (6): 339-344Longo, Medscape.com.
4. A history of neurological surgery. Earl Walker Ed. The Williams and Wilkins Company. Baltimore.1951
5. A History of Neurosurgery. In Its Scientific and professional contex. Samuel H. Greeblatt Ed. The American Association of neurological Surgeons. Illinois. USA. 1997
6. Caine DB. What triggers the "shaking palsy"? Cerebrum: The Dana Forum of Brain Science. Disponible en: www.dana.org. 2002
7. Pearce JMS. The Lewy Body. Historical note. J Neurol

- Neurosurg Psychiatry. 71:214. 2001
8. Some historical notes. Science week.
 9. Tulipa «Doctor James Parkinson». Disponible en: http://www.epda.eu.com/world_PD_Day-tulip_shtmuscpts/_572.html.
 10. Bett, W.R. James Parkinson: Practitioner, pampheteer, Politician and Pioner in Neurology. Medical Press, 1995, 234: 145.
 11. Critcheley, M. James Parkinson (1755-1824). A Bicentenary Volume of Papers Dealing with Parkinson's Disease Incorporating the Original Essay on the Shaking Palsy. London, 1955. Contains a biography of Parkinson by W. H. McMenemey and a bibliography.
 12. Kuhn AA, Brandt SA, Kupsch A, et al. Comparison of motor effects following subcortical electrical stimulation through electrodes in the globus pallidus internus and cortical transcranial magnetic stimulation. Exp Brain Res 2004.
 13. Nakano K, Kayahara T, Tsutsumi T, et al. Neural circuits and functional organization of the striatum. J Neurol 2000.
 14. Basso MA, Powers AS, Evinger C. An explanation for reflex blink hyperexcitability in Parkinson's disease. I. Superior colliculus. J Neuroscience 1996.
 15. Super H, Spekreijse H, Lamme VA. Two distinct modes of sensory processing observed in monkey primary visual cortex (V1). Nat Neuroscience 2001; 4:304-310.
 16. Court J, Kase JC, Palacios E, Mena I. Tratamiento del Parkinson con L-Dopa. Rev. Med Chile. 99:399-401. 1971
 17. Court J. Neurotoxicidad por manganeso. En Parkinson y otras alteraciones del movimiento. Una puesta al día. Fernando Díaz Ed. Publicación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Tomo II. Santiago de Chile. 1999.
 18. Crónica de la Medicina. Plaza y Janes Ed. 1995.
 19. Cheryl H. Waters, M. F. (2006). Diagnostico y Manejo de Enfermedad de Parkinson. Estados Unidos de America: Professional Communications, Inc.
 20. Garcia Ruiz, P. J. 2004. [Prehistory of Parkinson's disease]. Neurologia, 19, 735-7.
 21. STERN, G. 1989. Did parkinsonism occur before 1817? J Neurol Neurosurg Psychiatry, Suppl, 11-2.
 22. GARCIA RUIZ, P. J. 1996. Neurología bíblica. Rev Neurol, 24, 580-581.
 23. Samuels, A. H. (2011). Adams y Victor Principios de Neurología. Mexico, D.F.: McGraw Hill.
 24. Joseph Jankovic & Eduardo Tolosa. (2007). Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
 25. Revista de neurología, volumen 86, número 6, febrero 9, 2016.
 26. Fauci, Kasper, Hauser, Jameso y Loscalzo. (2012) Harrison's principles of internal medicine, 18a ed, USA: Mc Graw-Hill.
 27. Boller, F., (1980). Mental status of patients with Parkinson Disease. Journal of Clinical Neuropsychology, 2, 157-172.
 28. Bieliavskas, L., Klawns, H., and Glantz, R. (1986) Depression and cognitive changes in Parkinson's disease. Advances in Neurology, 45:437-438.
 29. Boller, F., Mizutani, T., Roessmann, U., Gambetti P. (1980). Parkinson disease. Dementia and
 30. John C. M. Brust, MD. (2012) Diagnostico y Tratamiento Neurologico Actualizado. Nueva York: Mc Graw Hill.
 31. Ropper, M. A. (2011). Manual de Terapéutica Neurológica de Samuel 8va edición. España: Lippincott Williams & Wilkins.
 32. Goodman & Gilman. (2012). Las bases farmacologicas de la terapeutica 12ª edición. Mexico: McGraw Hill.
 33. J. J. Zarranz. (2011). Neurofarmacologia contemporanea. Barcelona, España: El Sevier España, S. L.
 34. Carlo Colosimo & Luca Marsili. (2015). Manual de Terapia Neurologica. Nueva York: OXFORD University Press.
 35. Alzheimer disease: Clinical pathological Compilations Annals of Neurology, 7, 329-335.
 36. Schrag A, Dodel R, Spottke A, Bornschein B, Siebert U, Quinn NP. Rate of clinical progression in Parkinson's disease. A prospective study. Mov Disord 2007;22:938-45.
 37. Schrag A, Sampaio C, Counsell N, Poewe W. Minimal clinically important change on the unified Parkinson's disease rating scale. Mov Disord 2006;21:1200-7.
 38. Vargas C. Medio Siglo en el Seguro Social Dominicano. Santo Domingo (Rep. Dom.): Manatí. 2005.
 39. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council For International Organization of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the world Health Organization (WHO). Genova, 2002.
 40. Manzini JL. Declaracion de Helsinki: Principios éticos para la investigación Médica Panamericana.

INCIDENCIA DE CRISIS ASMÁTICA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO MUSA.

Emiliana Ramos Espíritu,* Manuel Hipólito Guzmán,** Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

La crisis asmática es una enfermedad que afecta con gran frecuencia a la población infantil siendo una de las principales causas de ausentismo escolar.

El objetivo de esta investigación fue determinar las causas de crisis asmática en niños menores de 15 años en la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, periodo junio 2012.

Se trató de un estudio prospectivo de tipo descriptivo el cual se desarrolló a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con crisis asmática que asistieron vía emergencia al Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

El universo del estudio estuvo compuesto por todos los pacientes menores de 15 años que asistieron vía emergencia al Hospital Regional Dr. Antonio Musa del cual se tomó la muestra.

De un total de 708 pacientes pediátricos atendidos vía emergencia 24 (3.4%) fueron por crisis asmática. La edad más afectada fue de 1 – 4 años (45.8%), siendo el sexo masculino el más afectado con 19 casos (79.2%). La procedencia la zona más afectada fue la zona urbana con 22 casos (91.7%). Dentro de los antecedentes personales patológicos que más se observaron fue el asma 24 casos (100%). El número de sibilancias por año lo que más se observó menos de tres sibilancias por año en 10 casos (41.6%). Los episodios de crisis asmática por año fue menos de 3 episodios por año en 11 casos (45.8%); sin embargo los episodios de infección de vías respiratorias en pacientes con crisis asmática fueron 22 (91.7%). Los procesos alérgicos en pacientes asmáticos fueron 18 casos (25%). En cuanto los factores asociados a crisis asmática se

observaron los cambios de temperatura en 13 casos (54.2%), seguido de uso de detergente con 4 casos (16.6%). Los hallazgos del examen físico de los pacientes con crisis asmática se observó con más frecuencia las sibilancias con 24 casos (100%), seguido de disnea con 13 casos (54.2%). La asfixia por asma se observó 24 casos (100%). El tratamiento médico que más se prescribió fue el clenbuterol en 7 casos (29.2%), seguido de salbutamol 4 casos (16.7%).

Las causas de crisis asmática son múltiples por lo que es de gran utilidad el conocimiento de las mismas y de los factores asociados a esta para brindarles a la madre y al mismo paciente la orientación necesaria para su prevención.

Palabras claves: crisis asmática, causas.

ABSTRACT

Acute asthma is a disease very often to children is one of the leading causes of school absenteeism.

The objective of this research was to determine the causes of acute asthma in children under 15 years in the Regional Hospital emergency Dr. Antonio Musa, June 2012 period.

This was a prospective descriptive study which was developed through a review of the medical records of pediatric patients with acute asthma attending emergency via Regional Hospital Dr. Antonio Musa.

The study sample consisted of all patients under 15 who attended Regional Hospital via emergency Dr. Antonio Musa which the sample was taken.

From a total of 708 pediatric patients treated via emergency 24 (3.4%) were for acute asthma. Hardest hit was the age of 1-4 years (45.8%), males being the most affected with 19 cases (79.2%). The source area was the most affected urban area with 22 cases (91.7%). Within the medical history was observed that most cases Asthma 24 (100%). The number of wheezing per year which was observed more than three wheezing per year in 10 cases (41.6%). Flare episodes per year was less than 3 episodes per year in 11 cases (45.8%), but the episodes of respiratory tract infection in patients with acute asthma were 22 (91.7%). Allergic processes in asthmatic patients were 18 cases (25%). As the flare associated factors were observed temperature changes in 13 cases (54.2%), followed by use of detergent and 4 cases (16.6%). The physical findings of patients with acute asthma was observed more frequently wheezing with 24 cases (100%), followed by dyspnea with 13 cases (54.2%). Asphyxiation by asthma was observed 24 cases (100%). Medical treatment was most commonly prescribed clenbuterol in 7 cases (29.2%), followed by salbutamol 4 cases (16.7%).

The causes are multiple flare so it is very useful knowledge thereof and the factors associated with this to provide the

* Pediatra egresada del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas.

** Pediatra

***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.

mother and the same patient the necessary guidance for prevention.

Keywords: asthma attack, causes.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la ciencia médica es bien conocida la crisis asmática, como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y ambientales. La crisis asmática puede ser motivada por la exposición a un desencadenante (infección respiratoria, halógenos, ejercicio físico, irritantes y tos).

Se encuentra que más del 50 por ciento de los niños asmáticos tienen antecedentes familiares de la enfermedad, predominando en el sexo masculino en niños pequeños; edad escolar y adolescencia se presenta predominantemente en el sexo femenino.

Desde los tiempos de Hipócrates se conocía sobre esta enfermedad en la cual se refería a jadeo significa asma (460-360 a.C.) se refiere que los espasmos vinculados al asma eran más propensos a ocurrir entre los pescadores, sastres, trabajadores, metalúrgicos. Para Hipócrates el asma es un síntoma más que una enfermedad; se acompaña de tos, ahogo, sudores y respiración entre cortada.

Los mecanismos que influyen en el desarrollo y expresión del asma son complejos interactivos. Existen factores que influyen en el desarrollo del asma y los desencadenantes de los síntomas del asma, ya sean esos propios del huésped o factores medio ambientales.

La crisis asmática puede ser motivada por la exposición de un desencadenante (infección respiratoria, alérgeno, ejercicio físico, irritantes u otros) y puede reflejar también una falla en el manejo de la enfermedad. La gravedad de la exacerbación del asma varía de leve a inminencia de fallas respiratorias, pudiendo constituir una amenaza para la vida del paciente.

La morbilidad y mortalidad del asma está relacionada a menudo con las subvaloraciones por parte del paciente, la familia o, inclusive, el médico.

Antecedentes

Antecedentes Internacionales:

Héctor R. Díaz Águila y Cols. Realizaron un estudio sobre el Instrumento para Evaluar la Crisis Asmática y la Respuesta Terapéutica en Pacientes Asmáticos en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario: "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba-Habana. Fue realizada la medición del tiempo de apnea voluntario al llegar cada paciente a los centros asistenciales y cinco minutos después de haber recibido el tratamiento inicial. El hallazgo más relevante del estudio fue que mediante el Tiempo de Apnea Voluntaria (TAV) fue valorada la severidad de la crisis asmática en los pacientes incluidos como moderada, así como la respuesta a la terapéutica utilizada; al final del tratamiento, la media del Tiempo de Apnea Voluntaria (TAV) estimó la

crisis asmática como ligera, con aumento del 69.1 por ciento del tiempo de apnea en comparación con la media del TAV a la llegada de los pacientes a los cuerpos de guardia, todos manifestaron mejoría de la disnea.¹

Los resultados expresan la utilidad práctica del TAV para evaluar el grado de crisis asmática y la respuesta a la terapéutica de pacientes asmáticos, si bien no sustituye la espirometría, en los escenarios donde no se dispone de espirómetros u instrumentos de medición, puede ser utilizado con ese objetivo. Como limitaciones de la investigación se considera la no inclusión de pacientes en edad pediátrica así como que no fueron evaluados pacientes con crisis asmática severa o que tuvieran peligro para su vida, así como pacientes hospitalizados por asma bronquial. En un estudio previo se obtuvo una correlación de 0.75 entre el flujo espiratorio pico y el tiempo de apnea voluntario. No se han encontrado publicaciones similares donde se utilice el TAV para estos fines, ello es debido a que todos los autores que han publicado sobre asma bronquial cuentan con espirometría para la determinación de la crisis asmática. Se considera de utilidad el tiempo de apnea voluntario para estimar la severidad de la crisis asmática en pacientes que acudieron a los cuerpos de guardia. Se evidenció una relación satisfactoria entre la respuesta a la terapéutica, la mejoría de los síntomas y el tiempo de apnea voluntario.²

Domínguez O. Martín S. y et.al. Realizaron un análisis de 83 Episodios de Crisis asmática Atendida una Noche de Primavera en Urgencias, Hospital Militar el Cali, Colombia, 2008. Se recogieron datos de esos 83 pacientes, analizando factores personales, actuación médica en Urgencias e indicaciones al alta. Un 21 por ciento de los pacientes nunca habían sido diagnosticados de asma. El 93 por ciento no seguía control médico regularmente y un 61,45 por ciento no hacía tratamiento. Se realizó una radiografía de tórax al 53,76 por ciento, pautándose salbutamol (92,18 por ciento) y corticoides parenterales (23,43 por ciento). Un 21 por ciento fue remitido directamente al especialista. Concluyeron que un porcentaje importante de asmáticos está infra diagnosticado, lleva un control médico insuficiente y realiza un tratamiento inadecuado. Las autoridades sanitarias deben considerar que esta situación puede saturar, en determinadas circunstancias, los Servicios de Urgencias. Un refuerzo de las unidades de Alergia, una mejor comunicación entre la Atención Primaria y la Especializada, y el seguimiento de los recuentos polínicos en las Urgencias, con la instauración de planes de alerta y protocolos ágiles de derivación al especialista, pueden mejorar este problema.³

Antecedentes nacionales:

Jesús María Matos y et.al. Realizaron un estudio sobre la Presentación de Crisis asmática en Niños Menores de 9 años en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, Santo Domingo, República Dominicana, Enero - Diciembre 2011. Se estudiaron las fichas de consultorio de un total de 583 pacientes con diagnóstico con asma bronquial. Se trabajó con 137 fichas pacientes, ya que esta representaban el 100 por

ciento de los niños asmáticos de 1 - 15 años de edad y el 8.0 por ciento de los niños en edades de 3 - 5 años presentaron crisis asmática y tuvieron ingresos durante 6 días con tratamiento, y la primera causa de crisis asmática fue la hiperactividad bronquial, y fueron dados de alta en perfecto estado de salud. Presentaron un cuadro clínico de gravedad leve. Del 100 por ciento de los pacientes, se encontró que 57 por ciento fueron niños del sexo masculino y 43 por ciento del sexo femenino. Del total de niños 68 por ciento inició la enfermedad dentro de los tres primeros años de vida. En niños de 4 a 6 años hubo un aumento en el porcentaje como edad de inicio. En la gran mayoría de los pacientes se encontró antecedentes familiares de atopía (rinitis alérgica, eccema, dermatitis atópica) y asma. Analizando la variable edad de inicio, en el total de los pacientes, se observó que 68 por ciento (94 pacientes) se encontraba entre 1 y 3 años de vida, siendo del 32 por ciento (44 pacientes) para el año de vida, 21 por ciento (29 pacientes) a los 2 años, y 15 por ciento (21 pacientes) a los 3 años. Un 20 por ciento (27 pacientes) inició la enfermedad a los 3 a 5 años, correspondiéndole un 7 por ciento (10 pacientes) a los 3 años, 4 por ciento (5 pacientes) para los 5 años, y 9 por ciento (12 pacientes) a los 5 años. El 12 por ciento (16 pacientes) restante se distribuyó uniformemente entre los 7 y 13 años.⁴

Jacqueline Mondol Cerdas y et.al. Realizaron una consulta de enfermería pediátrica para la niñez sobre asma bronquial, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo-República Dominicana enero a agosto del 2010. Se estudiaron asmáticos mayores de 2 años y menores de 14 años que han asistido a atención médica por asma más de dos veces. La necesidad de la población pediátrica asmática fue de tener control y seguimiento sobre su enfermedad, de la poca información que los progenitores de la población asmática poseen, además de la alta incidencia de consultas de morbilidad a causa del asma. El objetivo general planteado fue desarrollar la consulta de atención de enfermería pediátrica para niños, niñas y adolescentes con asma, en Esparza, en el 2006. Para el proyecto se incluyeron 24 personas con edades de 2-12 años, 11 semanas de atención. Se brindó atención holística basada en las cuatro dimensiones de la salud y al 43 por ciento de los pacientes se le realizaron hemograma y análisis bronquial, y se observó que el 14 por ciento presentaron crisis asmática y fueron internado de emergencia por vía de consulta externa.⁵

Justificación

La crisis asmática en los países sub-desarrollado como el nuestro sigue siendo una de la causa frecuente en la edad escolar. Es una de la enfermedades que causa más asistencia vía emergencia, además de ser la causa de morbi-mortalidad en, se encuentra asociada con errores en el diagnóstico y tratamiento de la exacerbación, toda crisis asmática debe ser considerada como potencialmente grave hasta su correcto control. Por tal motivo es importante estudiar el asma en niños menores de 15 años en el hospital regional Dr. Antonio Musa, en el periodo mencionado.

Es importante estudiar la patología, porque la misma

constituye una manifestación de la hiperactividad bronquial frente a determinados estímulos físicos, químicos, inmunológicos, nitrógenos. En el que pueden intervenir dos componentes: un precoz o inmediato; está caracterizado por constricción del músculo liso bronquial, edema de la mucosa e hipersecreción de moco denso y viscoso, y otro tardío, a partir de 6-8 horas, en el que destaca la inflamación de la vía aérea periférica y que es de índole más permanente.

La mayoría de los casos de esta patología se hace persistente y seguido, la cual puede llegar a un cuadro de asma bronquial. Los tratamientos convencionales son los broncodilatadores, que pueden ser de uso sistémico a través de comprimidos, pero en la actualidad hay una tendencia al uso de aerosoles, pues estos llegan directamente al bronquio afectado y no tienen efectos no deseados en el organismo.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Se realizó estudio descriptivo con informaciones prospectivas sobre la crisis asmática en niños menores de 15 años en el Hospital Regional Doctor Antonio Musa durante el período Junio 2012.

Demarcación geográfica

El estudio tuvo como escenario geográfico emergencia de pediatría del Hospital Regional Doctor Antonio Musa. Fundado el 19 de julio 1999 ubicado en el Sector México en San Pedro de Macorís, delimitado al norte carretera Mella ; al Sur la fortaleza General Pedro Santana ; al Este la escuela Juan Vicente Moscoso y al Oeste Centro de Imágenes Diagnóstica Doctor León.

Universo y muestra

El universo estuvo compuesto por todos los pacientes que asistieron vía emergencia menores de 15 años de edad en el Hospital Regional Doctor. Antonio Musa en el periodo Junio 2012.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que asistieron vía emergencia menores de 15 años de edad que padecen crisis asmática en el Hospital Regional Doctor. Antonio Musa en el periodo Junio 2012.

Criterios

De inclusión

Se incluirán todos los pacientes menores de 15 años de edad asistido vía emergencia de pediatría con crisis asmática en el Hospital Regional Doctor. Antonio Musa en el período de estudio.

De exclusión

Se excluirán todos los pacientes con crisis asmática que estén fuera del período de estudio; aquellos pacientes que no estén registrados como asmáticos, y paciente ingresado que no sean tratados como crisis asmática.

Técnicas y Procedimientos

Se elaboro un cuestionario con todas las variables correspondientes al estudio.

Se le aplico un instrumento de recolección de datos a cada uno de los expedientes clínicos de los pacientes pediátricos menores de 15 años diagnosticados con crisis asmática vía emergencia en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

Procesamiento de la información

Las informaciones recopiladas de los expedientes clínicos de los pacientes pediátricos diagnosticados con crisis asmática, fueron revisadas, clasificada y se procedió a la tabulación de las informaciones manualmente.

Presentación de la información

Las informaciones se presentaran en cuadros y gráficos estadísticos.

Plan de análisis

Para el análisis se utilizaron medidas de frecuencias absolutas y relativas, tales como: porcentajes y razones, por tratarse de un estudio descriptivo.

Aspectos éticos de la investigación

Los datos arrojados en el estudio se manejan con discreción y confiabilidad por el sustentante de la investigación.

RESULTADOS

Del 100.0por ciento de los pacientes menores de 15 años visto en la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, el 96.6por ciento presentaron episodio de infección respiratoria y el 3.4 por ciento llegaron crisis asmática.

Tabla I: Total de Pacientes Menores de 15 Años con Episodio de Infección Respiratoria en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012.

Pacientes Ingresados en la Emergencia	Total	%
Crisis Asmática	24	3.4
Episodio de Infección Respiratoria	684	96.6
Total	708	100.0

La distribución porcentual muestra la edad y el sexo de los pacientes menores de 15 años con Crisis Asmática. El 79.2 por ciento fueron de sexo masculino y el 20.8 por ciento del sexo femenino; la edad de mayor frecuencia se presentaron de 1 – 4 años con el 45.8por ciento y de 5 – 9 años con el 37.5 por ciento de los casos.

Tabla II: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: Edad y Sexo.

Edad	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
> 1	1	4.2	0	0.0	1	4.2
1 – 4	10	41.7	1	4.2	11	45.8
5 – 9	6	25.0	3	12.5	9	37.5
10 – 14	2	8.3	1	4.2	3	12.5
Total	19	79.2	5	20.8	24	100.0

En cuanto a la procedencia de los pacientes estudiados con crisis asmática visto por emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, se observó que el 91.7por ciento de los casos procede de la zona urbana y el 8.3 por ciento de los casos proceden de la zona rural.

Tabla III: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: Procedencia.

Procedencia	Total	%
Zona Urbana	22	91.7
Zona Rural	2	8.3
Total	24	100.0

Nos muestra los antecedentes personales patológicos de los pacientes estudiados. El 100.0por ciento de los pacientes presentaron asma bronquial, el 12.5 por ciento presentaron neumonía, el 4.2 por ciento presentaron bronquitis, bronquiolitis y bronconeumonía, respectivamente.

Tabla IV: Distribución Porcentual de los pacientes menores de 15 Años con crisis asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. según: antecedentes personales patológicos.

Antecedentes Personales Patológicos	Total	%
Bronquiolitis	1	4.2
Asma	24	100.0
Bronquitis	1	4.2
Neumonía	3	12.5
Bronconeumonía	1	4.2

Se observa que el 41.6por ciento de los pacientes con crisis asmática menores de 15 años manifestaron que la sibilancia se ha presentado menores tres veces en el último año, luego el 29.2por ciento presentaron sibilancia durante el último año entre 3 – 5 veces, el 16.7por ciento presentaron sibilancias durante el último año entre 6 – 9 veces, los demás no sobrepasa de un 8.3por ciento.

Tabla V: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: ¿Cuántas veces ha presentado sibilancias en el último año?

Sibilancias (No. de Veces)	No. de Sibilancias	%
< 3	10	41.6
3 – 5	7	29.2
6 – 9	4	16.7
10 – 13	2	8.3
> 14	1	4.2
Total	24	100.0

Se observa que el 45.8por ciento de los pacientes con crisis asmática menores de 15 años manifestaron que ha presentado crisis asmática en tres ocasiones en el último año, luego el 8.4por ciento presentaron entre 3 – 5 veces Crisis Asmática durante el último año y el 45.8por ciento no presentaron crisis asmática durante el último año.

Tabla VI: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: ¿Cuántas veces ha presentado crisis asmática en el último año.

Crisis Asmática (No. de Veces)	Total de Pacientes	%
< 3	11	45.8
3 – 5	2	8.4
5 – 9	0	0.0
10 – 14	0	0.0
< 14	0	0.0
No presentaron	11	45.8
Total	24	100.0

El 100.0por ciento de los pacientes menores de 15 años presentaron episodios de infección respiratoria al llegar a la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

Tabla VII: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: factores asociados – episodios de infección respiratoria.

Episodios de Infección Respiratoria	Total	%
Si	24	100.0
No	0	0.0
Total	24	100.0

Se observa que el 75.0por ciento de los pacientes con crisis asmática en la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa presentó procesos alérgicos y el 25.0por ciento no presentó en la emergencia proceso alérgico.

Tabla VIII: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: factores asociados – procesos alérgicos.

Procesos Alérgicos	Total	%
Si	18	75.0
No	6	25.0
Total	24	100.0

Se observa los factores de riesgos asociados en los pacientes menores de 15 años, el 54.2por ciento de ellos presentaron como factor riesgo cambios de temperatura, el 16.6por ciento uso de detergentes y/o sustancias, mientras que el 12.4por ciento de los pacientes estudiados presentaron factores de riesgo de la crisis asmática es debido por las fragancias y olores de perfumes, y el 4.2por ciento presentaron factores de riesgos asociado a la enfermedad como es el caso de animales (perro), uso de medicamento y el humo tabaco, respectivamente.

Tabla IX: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: factores de riesgo asociados.

Factores asociados	Total	%
Animales: perro	1	4.2
Temperatura: calor	1	4.2
Cambios de temperatura	13	54.2
Uso de medicamento	1	4.2
Uso de detergentes	4	16.6
Perfumes	3	12.4
Humo de tabaco	1	4.2
Total	24	100.0

A los pacientes menores de 15 años con crisis asmática se le realizó su examen físico, donde el 100.0por ciento presentaron sibilancias, el 54.2por ciento disnea y el 12.5por ciento presentaron tos. El 4.2 por ciento presentaron dermatitis atópica, lengua geográfica y orejas, respectivamente.

Tabla X: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: Examen físico.

Examen Físico	Total	%
Sibilancias	24	100.0
Tos	3	12.5
Disnea	13	54.2
Dermatitis atópica	1	4.2
Lengua geográfica	1	4.2
Orejas	1	4.2

El 100.0 por ciento de los pacientes menores de 15 años con crisis asmática en la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa presentaron asfixia por asma bronquial.

Tabla XI: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: asfixia por asma bronquial.

Crisis de ahogo	Total	%
Si	24	100.0
No	0	0.0
Total	24	100.0

En el tratamiento fármaco terapéutico, el 29.2 por ciento de los pacientes menores de 15 años con crisis asmática se les prescribieron Clembuterol, el 16.7 por ciento se les prescribió Salbutamol, el 12.5 por ciento se les indicó MonteluKast y el 4.2 por ciento Loratadina.

Tabla XII: Distribución Porcentual de los Pacientes Menores de 15 Años con Crisis Asmática en la Emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa, Junio 2012. Según: Tratamiento Fármaco terapéutico.

Tratamiento Fármaco terapéutico	Total	%
Salbutamol	4	16.7
MonteluKast	3	12.5
Loratadina	1	4.2
Clembuterol	7	29.2

DISCUSIÓN

En el estudio de Domínguez O. Martín S. y Cols. Realizaron un análisis de 83 episodios de crisis asmática atendido una Noche de Primavera en Urgencias, Hospital Militar el Cali, Colombia, 2008. Se recogieron datos de esos 83 pacientes, analizando factores personales, actuación médica en Urgencias e indicaciones al alta. Un 21 por ciento de los pacientes nunca habían sido diagnosticados de asma. En la República Dominicana, el Dr. Manuel Hipólito y Rubén Darío Pimentel y et.al. (2012). Realizaron un estudio sobre Crisis Asmática y mostraron que de 708 pacientes, el 3.4 por ciento de los presentaron crisis asmática con mayor frecuencia en edad 1 – 4 años. Lo que indica en el estudio de la República Dominicana tiene mayor concentración en la prescripción de los medicamentos con la cantidad de veces que ha realizado crisis asmática el paciente.

En otra investigación realizada por Jesús María Matos y et.al. en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, Santo Domingo - República Dominicana en relación a la Presentación de Crisis asmática en Niños Menores de 9 años. Del 100 por ciento de los pacientes, se encontró que 57 por ciento fueron niños del sexo masculino. En niños de 4 a 6 años hubo un aumento en el porcentaje como edad de inicio. En el estudio realizado por Manuel Hipólito Guzmán, Rubén Darío y et.al. Indica que los estudios son similares en

las variables del estudio. El 79.2 por ciento fueron de sexo masculino y el 20.8 por ciento del sexo femenino; la edad de mayor frecuencia se presentaron de 1 – 4 años con el 45.8 por ciento y de 5 – 9 años con el 37.5 por ciento de los casos.

CONCLUSIÓN

Las crisis asmáticas consisten en un aumento intensidad de la obstrucción bronquial por encima de la usual y suelen ser detectadas por un incremento en las molestias del paciente o por disminución del efecto de los medicamentos. Con frecuencia se producen gradualmente, a lo largo de varios días, aunque pueden ser bruscas, en un lapso de minutos. La mejoría de las crisis también suele ser gradual. Frecuentemente se observa un aumento de la reactividad bronquial durante estas exacerbaciones, la cual persiste por varias semanas.

De 708 pacientes, el 96.6 por ciento presentaron episodio de infección respiratoria y el 3.4 por ciento llegaron crisis asmática. La crisis asmática tiene una alta incidencia debido en parte a la contaminación ambiental y las consecuencias de esta, y en parte al aumento de la población.

El 79.2 por ciento de los pacientes fue de sexo masculino. Algunos estudios reportan que el Crisis Asmática es más frecuente en el sexo masculino que en el sexo femenino, la edad de mayor frecuencia es de 1 – 4 años con el 45.8 por ciento, y a mayor edad del inicio de la enfermedad, menor es la severidad de los síntomas.

El 91.7 por ciento de los casos proceden de la zona urbana; esto indica que esta área tiene mayor probabilidad de los cambios atmosféricos para incremento de la crisis de las asmáticas.

En los antecedentes personales patológicos, el 100.0 por ciento de los pacientes presentaron Asma Bronquial. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por crisis de tos, dificultad respiratoria (disnea) y sibilancias, usualmente reversibles, pero a veces graves. Es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la edad pediátrica, con elevada morbilidad.

El 41.6 por ciento de los pacientes con crisis asmática manifestaron que la sibilancia se ha presentado menor de tres veces al año. La sibilancia es un sonido chillón durante la respiración, que ocurre cuando el aire se desplaza a través de vías respiratorias estrechadas. Además, es un signo de que un paciente puede presentar problemas respiratorios, este sonido es más evidente cuando se expulsa el aire, pero también se puede escuchar al inhalar aire.

El 45.8 por ciento de los pacientes menores de 15 años manifestaron que ha presentado crisis asmática en tres ocasiones en el último año. El tiempo que lleva controlar el asma depende de la edad del niño, la gravedad de los síntomas, la frecuencia de las crisis y la disposición familiar a seguir el plan de tratamiento indicado al paciente.

El 100 por ciento de los pacientes menores de 15 años presentaron episodios de infección respiratoria al llegar a la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa. Como promedio cada niño presenta de 4 a 8 episodios de infección

respiratoria en un año. Muchas de estas infecciones afectan el tracto respiratorio inferior durante los primeros 5 años de vida del padecimiento de la enfermedad.

Se observa que el 75.0 por ciento de los pacientes con crisis asmática en la emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa presentaron procesos alérgicos. Todo lo que provoca reacciones alérgicas, como el polen o los ácaros del polvo, puede desencadenar también crisis asmáticas.

Se observa los factores de riesgos asociados en los pacientes menores de 15 años, el 54.2 por ciento de ellos presentaron como factor riesgo cambios de temperatura, el 16.6 por ciento uso de detergentes y/o sustancias, mientras que el 12.4 por ciento de los pacientes estudiados presentaron factores de riesgo de la crisis asmática es debido por las fragancias y olores de perfumes, y el 4.2 por ciento presentaron factores de riesgos asociado a la enfermedad como es el caso de animales (perro), uso de medicamento y el humo tabaco, respectivamente. Se han identificado un número importante de factores predisponentes o de riesgo, los que se pueden agrupar de acuerdo con su relación con el huésped, el medio ambiente que lo rodea y el agente infeccioso.

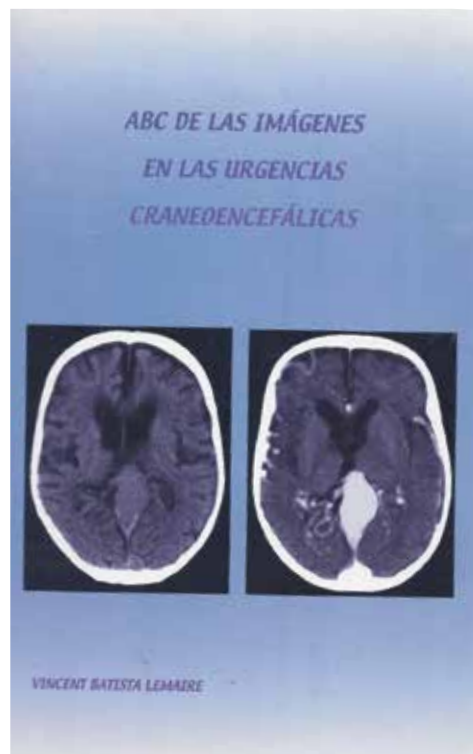
A los 100.0 por ciento de los pacientes menores de 15 años con crisis asmática se le realizó su examen físico y presentaron asfixia por asma bronquial.

A los pacientes con crisis asmáticas menores de 15 años se les prescribieron como tratamiento fármaco terapéutico: Clenbuterol, Salbutamol, Montelukast y Loratadina.

REFERENCIA

1. Bello, Vilá M, Chacón E, Asma e infecciones Arch bronconeumol 2010;36 (supl 4): 29-44.
2. Boushey Ha, Holtzman MJ, Sheller JR et al. Bronchial hiperreactivity. Am Rev Respir Dis 2012; 121: 389-413
3. Brunner y Suddarth. Diagnóstico y Tratamiento Crisis Asmática, Jhonson Novena Edición. 2011: Págs. 12-14
4. Brunner y Suddarth. Manejo de Crisis Asmática. Principios de Medicina Interna. Tomo II: Págs. 2-4. 2009.
5. Bulimia y Cols. Frecuencia del Crisis Asmática. Actualización Revista Hospital de Niños de Buenos Aires. Octubre, 2009.
6. Burstein, G., Murray, P. Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Pulmonares. Pediatrics in Review, en Español. 2012. Vol. 24 (9): Págs. 323 – 330.
7. Carreras Matons, J. Aspectos actuales en la evaluación y el tratamiento del Crisis asmática. Medicina Integral. Septiembre 2012. Volumen 40 - Número 05; Pags. 185–189. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevistapdf?pid=13036900> (consulta marzo 2006).
8. Castillo Z. Crisis Asmática. Act. Med. Domin. 2011; 15 (1): Págs. 9-13.
9. Cecil L. Tratado de Medicina Interna. Tomo II. 2010: Págs. 1-4.
10. Coombs RA. Inmunoglobulina Determinante del Crisis Asmática. 2012; Págs. 1-4.
11. De Diego A, Casan P, Duce F, Gáldiz JB, López Viña A, Manresa F Plaza V. Recomendaciones para el tratamiento de la agudización Asmática. Arch Bronconeumol 2010;32 (supl 1):1-9.
12. Domínguez O. Martín S. y Cols. Análisis de 83 Episodios de Crisis Asmática Atendido una Noche de Primavera en Urgencias, Hospital Militar el Cali, Colombia, 2011.
13. Duffy TP. Manejo Clínico de Pacientes Pediátricos Diagnosticados con Crisis Asmática. Principios Básicos y Práctica. Nueva York: Churchill Livingstone, 2011.
14. Durán Alvarez S. Crisis Asmática. Rev. Cubana. Pediatr. 2012; 71: Págs. 245-253.
15. Francisco Cuellar Ambrosi y Cols. Crisis asmática. 6ta. Edición, Editora 2009; Reimpresión; 2005, Editora Quebecor Word, Bogotá, S.A. Págs. 89-90
16. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ava. Edición. Editorial Mc Graw Gill, Madrid, España. 2007: Págs. 315-319
17. Héctor R. Díaz Águila y Cols. R Crisis Asmática y la Respuesta Terapéutica en Pacientes Asmáticos en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario: “Mártires del 9 de Abril”. Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba-Habana.
18. Jacqueline MC. Consulta De Enfermería Pediátrica para la Niñez y Adolescencia sobre Crisis Asmática. Enfermería Actual. Universidad de Costa Rica. Disponible en: revenf@cariari.ucr.ac.cr. ISSN. Enero – Agosto 2006; Págs. 1409-4568
19. José KB. Neumología Pediátrica. 3era. Ed. 2009: Págs. 19-22.
20. Kinrchschräger E, Mustieles C Carrea M Montón JL. Tratamiento del asma infantil en atención primaria. Información terapéutica del sistema nacional de Salud 2010;24 :57-58.
21. L. Diez Jarilla. Problemas Clínicos en Neumología. Editora Mc Graw Hill. 2001, España. Tema 10; Pág. 101
22. Mailxmail.com. (Cursos Gratis). “Calidad de Vida”. Crisis Asmática. Prof. Dr. Francisco Ramon Brejjo Marquez. C.S. Roda (España).
23. Manual Moderno de Pediatría. D.R.C 2011.
24. Miller/Keane. Diccionario Enciclopédico de Médico, 5ta. Edición: Págs. 145.
25. NELBI/WHO. Workshop report. Nueva York: National Institute of Health, Lung and Bood Institute. Publication n° 95-3659, 2009;6.
26. Nelson. Tratado de Pediatría, 16th ed., D.F. (Mexico): W. B. Saunders Company, 2010.:1265, 1950-1959.
27. Nicolás Brunner, Alicia Liliana Farana, Manuel Romero Delfino y Cols. Presentación del Crisis Asmática, según Sexo y Edad de Inicio en la Ciudad de Resistencia, Chaco-Argentina. Enero del 1989 - Septiembre de 2010.
28. Noemí Cesarina Cáceres y Cols. Evaluación Clínica y Terapéutica de Pacientes con Crisis asmática. Tesis de Facultad de Medicina. UASD. Pág. 2

29. Octavio RS. Neumología Edit. Trillas, México DF. 2010; Cáp. 35: Págs. 16-19.
30. Paúl B. Tratado de medicina interna. Tomo 2 de Cecil-Loeb. Walsh MC DERMOTT; 2011: Págs. 9-12
31. Pellicer Ciscar C. Hiperrespuesta bronquial en el asma. Mecanismos y características. Arch Bronconeumol 2011;37 (supl 3): 11-19
32. Rafael RA. Crisis asmática. 3era. Edición, Editora Interamericana, Mc Graw Hill. 2012: Págs. 122-124
33. Valero Muñoz, A Manejo actual de la exacerbación asmática. Emergencias 2009; 11:208-210.
34. Vendrell M, de Gracia J, Álvarez A. Bronquiectasias. Arch bronconeumol 2010;36 (supl 4): 3-12
35. Viteri A. Alergología-Pediatra. www.medicosecuador.com/ asmaalergia. Copyright 2000 - 2011.



SOBREVIDA EN PACIENTES PREMENOPÁUSICA CON CÁNCER DE MAMA CON EL USO DE TAMOXIFENO EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA DOCTOR HERIBERTO PIETER.

Yéssica Yenory Gerónimo Pérez,* Álvaro Gartner,** Rubén Darío Pimentel.***

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo con la finalidad de determinar la sobrevida de las pre-menopausia con cáncer de mama con uso de tamoxifeno que asistieron al instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter, 2011. El 49.2 por ciento de sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondieron mayor a cinco años. El 31.2 por ciento de sobrevida mayor o igual 5 años de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno tenían una edad de 30-49 años de edad. El 53.8 por ciento de sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno procedencia de una zona rural. El 23.0 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su hábito tóxico fue café. El 27.2 por ciento de sobrevida en paciente con cáncer de mama tuvieron 0 parto. El 13.8 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes familiares patológicos era diabetes mellitus. El 12.3 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes personales patológicos era diabetes mellitus. El 30.7 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondían a una estadía de 0. El 83.1 por ciento de sobrevida de las pacientes mayor a 5 años su pronóstico fue de alta.

Palabra clave: sobrevida, pre-menopausia, cáncer de mama, uso de tamoxifeno

ABSTRACT

A retrospective, descriptive study was conducted to determine the survival of pre-menopause with breast cancer using tamoxifen attended by the oncology institute Dr. Heriberto Pieter, 2011. The 49.2 percent survival of patients with Breast cancer with tamoxifen were more than five years old. The 31.2 percent survival rate greater than or equal to 5 years for breast cancer patients with tamoxifen had an age of 30-49 years of age. The 53.8 percent survival of patients

with breast cancer with tamoxifen comes from a rural area. The 23.0 percent survival in patients older than 5 years with breast cancer using tamoxifen their toxic habit was brown. The 27.2 percent survival in a patient with breast cancer had childbirth. The 13.8 percent survival in patients older than 5 years with breast cancer using tamoxifen had a family history of diabetes mellitus. The 12.3 percent survival in patients older than 5 years with breast cancer using tamoxifen had a personal pathological history of diabetes mellitus. The 30.7 percent survival in patients older than 5 years with breast cancer using tamoxifen corresponded to a stay of 0. The 83.1 percent survival rate of patients over 5 years of age was high

Key word: survival, pre-menopause, breast cancer, tamoxifen

INTRODUCCIÓN.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna que afecta a mujeres con más frecuencia a nivel mundial. Es considerado un problema urgente de salud pública tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

Según la última publicación de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, la incidencia mundial en el 2012 fue 677 000 casos, representando el 25 por ciento de todos los cánceres diagnosticados en el año. La incidencia mundial del cáncer de mama es de 38.9 casos por cada cien mil mujeres.¹

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial, se le atribuyen 7.6 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en el 2015. La neoplasia más común entre las mujeres en el mundo es el de mama, pues representa el 16 por ciento de todos los cánceres femeninos. Debido al incremento de este mal en el Perú, los índices del cáncer de mama son preocupantes pues cada año aparecen más de 8 mil nuevos casos.

A pesar que en los últimos años la incidencia de cáncer de mama se ha incrementado en forma constante, la mortalidad ha empezado a disminuir. Esto debido a dos hechos importantes: como el aumento de pesquiasaje oportuno y los avances en el tratamiento del cáncer de mama, tanto en las terapias locales, cirugía y radioterapia, como en las terapias sistémicas con el uso de neo-adyuvantes y adyuvantes con quimioterapia,

*

**

***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.

hormonoterapia y agentes biológicos terapéuticos específicos.²

El cáncer de mama se clasifica con base en el estadio clínico, la morfología celular y el análisis inmunohistoquímico. Se divide en dos grupos principales basados en la presencia o ausencia de expresión del receptor de estrógeno (RE). El perfil de expresión genética reveló que dentro de los tumores RE positivos existen dos subtipos: luminal A y luminal B. Los tumores RE negativo comprenden también dos subtipos: HER2 y tipo basal.³

Esta clasificación ha mostrado la relación entre los micro arreglos de cadenas de ADN (cADN) y el comportamiento clínico de estos tumores tomando en cuenta la actividad que presentan en el estudio inmunohistoquímico en relación al receptor de estrógeno (RE), el receptor de progesterona (RPg), erbB-2, el antígeno nuclear de proliferación celular Ki-67, y se propone como una forma de identificar a los pacientes que presentarán mejores respuestas y beneficios con las diferentes modalidades de adyuvancia.³

Esto explica porque en los últimos años se han doblado los esfuerzos por incorporar nuevos factores pronósticos adicionales a los utilizados clásicamente. Los avances en biología molecular han determinado un mejor conocimiento de la biología tumoral y a su vez han permitido la incorporación de nuevas variables con un potencial valor pronóstico.⁴

Hay que destacar que los receptores hormonales son los únicos marcadores tumorales moleculares con valor pronóstico y además su determinación forma una base para establecer tratamientos quimio-endócrinos y predecir las futuras respuestas constituyéndose en una importante arma terapéutica en el momento de seleccionar la terapia a instaurarse, permitiendo establecer el pronóstico de sobrevida de la paciente.⁴

Algunos autores señalan que los tumores que aparecen en edad avanzada son menos agresivos que los que aparecen en pacientes jóvenes. Además, al relacionar la edad al momento del diagnóstico y la supervivencia en el cáncer de mama, observa que en pacientes menores de 30 años y mayores de 49 años, el pronóstico es menos favorable. De otro lado, las pacientes con retraso en el diagnóstico inferior a 3 meses tienen mejor supervivencia a los 5, 10 y 15 años que las que inicio el tratamiento después de 3 a 6 meses.

Refieren que la sobrevida alcanzada a 5 años para aquellas pacientes con cáncer de mama y axila negativa es mayor en pacientes premenopáusicas que en posmenopáusicas.

El tratamiento de conservación de la mama en, la actualidad es un método adecuado de terapia primaria para la mayoría de mujeres con cáncer de mama en estadios I y II. Sin embargo, algunos hallazgos indican que las pacientes con cáncer de mama y axila negativa sometidas a tratamiento local, presentan tasas de recurrencia a los 5 y 10 años del 25 y 43 por ciento, respectivamente. Por ello, algunos autores refieren que la terapia adyuvante reduce el riesgo de recurrencia en este grupo.

En este sentido la clave es la prevención y detección precoz, asimismo los pesquijajes preventivos de cáncer de mama para

poder detectar esta enfermedad a tiempo, y así poder reducir el porcentaje de esta neoplasia en nuestro país.

Antecedentes.

Robles Castillo, *et al.*, (2011) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia, características sociodemográficas, clínicas e histopatológicas de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años atendidas en una unidad mamaria especializada de la Ciudad de México. Se diagnosticaron 1430 casos con cáncer de mama en cinco años, con edad promedio de 53.64 ± 11.87 años (límites 23 y 93 años), 142 casos fueron de mujeres menores de 40 años de edad (10%). La autodetección de un nódulo mamario fue la manifestación clínica más frecuente (50%). El predominio de etapas clínicas III en este grupo de edad sugiere la dificultad para el diagnóstico, por la alta densidad mamaria, que es uno de los factores que limitan los estudios de tamizaje con mastografía, porque disminuye su efectividad en la detección oportuna del cáncer de mama.⁵

Marque, *et al.*, (2012) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la sobrevida libre de enfermedad en pacientes con cáncer de mama con estudio inmunohistológico que reportó triple negativo, como factor pronóstico. El estudio fue observacional, prospectivo no concurrente. Se evaluaron 472 pacientes con cáncer de mama entre enero 2004 y diciembre 2009. Solo 269 pacientes se realizaron inmunohistoquímica, de estos 65 pacientes con cáncer de mama triple negativo, excluyendo 13 y quedando 52 pacientes. La incidencia reportó 11 por ciento y la sobrevida fue 11.5 por ciento a 5 años. El grupo etario predominante fue 60-69 años (34.6%). Los estadios tempranos y el grupo de edad de 40 a 49 años mostraron mayor sobrevida libre de enfermedad. El tipo histológico mixto y lobulillar presentaron menor sobrevida libre de enfermedad. El estado hormonal y el grado histológico no mostró significancia estadística. A mayor invasión ganglionar menor sobrevida libre de enfermedad. El tamaño tumoral y la metástasis ganglionares mantienen un pronóstico en la sobrevida libre de enfermedad.⁶

Martínez Gómez, *et al.*, (2016) realizaron un estudio con el objetivo de estudiar el cáncer de mama en mujeres jóvenes por su edad, diagnóstico, comportamiento tumoral, deseo genésico y pronóstico. Se seleccionó a 56 (4.02%) mujeres cuya edad al diagnóstico era <35 años. Se estudiaron diferentes variables como datos epidemiológicos, métodos diagnósticos, abordaje quirúrgico, resultados histológicos y tasa de supervivencia. Se realizó análisis estadístico con programa informático SPSS 15.0. La edad media fue de $31,83 \pm 2,92$ (24-35) años. Existían antecedentes familiares de cáncer de mama en 11 (19.62%) pacientes. Una paciente había presentado previamente un cáncer de ovario (1.78%). Eran nulíparas 24 (42.85%) y 5 (8,92%) tuvieron una gestación tras el diagnóstico-tratamiento del cáncer de mama. Los hallazgos clínicos fueron la presencia de nódulos en 49 (87.5%). La ecografía mamaria fue indicada como 1.er método diagnóstico por imagen en 35 (62.5%) casos. El tratamiento neoadyuvante fue de elección

en 6 (10,70%). El tratamiento quirúrgico fue indicado inicialmente en 49 (87.5%). La cirugía conservadora pudo realizarse en 23 (41.07%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante en 41 (73.2%). Respecto al seguimiento, 31 (55.35%) pacientes continúan vivas y en remisión completa. El tratamiento del cáncer de mama en pacientes jóvenes debe individualizarse. Siempre que sea posible se recomendará la realización de cirugía conservadora (valorando la quimioterapia neoadyuvante para disminuir el tamaño tumoral) así como la cirugía oncoplastica, ya que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida sin empeorar la supervivencia de dichas pacientes.⁷

Aparicio Cerna, (2016) realizó un estudio con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico del cáncer de mama HER2 positivo en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre Junio del 2012 a Junio del 2015. Registros Hospitalarios de 34 pacientes con cáncer de mama HER 2 positivo entre Junio del 2012 a Junio del 2015, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en la Unidad de cáncer de mama y patología mamaria. La edad media fue de 48 años (11.76%), el tamaño tumoral más frecuente fue de 2 a 5 cm (47.06%), el grado histológico más frecuente corresponde a pobremente diferenciado (64.71%), el mayor porcentaje (61.76%) no tuvo recurrencia local, el mayor porcentaje (94.12%) no tuvo metástasis, el tratamiento más frecuente fue el de terapia doble (50.00%), que incluye mastectomía radical y quimioterapia. La clasificación del cáncer de mama basada en parámetros inmunohistoquímicos (IHQ) permite una mejor definición del pronóstico.⁸

López Sosa y Pazmiño Miranda realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar los resultados de pruebas de inmunohistoquímica en mujeres pre menopáusicas y post menopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama.⁹ En la clasificación de severidad del cáncer de mama se obtuvo: el grupo de pre menopáusicas las pacientes con cáncer de mama Luminal A corresponde a 15.1 por ciento, Luminal B son 43.4 por ciento, Basal like son 25.5 por ciento, Luminal Her 2 son 5.7 por ciento, y Her 2 Enriquecido son 10.4 por ciento; mientras que en el grupo de post menopáusicas las pacientes con cáncer de mama Luminal A corresponde a 14.9 por ciento, Luminal B son 50.9 por ciento, Basal like son 17.4 por ciento, Luminal Her 2 son 8.1 por ciento y Her 2 Enriquecido son 8.7 por ciento. Reflejando el predominio de pacientes con cáncer de mama Luminal B en ambos grupos. El valor obtenido de $p > 0,05$ por lo cual la relación no es estadísticamente significativa.⁹

Justificación.

El tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores estrogenicos, se utiliza durante un periodo de 5 años, esta aprobado por la administración de drogas y alimentos

(FDA). Se utiliza para reducir el riesgo de cáncer de mama diagnosticado tanto en hombres como en mujeres con receptores de hormonas positivos (antiestrogénicos), es decir, bloquea la acción de esta hormona que estimula el desarrollo de las células tumorales.

Desde la introducción del tamoxifeno en 1992 en las mujeres de riesgo, que permitió la prevención del cáncer de mama en un 49 por ciento,¹⁰ adquiere importancia reconocer aquellas poblaciones de mujeres sanas con mayores posibilidades de padecer cáncer de mama en algún momento de su vida. Valorar el riesgo permite ser expectante, o bien aplicar conductas de prevención.

Existen distintos métodos para valorar alto riesgo, pero ninguno de ellos supera el conocimiento de las mutaciones genéticas del BRCA1 y BRCA2. Como lo publicara Syngletary de manera sencilla, una mujer premenopáusica con tal alteración conlleva 200 veces más posibilidades de padecer cáncer de mama que otra sin esa mutación.¹¹ De ahí que las conductas para disminuir el riesgo cobren cada vez mayor difusión, pero las mismas no están exentas de morbilidad, hecho a tener en cuenta al momento de solicitarlas -la paciente- o de ofrecerlas -el médico-.

La quimiopreención con tamoxifeno en premenopáusicas y postmenopáusicas ha sido extensamente estudiada, así como el valor del raloxifeno,¹² y más recientemente el del exemestane como alternativas a tamoxifeno, aunque exclusivamente en postmenopáusicas.¹³ Cabe señalar que con cualquiera de estos recursos, el beneficio se verificó solamente en mujeres de alto riesgo, y la disminución de la incidencia de cáncer aplicó sobre las variantes hormonosensibles, las cuales son poco frecuentes en la población mutada, particularmente en la BRCA1, en la que sólo el 17-20 por ciento de los carcinomas expresan receptores hormonales superiores a 10 por ciento.

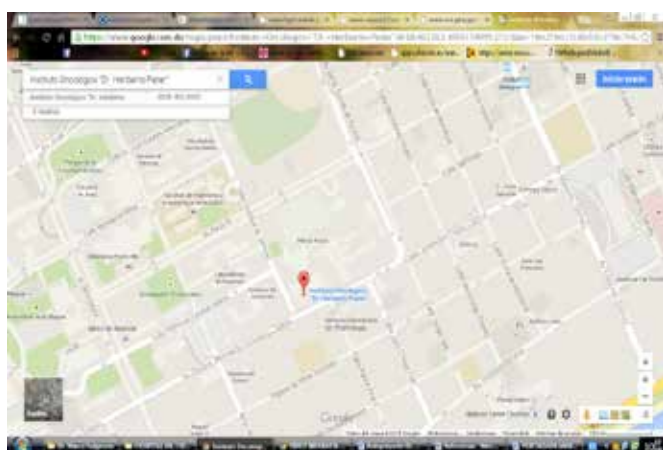
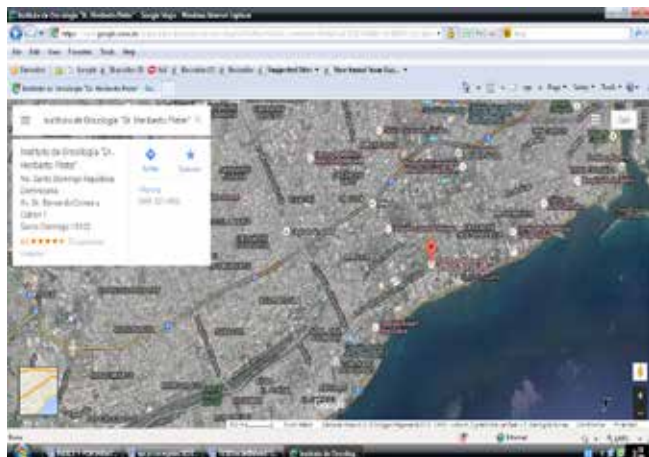
MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo con la finalidad de determinar la sobrevivencia de las pre-menopausiacon cáncer de mama con uso de tamoxifeno que asistieron al instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter, 2011.

Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el servicio de tumores mamarios del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter: ubicado en la Avenida Dr. Bernardo Correa y Cidrón No.1, de la Zona Universitaria, Distrito Nacional. Se encuentra delimitado, al Norte, por la Av. José Contreras; al Sur, por la Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón; al Este, la Av. Santo Tomás de Aquino; y al Oeste, por la Av. Independencia. Ver mapa cartográfico y vista aérea.



Mapacartográfico / Vista aérea

Universo

Estuvo constituida por 300 pacientes premenopausia con cáncer de mama atendidas en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, 2011.

Muestra.

Estuvo constituida por 65 pacientes con cáncerdemama que fueron tratadas tamoxifeno y que sobreviven a 5 años cuyo datos fueron obtenidos de los expediente manejado en el Instituto de oncología Doctor Heriberto, Pieter 2011.

Criterios

De inclusión.

1. Pacientes premenopáusica con cáncer de mama que fueron tratadas con tamoxifeno que sobrevivieron
2. Pacientes con edad de 30-50 años

De exclusión.

1. Expediente clínico no localizado.
2. Expediente clínico incompleto.

Instrumento de recolección de datos.

Se elaboró mediante un instrumento de recolección de datos

que contienen 10 preguntas de la cuales 2 abiertas y 8 cerradas con datos socio demográfico como edad y procedencia e información relacionada con factores de riesgo.

Procedimiento.

El instrumento de recolección de datos se llenaron a través de la revisión de los expedientes clínicos y esta fase fue ejecutada por la sustentate durante el periodo de la investigación 2016.

Tabulación.

La información fue tabulada y computarizada e ilustrada en cuadros y gráficos para mejor interpretación y análisis de la misma utilizando medidas estadísticas apropiadas, tales como porcentajes para lo que se utilizó los programa Microsoft-Word y Excel.

Análisis.

Los datos obtenidos en el estudio se presentaron 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 Helsinki⁶¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁶² 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 Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, 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 el personal que labora en el centro de salud (departamento de estadísticas). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en la base de datos creada con esta investigación y protegida 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 al estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez la identidad de las contenidas 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 de otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Tabla I. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011.

Sobrevida	Frecuencia	%
1-2	20	30.7
3-4	13	20.0
≥ 5	32	49.2
Total	65	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 49.2 por ciento de sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondieron mayor a cinco años; el 30.7 por ciento de 1-2 años de sobrevida y el 30.7 por ciento de 3-4 años de sobrevida

Tabla II. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011. Según edad.

Edad (en años)	Sobrevida							
	1-2		3-4		≥ 5 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
< 30	3	4.6	8	12.5	9	14.0	20	30.7
30-49	2	3.1	10	15.6	20	31.2	32	49.2
≥ 50	0	0.0	10	15.6	3	4.6	13	20.0
Total	5	7.7	28	43.7	32	49.8	65	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 31.2 por ciento de sobrevida mayor o igual 5 años de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno tenían una edad de 30-49 año de edad, el 14.0 por ciento menor igual que < 30 años y el 4.6 por ciento mayor o igual ≥ 50. El 15.6 por ciento de la sobrevida 3-4 años de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno tenían una edad de 30-49, ≥ 50 y el 12.5 por ciento menor igual de < 30 años de edad. El 4.6 por ciento de la sobrevida 1-2 años de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno tenían una edad menor o igual que < 30 años, el 3.1 por ciento de 30-49 años de edad y el 0.0 por ciento mayor o igual que 50 años edad.

Tabla III. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	30	46.1
Rural	35	53.8
Total	65	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 53.8 por ciento de sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno procedencia de una zona rural y el 46.1 por ciento urbana

Tabla IV. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011. Según Hábitos.

Hábitos tóxicos	1-2		3-4		≥ 5 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Café	4	6.1	10	15.3	15	23.0	29	44.6
Tabaco	0	0.0	0	0.0	10	15.3	10	15.3
Alcohol	4	6.1	14	21.5	8	12.3	26	40.0
Total	8	12.2	24	36.8	25	50.6	65	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 23.0 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su hábito tóxico fue café, el 15.3 por ciento tabaco y el 12.3 por ciento alcohol. El 15.3 por ciento de sobrevida de 3-4 años en pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su hábito tóxico fue café; el 0.0 por ciento tabaco y el 21.5 por ciento Alcohol. El 6.1 por ciento de sobrevida de 1-2 años en pacientes con cáncer de mama correspondían a un hábito tóxico de café; el 0.0 por ciento tabaco, y el 6.1 por ciento alcohol

Tabla V. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011. Según antecedentes ginecoobstétrico.

Sobrevida Gesta	Frecuencia	%
0	10	15.3
1	15	23.1
2	10	15.3
3	11	16.9
4	8	12.3
5	8	12.3
6	2	3.1
7	1	1.5
Total	65	100.0
Sobrevida Parto	Frecuencia	%
0	3	10.0
1	15	50.1
2	2	6.6
3	8	26.6
4	1	3.3
5	1	3.3
Total	30	100.0
Sobrevida Cesáreas	Frecuencia	%
0	10	50.0
1	5	25.0
2	3	15.0
3	2	10.0
Total	20	100.0

Sobrevida Aborto	Frecuencia	%
0	2	13.3
1	6	40.0
2	5	33.3
3	1	6.6
Total	15	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 10.0 por ciento de sobrevida en paciente con cáncer de mama tuvieron 0 parto, el 6.6 por ciento 2 parto, el 50.1 por ciento 1 parto, el 26.6 por ciento de 3 parto, el 3.3 por ciento 4 parto y el 3.3 por ciento 5 parto. El 65.9 por ciento de la pacientes con cáncer de mama no se le hizo cesáreas, el 50.0 por ciento 1 le hicieron cesáreas, en 25.0 por ciento, 15.0 por ciento 2 cesáreas, el 10.0 por ciento 3 se le hizo cesáreas. El total de aborto fue un 15 y la sobrevida fue de 65 por ciento.

Tabla VI. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, enero-diciembre 2011. Según antecedentes familiares patológicos.

Antecedentes familiares patológicos	1-2		3-4		≥ 5 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Cáncer de mama	6	9.2	6	9.2	3	4.6	15	23.0
Hipertensión arterial	8	12.3	7	10.7	4	6.1	19	29.2
Obesidad	0	0.0	1	1.6	1	1.6	2	3.1
Diabetes mellitus	4	6.1	4	6.1	9	13.8	17	26.1
Otros	4	6.1	2	3.0	6	9.2	12	18.5
Total	22	33.7	20	30.6	23	35.3	65	100.0

Fuente: expediente clínico

El 13.8 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes familiares patológicos era diabetes mellitus, el 6.1 por ciento de hipertensión arterial, el 4.6 por ciento de cáncer de mama y el 9.2 por ciento otros antecedentes patológicos.

El 10.7 por ciento de sobrevida de 3-4 años en pacientes con cáncer de mama su antecedentes familiares patológicos era hipertensión arterial, el 9.2 por ciento cáncer de mama, el 1.6 por ciento obesidad, el 6.1 por ciento diabetes mellitus y el 3.0 por ciento otros antecedentes patológicos.

El 12.3 por ciento de sobrevida de 1-2 años en pacientes con cáncer de mama su antecedentes familiares patológicos era hipertensión arterial, el 9.2 cáncer de mama, el 0.0 por ciento obesidad, el 6.1 diabetes mellitus y otros antecedentes.

Tabla VII. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, enero-diciembre 2011. Según antecedentes personales patológicos.

Antecedentes personales patológicos	1-2		3-4		≥ 5 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Diabetes Mellitus	10	15.3	10	15.3	8	12.3	28	43.1
Hipertensión arterial	8	12.3	8	12.3	10	15.3	26	40.0
Obesidad	5	7.6	2	3.0	4	6.1	11	16.9
Total	23	35.2	20	30.6	22	33.7	65	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 12.3 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes personales patológicos era diabetes mellitus, el 15.3 por ciento de hipertensión arterial, y el 6.1 por ciento obesidad. El 15.3 por ciento de sobrevida de 3-4 años en pacientes con cáncer de mama su antecedente personal patológico era diabetes mellitus, el 12.3 por ciento hipertension arteriales y el 3.0 por ciento obesidad.

El 12.3 por ciento de sobrevida de 1-2 años en pacientes con cáncer de mama su antecedentes personal patológicos era hipertensión arterial, el 15.3 por ciento diabetes mellitus, y el 7.6 por ciento obesidad.

Tabla VIII. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011. Según estadios clínicos.

Estadios clínico	Uso del Tamoxifeno							
	1-2		3-4		≥ 5 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
0	10	15.3	15	23.1	20	30.7	45	69.2
I	1	1.5	2	3.1	5	7.6	8	12.3
II	3	4.6	2	3.1	1	1.5	6	9.2
III	2	3.0	1	1.5	3	4.6	6	9.2
Total	16	24.4	20	30.8	29	44.4	65	100.0

Fuente: Expediente clínico

El 30.7 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondían a una estadía de 0, el 7.6 por ciento I estadía, el 1.5 por ciento II estadía, y el 4.6 por ciento III estadía. El 15.3 por ciento de sobrevida en paciente de 1-2 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondían a una estadía de 0, el 1.5 por ciento I estadía, el 4.6 por ciento II estadía y el 3.0 por ciento III estadía. El 23.1 por ciento de sobrevida en paciente de 3-4 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondían a una estadía de 0, el 3.1 por ciento I estadía, II estadio y el 4.6 por ciento III estadía.

Tabla IX. Sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno en el Instituto de Oncología Doctor Heriberto Pieter, 2011. Según pronóstico

Pronóstico	1-2		3-4		≥ 5 años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Alta	20	86.9	6	42.8	28	100.0	54	83.1
Disfunción	3	13.1	8	57.1	0	0.0	11	16.9
Total	23	100.0	14	100.0	28	100.0	65	100.0

Fuente: expediente clínico

El 83.1 por ciento de sobrevida de las pacientes mayor a 5 años su pronóstico fue de alta y el 16.9 por ciento disfunción.

El 42.8 por ciento de sobrevida de las pacientes de 3-4 años su pronóstico fue de alta, y el 57.1 por ciento disfunciones.

El 86.9 por ciento de sobrevida de 1-2 años en las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su pronóstico fue de alta y el 13.1 por ciento disfunciones.

DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios sobrevida en pacientes premenopausica con cáncer de mama con el uso de tamoxifeno.

El 49.2 por ciento de sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondieron mayor a cinco años; estudio realizado por Gladys Patricia Rafael Mucha et al en la universidad mayor de san marco, lima Perú 2010, donde el 52.3 por ciento de sobrevida de las pacientes con Cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondieron mayor a cinco años siendo este el porcentaje más alto que nuestro estudios.

El 31.2 por ciento de sobrevida mayor o igual 5 años de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno tenían una edad de 30-49 años de edad; en un estudio realizado por Gladys Patricia Rafael Mucha et al en la universidad mayor de san marco, lima Perú 2010, donde el 20.3 por ciento de sobrevida mayor o igual 5 años de las pacientes con cáncer de mama tenían una edad de 36-40 años, siendo el rango de edad muy diferente que nuestro estudio.

El 53.8 por ciento de sobrevida de las pacientes con cáncer de mama con uso de tamoxifeno procedencia de una zona rural; en un estudio realizado por Gladys patricia Rafael Mucha et al en la universidad mayor de san marco, lima Perú 2010, donde el 45.3 por ciento de las pacientes procedían de una zona urbana siendo este el porcentaje más bajo que nuestro estudio.

El 23.0 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su habito tóxico fue café; en un estudio realizado por Rommy Esther Franco Domínguez, en el Servicio de Ginecología de la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional, Itauguá, Paraguay, en el año 2012, donde el 35.6 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su habito tóxico fue café.

El 10.0 por ciento de sobrevida en paciente con cáncer de mama tuvieron 0 parto, el 50.1 por ciento 1 parto, El 65.9 por ciento de las pacientes con cáncer de mama no se le

hizo cesáreas, el 20.4 por El 90.9 por ciento de las pacientes tuvieron 0 aborto. en un estudio realizado por Rommy Esther Franco Domínguez, en el Servicio de Ginecología de la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional, Itauguá, Paraguay, en el año 2012, donde el 19.2 por ciento de las pacientes con cáncer de mama tuvieron 0 parto, el 25.0 por ciento 2 parto, El 20.9 por ciento de las pacientes con cáncer de mama no se le hizo cesáreas, el 20.4 por El 50.9 por ciento de las pacientes tuvieron 0 aborto, siendo este los porcentaje más bajo que nuestro estudio.

El 13.8 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes familiares patológicos era diabetes mellitus; en un estudio realizado por Gladys Patricia Rafael Mucha et al en la universidad mayor de san marco, lima Perú 2010, según el 24.3 por ciento de sobrevida en paciente de 1-2 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes familiares patológicos era diabetes mellitus, siendo este el porcentaje más alto que el nuestro estudio.

El 12.3 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno su antecedentes personales patológicos era diabetes mellitus; en un estudio realizado por Javier Valdés Pons et al, en la universidad de Santiago de Compostela facultad de medicina y odontología departamento de obstetricia y ginecología, España 2011, donde el 89.9 por ciento de las pacientes correspondían antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus siendo este el porcentaje más alto que nuestro estudio.

El 30.7 por ciento de sobrevida en paciente mayor a 5 años con cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondían a una estadía de 0; en un estudio realizado por

Por Javier Valdés Pons et al, en la universidad de Santiago de Compostela facultad de medicina y odontología departamento de obstetricia y ginecología, España 2011, donde el 31.5 por ciento de sobrevida en pacientes mayor a 5 años con Cáncer de mama con uso de tamoxifeno correspondían a una estadía de 11 siendo este el porcentaje más alto que nuestro estudio.

RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. Prevenir a las pacientes en cuanto a los factores de riesgo por la ingesta excesiva de alcohol ya que existen literaturas que confirman esta asociación.
2. Debido a la alta tasa de incidencia de cáncer de mama, se recomienda al hospital dirigir mayor esfuerzo hacia sus estrategias de prevención de cáncer de mama, enfocándose en una mejor educación y detección temprana de la patología en la población.
3. Se recomienda hacer énfasis al personal médico del hospital en el completo y correcto llenado de la boleta de referencia diagnóstica. Ya que la existencia de boletas incompletas repercute en el resultado del estudio. Por tanto, los datos recopilados a través de estos instrumentos

son indispensables para las futuras evaluaciones sobre el cáncer de mama.

4. En caso de sospecha de tumoración en los senos, se recomienda a las pacientes asistir a la consulta para así ser evaluada y tratada de forma inmediata, de esta manera evitar futuras complicaciones de esta patología.
5. El antecedente de cáncer de mama previo, en la paciente o en algún familiar, son factores de riesgo, que deben ser criterio tomados en cuenta en las pacientes que lo posean.

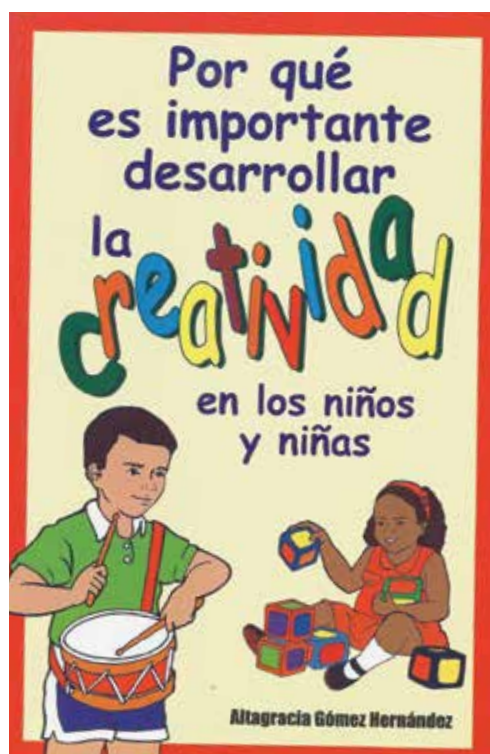
REFERENCIAS.

1. Echegaray A, Caso C. Perfil inmunohistoquímico del cáncer de mama en pacientes de un hospital general de Arequipa, Perú. 2015;31-4.
2. Radiológicos LOSH, Resultados YP. Cancer De Mama En Mujeres Menores De 35 Años . Correlacion De. 2009;
3. Zepeda-castilla EJ, Recinos-money E, Cuéllar-hubbe M, Robles-vidal CD, Maafs-molina E. Clasificación molecular del cáncer de mama Clasificación molecular del cáncer de mama. 2008;(1):87-93..
4. Angarita F, Acuña S. Cáncer de seno : de la epidemiología al tratamiento. Univ Méd Bogotá. 2008;49(3):344-73.
5. Robles-Castillo J, et al., Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. Ginecol Obstet Mex 2011;79(8):482-488
6. Moraima Márquez S, Lacruz U Julio César, López Francisco, Borges Rafael. Sobrevida en pacientes con cáncer de mama triple negativo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Ene 11] ; 72(3): 152-160. Disponible en:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00487732201200300003&lng=es
7. E. Martínez Gómez, A. Cano Cuetos, C. Medina Garrido, C. Canseco Martín, F. Aranz Velasco, N. Garrido Sánchez, Á. Zapico Goñi. Cáncer de mama en mujeres muy jóvenes, nuestra experiencia. Clin Invest Ginecol Obstet 2016;43:17-23
8. Aparicio Cerna, Yanira. Perfil Epidemiológico de cáncer de mama HER2 positivo en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre Junio del 2012 a Junio del 2015. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano; Lima, Perú, 2016 http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/ urp/492/1/ Aparacio_y.pdf
9. López Sosa, Carlos Alberto y Pazmiño Miranda, María Fernanda. Caracterización de los resultados de pruebas de inmunohistoquímica en mujeres pre menopáusicas y post menopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo entre el periodo 2013-2015. Disertación previa a la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad

- Católica del Ecuador, Facultad de Medicina Post grado de Ginecología y Obstetricia; Quito, Abril 2016.<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10470/ TESIS%20INMUNOHISTOQU%C3%8DMICA%20CANCER%20DE%20MAMA,%20ABRIL%202016. pdf?sequence=2>
10. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. J Natl Cancer Inst 1998; 90: 1371-1388.
11. Singletary SE. Rating the risk factors for breast cancer. Ann Surg. 2003; 837: 474-488.
12. Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, et al. Update of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 Trial: Preventing Breast Cancer. Cancer Prev Res (Phila). 2010; 3: 696-706.
13. Goss PE, Ingle JN, Alés-Martínez JE, et al. Exemestane for breast-cancer prevention in postmeno-pausal women. N Engl J Med 2011; 364: 2381-2391.
14. Stopeck AT, Thompson PA, Pavani C, Harris JE. Breast cancer. Medscape. 2015 Oct [citado 9 Nov 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1947145-overview>
15. Newton EV, Grethlein SJ, Talavera F, Harris JE. Breast cancer screening. Medscape 2015 May [citado 16 Nov 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1945498-overview# a1>
16. Cárdenas Baltazar P, Cárdenas Ávila I, Ramírez Bustos ME. Comportamiento del cáncer de mama en mujeres de 22-39 años del Hospital Mario Muñoz [citado 16 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/comportamiento-del-cancer -mama-mujeres-22-39-anos-del-hospital-mario-munoz/comportamiento-del-cancer -mama-mujeres-22-39-anos-del-hospital-mario-munoz.shtml>
17. American Cancer Society. Cáncer de seno (mama): Guía detallada [citado 16 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/ documents/webcontent/002284 -pdf.pdf>
18. Lifshitz A. Cáncer del seno en mujeres jóvenes. Vida y Salud. 2009 Oct [citado 16 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.vidaysalud.com/diario/ mujeres/cancer-del-seno-en-mujeres-jovenes/>
19. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. Lancet 2011; 378(9793)771-784.
20. Culver JB, Hutchinson F, Hull J, Sloan M, Cancer K, Levy-lahad E, et al. Breast Cancer Genetics-An Overview. 2000;1-12.
21. Name L, Name F, Training O, Training P, Darin C, Training RO, et al. No Title No Title. Igarss 2014. 2014. 1-5 p.

22. Network NCC. Breast Cancer, Version 2.2015. NCCN Clin Pract Guidel Oncol (NCCN Guidel [Internet]. 2015;(October):184. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf
23. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009;51(3):s147–56. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a04.pdf>
24. Alvarez E LA. Estudio Bioquímico de la Menopausia y la Perimenopausia. *Ed Cont Lab Clin*. 2010;V13:76–93.
25. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001;76(5):874–8.
26. Calle A, Aguirre W, Alarcon E, Bucheli R, Chedrawi P, et al., Menopausia climaterio y osteoporosis en el Ecuador. *Rev Iberoam Educ médica Contin Ecuador*. 2007;V 26 (2):99–107.
27. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Fertil Steril* [Internet].2012;97(4):843–51. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3340904&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Escobar AJ. Climaterio y Menopausia [Internet]. 2009. Available from: <http://es.slideshare.net/adolfoje/climaterio-y-menopausia5209898>
29. 1Richie RC, Swanson JO. Breast cancer: a review of the literature. *J Insur Med* [Internet]. 2003;35(2):85–101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14733031>
30. Schlichting JA, Soliman AS, Schairer C, Harford JB, Hablas A, Ramadan M, et al. Breast Cancer by Age at Diagnosis in the Gharbiah, Egypt, Population-Based Registry Compared to the United States Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, 2004–2008. *Biomed Res Int* [Internet]. 2015;2015:1–9. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/381574/>
31. Ih A. A Review on Aetio-Pathogenesis of Breast Cancer. *J Genet Syndr Gene Ther*. 2013;4(5):1–4.
32. Malik A, Jeyaraj PA, Shankar A, Kishore G, Mukhopadhyay S, Kamal VK. Passive Smoking and Breast Cancer -a Suspicious Link. 2015;16:5715–9.
33. Azim Jr. HA, Partridge AH. Biology of breast cancer in young women. *Breast 94 Cancer Res*. 2014;16:1–9.
34. Azim HA, Nguyen B, Brohée S, Zoppoli G, Sotiriou C. Genomic aberrations in young and elderly breast cancer patients. *BMC Med* [Internet]. BMC Medicine; 2015;13(1):266. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/13/266>
35. Cancer B. What is breast cancer ? What causes breast cancer ? 2015;1–13.
36. Salud OM de la. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>
37. Reserved AR. Breast Cancer Review. 2013;
38. Rommy Esther Franco Dominguez servicio de ginecología de la catedral y servicio de ginecología y obstetricia de la facultad de ciencias medicas de la Universidad Nacional, Itaugua, Paraguay 2012.
39. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghate S, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening. *Jama* [Internet]. 2015;314(15):1615. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama>.
40. Fundamentos biológicos de inmunohistoquímica. 5:17–44.
41. Uribe JR, Hernández CA, Menolascino F, Joel E, Istúriz LM, Márquez ME, et al. Clasificación molecular del cáncer de mama. 2010;109–16.
42. Manual de Calidad de Inmunohistoquímica en Anatomía Patológica.
43. Matsumoto A, Jinno H, Ando T, Fujii T, Nakamura T, Saito J, et al. Biological markers of invasive breast cancer. 2015;(4):1–7.
44. Gladys Patricia Rafael Mucha et al en la Universidad Mayor de San Marcos, Lima Peru 2010.
45. Zafrani B1, Aubriot MH, Mouret E, De Crémoux P, De Rycke Y, Nicolas A, Boudou E, Vincent-Salomon A, Magdelénat H S-GX. High sensitivity and specificity of immunohistochemistry for the detection of hormone receptors in breast carcinoma: comparison with biochemical determination in a prospective study of 793 cases. *Histopathology*. 37(6):536–45.
46. BREASTCANCER.ORG. Análisis de Inmunohistoquímica (IHQ) [Internet]. 2014. Available from: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/ihq>
47. Irigoyen MAA. Subtipos moleculares del cáncer de mama : implicaciones pronósticas y características clínicas e inmunohistoquímicas Molecular subtypes of breast cancer : prognostic implications. 2011;219–33.
48. Zepeda-castilla EJ, Recinos-money E, Cuéllar-hubbe M, Robles-vidal CD, Maafs-molina E. Clasificación molecular del cáncer de mama Clasificación molecular del cáncer de mama. 2008;(1):87–93
49. G FI, S EM, G ID, S MTP, Z CF. Clasificación molecular del cáncer demama. 2011;67–74.
50. Prat A, Pineda E, Adamo B, Galván P, Fernández A, Gaba L, et al. Clinical implications of the intrinsic molecular subtypes of breast cancer. *The Breast* [Internet]. 2015;24:26–35. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977615001460>
51. Berek J. Ginecología de Novak. 13 Edición. México: Mc Graw Hill; 2005. 657 p.
52. Gutarra F. Conceptos Básicos de Obstetricia [Internet].

2011. Available from: <http://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>
53. Davidson NE. Adjuvant therapies for premenopausal women with endocrine-responsive disease. *Breast*. 2009;18(Suppl 1):15(Abstr S35).
 54. Alkner S, Bendahl PO, Fernö M, Nordenskjöld B, Rydén L. South Swedish and South-East Swedish Breast Cancer Groups. Tamoxifen reduces the risk of contralateral breast cancer in premenopausal women: Results from a controlled randomised trial. *Eur J Cancer*. 2009;45(14):2496-2502
 55. Higgins MJ, Rae JM, Flockhart DA, Hayes DF, Stearns V. Pharmacogenetics of tamoxifen: Who should undergo CYP2D6 genetic testing? *J Natl Compr Canc Netw*. 2009;7(2):203-213.
 56. Baum M, Hackshaw A, Houghton J, Rutqvist, Fornander T, Nordenskjöld B, et al. Adjuvant goserelin in premenopausal patients with early breast cancer: Results from the ZIPP study. *Eur J Cancer*. 2006;42:895 -904.
 57. LHRH-agonists in Early Breast Cancer Overview group Cuzick J, Ambroisine L, Davidson N, Jakesz R, Kaufmann M, Regan M, et al. Use of luteinising-hormonereleasing hormone agonists as adjuvant treatment in premenopausal patients with hormone-receptorpositive breast cancer: A meta-analysis of individual patient data from randomized adjuvant trials. *Lancet*. 2007;369(9574):1711-1723.
 58. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast cancer MS-32v.1.2010. Disponible en: URL: <http://www.nccn.org>.
 59. Winer EP, Hudis C, Burstein HJ, Wolff AC, Pritchard KI, Ingle JN, et al. American Society of Clinical Oncology technology assessment on the use of aromatase inhibitors as adjuvant therapy for postmenopausal women with hormone receptor positive breast cancer: Status Report 2004. *J Clin Oncol*. 2005(20);23(3):619- 629.
 60. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical practice guidelines in Oncology: Breast cancer. BINV-17 v.1.2010. Disponible en: URL: <http://www.nccn.org>.
 61. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast cancer BINV-K v.1.2010. Disponible en: URL: <http://www.nccn.org>.
 62. Angarita F, Acuña S. Cáncer de seno : de la epidemiología al tratamiento. *Univ Méd Bogotá*. 2008;49(3):344-73.
 63. Javier Valdez Pons et al, Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de medicina Departamento de Obstetricia y Ginecología, España 2011.
 64. **Manzini JL. Declaración de Hilsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.**
 65. **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.**



FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL LA VICTORIA.

Laura Scarlette Brito Ramos, *Rubén Darío Pimentel, **Aideé Cuás

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, con la finalidad de determinar la frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de Obstetricia del Hospital Municipal La Victoria. Octubre-noviembre, 2013. La frecuencia de adolescentes embarazadas fue de 31.1 por ciento. El 63.4 por ciento de las pacientes tenían una edad de 17-19 años. El 75.0 por ciento de las pacientes eran de unión libre. El 54.8 por ciento de las pacientes tenían escolaridad secundaria. El 49.0 por ciento de las pacientes el estado civil de los padres eran de unión libre. El 92.3 por ciento de las pacientes tuvieron de 1-2 parejas sexuales. El 68.3 por ciento de las pacientes eran de una precedencia rural. El 57.7 por ciento de las pacientes presentaron menarquía a una edad de 10-13 años. El 67.3 por ciento de las pacientes tenían una edad de la primera relación sexual de 10-13 años. El 99.0 por ciento de las pacientes no tuvieron antecedentes de abuso sexual. El 81.7 por ciento de las pacientes eran primíparas. El 57.7 por ciento de las pacientes utilizaban métodos anticonceptivos. El 82.7 por ciento de las pacientes tenían una edad gestacional menor de 37 semanas. El 45.2 por ciento de las pacientes tuvieron chequeos prenatales de 4-6. El 46.1 por ciento de las pacientes tuvieron infección urinaria.

Palabras clave: Frecuencia, Embarazo, Adolescentes.

ABSTRACT

A descriptive, prospective, cross-sectional, in order to determine the frequency and epidemiological characteristics of pregnancy among adolescents attending the consultation of Obstetrics Municipal Hospital La Victoria was performed. October-November 2013. The teen pregnancy rate was 31.1 percent. 63.4 percent of patients were aged 17-19 years. 75.0 percent of patients were free binding. 54.8 percent of patients had secondary schooling. 49.0 percent of the patients marital status of the parents were cohabiting. 92.3 percent of patients had 1-2 sexual partners. 68.3 percent of the patients were from a rural precedence. 57.7 percent of patients had menarche at

age 10-13 years. 67.3 percent of patients had an age of first intercourse for 10-13 years. 99.0 percent of patients had no history of sexual abuse. 81.7 percent of the patients were primiparous. 57.7 percent of patients using anticonceptives. 82.7 percent of patients had a lower gestational age of 37 weeks. 45.2 percent of patients had prenatal checkups 4-6. 46.1 percent of patients had urinary infection.

Keywords: Frequency, Pregnancy, Teen.

INTRODUCCIÓN

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo en las adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creemos importante realizar una revisión general del tema enfocada a determinar la frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria.¹

El embarazo adolescente como la gestación en mujeres en edades comprendidas entre 10-19 años. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la frecuencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12.8 por ciento del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25 por ciento y en países africanos cerca del 45 por ciento del total de embarazos.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad

* Médico familiar egresado del Hospital Dr. Francisco E. 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.

de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

El embarazo que a cualquier edad constituye un hecho bio-psico-social de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para la salud del binomio madre-hijo y por las consecuencias que puede acarrear para el futuro. En el campo de la salud son bien conocidos los riesgos maternos-fetales del embarazo a edades tempranas y que parecen deberse más bien a las condiciones socio-culturales y de cuidados médicos que se les brindan, que a las condiciones fisiológicas de esta edad.

En República Dominicana alrededor del 20 por ciento de los nacimientos institucionales ocurren en madres adolescentes, hallándose entre las naciones con índice elevado de nacimientos en este grupo de edad. El 80 por ciento de ellas tiene riesgo de tener hijos con bajo peso.

Antecedentes

Dalia C. Patricia Rojas García, *et al.* (2010)³ realizaron un estudio sobre embarazo en adolescentes tiene consecuencias biológicas y sociales en la Universidad El Bosque. Colombia. En Colombia la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años es del 20.5 por ciento. El 44.5 por ciento de las menores de 19 años han abortado. El estudio fue de tipo cualitativo con 17 jóvenes. La información recopilada previo consentimiento informado fue de historias clínicas, grupos focales, y entrevistas. El embarazo no planeado fue de 11 casos en el noviazgo, 1 por promiscuidad y 5 (29.4%) por abuso sexual o incesto. Este último se oculta por vergüenza o temor al rechazo social. Hubo abandono de pareja en 9 casos, crisis familiar y social, aislamiento y deserción escolar. Cambios psicosociales: negación y rechazo (aborto, abandono, adopción de conductas de riesgo).

Villa H. Jesús G. (2012)⁴ realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de colección retrospectivo de datos con la finalidad de determinar el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes que asistieron al Hospital de la Mujer Dominicana en el período enero-diciembre 2011. El 30.4 por ciento tenían edad 18 años. El 51.9 por ciento secundaria incompleta. El 71.5 por ciento en unión libre. El 75.5 por ciento primíparas. El 26.5 por ciento de las pacientes usan planificación familiar. El 14.7 por ciento de las pacientes han sufrido de abortos. El 12.7 por ciento de las pacientes que han sufrido 1 aborto. El 13.7 por ciento de las pacientes presentó una edad gestacional menor a 37 semanas. El 77.5 por ciento igual o mayor que 4 chequeos. El 38.2 por ciento entre las 3-6 horas, El 55.9 por ciento de los partos tuvieron una terminación espontánea. El 81.4 por ciento del total de las pacientes presento Infección durante el parto. El 77.5 por ciento entre las 36-39 semanas. El 92.2 por ciento presento apgar 8/9. EL 100.0 por ciento de las pacientes egresadas su condición fue bueno. El 93.1 por ciento de los recién nacidos egresados su condición fue buena.

Cuduco M. Norma Alt. (2012)⁵ realizó un estudio descriptivo, de corte transversal de colección prospectivo con la finalidad de determinar la frecuencia del embarazo en adolescentes que asistieron al Hospital de la Mujer Dominicana, en el período enero-diciembre 2011. La frecuencia de adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital de la Mujer Dominicana fue de 10.2 por ciento durante el año 2011. El 43.2 por ciento de las pacientes asistidas tenían edad entre 14-16 años. El 67.8 por ciento tenía nivel escolaridad secundaria incompleta. El 63.5 por ciento vivían en unión libre como estado civil. El 78.2 por ciento tuvieron una paridad primípara. El 90.3 por ciento de las adolescentes no había usado ningún método de planificación. El 7.8 por ciento de las adolescentes había usado pastillas como método de planificación. El 91.0 por ciento de las pacientes no tuvo antecedentes de abortos. El 87.5 por ciento de las pacientes cursaron edad gestacional entre 37-41 semanas. El 55.0 por ciento de las adolescentes asistieron 4 o más chequeos prenatales. El 36.7 por ciento de las adolescentes fueron negativas con relación a la labor del parto. El 56.0 por ciento de las adolescentes terminaron su embarazo vía cesárea. La morbilidad del embarazo más frecuente fue la infección urinaria con un 76.0 por ciento. El 71.0 por ciento de las pacientes tenían edad gestacional del RN en 37-39 semanas. El 80.0 por ciento de las adolescentes presentaron un apgar 8/9. El 89.6 por ciento de las adolescentes presentaron condición al egreso buena. El 86.7 por ciento de los recién nacidos presentaron condición al egreso buena.

Justificación

El embarazo adolescente es considerado como un problema social, el ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, sabiendo la morbimortalidad materno infantil y el impacto Psicosocial que este genera.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho social importante; aún mas durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden poner en riesgo a la salud de la madre y del hijo en comparación con aquel que se produce en edades óptima para la concepción.

En el Hospital Municipal La Victoria, se atienden un número importante de adolescentes embarazadas, sobre el control prenatal, la accesibilidad, la estructura y la orientación educativa aportada en relación a los síntomas, signos de alarma del embarazo, parto y puerperio durante la asistencia a las consultas.

Es por lo ya expuesto que surge el interés de realizar un estudio basado en la frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes atendidas en dicho centro médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

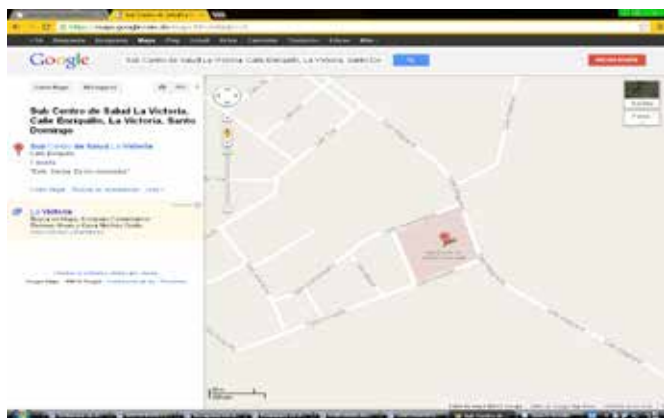
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, con la finalidad de determinar la frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asistieron a la consulta de Obstetricia del

Hospital Municipal La Victoria. Octubre-noviembre, 2013.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Municipal La Victoria, ubicado en la Calle Altagracia #1, Barrio La Unión, Municipio Santo Domingo Norte. Delimitado, al Norte, por la Calle San Antonio; al Sur, por la Calle Enriquillo; al Este, por la calle Altagracia y al Oeste, por la calle Peatonal A.



Universo.

Estuvo constituido por todas las embarazadas que asisten a la consulta externa del Hospital Municipal La Victoria.

Muestra.

Estuvo constituido por todas las pacientes adolescentes embarazadas que asisten a la consulta externa del Hospital Municipal La Victoria.

Criterios de inclusión

Está representado por las pacientes adolescentes embarazadas, acuden a la consulta externa del Hospital Municipal La Victoria.

Pacientes adolescentes embarazadas que asistieron dentro del periodo de estudio.

Criterios de exclusión

Está representado por embarazadas que acuden a la consulta externa mayor de 19 años.

Pacientes adolescentes embarazadas con expediente incompleto.

Pacientes adolescentes embarazadas que asistieron fuera del periodo de estudio.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que contiene las variables pertinentes del estudio, mediante preguntas de nuestra autoría el cual será llenado por la investigadora mediante una entrevista directa a las pacientes, el cuestionario cuenta con un total 14 preguntas.

Procedimiento

A cada adolescente embarazada se le aplicó un formulario elaborado previamente para estos fines. (Anexo).

Procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron procesados a través de programas Microsoft Word y Excel.

Análisis

Los datos obtenidos en el estudio fueron procesados en programas de Microsoft Word y Excel, los mismos se presentaron en frecuencia simple y fueron expresados en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013.

	Frecuencia	%
Pacientes embarazadas que asistieron a la consulta de obstetricia	334	100.0
Pacientes adolescentes embarazadas	104	31.1

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El total de pacientes embarazadas que asistieron a la consulta de obstetricia fue de 334 (100.0%), de las cuales 104 eran adolescentes para una frecuencia total de un 31.1 por ciento.

Cuadro 2. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
10-13	1	1.0
14-16	37	35.6
17-19	66	63.4
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 63.4 por ciento de las pacientes tenían una edad de 17-19 años, el 35.6 por ciento tenían de 14-16 años y el 1.0 por ciento de 10-13 años.

Cuadro 3. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	26	25.0
Unión Libre	78	75.0
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 75.0 por ciento de las pacientes eran de unión libre y el

25.0 por ciento eran solteras.

Cuadro 4. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeto	1	1.0
Primaria	21	20.2
Intermedia	21	20.2
Secundaria	57	54.8
Técnicos o vocacionales	4	3.8
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 54.8 por ciento de las pacientes tenían escolaridad secundaria, el 20.2 por ciento tenían primaria e intermedia, el 3.8 por ciento tenían técnicos o vocacionales y el 1.0 por ciento eran analfabetas.

Cuadro 5. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según estado civil de los padres.

Estado civil de los padres	Frecuencia	%
Casados	6	5.8
Solteros	28	26.9
Unión libre	51	49.0
Divorciados	5	4.8
Viudo	14	13.5
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 49.0 por ciento de las pacientes el estado civil de los padres eran de unión libre, el 26.9 por ciento eran solteros, el 13.5 por ciento eran viudo, el 5.8 por ciento eran casados y el 4.8 por ciento divorciados.

Cuadro 6. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según número de parejas sexuales.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%
1-2	96	92.3
3-4	8	7.7
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 92.3 por ciento de las pacientes tuvieron de 1-2 parejas sexuales, el 7.7 por ciento tuvieron de 3-4 parejas.

Cuadro 7. Frecuencia y características epidemiológicas

del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	71	68.3
Urbana	33	31.7
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 68.3 por ciento de las pacientes eran de una procedencia rural y el 31.7 por ciento eran urbana.

Cuadro 8. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según menarquía.

Menarquía (edad)	Frecuencia	%
10-13	60	57.7
14-16	44	42.3
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 57.7 por ciento de las pacientes presentaron menarquía a una edad de 10-13 años y el 42.3 por ciento de 14-16 años.

Cuadro 9. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según edad de la primera relación sexual.

Edad de la primera relación sexual (años)	Frecuencia	%
10-13	70	67.3
14-16	21	20.2
17-19	13	12.5
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 67.3 por ciento de las pacientes tenían una edad de la primera relación sexual de 10-13 años, el 20.2 por ciento tenían de 14-16 años y el 12.5 por ciento de 17-19 años.

Cuadro 10. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según antecedentes de abuso sexual.

Antecedentes de abuso sexual	Frecuencia	%
Sí	1	1.0
No	103	99.0
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 99.0 por ciento de las pacientes no tuvieron antecedentes de abuso sexual y el 1.0 por ciento sí.

Cuadro 11. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según antecedentes obstétricos.

Antecedentes obstétricos	Frecuencia	%
Primípara	85	81.7
Múltipara	19	18.3
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 81.7 por ciento de las pacientes eran primípara y el 18.3 por ciento presentaron múltipara.

Cuadro 12. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según uso de anticonceptivos.

Uso de anticonceptivos	Frecuencia	%
Sí	60	57.7
No	44	42.3
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 57.7 por ciento de las adolescentes utilizaban píldoras anticonceptivas y el 42.3 por ciento no.

Cuadro 13. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según edad gestacional.

Edad gestacional	Frecuencia	%
< 37 semanas	86	82.7
37-41 semanas	18	17.3
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 82.7 por ciento de las pacientes tenían una edad gestacional menor de 37 semanas y el 17.3 por ciento tenían de 37-41 semanas.

Cuadro 14. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según chequeo prenatales.

Chequeos prenatales	Frecuencia	%
1-3	42	40.4
4-6	47	45.2
>7	15	14.4
Total	104	100.0

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 45.2 por ciento de las pacientes tuvieron chequeos prenatales de 4-6, el 40.4 por ciento tuvieron 1-3 y el 14.4 por ciento mayor de 7.

Cuadro 15. Frecuencia y características epidemiológicas del embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal La Victoria octubre-noviembre, 2013. Según morbilidad del embarazo.

Morbilidad del embarazo	Frecuencia	%
Vaginitis	44	42.3
Enfermedad de transmisión sexual	1	1.0
Infección urinaria	48	46.1
Otras	11	10.6
Ninguno	19	18.3

Fuente: Archivo Hospital Municipal La Victoria.

El 46.1 por ciento de las pacientes tuvieron infección urinaria, el 42.3 por ciento tuvieron vaginitis, el 11.5 por ciento tuvieron infecciones, el 1.0 por ciento tuvieron enfermedad de transmisión sexual, el 10.6 por ciento tuvieron otras y el 18.3 por ciento ninguna.

DISCUSIÓN.

La frecuencia de adolescentes embarazadas durante el periodo de estudio correspondió a un 31.1 por ciento. En este estudio se determinó que la edad más frecuente fue de 17-19 años con un 63.4 por ciento; datos que se relacionan con los descritos en el estudio realizado por Reynaldo Hernández et al., en el Hospital Inmaculada Concepción en el Municipio Cotuí, República Dominicana, en el año 2007, donde la edad más frecuente fue de 17-19 años con un 64.5 por ciento.

El 75.0 por ciento de las pacientes estaban en unión libre; en otro estudio realizado por Sobeida L. Blázquez Morales et al., en el Hospital Escuela Universitaria Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México, 2010, donde fueron estudiados un total de 30 casos, de las cuales se pudo observar que la mayoría de las pacientes eran casadas para un 80.0 por ciento.

Se observó que el 54.8 por ciento de las pacientes tenían escolaridad secundaria; en comparación con un estudio realizado por Fátima Elizabeth Rodríguez Sánchez et al., en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, República Dominicana, en el año 2010, donde un 41.3 por ciento de las pacientes sólo llegó al nivel académico primario.

La mayor parte de las adolescentes embarazadas tuvo su primera menstruación de 10-13 años para un 57.7 por ciento; datos que se relacionan con un estudio realizado por Marbella Damián Gómez, Universidad de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Michoacán, México, 2008, donde la edad de la menstruación de las adolescentes, en el 57.0 por ciento fue de 10-12 años.

La mayoría de las pacientes inició su primera relación sexual a la edad de 10-13 años, para un 67.3 por ciento; en comparación con un estudio realizado por Ricardo Alvarado et al., en el Departamento Salud Pública, Universidad del

Rosario, Bogotá, Colombia, 2007, donde el 28.8 por ciento de las mismas ha tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de inicio de 15 años.

El 57.7 por ciento de las pacientes usó método anticonceptivo; en comparación con un estudio realizado por Paula León et al., en la Universidad de los Andes, Chile, 2008, donde el 55.1 por ciento usaba algún tipo de contraceptivo.

RECOMENDACIONES.

- Desarrollar estrategias intersectoriales que garanticen atención integral y apoyo permanente a la gestante adolescente, dado que en esta edad la adolescente enfrenta a diversas influencias socioculturales y biológicas que influyen su embarazo y que hacen de este una vivencia particularmente difícil.
- Al sector educativo para que en coordinación con el sector salud lideren campañas intersectoriales en las aulas y para los padres de familia sobre educación sexual donde se utilicen estrategias vivenciales como los talleres de tal forma que se logre la sensibilización hacia el tema y se afronte el problema desde el ámbito familiar primeramente.
- Intervención educativa, el embarazo adolescentes se previene. A partir desde esa premisa, los padres pueden ayudar a sus hijos a transitar por una sexualidad responsable, las conversaciones con respecto a la importancia del correcto uso de método de planificación.
- Implementar y fortalecer los servicios de atención integral de calidad para adolescentes en el primer nivel de atención, con énfasis en Salud sexual y salud reproductiva, y prevención del embarazo en adolescentes.
- Anteponer un proyecto de vida y sueños profesionales y emocionales, es fundamental desarrollar valores personales como respecto a la vida y a las decisiones de los demás.
- Tomando como referencia la alta frecuencia de pacientes que tuvieron su primera relación sexual a edades comprendidas entre 10-13 años, promover el disfrute de la vida sexual sin riesgo a embarazo.
- Orientar a las adolescentes a reducir el número de parejas sexuales en su vida, a través de charlas educativas con el propósito de disminuir el riesgo de embarazos.
- Debido a que la mayoría de las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, se recomienda promover campañas donde se den a conocer los mismos como mecanismos principales de prevención.

REFERENCIAS

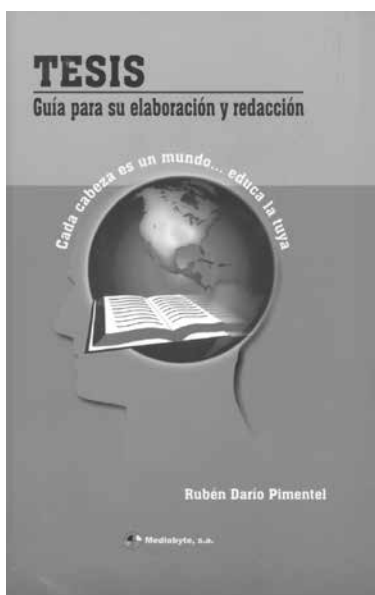
1. León Paula, Minassian Matías, Borgoño Rafael, Bustamante Francisco; Revista Pediatría Electrónica; Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918.
2. Ruoti M., Ruoti A., et al.: "Sexualidad y Embarazo en Adolescentes", Instituto de Investigaciones de

Ciencias de Salud. Universidad de Asunción Paraguay: 1999.

3. Rojas García D.C.P., et al. Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. Index Enferm v.19 n.2-3 Granada abr.-sep. 2010.
4. Villa H. Jesús G; Comportamiento epidemiológico del embarazo en las adolescentes que asistieron al Hospital de la Mujer Dominicana en el período enero-diciembre 2011, tesis para optar por el título de Ginecología y Obstetricia.
5. Cuduco M. Norma Alt. Frecuencia de embarazo en adolescentes que asistieron al hospital de la mujer dominicana. 2011, Tesis para optar por el título de Ginecología y Obstetricia.
6. Ulanowicz María G., Parra Karina E., Wendler, Gisela E. Monzón, Lourdes Tisiana, Riesgos en el embarazo adolescente; Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006 Pág. 13-17.
7. Alvarado, Laura E. Figueroa; Salome Infante, Chavira; Adolescentes embarazadas; Congreso Iberoamericano de Educación, Buenos Aires República de Argentina, 13, 14 y 15 de Septiembre de 2010.
8. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de Desarrollo del Milenio, No. 4/ Nueva York: UNICEF; CEPAL, 2007.
9. OMS. Salud de los adolescentes. Organización Mundial de la Salud. 2012. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
10. M. Rodríguez Rigual, Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia, An Pediatr 2003; 58: 104 - 106. Último acceso 30 de noviembre de 2009.
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina del Adolescente, Aproximación al Adolescente Enfermo. 1ra edición, Caracas. 2012.
12. Garita Arco C. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes y su abordaje con enfoque de derechos. 2010.
13. Carrizo MN, Castro CE, Sánchez LG, Villarroel MG. Embarazo precoz. 2010
14. Issler JR. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2011;107:11-23.
15. Esqueda E, Fontela CM, Ruiz AC, Valverde P. Embarazos sucesivos en las adolescentes. 2015.
16. Pomata J. y col. Guías y recomendaciones para la atención de la adolescente embarazada y su hijo. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2006;25(1).
17. García Minuzzi M, Giorgetti M, González M, Sartori M, Pomata J Meritano J. Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2010;29(4).
18. OMS. El embarazo en la adolescencia. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

19. Romero MR. Ambarazo en la adolescencia. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 20. 2011 Capítulo XXII pp 473-482.
20. Díaz K. República Dominicana figura entre los países con más embarazos en adolescentes. Diario Libre. 11 Mar. 2015. Disponible en: <http://www.diariolibre.com/noticias/repblica-dominicana-figura-entre-los-pases-con-ms-embarazos-en-adolescentes-NUDL1050481>
21. El País. La República Dominicana es el quinto país de Latinoamérica en embarazos adolescentes. 2013. Disponible en: http://www.7dias.com.do/el-pais/2013/09/26/i148752_dominicana-quinto-pais-latinoamerica-embarazos-adolescentes.html#.Vkt2wtlvfcs
22. Diario Libre. El número de adolescentes embarazadas en el país es alarmante. 26 Sep. 2013. Disponible en: <http://www.diariolibre.com/noticias/el-nmero-de-adolescentes-embarazadas-en-el-pas-es-alarmante-JMDL403930>
23. Rodríguez D. ENDESA dice en RD el 20% de menores ha sido embarazada. 24 Oct. 2014. Disponible en: <http://www.elcaribe.com.do/2014/10/24/endesa-dice-20-menores-sido-embarazada>
24. ENDESA. Embarazo en la Adolescencia en República Dominicana. 2010.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



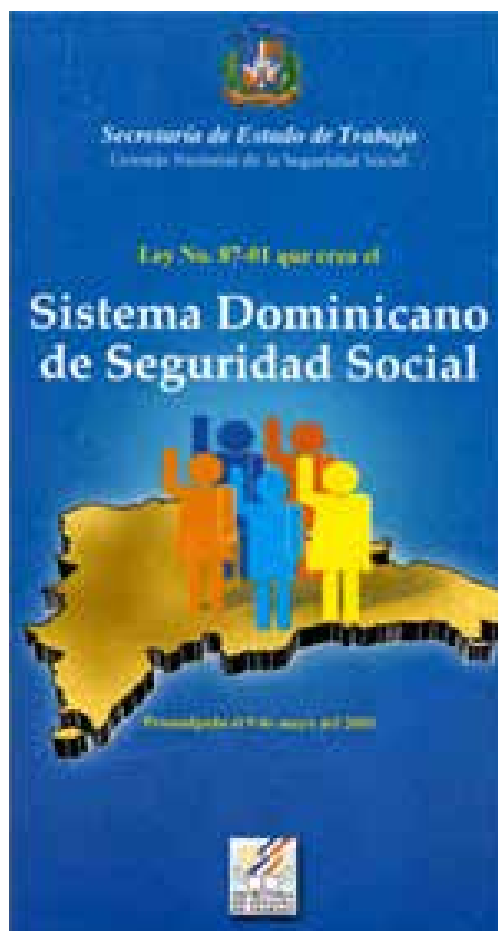
Tesis.

Guía para su elaboración y redacción

Autor: Dr. Rubén Darío Pimentel

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

PRECIO: RD\$ 300,00.



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL DOCENTE DOCTOR FRANCISCO EUGENIO MOSCOSO PUELLO

Anabel Leonardo González, *Rafaela Castillo, **Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Objetivo. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar. **Metodología.** Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo, de corte transversal, realizado a 100 mujeres que asistieron a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, durante los meses de noviembre y diciembre del 2013. A través de una entrevista directa durante la consulta. **Resultados.** Todas las mujeres entrevistadas mostraron tener excelentes y buenos conocimientos, sobre todo las mujeres mayores de 35 años de edad (53.0%); al igual que las procedentes de zona urbana (56.0%) y zona rural (44.0%). Las mujeres unidas (46.0%) y solteras (32.0%) demostraron tener mejores conocimientos que las mujeres casadas (14.0%). Como dato paradójico, encontramos que las mujeres que tienen de 4 a 6 hijos (24.0% y 33.0%) tenían buenos conocimientos y buenas prácticas. Sin embargo en la evaluación de las actitudes y las prácticas, a pesar de que son buenas, sin importar las variables, entre un 21.0 por ciento y 5.0 por ciento de la totalidad de las mujeres mostraron actitudes regulares y deficientes respectivamente; y prácticas deficientes en el 19.0 por ciento de la totalidad entrevistada. **Recomendación.** Los programas de planificación familiar en conjunto con los servicios de atención integral deben realizar intervenciones oportunas para corregir informaciones erróneas sobre los métodos de planificación, realizar consultas y controles periódicos; involucrar a los hombres y trabajar en forma humanizada, teniendo en cuenta los patrones culturales, los valores morales y religiosos de cada usuario, ya que esto influye en el ejercicio de la sexualidad y por ende en las actitudes y las prácticas del uso de métodos de planificación familiar.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes, Prácticas, Métodos de planificación familiar.

ABSTRACT

Objective. Determine the knowledge, attitudes and practices

regarding the use of family planning methods. **Methodology.** This is a descriptive and prospective, cross-sectional, conducted 100 women who attended the outpatient clinic of the Teaching Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, during the months of November and December 2013. Through an interview directly during the consultation. **Results.** All the women interviewed have showed excellent and good knowledge, especially women over 35 years of age (53.0%); as well as those from urban areas (56.0%) and rural areas (44.0%). Bound (46.0%) and girls (32.0%) were shown to have better knowledge than married women (14.0%). As paradoxical fact, we found that women with 4-6 children (24.0% and 33.0%) had good knowledge and good practices. However in assessing attitudes and practices, although they are good, regardless of variables, between 21.0 percent and 5.0 percent of all women they showed regular and poor attitudes respectively; and poor practice in 19.0 percent of all interviewed. **Recommendation.** Family planning programs in conjunction with comprehensive care services should make appropriate interventions to correct misinformation about the methods of planning, consultation and periodic checks; involving men and work in a humanistic way, taking into account cultural norms, moral and religious values of each user, as this affects the exercise of sexuality and therefore in the attitudes and practices of using methods family planning.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Family planning methods.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva también es parte de un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo de ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones.¹ Es un factor significativo para mejorar la calidad de vida de las mujeres, sus parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países en vía de desarrollo.

La planificación familiar está considerada un componente esencial en el cuidado de la salud reproductiva, juega un papel importante en la reducción de la morbi- mortalidad materna y del recién nacido, y en la transmisión de enfermedades

* Médico Familiar y Comunitario

**Médico Familiar y Comunitario

***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.

sexuales.¹ Esta estrategia pone a la disposición de cientos de mujeres y sus parejas una gama de métodos anticonceptivos, posibilitando el acceso a un conjunto de conocimientos que conllevan a una vida sexual sin riesgos de embarazos.

Ya que el crecimiento poblacional y el tamaño de las familias se han estudiado ampliamente por las implicaciones que generan sobre variables tan relevantes como el crecimiento económico, el empleo, la pobreza y la calidad de vida de los hogares, se considera que el conocimiento, la adopción de prácticas adecuadas y una buena actitud frente a los métodos de planificación familiar debe ser universal, para que esto influya de manera positiva sobre la salud reproductiva de la pareja, permitiendo así una vida sexual satisfactoria, con la libertad para decidir cuándo hacerlo o no y la cantidad de hijos que desean.¹

Antecedentes

Doris de la Cruz- Penaran, *et al.* (2003),² realizaron un estudio en la selva del Perú, con el objetivo de investigar la asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar en parejas. Los resultados obtenidos arrojaron que los hombres con educación primaria o sin escolaridad fueron más proclives a no conocer el uso de métodos anticonceptivos que aquellos con educación profesional (RM: 2.18, IC 95%: 1.05, 4.50). Las mujeres cuya pareja era católica tenían una probabilidad mayor de conocer el uso de métodos anticonceptivos que aquellas cuya pareja no practicaba religión alguna (RM: 0.60, IC 95%: 0.37, 0.97).

La menor educación de la pareja, la mayor edad de la mujer, y la procedencia rural del hombre se asociaron con una actitud menos favorable hacia la práctica de la planificación familiar. Las parejas en las cuales el hombre no sabía del uso de métodos anticonceptivos fueron más proclives a no practicar la planificación familiar que las parejas en las que el hombre sí lo conocía (RM: 1.57, IC 95: 1.07, 2.30). Las parejas en las que el varón tuvo un nivel de aceptación medio hacia la planificación familiar tuvieron una probabilidad mayor de no practicarla que aquellas en las que el hombre tuvo un nivel de aceptación alto (RM: 1.90, IC 95%: 1.03, 3.48). Esta probabilidad fue aún mayor cuando el hombre tuvo un nivel de aceptación bajo hacia la planificación familiar (RM: 2.23, IC 95%: 1.10, 4.51).

Anniris Y. Feliz, *et al.* (2009),³ realizaron un estudio en el sector Los trinitarios II de Santo Domingo Este, República Dominicana. Cuyo objetivo principal fue determinar el conocimiento, actitud y práctica de las adolescentes en este sector durante el periodo mayo-julio 2009. La población estudiada estuvo compuesta por

200 adolescentes. De los resultados obtenidos 60 por ciento no han utilizado métodos de planificación, seguido de un 40 por ciento que si lo han usado; según los tipos de métodos que conocían un 40 por ciento respondió que conocía los condones, un 25 por ciento las píldoras y un 17,5 por ciento los inyectables. En cuanto a los efectos secundarios que ocasionaban y que llevaban a la actitud de no utilizarlos, 55

por ciento respondió que producían aumento de peso, 20 por ciento que producen hemorragias irregulares y 15 por ciento que reduce la fertilidad.

Liliana Franco Hincapié, *et al.* (2011)⁴ realizaron un estudio en Medellín, Colombia. Cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos básicos sobre planificación familiar y su aplicación con mujeres en edad reproductiva que viven en condiciones de pobreza. Las mujeres encuestadas tenían conocimientos básicos sobre la existencia de diferentes métodos de planificación familiar. El 93 por ciento de las mujeres no deseaba concebir más hijos, de estas el 38,7 por ciento no planificaba en el momento de la entrevista. El 42 por ciento tenía un nivel bajo de escolaridad; se halló relación entre este hecho y el número de hijos, donde el 31 por ciento de las madres tenía entre 3 y 7 hijos ($p < 0,001$; O.R: 5,8). El 68 por ciento de las mujeres tenía vida sexual activa; de estas 69,1 por ciento planificaban.

El 33 por ciento de las mujeres inició su vida sexual antes de los 15 años, además, esto se suma con la no utilización de métodos anticonceptivos, el número de hijos y la no planeación de los embarazos; ($p < 0,02$).

Justificación

Los programas de planificación familiar están buscando nuevas alternativas para responder a las necesidades de anticoncepción que tienen aquellos que reciben estos servicios, es decir, los hombres, los y las adolescentes, las mujeres que recurren al aborto por no tener acceso adecuado al uso de los anticonceptivos o su religión le impide, o simplemente la pareja no acepta por las costumbres del pueblo al que pertenecen.

En muchos lugares se ofrecen métodos de planificación a través del programa de planificación de las instituciones de salud pública y privadas; sin embargo, es importante ampliar los conocimientos de los usuarios y las usuarias sobre el uso, el momento de aplicación de cada método, los beneficios y efectos secundarios que presenta cada uno, pues si estos desconocen o no son bien orientados pueden adoptar una actitud desfavorable y repercutir en su salud reproductiva.

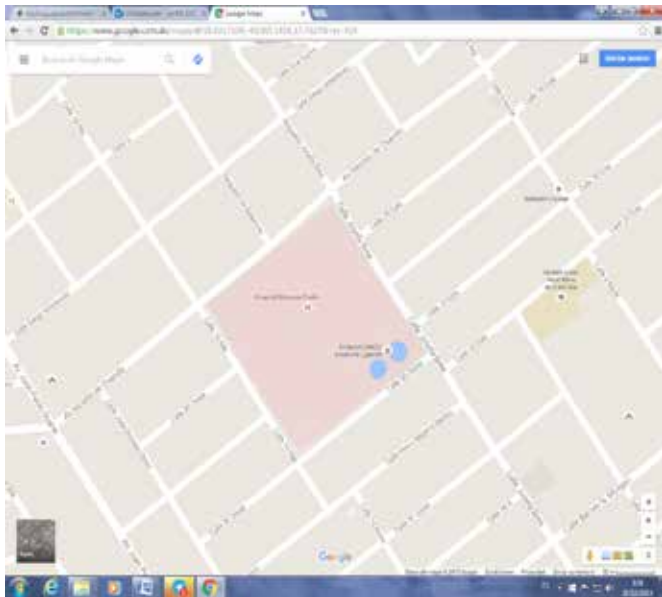
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, cuyo objetivo es determinar como son los niveles de conocimientos, actitudes y práctica sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre – diciembre 2013.

Demarcación geográfica

Dicho estudio fue realizado en el Hospital Doctor Francisco Eugenio Moscoso Puello, ubicado en Santo Domingo, Distrito Nacional, 10401; delimitado al Norte por la Av. Nicolás de Ovando; al Sur, por la Calle 35 Oeste; al Este, por la Calle Josefa Brea y al Oeste, por la Calle 16 Norte.



Universo

Fue de 309 pacientes que asistieron al consultorio No. 1 de Medicina Familiar, en el horario de 12: pm a 4: pm del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, durante el periodo noviembre-diciembre 2013.

Muestra.

Se tomó como muestra 100 pacientes que asistieron al consultorio No. 1 de Medicina Familiar, en el horario de 12: pm a 4: pm del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, durante el periodo noviembre-diciembre 2013 y que aceptaron ser parte del estudio.

Criterios de inclusión

Todas las usuarias que asistieron a la consulta en el periodo de estudio.

No se discriminó la edad.

Criterios de exclusión

Usuarias que no aceptaron ser parte del estudio.

Barreras de idiomas.

Usuarias con trastornos neurológicos y/o psiquiátricos.

Instrumento de recolección de datos

La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario integrado por preguntas abierta y cerradas. Que contiene las características sociodemográficas de las usuarias, historia reproductiva e información relacionada con los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar. .

Procedimientos

El cuestionario fue llenado a partir de las informaciones dadas por las mujeres que asistieron al consultorio No. 1 de medicina familiar, en el horario de 12: pm a 4: pm; estos

cuestionarios fueron llenados de manera directa durante el período de la investigación y evaluados a través de una escala de puntuación en base a 100 de acuerdo a las respuestas favorables y afirmativas. Clasificándolos en excelentes de 76 a 100 puntos; buenos de 51 a 75 puntos; regulares de 26 a 50 puntos y deficientes menor o igual a 25 puntos.

Tabulación y análisis

Los datos obtenidos en el estudio fueron procesados en los programas de Microsoft Word y Excel. Fueron expresados en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Aspectos éticos

Se le explicó a cada usuaria el objetivo del estudio. La información suministrada fue estrictamente confidencial, se omitieron los nombres de las mujeres involucradas en el estudio.

RESULTADOS.

Cuadro 1. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación entre edad y conocimientos.

Edad (años)	Conocimientos								Total	
	Deficiente		Regular		Bueno		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
<20	0	0.0	0	0.0	1	1.0	2	2.0	3	3.0
20-24	0	0.0	1	1.0	11	11.0	3	3.0	15	15.0
25-29	0	0.0	0	0.0	7	7.0	6	6.0	13	13.0
30-34	0	0.0	0	0.0	8	8.0	8	8.0	16	16.0
≥35	0	0.0	0	0.0	22	22.0	31	31.0	53	53.0
Total	0	0.0	1	1.0	49	49.0	50	50.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 1.0 por ciento de las mujeres menores de 19 años de edad obtuvieron un conocimiento regular, así como un 2.0 por ciento excelente. Aquellas de 20-24 años de edad, presentaron en un 11 por ciento buenos conocimientos y solo un 3 por ciento excelentes. El 7.0 por ciento bueno y el 6.0 por ciento excelente se mostraron en las mujeres de 25-29 años de edad. Las de 30-34 años obtuvieron un 8.0 por ciento para los niveles de bueno y excelente. Los mayores porcentajes se presentaron en las mujeres mayores de 35 años con un 22.0 por ciento de conocimientos buenos y 31.0 por ciento excelentes.

Cuadro 2. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación edad y actitudes.

Edad (años)	Actitudes								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
≤19	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.0	3	3.0
20-24	0	0.0	1	1.0	4	4.0	10	10.0	15	15.0
25-29	0	0.0	4	4.0	1	1.0	8	8.0	13	13.0
30-34	0	0.0	5	5.0	3	3.0	8	8.0	16	16.0
≥35	5	5.0	11	11.0	13	13.0	24	24.0	53	53.0
Total	5	5.0	21	21.0	21	21.0	53	53.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 3.0 por ciento de las mujeres menores de 19 años mostraron una excelente actitud. Mientras que las de 20-24 años de edad presentaron una actitud regular en

1.0 por ciento, buena en un 4.0 por ciento y excelente en un 10.0 por ciento. Las de 25- 29 años, mostraron una actitud regular en un 4.0 por ciento, buena en un 1.0 por ciento y excelente 8.0 por ciento. En el grupo de 30-34 años de edad, 5.0 por ciento presentaron una actitud regular, 3.0 por ciento buena y 8.0 por ciento excelente. Las mayores de 35 años, presentaron un 11.0 por ciento como regular, 13.0 por ciento buena y un 24.0 por ciento excelente. Solo el 5.0 por ciento de estas mostraron una actitud deficiente hacia el uso de métodos de planificación familiar.

≤19

20-24

25-29

30-34

≥35

Cuadro 3. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación edad y prácticas.

Edad (años)	Prácticas								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
≤19	1	1.0	0	0.0	2	2.0	0	0.0	3	3.0
20-24	1	1.0	0	0.0	10	10.0	4	4.0	15	15.0
25-29	3	3.0	0	0.0	6	6.0	4	4.0	13	13.0
30-34	4	4.0	0	0.0	8	8.0	4	4.0	16	16.0
≥35	10	10.0	1	1.0	36	36.0	6	6.0	53	53.0
Total	19	19.0	1	1.0	62	62.0	18	18.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 10.0 por ciento de las mujeres mayores de 35 años, tuvieron una deficiente práctica en el uso de métodos de planificación familiar; un 1.0 por ciento fue regular, 36.0 por ciento buena y solo un 6.0 por ciento, excelentes; notamos que las que tenían de 30-34 años obtuvieron un 4.0 por ciento en deficiente y excelente, mientras que un 8.0 por ciento tenían buenas prácticas. Las mujeres de 25-29 años tuvieron un 3.0 por ciento como deficiente, 6.0 por ciento buenas y 4.0 por ciento excelente. El 10.0 por ciento de las mujeres entre 20-24 años tuvieron una buena actitud, mientras que el 4.0 por ciento fue excelente y solo 1.0 por ciento deficiente, igual que las menores de 19 años, de las que 2.0 por ciento tuvieron buena actitud.

Cuadro 4. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación procedencia y conocimientos.

Procedencia	Conocimientos								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Rural	0	0.0	1	1.0	17	17.0	26	26.0	44	44.0
Urbana	0	0.0	0	0.0	32	32.0	24	24.0	56	56.0
Total	0	0.0	1	1.0	49	49.0	50	50.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 1.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos regulares provenían de zonas rurales.

El 32.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos buenos provenían de zonas urbanas y el 17.0 por ciento de

zonas rurales.

El 26.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos excelentes provenían de zonas rurales y el 24.0 por ciento de zonas urbanas.

Cuadro 5. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación procedencia y actitudes.

Procedencia	Actitudes								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Rural	5	5.0	10	10.0	9	9.0	20	20.0	44	44.0
Urbana	0	0.0	11	11.0	12	12.0	33	33.0	56	56.0
Total	5	5.0	21	21.0	21	21.0	53	100.0	100.0	100.0

Fuente: Directa.

El 5.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes deficientes provenían de zonas rurales.

El 11.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes regulares provenían de zonas urbanas y el 10.0 por ciento rurales.

El 12.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes buenas provenían de zonas urbanas y el 9.0 por ciento de zonas rurales.

El 33.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes excelentes provenían de zonas urbanas y el 20.0 por ciento de zonas rurales.

Cuadro 6. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación procedencia y prácticas.

Procedencia	Prácticas								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Rural	11	11.0	1	1.0	23	23.0	9	9.0	44	44.0
Urbana	8	8.0	0	0.0	39	39.0	9	9.0	56	56.0
Total	19	19.0	1	1.0	62	62.0	18	18.0	100.0	100.0

Fuente: Directa.

El 11.0 por ciento de las mujeres provenientes de zonas rurales mostraron una práctica deficiente, mientras que un 8.0 por ciento provenían de zonas urbanas.

El 1.0 por ciento de las mujeres con práctica regular provenía de zonas rurales.

El 39.0 por ciento de las mujeres que provenían de zonas rurales, presentaron buenas prácticas, en tanto que el 23.0 por ciento de zonas rurales.

El 9.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes excelentes provenían tanto de zona rural como urbana.

Cuadro 7. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación estado civil y conocimientos.

Estado civil	Conocimientos								Total	
	Deficiente		Regular		Bueno		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Soltera	0	0.0	0	0.0	19	19.0	13	13.0	32	32.0
Unión libre	0	0.0	0	0.0	22	22.0	24	24.0	46	46.0
Casada	0	0.0	0	0.0	4	4.0	10	10.0	14	14.0
Divorciada	0	0.0	0	0.0	2	2.0	2	2.0	4	4.0
Viuda	0	0.0	1	1.0	2	2.0	1	1.0	4	4.0
Total	0	0.0	1	1.0	49	49.0	50	50.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 1.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos regulares eran viudas. El 22.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos buenos estaban en unión libre, el 19.0 por ciento eran solteras, el 4.0 por ciento casadas, el 2.0 por ciento divorciadas y viuda.

El 24.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos excelentes estaban en unión libre, el 13.0 por ciento eran solteras, el 10.0 por ciento divorciadas, 2.0 por ciento divorciadas y el 1.0 por ciento viudas.

Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda

Cuadro 8. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación estado civil y actitudes.

Estado civil	Actitudes								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Soltera	3	3.0	9	9.0	9	9.0	11	11.0	32	32.0
Unión libre	2	2.0	6	6.0	10	10.0	28	28.0	46	46.0
Casada	0	0.0	4	4.0	0	0.0	10	10.0	14	14.0
Divorciada	0	0.0	2	2.0	1	1.0	1	1.0	4	4.0
Viuda	0	0.0	0	0.0	1	1.0	3	3.0	4	4.0
Total	5	5.0	21	21.0	21	21.0	53	53.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 3.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes deficientes eran solteras y el 2.0 por ciento estaban en unión libre. El 9.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes regulares eran solteras, el 6.0 por ciento estaban en unión libre, el 4.0 por ciento casadas, el 2.0 por ciento divorciadas. El 10.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes buenas estaban en unión libre, el 9.0 por ciento eran solteras, el

1.0 por ciento viudas y divorciadas. El 28.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes excelentes estaban en unión libre, el 11.0 por ciento solteras, el 10.0 por ciento eran casadas, el 3.0 por ciento viudas y 1.0 por ciento divorciadas.

Cuadro 9. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación estado civil y prácticas. Estado civil	Prácticas								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Soltera	9	9.0	0	0.0	18	18.0	5	5.0	32	32.0
Unión libre	8	8.0	1	1.0	28	28.0	9	9.0	46	46.0
Casada	1	1.0	0	0.0	11	11.0	2	2.0	14	14.0
Divorciada	1	1.0	0	0.0	2	2.0	1	1.0	4	4.0
Viuda	0	0.0	0	0.0	3	3.0	1	1.0	4	4.0
Total	19	19.0	1	1.0	62	62.0	18	18.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 9.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas deficientes eran solteras, el 8.0 por ciento estaban en unión libre, el 1.0 por ciento casadas y divorciadas. El

1.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas regulares estaban en unión libre. El 28.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas buenas estaban en unión libre, el 18.0 por ciento solteras, el 11.0 por ciento casadas, el 3.0 por ciento viudas y el 2.0 por ciento divorciadas. El 9.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas excelentes estaban en unión libre, el 5.0 por ciento solteras, el 2.0 por ciento casadas, el 1.0 por ciento divorciadas y viudas.

Cuadro 10. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación nivel escolaridad y conocimientos.

Nivel escolaridad	Conocimiento								Total	
	Deficiente		Regular		Bueno		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Analfabeta	0	0.0	0	0.0	5	5.0	0	0.0	5	5.0
Primaria	0	0.0	0	0.0	21	21.0	19	19.0	40	40.0
Secundaria	0	0.0	0	0.0	19	19.0	23	23.0	42	42.0
Universitaria	0	0.0	0	0.0	4	4.0	8	8.0	12	12.0
Superior	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
Total	0	0.0	1	1.0	49	49.0	50	50.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 1.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimiento regular tenían nivel de escolaridad superior. El 21.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimiento bueno tenían nivel de escolaridad primaria, el 19.0 por ciento secundaria, el 5.0 por ciento analfabeta y el 4.0 por ciento universitaria. El 23.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimiento excelente tenían nivel de escolaridad secundaria, el 19.0 por ciento primaria y el 8.0 por ciento universitaria.

Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Superior

Cuadro 11. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación nivel de escolaridad y actitudes.

Nivel de escolaridad	Actitudes								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Analfabeta	3	3.0	1	1.0	1	1.0	0	0.0	5	5.0
Primaria	1	1.0	10	10.0	9	9.0	20	20.0	40	40.0
Secundaria	0	0.0	9	9.0	11	11.0	22	22.0	42	42.0
Universitaria	0	0.0	1	1.0	0	0.0	11	11.0	12	12.0
Superior	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
Total	5	5.0	21	21.0	21	21.0	53	53.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 3.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes deficientes eran analfabetas, el 1.0 por ciento de las mismas mostraron regular y buena actitud. Las mujeres con un nivel primario de educación, mostraron una actitud: 1.0 por ciento deficiente, 10.0 por ciento regular, 9.0 regular y 20.0 por ciento excelente.

En tanto el 9.0 por ciento de las que cursaron nivel secundario, mostraron una actitud regular, el 11.0 por ciento buena y el 22.0 por ciento excelente. Las universitarias tuvieron excelente actitud con un 11.0 por ciento, solo 1.0 por ciento fue regular. El 1.0 por ciento con educación superior tuvieron una actitud deficiente.

Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Superior

Cuadro 12. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación nivel escolaridad y prácticas.

Nivel escolaridad	Prácticas								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Analfabeta	3	3.0	0	0.0	2	2.0	0	0.0	5	5.0
Primaria	6	6.0	0	0.0	30	30.0	4	4.0	40	40.0
Secundaria	8	8.0	0	0.0	24	24.0	10	10.0	42	42.0
Universitaria	2	2.0	0	0.0	6	6.0	4	4.0	12	12.0
Superior	0	0.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
Total	19	19.0	1	1.0	62	62.0	18	18.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 8.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas deficientes tenían nivel de escolaridad secundaria, el 6.0 por ciento primaria, el 3.0 por ciento analfabetas y el

2.0 por ciento universitaria. El 1.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas regulares tenían nivel de escolaridad superior. El 30.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas buenas tenían nivel de escolaridad primaria, el 24.0 por ciento secundaria, el 6.0 por ciento universitaria y el 2.0 por ciento analfabeta. El 10.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas excelentes tenían nivel de escolaridad secundaria, el 4.0 por ciento primaria y universitaria.

Cuadro 13. Conocimientos, actitudes y práctica sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación número de hijos y conocimientos.

No. hijos	Conocimientos								Total	
	Deficiente		Regular		Bueno		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Nulíparas	0	0.0	0	0.0	9	9.0	5	5.0	14	14.0
1-3	0	0.0	0	0.0	11	11.0	23	23.0	34	34.0
4-6	0	0.0	1	1.0	24	24.0	20	20.0	45	45.0
>6	0	0.0	0	0.0	5	5.0	2	2.0	7	7.0
Total	0	0.0	1	1.0	49	49.0	50	50.0	100	100.0

Fuente: Directa.

9.0 por ciento de las mujeres nulíparas tenían buenos conocimientos y el 5.0 excelentes.

El 23.0 por ciento de las mujeres que tenían de 1-3 hijos mostraron tener excelentes conocimientos, mientras que el 11.0 por ciento fueron buenos.

El 24.0 por ciento de las mujeres que tuvieron conocimientos buenos tenían de 4- 6 hijos, de este grupo el 20.0 por ciento fueron excelentes, y solo el 1.0 por ciento regular. Las que tenían más de 6 hijos presentaron 5.0 por ciento buenos conocimientos y 2.0 excelentes.

Cuadro 14. Conocimientos, actitudes y práctica sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación número de hijos y actitudes.

No. hijos	Actitudes								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Nulíparas	0	0.0	3	3.0	1	1.0	10	10.0	14	14.0
1-3	3	3.0	8	8.0	10	10.0	13	13.0	34	34.0
4-6	2	2.0	10	10.0	6	6.0	27	27.0	45	45.0
>6	0	0.0	0	0.0	4	4.0	3	3.0	7	7.0
Total	5	5.0	21	21.0	21	21.0	53	53.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 3.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes deficientes tenían de 1-3 hijos y el 2.0 por ciento de 4-6 hijos. El 10.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes regulares tenían de 4-6 hijos, el 8.0 por ciento de 1-3 hijos y el 3.0 por ciento fueron nulíparas.

El 10.0 por ciento de las mujeres que tuvieron actitudes buenas tenían de 1-3 hijos, el 6.0 por ciento más de 4-6 hijos, el 4.0 por ciento tuvieron más de 6 hijos y el

1.0 por ciento fueron nulíparas. El 27.0 por ciento de las

Cuadro 15. Conocimientos, actitudes y práctica sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, noviembre - diciembre 2013. Según correlación número de hijos y prácticas.

No. hijos	Prácticas								Total	
	Deficiente		Regular		Buena		Excelente			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Nulíparas	2	2.0	0	0.0	11	11.0	1	1.0	14	14.0
1-3	6	6.0	0	0.0	16	16.0	12	12.0	34	34.0
4-6	9	9.0	1	1.0	33	33.0	2	2.0	45	45.0
>6	2	2.0	0	0.0	2	2.0	3	3.0	7	7.0
Total	19	100.0	1	100.0	62	100.0	18	100.0	100	100.0

Fuente: Directa.

El 9.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas deficientes tenían de 4-6 hijos, el 6.0 por ciento de 1-3 hijos, el 2.0 por ciento nulíparas y con más de 6 hijos.

El 1.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas regulares tenían de 4-6 hijos. El 33.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas buenas tenían de 4-6 hijos, el 16.0 por ciento de 1-3 hijos, el 11.0 por ciento fueron nulíparas y el 2.0 por ciento con más de 6 hijos. El 12.0 por ciento de las mujeres que tuvieron prácticas excelentes tenían de 1-3 hijos, el 3.0 por ciento con más de 6 hijos, el 2.0 por ciento de 4-6 hijos y el 1.0 por ciento fueron nulíparas.

DISCUSIÓN.

Con la finalidad de aportar datos para determinar como son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar, se entrevistaron 100 mujeres, de acuerdo a las variables: edad, procedencia, estado civil, nivel de escolaridad y número de hijos. Estos son los resultados:

99.0 por ciento de las entrevistadas, obtuvieron entre

mujeres que tuvieron actitudes excelentes tenían de 4-6 hijos, el 13.0 por ciento de 1-3 hijos, el 10.0 por ciento fueron nulípara y el 3.0 por ciento más de 6 hijos.

Nulíparas

1-3 hijos

4-6 hijos

>6 hijos

excelentes y buenos conocimientos sobre el uso de los métodos de planificación familiar. Por el estado civil, 46.0 por ciento de las mujeres están en unión libre; 32.0 por ciento solteras; 14.0 por ciento casadas y 4.0 por ciento divorciadas y 4.0 por ciento viudas mostraron tener buenos y excelentes conocimientos.

La Encuesta Demográfica de Salud (ENDESA 2013), refiere que prácticamente el

100 por ciento de las mujeres conocen un método anticonceptivo moderno de planificación familiar, mientras que un 80 por ciento conoce algún método tradicional, y que básicamente los niveles de conocimientos son iguales entre las mujeres unidas (84 %) y las solteras sexualmente activas (86 %).

En este estudio las mujeres mayores de 35 años de edad, representaban el 53.0 por ciento de las entrevistadas, y mostraron mejores resultados en los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas. Al igual que las mujeres adolescentes en este estudio, que solo representan el 3.0 por ciento de las entrevistadas.

Un estudio realizado a 200 adolescentes, en el sector de

los trinitarios II, en Santo Domingo Este, R.D por Anniris Feliz, demostró que la mayoría conocía algún método de planificación familiar, el condón (40%), píldoras (25%) y los inyectados (17.5%); sin embargo en la práctica o uso de los mismos se mostraron diferencias,

60.0 por ciento no había utilizado ningún método y el 40.0 por ciento si los había utilizados.

En cuanto a las actitudes para evaluarlas, se les preguntó a las mujeres si estaban de acuerdo o no con el uso de métodos de planificación familiar, en el caso de la pareja si les comunicarían que usan un método o si los apoyarían para que ellos también usaran algún método de planificación, también si estaban de acuerdo en que los y las adolescentes debieran de usar métodos contraceptivos.

De las 100 mujeres entrevistadas, 53.0 por ciento mostraron actitudes excelentes al estar de acuerdo al igual que el 21.0 por ciento que fueron buenas. Sin embargo el 21.0 por ciento de las mujeres presentaron actitudes regulares, por no estar de acuerdo con que la pareja y los adolescentes usaran métodos, y más si son sus propios hijos. El 5.0 por ciento mostraron actitudes deficientes.

En la práctica notamos diferencias en los porcentajes. De las 100 mujeres cuestionadas, 62.0 por ciento de las mujeres tienen buenas prácticas; y 18.0 por ciento excelentes. Las mujeres en unión libre (28.0 %), solteras (18.0 %) y casadas (11.0 %), obtuvieron mayores resultados. Sin embargo un 19.0 por ciento de las entrevistadas presentaron prácticas deficientes sobre el uso de métodos anticonceptivos, las solteras (9.0 %) y las mujeres en unión libre (8.0%). En la entrevista este porcentaje de mujeres, no habían utilizado ni estaban en la actualidad usando algún método de planificación familiar.

Estos porcentajes regulares y deficientes que se muestran en las actitudes y las practicas sobre el uso de métodos de planificación familiar, se pueden justificar ya que la fecundidad todavía es considerada por la sociedad, e incluso por las propias mujeres, como una función femenina que excluye al hombre, también la toma de decisiones sobre planificación familiar está influenciada por los patrones familiares que están apoyados en valores morales y religiosos tradicionales, y por temor a los efectos secundarios.^{3,35,36}

En cuanto a la procedencia el 56.0 por ciento provenía de zona urbana y el 44.0 por ciento de zona rural. Los datos arrojados por el estudio, son ligeramente diferentes entre un grupo y otro. Los niveles de conocimientos fueron excelentes y buenos: 24.0 y 32.0 por ciento de las procedentes de zona urbana; 26.0 y 17.0 por ciento de las de zona rural. Al igual que los niveles en las actitudes, solo el 11.0 por ciento de las de zona urbana tenían actitudes regulares y el 5.0 por ciento de las de zona rural deficientes. En el uso o la práctica, las deficiencias se presentaron en el

11.0 por ciento de las mujeres rurales y en el 8.0 por ciento de las urbanas.

Sin embargo ENDESA 2013, destaca que los niveles en el uso de métodos de planificación familiar, en las procedentes de zona rural supera ligeramente las de las áreas urbanas, 73

contra 71 por ciento, que se debe exclusivamente al mayor uso de esterilización femenina y la píldora en zona rural.

Según el nivel de educación, el uso o la práctica de métodos ha llegado a invertirse de acuerdo con los datos de ENDESA 2013, en gran parte como resultado de la reducción de uso de métodos tradicionales entre las mujeres con mayor educación. El porcentaje de casadas o unidas que usan anticonceptivos disminuye con el nivel de educación desde 72 por ciento entre las mujeres con primaria hasta el 70 por ciento entre aquellas con nivel superior. En este estudio el 42.0 por ciento alcanzaron un nivel secundario; 40.0 por ciento primario; 12.0 por ciento universitarios; 5.0 por ciento analfabetas y solo 1.0 por ciento tenía estudios superiores. Los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas eran mejores en las que habían cursado estudios secundarios y primarios.

Por el número de hijos, 45.0 por ciento tienen de 4 a 6 hijos; 34.0 por ciento de 1 a 3 hijos; 14.0 por ciento son nulíparas y 7.0 por ciento tienen más de 6 hijos. Este estudio encontró paradójicamente que las mujeres que tenían de 4 a 6 hijos mostraron tener mejores conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos de planificación familiar. Esto puede deberse a que estas mujeres tuvieron embarazos no deseados y/o planificados; tuvieron problemas para limitar o espaciar los embarazos o tuvieron una necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar.³⁶

RECOMENDACIONES.

Pese a las limitaciones los datos obtenidos ofrecen aportes importantes. Este estudio sugiere:

- Que los programas de planificación familiar en conjunto con los servicios de atención integral de salud, mejoren los niveles de conocimientos de los métodos anticonceptivos entre las mujeres, principalmente las adolescentes, que son un grupo prioritario, realizando intervenciones para corregir informaciones erróneas sobre los efectos secundarios de los métodos.
- Los servicios de atención integral deberían de disponer de una adecuada estructura para promover acciones como evaluaciones médicas y controles periódicos, además de visitas domiciliarias a las mujeres que están usando métodos de planificación familiar.
- Involucrar a los hombres, para mejorar las actitudes sobre el uso de métodos de planificación familiar, que participen, que acompañen a sus parejas a las consultas médicas, y hacer intervenciones oportunas realizando entrevistas a ellos para medir sus conocimientos y actitudes sobre los métodos.
- El equipo de salud debería trabajar en forma humanizada la educación sobre los métodos de planificación familiar, teniendo en cuenta los patrones culturales, las creencias religiosas y los valores morales que influyen en el ejercicio de la sexualidad y por ende en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos.
- Promover en las instituciones educativas superiores, públicas y privadas, informaciones precisas y concisas

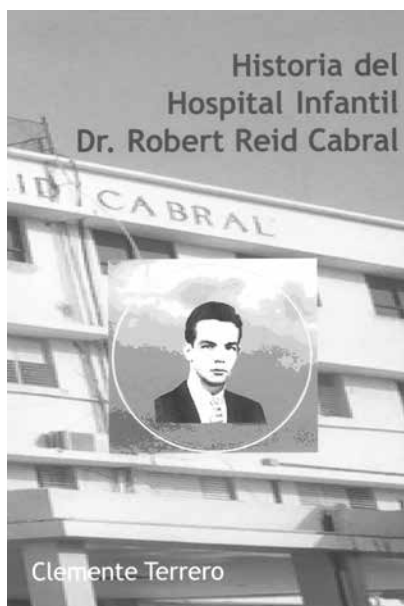
sobre los beneficios del uso de métodos, a través de charlas, folletos informativos. Y que los medios de comunicación se involucren en la difusión de estos mensajes, puesto que tienen el poder de llegar a localidades donde el acceso vial es difícil.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Beneficios de la planificación familiar. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_FHE_FPP_95.11_spa.pdf. Acceso el 9 de julio de 2013.
2. De la Cruz Penaran D, Langer Glas A, Hernández Prado B. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la selva del Perú. *Rev. Salud pública de México* vol. 45 no. 6, noviembre-diciembre 2003.
3. 3. Feliz Feliz A, Vásquez García E, Matos Reyes M. Conocimiento, actitud y practica acerca de los métodos de planificación familiar que tienen las adolescentes de los trinitarios II, Santo Domingo Este, Republica Dominicana. *Rev. Med. Dom.* Vol.72 no.2, mayo-agosto 2011.
4. 4. Hincapié LF, Mora Zapata GM, Mosquera Hincastro AL, Calvo Betancur VD. Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* vol.43 no.3 Bucaramanga, Colombia, octubre.- diciembre 2011.
5. 5. Ministerios de Salud pública y Asistencia social. Norma Nacional de Planificación Familiar. Serie de normas nacionales, no.14, 2da. Ed. 2006. República Dominicana.
6. Guillermo Díaz Alonso. Historia de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, abril-junio, 1995.
7. Angus McLaren. Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días. Minerva Ediciones, 1993. 316 págs.
8. Criterios de Elegibilidad Medica para el uso de los anticonceptivos. Organización Panamericana de la Salud, OMS, Ginebra, Julio 1997.
9. 9. FamilyHealth International. Los anticonceptivos orales son seguros y muy eficaces. *Rev. Network* vol.16 no.4. 1996
10. Departamento de las Naciones Unidas sobre información social y económica y análisis de políticas. División de población. Niveles y tendencias de anticonceptivos. ONU 1996.
11. Grimes D. Primary prevention of gynecology cancers. *American journal of obstetrics and gynecology* 172. Enero 1995: 227-35.
12. Hatcher, et al., *Contraceptive Technology*. 17a ed. New York: Arden Media, Inc.1998.
13. Speroff y Darney, *A clinical guide for contraception*, 1996.
14. 14. R.E.Lande. New Era for Injctables, population reports, serie K. no.5. Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Agosto 1995.
15. Cunningham, Gary F. *Obstetricia de Williams*. Panamericana; 21ava. Edición 2002: 1290.
16. Santana Pérez F, Gómez Alzugaray M, Real Cancio RM. Sistema de implantes subdérmico: norplant. Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva. *Rev Cubana Endocrinología* 2000;11(1):41-50
17. Anillo vaginal, lo último en anticonceptivos. www.saludymedicinas.com.mx
18. Schwarcz RL. *Obstetricia*. El Ateneo, 6ta. Edición. Buenos Aires, Argentina 2005: 526.
19. Food and Drug Administration. Prescription drug products; certain combined oral contraceptives for use as poscoital emergency contraception. *Federal register* 62 (1997): 8610-12.
20. Stanford J, Mikolajczyk R. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 2002 vol.187 no.6: pp. 1699-708.
21. Rubinstein A, Terrasa S. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Anticoncepción*. Panamericana 2da ed. Buenos Aires, Argentina. 2006: 424.
22. Hatcher, et al., *The essentials of contraceptive technology*: 8-12; y Organización Mundial de la Salud. *Improving Access to quality care in family planning*.
23. PNUD/ OMS/ Banco Mundial. Development and research training in human reproduction, *The female condom: a review*. Ginebra 1997.
24. Breve Historia del condón y de los métodos anticonceptivos. Ana Martos Rubio, Nawtilus, 2010, España, ISBN 978-84-9763-783-1, pág. 17, 211
25. Gaines, ed., *Recommendations for Updating selected practices*.
26. Organización Mundial de la Salud. Un ensayo multicéntrico prospectivo del método de la ovulación de la planificación natural de la familia II: la fase de eficacia. *Fertilidad Y Esterilidad* no.36 (1981): 591-598.
27. Botero Uribe J. *Obstetricia y Ginecología*. CIB 7ma. Ed. Medellín, Colombia. 2004: 420.
28. Hatcher, R. *Planificación familiar*. 1ra edición. 1999.
29. Martínez-González MA, Irala Jokín Y. ¿Anticoncepción o conocimiento de la fertilidad? Las ventajas de la planificación familiar natural. 7 abril 2010 No. 26
30. 30. K.I Kennedy, et al., Documento de consenso sobre el método de amenorrea de la lactancia para la planificación familiar. *Revista internacional de ginecología y obstetricia*54 (1996): 55-7.
31. 31. L. Liskin et al., Minilaparotomía y laparoscopia: seguro, eficaz y ampliamente utilizado. Informe de Población, serie C, no. 9 (Baltimore: Universidad Johns Hopkins, Programa de Información Sobre población, mayo 1985).
32. 32. HB Peterson, et al., El riesgo de embarazo ectópico

- después de la esterilización tubárica. The New England Journal of medicine 336 (13 de marzo 1997): 762-7.
33. Hardy, et al., factores de riesgo para sopesar la ligadura de trompas, detectables antes de la cirugía. Rev. Anticoncepción 54 (1996): 159-62.
 34. <http://definición.de/conocimiento>.
 35. Da Silva ML, Gonzalves IR, Terner M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar. Inv. Educ. Enferm. 2010; vol.28 no.2. Sao Paulo, Brasil.
 36. Encuesta Demográfica de Salud (ENDESA). Planificación familiar. 2013; 111- 126.
 37. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENGOHAR □ MICSS 2014). Diario Libre. Santo Domingo, República Dominicana: martes 5 de Mayo del 2015. Sección noticias.

LIBROS · LIBROS · LIBROS



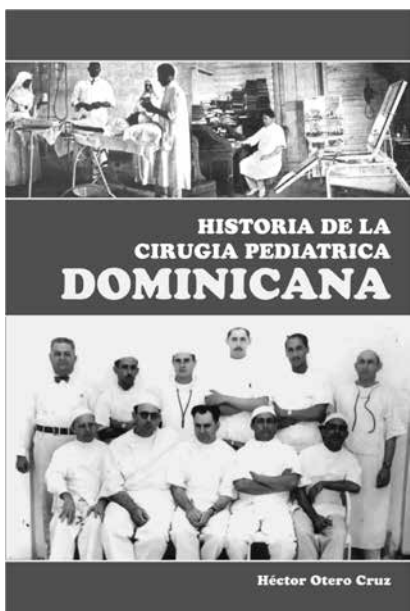
Historia del Hospital Infantil

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.

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.

PERFÍL EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Rafael Antonio Pérez García*, Rubén Dario Pimentel, Fulgencio Severino Cruz**

RESUMEN

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) afecta la vascularidad de la masa cefálica, provocando procesos isquémicos o hemorrágicos. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en una población de 501 pacientes en la Sala de Emergencia (SE) del Hospital Dr. Salvador B. Gautier en Enero a Junio del 2017, la frecuencia en la enfermedad fue baja 3,0%, la mayor prevalencia fue en hombres con 60,5% de los casos. Las edad más propensa estuvo entre los 70 a 79 años. Los antecedentes mórbidos más comunes fueron hipertensión 83,4%, diabetes 35,5%, cardiopatía 31,2%, ECV 21,6%, fumar 14,0%, obesidad 3,5%, nefropatía 11,5%, migraña 3,5% y alcohol 11,9%. Las manifestaciones clínicas fueron Disartria 32,7%, Hemiparesia 27,3% y convulsiones y asimetría facial 21,5% cada una. Las manifestaciones clínicas iniciaron antes llegar a SE en menos de una hora 22,0%, 1 a 2 horas 36,0%, 2 a 3 horas 24,0% y más de 3 horas 18,0%. La muestra de Tomografía Axial Computarizada (TAC) reportó un 37,0% isquémicos, 12,0% hemorrágicos, 13,0% normal y un 37,0% no se realizó TAC. Otros exámenes técnicos como el Electrocardiograma resultaron normal en 70,7% y reportaron fibrilación auricular en el 26,7% de los pacientes encuestados. El tiempo de duración en la SE fue mayor de 3 horas 67,2%.

Palabras claves: Enfermedad cerebrovascular, Sala de Emergencia, manifestaciones clínicas, Tomografía, tiempo, isquémico, hemorrágico, Electrocardiograma

ABSTRACT

Cerebrovascular disease (CVD) affects the vascularity of the cephalic mass, causing ischemic or hemorrhagic processes. A descriptive, prospective cross-sectional study was carried out in a population of 501 patients in the Emergency Room (SE) of the Dr. Salvador B. Gautier Hospital in January to June 2017, the frequency of the disease was low 3,0% the highest prevalence was in men with 60,5% of the cases. The most prone age was between 70 and 79 years. The most common morbid antecedents were hypertension 83,4%, diabetes 35,5%, heart disease 31,2%, CVD 21,6%, smoking 14,0%, obesity 3,5%,

nephropathy 11,5%, migraine 3,5% and alcohol 11,9%. The clinical manifestations were dysarthria 32,7%, hemiparesis 27,3% and seizures and facial asymmetry 21,5% each. Clinical manifestations started earlier reaching SE in less than one hour 22,0%, 1 to 2 hours 36,0%, 2 to 3 hours 24,0% and more than 3 hours 18,0%. The Computed Tomography (CT) scan showed 37,0% ischemic, 12,0% hemorrhagic, 13,0% normal and 37,0% did not have CT. Other technical exams such as the electrocardiogram were normal in 70,7% and reported atrial fibrillation in 26,7% of the patients surveyed. The duration time in the SE was greater than 3 hours 67,2%.

Key words: Cerebrovascular disease, Emergency Room, clinical manifestations, Tomography, time, ischemic, hemorrhagic, Electrocardiogram

INTRODUCCIÓN

Los eventos cerebrovasculares afectan la salud de la población general, ocasionando serios problemas por muerte e incapacidad, en muchos casos prevenibles. El servicio de Emergencia es uno de los ápices en el manejo protocolar de esta patología desde la atención a nivel prehospitalario hasta la llegada a sala de Emergencia de un hospital, pues su correcto manejo y desempeño desde el área de la escena hasta el centro de salud de tercer nivel está relacionado con el buen o mal pronóstico de estas patologías.

El informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003, ubica a la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) en el cuarto lugar entre los responsables de la carga global de enfermedades para los mayores de 15 años, alcanzando el segundo lugar en la población mayor de 60 años.

La República Dominicana no está ajena a dicha carga, siendo la ECV una de las principales causas de muerte y de discapacidad en la población y cuyo riesgo aumenta con la edad. Es por esta causa, que la ECV representa una patología con una importante carga asistencial en los Servicios de Salud dominicanos.

El Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 911 ha pasado a ser un eslabón importante en la cadena de asistencia desde el lugar de la escena hasta el centro asistencial receptor de tercer nivel que en el presente estudio será el

* Médico especialista en Emergenciológica y Cuidados Críticos.

** Médico Cardiólogo. Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier (HSBG) durante el periodo Enero –Junio 2017.

La presente tesis de pos-grado tiene como objetivo conocer el perfil del paciente con ECV asistido en el área de emergencias del referido centro mediante la revisión de las epicrisis correspondientes, generando así, un registro con las características más relevantes de esta patología, incorporada recientemente en el HSBG.

Antecedentes

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen una verdadera emergencia médica que requiere atención rápida para su tratamiento porque sino dejaran secuelas permanentes.

Un estudio publicado por *ArchNeurol 1998*¹ dice que aproximadamente el 25% de los pacientes pueden tener empeoramiento neurológico durante las primeras 24 a 48 horas después de un ictus y es difícil predecir qué pacientes se deteriorarán. Otro estudio de *CerebrovascDis 1999*² indica que la clave para el cuidado seguro y eficaz de la ECV, especialmente después de la recanalización intravenosa o intra-arterial, es la admisión hospitalaria rápida o transferencia interhospitalaria a una unidad de accidente cerebrovascular o unidad de cuidado neurocrítico. Cerca de un 90 por ciento de las ECV presentan secuelas que incapacitan al individuo por un tiempo determinado, causando una demanda de cuidados y una necesidad de institucionalización con un elevado gasto sanitario y social. Los *CDC 2007*³ dicen que el 15 por ciento y 30 por ciento de las personas afectadas resultan permanentemente discapacitadas y el 20 por ciento necesitan ser internados durante los primeros 3 meses después de la ECV, por lo que su cuidado y asistencia inmediata es necesaria.

Por este motivo la AHA en sus guías publicadas en *Circ 2010*⁴ señala la llamada al 911 como el primer eslabón de la cadena de supervivencia. Un estudio publicado en *PrehospEmergCare 2005*⁵ sostenía que la provisión de educación continua a los despachadores mejorará sus habilidades en el reconocimiento de los signos y síntomas de ECV y otro en *PrehospEmergCare 2008*⁶ recomendó que para facilitar el reconocimiento de las ECV y proporcionar su atención preventiva adecuada por SEM, se recomienda la estandarización a nivel estatal de los programas de telecomunicaciones, los módulos de educación sobre ECV y los protocolos de atención.

En República Dominicana las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar de las causas de muerte, seguidas por las neurológicas que representan la primera causa de invalidez en nuestro país. De estas, la ECV (no especificado como hemorrágico ni isquémico) ocupa el segundo lugar después del Infarto Agudo al Miocardio, con un total nacional de 1,583 víctimas de 18 mil 800 casos reportados en el 2014 según la Sociedad Dominicana de Neurología.⁷

Justificación

A pesar de que las Guías AHA/ASA de 2007 hablan del

aumento de la carga mundial de ECV, se están logrando avances. En 2008, después de años de ser la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, la ECV se redujo a la cuarta parte. La razón del éxito fue multifactorial e incluyó una mejoría de la prevención y una mejor atención en las primeras horas de un ictus agudo. Para continuar con estas tendencias alentadoras, el público y los profesionales de la salud deben permanecer vigilantes y comprometidos con la mejora de la atención general de la ECV.⁸ Sin embargo el ictus isquémico es el más frecuente de los infartos cerebrales en aproximadamente el 80-87 por ciento y representa la segunda causa de muerte y la primera en invalidez en República Dominicana. Según la Sociedad Dominicana de Neurología y Neurocirugía los casos son muy elevados no importando edad, sexo, raza ni clase social.⁹

Cuando en República Dominicana se comenzó a implementar el Sistema Nacional de atención a Emergencias y Seguridad 911 muchas de las asistencias que se han ofrecido en emergencias médicas son diagnosticadas como ECV y entre la razón multifactorial del éxito estadounidense la atención a nivel prehospitalario y al llegar a los centros de salud tuvo mucho que ver con eso.

Es acá donde nace la importancia de esta investigación, ya que constituiría un registro que permitirá conocer la realidad hospitalaria del HSBG al describir el perfil de los pacientes que ingresan con diagnóstico de ECV a su Servicio de Emergencia, siendo ésta una evidencia fundamental para la realización de estudios y proyectos posteriores en nuestro país. El presente estudio pretende incluir recomendaciones para ser aplicadas a nivel prehospitalario por el Sistema Nacional de atención a Emergencias y Seguridad 911 y en los servicios de emergencia de los diferentes centros de salud a nivel nacional y de ese modo contribuir con una mejoría en el nivel de atención de la ECV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se hizo un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia epidemiológica de los pacientes con enfermedad cerebrovascular asistidos en el área de emergencias del Hospital Dr. Salvador B. Gautier durante el periodo Enero – Junio del año 2017.

Área de estudio

El estudio se realizó en el área de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier localizado en la calle Alexander Fleming No.1 del Ensanche La Fe en el Distrito Nacional. El centro de salud está delimitado, al norte, por la calle Genaro Pérez, al sur, por la calle Alexander Fleming, al este, por la calle 39 y al oeste, por la calle Juan XXIII (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico / Mapa con vista aérea

Universo

El universo estuvo representado por todos los pacientes asistidos en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier durante el periodo Enero-Junio del año 2017.

En total general se asistieron 57,986 pacientes.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 15,275 pacientes que estuvieron en el área de emergencia de Medicina Interna durante el periodo Enero-Junio del año 2017.

Criterios

De inclusión

1. Enfermedad Cerebrovascular
2. Adultos (≥ 18 años)
3. Ambos sexos

De exclusión

1. El paciente que se niegue a participar en el estudio
2. Barrera natural del idioma

Instrumento de recolección de datos

Para la obtención de los datos se elaboró un instrumento que consiste en un cuestionario que contiene una serie de preguntas respecto a las variables de estudio. Este instrumento contiene 10 preguntas, 3 abiertas y 7 cerradas. Contiene datos sociodemográficos como edad, sexo, fecha, transporte, procedencia y datos relacionados con la enfermedad como signos, síntomas, antecedentes mórbidos, diagnóstico, método diagnóstico, tratamiento recibido. Todas relacionadas con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en la emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Procedimientos

El instrumento de recolección de datos será llenado a través de una encuesta-entrevista realizada por el sustentante durante el periodo Enero-Junio del año 2017.

Tabulación

La información, una vez obtenida será contada empleando el método computarizado a través del programa computarizado Excel.

Análisis

Los datos obtenidos serán presentados en frecuencia simple.

Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki⁵⁸ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵⁹ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Santo

Domingo (UASD), a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como al departamento de enseñanza del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificadores ofrecidos por el personal que labora en el Departamento de Estadística del centro de salud. 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 el investigador. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán 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 serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenidas en los expedientes clínicos será 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, será justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

El total de pacientes que fueron asistidos en la sala de emergencia del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier fue de 15275, en el periodo de Enero a Junio, del cual el 3,3% de los pacientes fueron tratados como enfermedad cerebrovascular, mientras que el 96,7% no.

Tabla 1. Todos los pacientes que asistieron al área de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

ECV	Frecuencia	%
Si	501	3,3
No	14774	96,7
Total	15275	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Las edades de los pacientes con enfermedad cerebrovascular correspondieron entre los 20 a 29 años 1,2%, de 30 a 39 años un 3,4%, 40 a 49 años un 11,0%, 50 a 59 años 14,2%, aumentando a partir de los 60 a 69 a un 23,0% y entre 70-79 años un 27%, sin embargo descendió significativamente entre los 80-89 a un 16,0% y entre 90 a 99 años un 4,8%.

La edad más frecuente con ECV de los pacientes asistidos en el Departamento de Emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier correspondió a los 70 a 79 años de edad con un 26,5%.

Tabla 2. Edad de los pacientes que asistieron con ECV Departamento de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Años	Frecuencia	%
20-29	6	1,2
30-39	17	3,4
40-49	55	11,0
50-59	71	14,2
60-69	115	23,0
70-79	133	26,5
80-89	80	16,0
90-99	24	4,8
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

En relación al sexo de los pacientes encuestados con ECV del HSBG el 60,5% correspondió al sexo masculino y el 39,5% al sexo femenino. Revelando el presente estudio que el género más afectado por esta enfermedad son los hombres.

Tabla 3. Sexo de los pacientes que asistieron con ECV Departamento de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	303	60,5
Femenino	198	39,5
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

En cuanto a su condición de estado civil, los pacientes que asistieron a la sala de emergencias del HSBG con ECV durante el periodo de Enero a Junio del año 2017 el 75,8% eran casados, el 3,4% era soltero, 4,8% unión libre y un 16,0% eran viudos.

Tabla 4. Estado civil de los pacientes que asistieron con ECV al Departamento de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Estado civil	Frecuencia	%
Casados	380	75,8
Solteros	17	3,4
Unión Libre	24	4,8
Viudos	80	16,0
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

La procedencia de los pacientes con enfermedad cerebrovascular de los pacientes que se presentaron al Departamento de Emergencia del HSBG en el periodo de Enero a Junio del 2017 un 81,6% fueron de procedencia urbana, 17% pertenecía a la rural y un 1,4% era de nacionalidad extranjera.

Tabla 5. Estado civil de los pacientes que asistieron con ECV al Departamento de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	409	81,6
Rural	85	17,0
Extranjera	7	1,4
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

El tipo de ECV por criterios clínicos que más presentaron los pacientes a su llegada a sala de emergencias del HSBG en el periodo establecido, fue el tipo isquémica con 82,8% y la hemorrágica en un 17,2%, es decir que la ECV isquémica fue la más frecuentemente vista y asistida durante el presente estudio.

Tabla 6. Tipo de ECV de los pacientes que asistieron al Departamento de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Tipo de ECV	Frecuencia	%
ECV Isquémica	415	82,8
ECV Hemorrágica	86	17,2
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

De los pacientes que asistieron a la emergencia del hospital Dr. Salvador B. Gautier en el tiempo establecido sus antecedentes mórbidos conocidos más frecuentes fueron hipertensión arterial con 83,4%, diabetes con 35,5%, cardiopatía 31,2%, ECV 21,6%, fumadores con 14,0%, la obesidad 3,5%, nefropatía 11,5%, migraña 3,5%, alcohol 11,9%, la droga 0,3% y de los que no padecieron de ninguno un 7,3%. Los antecedentes mórbidos más comunes entre los pacientes fueron la hipertensión arterial y la diabetes.

Tabla 7. Antecedentes mórbidos de los pacientes que asistieron con ECV al Departamento de Emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Antecedentes mórbidos	Casos Enero a Junio	%
Hipertensión	418	83,4
Diabetes	178	35,5
Cardiopatía	131	31,2
ECV	108	21,6
Fumador	70	14,0
Obesidad	18	3,5
Nefropatía	58	11,5
Migraña	18	3,5
Alcohol	60	11,9
Drogas	2	0,3
Ninguno	37	7,3
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

El tiempo de inicio del cuadro clínico antes de los pacientes llegar a sala de emergencia del HSBG fue en menos de 1 hora un 21,7%, de 1 a 2 horas 36,7%, 2 a 3 horas 24,0% y más de 3 horas 17,6%. La mayoría de los pacientes que iniciaron un cuadro clínico antes de llegar a la sala de emergencia lo presentaron más en un periodo de 1 a 2 horas como primer renglón, de 2 a 3 horas como segundo renglón. Es decir que tardaron un tiempo relevante para llegar al departamento de emergencia a tiempo.

Tabla 8. Tiempo de inicio del cuadro clínico antes de llegar a emergencia de los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Tiempo de inicio antes de llegar a sala de emergencias	Frecuencia	%
Menos de 1 hora	109	21,7
1-2 horas	184	36,7
2-3 horas	120	24,0
Más de 3 horas	88	17,6
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Los medios de transporte en que se trasladaron los pacientes al Hospital Dr. Salvador B. Gautier un 57,5% lo hizo en transporte privado, el 40,7% utilizó los servicios del sistema 911 y un 1,8% en transporte público. Esto demuestra que los pacientes que se dirigieron al hospital más de la mitad lo hicieron vía transporte privado.

Tabla 9. Medio de transporte empleado para su traslado de los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Medios de transporte	Frecuencia	%
Publico	9	1,8
Sistema 911	204	40,7
Privado	288	57,5
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Las manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes a su llegada a la sala de emergencia del HSBG están Disartria con 32,7%, Hemiparesia 27,3%, Cefalea 18,9%, Ataxia 8,1%, Debilidad 18,7 %, mareos 21,3%, convulsiones 21,5%, Asimetría facial 21,5%, confusión mental 18,7% y otros un 25,5%, este último incluía signos tales como relajación de esfínteres, afasia motora, inconciencia y vómitos.

Esto demuestra que los signos y síntomas más frecuentes presentador por los pacientes asistidos en emergencia fueron la Disartria y Hemiparesia, mientras que el resto lo presentaron en menor proporción.

Tabla 10. . Las manifestaciones clínicas al llegar a emergencia de los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Manifestación clínica	No de casos	%
Disartria	164	32,7
Hemiparesia	137	27,3
Cefalea	95	18,9
Ataxia	41	8,1
Debilidad	94	18,7
Mareo	107	21,3
Convulsiones	108	21,5
Asimetría facial	108	21,5
Confusión mental	94	18,7
Otro	128	25,5
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

La ECV suele repetir en ocasiones por lo que un mismo paciente podrá manifestar más de un evento según lleve el tratamiento, estilo de vida o no le prestará atención a una crisis anterior. En el grupo de los pacientes que presentaron a la sala de emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier entre el periodo de Enero a Junio del 2017, el 78,4% de los pacientes presentaron un primer episodio y el 21,6% presentaron más de un episodio.

Esto revela que la ECV cerebrovascular es una complicación frecuente en personas hipertensas o diabéticas que por algún motivo no llevan su tratamiento o les restan importancia a las manifestaciones simples de estas enfermedades. Sin embargo llevar un tratamiento adecuado reduce proporcionalmente la posibilidad de repetir un evento pero tienen una ligera posibilidad de repetir si el mismo se lleva inapropiadamente o se interrumpe.

Tabla 11. Porcentaje de episodios de los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Porcentaje de episodios	Frecuencia	%
Primer episodio	393	78,4
Más de un episodio	108	21,6
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

La Tomografía Axial Computarizada realizada de los pacientes que asistieron con ECV al HSBG reportó como resultado normal con 13,4%, isquemia 37,3%, la hemorragia un 12,0%, los que no se realizaron TAC 37,3% y no se reportó otro hallazgo diferente para un 0,0%.

Tabla 12. Resultados reportados por la TAC realizada de los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Reporte de la TAC	Frecuencia	%
Normal	67	13,4
Isquemia	187	37,3
Hemorragia	60	12,0
Otro	0	0,0
No se realizó TAC	187	37,3
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

El electrocardiograma (ECG) aplicado a los pacientes con ECV resultó un 70,7% normal, un 26,7% reportó fibrilación auricular y un 2,6% resultó con otro hallazgo diferente. Se puede entender que el mayor porcentaje de los casos del presente estudio mostraron un resultado normal. La fibrilación auricular puede verse en un ECG de admisión; Sin embargo, su ausencia no excluye la posibilidad de que la fibrilación auricular sea la causa del evento.⁸

Tabla 13. Resultado del ECG realizado a los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Resultados del ECG	Frecuencia	%
Normal	354	70,7
FA	134	26,7
Otro	13	2,6
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

El tiempo de duración de los pacientes en la sala de emergencia del HSBG fue de 7,0% menos de 1 hora, 10,0% de 1 a 2 horas, 15,8 permaneció de 2 a 3 horas y el 67% duró más de 3 horas. El tiempo que más permanecieron los pacientes en sala de emergencia fue mayor de tres horas.

Tabla 14. Tiempo de duración en sala de emergencias de los pacientes que asistieron con ECV al Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Tiempo de duración en sala de emergencias	Frecuencia	%
Menos de 1 hora	35	7,0
1-2 horas	50	10,0
2-3 horas	79	15,8
Más de 3 horas	337	67,2
Total	501	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

DISCUSIÓN

En el presente estudio se valoró la frecuencia de los pacientes con enfermedad cerebrovascular asistidos en la emergencia del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el periodo Enero-Junio del 2017.

Se identificaron 501 pacientes de 15275, que visitaron la emergencia del centro de salud en el referido en el periodo para representar un 3,3 por ciento de los pacientes que fueron tratados como ECV. Entre las edades que oscilan, el grupo etario que mayormente padecía la enfermedad, correspondió

de 70 a 79 años para un 26,5 por ciento. La prevalencia fue mayor en el sexo masculino en un 60,5 por ciento. El estado civil de los pacientes era mayormente casados 75,8 por ciento.

La mayoría, 81,6 por ciento procedía del área urbana por su respectiva cercanía con relación al hospital. El tipo de ECV por criterios clínicos que más presentaron los pacientes a su llegada a la sala de emergencia fue la isquémica con 82,8 por ciento. Entre los antecedentes mórbidos conocidos los principales factores de riesgo identificados para desencadenar la enfermedad como complicación fueron la hipertensión arterial¹⁴ con un 83,4 por ciento y la diabetes 35,5 por ciento. El tiempo de inicio del cuadro clínico de la ECV antes de llegar los pacientes a la sala de emergencia era mayormente de 1 a 2 horas para un 36,7 por ciento.

Para trasladarse al hospital el medio de transporte más usado fue el privado con 57,5 por ciento, como segunda opción el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 911 que ha sido un transporte eficiente para los pacientes con emergencias médicas, del cual sólo el 40,7 por ciento de los pacientes del presente estudio se beneficiaron de este servicio. Es importante resaltar que parte de los pacientes de procedencia rural en su totalidad procedían de zonas donde todavía no existe este servicio, también en algunas situaciones por motivo de desesperación los parientes o terceros preferían salir ellos mismos con los pacientes al centro de salud más cercano por considerar que lo hacían más rápido que esperar que llegue una unidad del 911.

Las principales manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes al llegar a la emergencia fueron Disartria con 32,7 por ciento y hemiparesia 27,3 por ciento. El 78,4 por ciento de los pacientes que asistieron a la emergencia del HSBG habían presentado un primer episodio, lo que indica un incremento significativo de casos nuevos en relación con los antiguos.

La TAC reportó isquemia para un 37,3 por ciento de los pacientes que se pudieron realizar el referido estudio, sin embargo, es importante resaltar que un número semejante 37,3 no se pudo realizar la misma. La TAC no pudo ser realizada a todos los pacientes con ECV por no contar el hospital con un tomógrafo al momento de realizar el presente estudio y no todos los pacientes contar con facilidades o recursos socioeconómicos para trasladarse a otro centro a realizarse el referido estudio, utilizado como criterio para trombolisis en caso de ECV isquémica. El electrocardiograma (ECG) aplicado a los pacientes con ECV resultó un 70,7 por ciento normal.

El tiempo que permanecieron los pacientes con ECV en la sala de emergencia del hospital Dr. Salvador B. Gautier fue mayor de lo normal, el 67,2 por ciento duraron más de 3 horas, debido a la falta de espacio en la planta física del hospital para personas con esta condición. Los pacientes que se presentan a los departamentos de emergencia durante los turnos con largos tiempos de espera o estancia podrían estar en mayor riesgo de muerte o agudización de la enfermedad. Aunque el riesgo absoluto de muerte es menor, el impacto relativo al aumento de la duración por la estancia en un área muy activa y estresante parece ser ligeramente mayor.

CONCLUSIÓN

La ECV es la principal causa de discapacidad y la quinta causa de muerte en los Estados Unidos.^{38, 39} Cada año, aproximadamente 795,000 personas en ese país experimentan ECV nueva (610,000 personas) o recurrente (185,000 personas).⁴⁰ Según la Sociedad Dominicana de Neurología y Neurocirugía, es la segunda causa de muerte en República Dominicana, y los casos ocurren no importando la edad ni el sexo.⁹

1. En el presente estudio la frecuencia de los pacientes con enfermedad cerebrovascular asistidos en la emergencia del hospital Dr. Salvador B. Gautier durante el periodo Enero – Junio, fue baja, la edad más frecuente fue de 70-79 años con un 26,5 por ciento siendo el sexo más afectado el masculino con 60,5 por ciento y procediendo la mayor parte del área urbana 81,5 por ciento en condición de casados por ciento. Los hombres corren mayor riesgo de sufrir ECV que las mujeres. Aunque el ictus a menudo se considera una enfermedad de las personas mayores, un tercio de ellos ocurren en personas menores de 65 años. El riesgo aumenta con la edad, especialmente en pacientes mayores de 64 años, en los que se produce el 75 por ciento de las ECV.^{3, 44, 45}
2. Entre los antecedentes mórbidos más comunes estuvieron la hipertensión 83,4 por ciento y diabetes 35,5 por ciento siendo importante destacar que la hipertensión es el factor de riesgo predominante para ECV.⁴³ Las manifestaciones clínicas más comunes fueron disartria 32,7 por ciento y hemiparesia 27,3 por ciento, los síntomas de la enfermedad dependen de qué parte del cerebro esté dañada. En algunos casos, es posible que una persona no se dé cuenta de que ha tenido ECV. La mayoría de las veces los síntomas se presentan de manera súbita y sin aviso.^{17, 18, 19, 20, 21, 22, 48}
3. Los medios de transporte más empleado por los pacientes para trasladarse al hospital fueron el privado con un 57,5 por ciento y el Sistema de Atención a Emergencias Médicas 911 un 40,7 por ciento reconociendo en ambas partes la importancia de tratar rápidamente esta emergencia médica, el pronóstico de una ECV depende de: El tipo de evento, la cantidad de tejido cerebral dañado, funciones corporales que han resultado afectadas y qué tan rápido se administró el tratamiento.^{17, 18, 19, 20, 21, 22, 48}
4. El tipo de ECV más frecuente fue la isquémica en un 82,8 por ciento. Los pacientes con un primer episodio de ECV representaron el 78,4 por ciento, lo que explica su incidencia en casos nuevos debido al aumento también en los casos nuevos de hipertensión y diabetes. Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente el 87 por ciento de apoplejía en los Estados Unidos son isquémicos, el 10 por ciento son secundarios a la hemorragia intracerebral y otros 3 por ciento pueden ser secundarios a la hemorragia subaracnoidea.⁴¹

5. El tiempo de duración de los pacientes en sala de Emergencia fue mayor de 3 horas en un 67,2 por ciento, Se recomienda un protocolo organizado para la evaluación de emergencia de los pacientes con sospecha de apoplejía. El objetivo es completar una evaluación y comenzar el tratamiento fibrinolítico, a los 60 minutos de su llegada al DE.⁴⁹
6. La tomografía computarizada (TC) reportó 37,3 por ciento isquemia y cabe destacar que otro 37,3 por ciento de los pacientes con ECV no pudo realizarse la técnica de imagen por no contar el hospital con un tomógrafo al momento de realizar el presente estudio y no contar todos los pacientes con facilidades o recursos socioeconómicos para trasladarse a otro lugar a realizarse el referido estudio. La TC es el método más utilizado para identificar la presencia o ausencia de hemorragia intracraneal.¹² Otros exámenes técnicos como el Electrocardiograma (ECG) presentaron fibrilación auricular en el 26,7 por ciento de los pacientes encuestados. Se recomienda realizar en la sala de emergencia un ECG y un monitoreo del ritmo cardiaco. El ECG puede exhibir anomalías de la conducción y arritmias.⁴⁸ La fibrilación auricular puede verse en un electrocardiograma de admisión; Sin embargo, su ausencia no excluye la posibilidad de que la fibrilación auricular sea la causa del evento cerebrovascular.⁸

RECOMENDACIONES

La Enfermedad Cerebrovascular presenta una alta tasa de morbilidad y mortalidad en la población dominicana afectando la calidad de vida del ser humano, es tarea de todos brindar conocimiento a la población sobre el tema.

Los resultados que se presentaron en la encuesta aplicada deben ser empleados como base para conocer mejor sobre esta patología en nuestra población, para así implementar programas y protocolos de atención y prevención sobre la misma, y poder disminuir su incidencia.

Al hospital

1. Habilitar más espacio en su planta física destinada para el internamiento de los pacientes con ECV, para contribuir a reducir el tiempo de duración de los pacientes en sala de emergencia.
2. Instalar un tomógrafo en el área de imágenes por el relevante número de personas con ECV y otras patologías que requieren de este imprescindible servicio y tienen que realizarse el mismo fuera del centro de salud.
3. Remodelar el área de emergencia habilitando un espacio físico destinado exclusivamente para reanimación y estabilización de pacientes críticos donde poder realizar técnicas o acciones salvadoras con todas las medidas y estándares de calidad.

A los médicos

1. Aplicar la terapia trombolítica en sala de emergencia a los pacientes que cumplan con los criterios requeridos para la misma y no solo en la unidad de cuidados intensivos, la cual por demás estuvo siempre saturada de pacientes durante el presente estudio, para no perder tiempo en tratar esta condición que puede dejar complicaciones que van desde secuelas físicas permanentes hasta la muerte del paciente.
2. Implementar, por parte de las residencias de Emergenciológica y Cuidado Crítico y Medicina Interna del hospital, un nuevo protocolo para realizar trombolisis en la emergencia del hospital a los pacientes con ECV Isquémica. Los protocolos y guías de ECV isquémica deben definir claramente que prueba deben realizarse antes de las decisiones de tratamiento agudo y después del mismo.

Al Ministerio de Salud Pública

1. La creación de áreas de reanimación en las salas de emergencia de los principales centros de salud del tercer nivel.
2. Implementar la conformación oficial de equipos y unidades de Ictus en todos los hospitales de tercer nivel en todo el territorio nacional por el alto incremento de esta enfermedad en los tiempos actuales.
3. La capacitación del personal de los servicios de emergencias tanto a nivel prehospitalario como intrahospitalario. El servicio de emergencia es uno de los ápices en el manejo protocolar de esta patología desde la atención en el lugar donde ocurriese hasta su llegada a la sala de emergencias, pues su correcto manejo en estos niveles de atención, está relacionado con un buen o mal pronóstico de la misma. Entre la razón multifactorial del éxito en otros países para reducir su incidencia, la atención a nivel prehospitalario y al llegar al centro de salud, tuvo mucho que ver con eso.

A la población

1. No descuidar los tratamientos de la hipertensión y la diabetes, es importante saber que un mal tratamiento conllevará a la reaparición y complicaciones de esas patologías.
2. Utilizar más, si está a su disposición, el Sistema 911 por considerarse un medio de transporte más rápido para recibir la asistencia sanitaria en el lugar de la escena así como trasladarse al centro de atención de tercer nivel.
3. Llevar una buena alimentación baja en grasas, sales, azúcares y condimentos que puedan predisponer a hipertensión o diabetes.
4. Ejercitarse diariamente, al menos una hora, para reducir grasa corporal y mantener un peso adecuado.
5. No fumar, no tomar alcohol, ni usar drogas ilegales.
6. Visitar periódicamente a su médico aunque se sienta

normal o lleve su tratamiento al pie de la letra. Es importante su monitorización.

REFERENCIA

1. Yamamoto H, Bogousslavsky J, van Melle G. Different predictors of neurological worsening in different causes of stroke. *ArchNeurol*. 1998;55:481–486.
2. Castillo J. Deteriorating stroke: diagnostic criteria, predictors, mechanisms and treatment. *CerebrovascDis*. 1999;9(suppl 3):1–8.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2007 May 18. 56(19):469-74. [Medline].
4. Jauch EC, Cucchiara B, Adeoye O, Meurer W, Brice J, Chan YY, Gentile N, Hazinski MF. Part 11: adult stroke: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care [published correction appears in *Circulation*. 2011;124:e404]. *Circulation*. 2010;122(2):S818–S828.
5. Rosamond WD, Evenson KR, Schroeder EB, Morris DL, Johnson AM, Brice JH. Calling emergency medical services for acute stroke: a study of 9-1-1 tapes. *PrehospEmergCare*. 2005;9:19–23.
6. Brice JH, Evenson KR, Lellis JC, Rosamond WD, Aytur SA, Christian JB, Morris DL. Emergency medical services education, community outreach, and protocols for stroke and chest pain in North Carolina. *PrehospEmergCare*. 2008;12:366–371.
7. Se consigue en: <http://ensegundos.do/2016/10/28/en-rd-ocurren-mas-de-18mil-accidentes-cerebrovasculares-porano/#ixzz4QhWJ1N46>
8. Edward C. Jauch, Jeffrey L. Saver, Harold P. Adams, Askiel Bruno, J.J. (Buddy) Connors, Bart M. Demaerschalketals. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Originally published January 31, 2013
9. Se consigue en: <http://almomento.net/fundacion-de-accidente-cerebral-realiza-campana-prevencion/148457>
10. Se consigue en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2532/1/Enfermedad-cerebrovascular-Factores-clinicos-epidemiologicos.html>
11. Arboix, A., Díaz, J., Pérez, A., Álvarez, S.. Ictus: Clasificación y criterios diagnósticos. Sociedad Española de Neurología (SEN) 1998. 13: 3-10
12. Harrison, Principios de medicina interna 17ª ed. Wade S. Smith; Joey D. English, S. Clairborne Johnston. Enfermedades cerebrovasculares. McGrawHill, México, 2009 Cap.364 pág 2513-25
13. David S. Liebeskind, Robert E. O' Connor, J Stephen Huff, Howard S Kirhsner, Richard S Krause, Helmi L Lutsep et als. Hemorrhagic Stroke. *Medscape Medical News*. update: Dec 07, 2016. Se consigue en: <http://medicine.medscape.com/article/1916662-overview#a6>
14. Anderson P. Migraine with aura 'major' contributor to all stroke types. *Medscape Medical News*. June 27, 2013. (Full Text)
15. Brooks M. Migraine Linked to Double Risk for Silent Stroke. *Medscape Medical News*. Se consigue en: <http://www.medscape.com/viewarticle/825451>. Accessed: May 27, 2014.
16. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011 Feb. 42(2):517-84.
17. Biller J, Ruland S, Schneck MJ. Ischemic cerebrovascular disease. In Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 65.
18. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;130(23):2071-2104. PMID: 24682348 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24682348.
19. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870-947. PMID: 23370205 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23370205.
20. Lansberg MG, O'Donnell MJ, Khatri P, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e601S-e636S. PMID: 23315273 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23315273.
21. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754-3832. PMID: 25355838 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25355838.
22. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, et al. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. 2015; 46(10):3020-3035. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26123479.
23. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, Chireau MV, Fedder WN, Furie KL, et al. Guidelines for the

- Prevention of Stroke in Women: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014 Feb 6.
24. Hughes S. First AHA/ASA Guidelines to Reduce Stroke Risk in Women. *Medscape*. February 11, 2014. Se consigue en : <http://www.medscape.com/viewarticle/820277>.
 25. Cheng YC, O'Connell JR, Cole JW, Stine OC, Dueker N, McArdle PF, et al. Genome-wide association analysis of ischemic stroke in young adults. *G3 (Bethesda)*. 2011 Nov. 1(6):505-14. [Medline]. [Full Text].
 26. Arregui M, Fisher E, Knüppel S, Buijsse B, di Giuseppe R, Fritsche A, et al. Significant associations of the rs2943634 (2q36.3) genetic polymorphism with adiponectin, high density lipoprotein cholesterol and ischemic stroke. *Gene*. 2012 Feb 25. 494(2):190-5. [Medline].
 27. Ikram MA, Seshadri S, Bis JC, Fornage M, DeStefano AL, Aulchenko YS, et al. Genomewide association studies of stroke. *N Engl J Med*. 2009 Apr 23. 360(17):1718-28. [Medline]. [Full Text].
 28. Rey Pérez A. *Emergencias neurológicas*. Elsevier España; 2005. pp. 130.
 29. Dubey N, Bakshi R, Wasay M, Dmochowski J. Early computed tomography hypodensity predicts hemorrhage after intravenous tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke. *J Neuroimaging*. 2001 Apr. 11(2):184-8.
 30. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med*. 1995 Dec 14. 333(24):1581-7.
 31. González RG. Imaging-guided acute ischemic stroke therapy: From "time is brain" to "physiology is brain". *AJNR Am J Neuroradiol*. 2006 Apr. 27(4):728-35.
 32. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004 Sep. 126(3 Suppl):483S-512S.
 33. Del Zoppo GJ, Saver JL, Jauch EC, Adams HP Jr. on Behalf of the American Heart Association Stroke Council. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. *Stroke* 2009; 40: 2945-8.
 34. "Current Therapy in Neurologic Disease", Richard T. Johnson, 1997
 35. The Internet Stroke Center at Washington University in St. Louis. Clearer: Study of the combination therapy of rt-PA and eptifibatid to treat acute ischemic stroke (SPOTRIAS) [en línea] [Consultado en diciembre de 2009]. Disponible en: <<http://www.strokecenter.org/trials/TrialDetail.aspx?tid=995>>.
 36. Gladstone DJ, Black SE, Hakim AM. Toward wisdom from failure: lessons from neuroprotective stroke trials and new therapeutic directions. *Stroke*. 2002; 33: 2123-36.
 37. Marsden PA, Heng HH, Scherer SW, Stewart RJ, Hall AV, Shi XM, et al. Structure and chromosomal localization of the human constitutive endothelial nitric oxide synthase gene. *J Biol Chem*. 1993 Aug 15. 268(23):17478-88.
 38. U.S. Centers for Disease Control and Prevention and the Heart Disease and Stroke Statistics - 2007 Update, published by the American Heart Association. Available at <http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>. Accessed: September 2008.
 39. Towfighi A, Saver JL. Stroke declines from third to fourth leading cause of death in the United States: historical perspective and challenges ahead. *Stroke*. 2011 Aug. 42(8):2351-5. [Medline].
 40. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015 Jan 27. 131 (4):e29-322. [Medline].
 41. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012 Jan 3. 125(1):e2-e220.
 42. Schneider AT, Kissela B, Woo D, Kleindorfer D, Alwell K, Miller R, et al. Ischemic stroke subtypes: a population-based study of incidence rates among blacks and whites. *Stroke*. 2004 Jul. 35(7):1552-6.
 43. Flaherty ML, Woo D, Haverbusch M, Sekar P, Khoury J, Sauerbeck L, et al. Racial variations in location and risk of intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2005 May. 36(5):934-7. [Medline]
 44. Global Burden of Stroke. The Atlas of Heart Disease and Stroke. MacKay J, Mensah GA. World Health Organization. [Full Text].
 45. Shiber JR, Fontane E, Adewale A. Stroke registry: hemorrhagic vs ischemic strokes. *Am J EmergMed*. 2010 Mar. 28(3):331-3. [Medline].
 46. Se consigue en: <http://www.msp.gob.do/Estrategias-del-Ministerio-de-Salud-buscan-prevenir-las-enfermedades-cronicas>
 47. Se consigue en: <http://diariodominicano.com/dominicana-hoy/2014/11/24/184827/>
 48. Se consigue en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.html>
 49. Edward C. Jauch, Brian Stettler, Sami Al Kasab, Helmi L Lutsep, Jeffrey L Arnold, Joseph U Becker et als. Ischemic Stroke. *Medscape Medical News*. Update Nov 14, 2016. Se consigue en: <http://emedicine.medscape.com/article/1916852-overview#a5>
 50. Se consigue en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000761.html>
 51. Se consigue en: <https://www.fisioterapia-online.com/>

- articulos/sintomas-y-complicaciones-de-los-acv
52. Se consigue en: <http://es.healthline.com/health/complicaciones-del-accidente-cerebrovascular#4>
 53. Se consigue en: <http://www.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/accidente-cerebrovascular-hemorragico>
 54. Adams HP Jr, Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology*. 1999 Jul 13. 53(1):126-31. [Medline].
 55. 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*. 2012 Feb. 1(1):42-50. [Medline]. [Full Text].
 56. Hemphill JC 3rd, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2001 Apr. 32(4):891-7. [Medline]. [Full Text].
 57. [Guideline] Morgenstern LB, Hemphill JC 3rd, Anderson C, Becker K, Broderick JP, Connolly ES Jr, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2010 Sep. 41(9):2108-29. [Medline].
 58. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2): 321.
 59. 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



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.

PREVALENCIA DE NEUMONÍA EN PACIENTES DE 2 MESES A 15 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTO SOCORRO.

Isabel María Mateo Mena.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de determinar la prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. La muestra estuvo compuesta por 830 pacientes de ambos sexos quienes se ingresaron con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Se diseñó un instrumento de recolección de datos, consistente en un cuestionario elaborado a partir de las variables del estudio. La prevalencia de neumonía fue 50.5 por ciento. De estos 830 pacientes, la edad más afectada fue el grupo etario de 5 a 15 años con un 62.9 por ciento. El sexo en el cual se presentaron la mayoría de los casos fue el masculino con un 62.9 por ciento. El 96.5 por ciento procedía de la región Sur del país. Las enfermedades concomitantes fue el factor de riesgo más asociado con un 37.9 por ciento. La dificultad respiratoria fue el motivo de consulta más frecuente con un 35.1 por ciento. El diagnóstico se estableció por medio de la historia clínica en el 98.4 por ciento. La única complicación presentada en los pacientes fue el derrame pleural en un 100 por ciento.

Palabras claves: Prevalencia, Neumonía.

ABSTRACT.

A descriptive, retrospective study was conducted with the objective of determining the prevalence of pneumonia in the Motherly Infantil Santo Socorro Hospital in 2017. The sample consisted of 830 patients of both sexes who were admitted with a diagnosis of community-acquired pneumonia. A data collection instrument was designed, consisting of a questionnaire prepared from the study variables. Of these 830 patients, the most affected age was the age group of 5 to 15 years with 62.9 percent. The sex in which most cases occurred was male with 62.9 percent. 96.5 percent came from the southern region of the country. Concomitant diseases were the most associated risk factor with 50.9 percent. Respiratory distress was the most frequent reason for consultation with 35.1 percent. The diagnosis was established by means of the clinical history in 98.4 percent. The only complication presented in the patients was 100% pleural effusion.

Key word: Prevalence, Pneumonia.

INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria es la afección más común en los seres humanos y se le atribuyen alrededor de 4 millones de las muertes ocurridas en la infancia, de las cuales 1,9 millones suceden en los menores de cinco años. La gran mayoría de estas muertes atribuibles a la infección respiratoria aguda son causadas por neumonía; el resto, por bronquiolitis.¹

La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de origen infeccioso, que se caracteriza por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios, junto con la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.²

Esta patología representa entre el 50 y 70 por ciento de todas las consultas, y entre el 30 y 60 por ciento de todas las hospitalizaciones en los servicios de salud de América Latina, por lo cual la prevención y atención de la neumonía constituye un gran desafío.³

Constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo, especialmente en la población menor de cinco años, por lo que su adecuada identificación y manejo por parte del pediatra es vital. Las razones por las cuales se presenta esto, son las diferencias en la población menor de 15 años, prevalencia de agentes infecciosos, factores socioeconómicos, acceso y calidad de los servicios de salud, y condiciones ambientales y nutricionales.⁴

Antecedentes

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2010 la incidencia mundial de neumonía adquirida en la comunidad en pacientes menores de cinco años fue de aproximadamente 0,29 episodios por paciente al año, equivalente a 151,8 millones de nuevos casos por año; de los cuales un 8,7 por ciento ameritaron hospitalización por la severidad de los casos. Se han registrado a nivel mundial 6,3 millones de muertes en pacientes menores de cinco años en el año 2013, siendo las enfermedades infecciosas el 51,8 por ciento de las causas, de las cuales la neumonía encabeza la lista con 14,9 por ciento correspondiente a 935, 000 muertes

*Médico residente de Pediatría R-4. Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

para ese año. En América latina representan entre el 50 y 70 por ciento de todas las consultas, y entre el 30 y 60 por ciento de todas las hospitalizaciones.⁵

En un estudio realizado por Dowell S y Kupronis B, sobre la mortalidad por neumonía en niños en Estados Unidos, se estima una incidencia anual en Estados Unidos y Europa de aproximadamente 35 a 45 casos por 1.000 niños menores de cinco años de edad, siendo los antecedentes de prematuridad, desnutrición, nivel socioeconómico bajo, exposición a contaminantes inhalados y asistencia a jardines infantiles, los factores de riesgo más importantes.^{6,7}

Según Vergara R, debido a la dificultad para diferenciar la etiología de las neumonías, muchas guías recomiendan el uso empírico de antimicrobianos, basados en algoritmos que comienzan con la edad del niño, la clínica, factores epidemiológicos y finalmente la imagen radiológica. Teniendo presente que el agente etiológico bacteriano más frecuente desde los 3 meses de edad es *S. pneumoniae*.⁸

En una publicación realizada por Bradley JS y colaboradores sobre el manejo de la neumonía en niños mayores de 3 meses, recomiendan prescribir ampicilina o penicilina G a lactantes o escolares internados con neumonía adquirida en la comunidad, si los datos epidemiológicos locales documentan la ausencia de resistencia a la penicilina del *Streptococcus Pneumoniae*; en lactantes y niños hospitalizados con inmunización incompleta, en regiones con datos epidemiológicos de cepas de neumococo con resistencia a la Penicilina, o en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad grave con alta mortalidad, incluyendo aquellos con empiema recomiendan el tratamiento empírico con cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona o cefotaxima).⁹

En la guía sobre el manejo de Neumonía en niños de 60 días a 17 años, elaborada en Diciembre del 2010, en el Cincinnati Children Hospital Medical Center, plantea que luego del diagnóstico e inicio del tratamiento se recomienda evaluación clínica por parte del pediatra a las 48 horas. Si no hay signos de mejoría (persistencia de la fiebre, empeoramiento del estado general, disnea) hay que considerar algunas posibilidades que expliquen la evolución, tales como: diagnóstico incorrecto, que el tratamiento no sea efectivo (cumplimiento inadecuado y/o dosis incorrecta, presencia de resistencias), que hayan surgido complicaciones (empiema, absceso), que el agente causal sea un virus u otro menos frecuente (*M. tuberculosis*, hongos, protozoos), inmunodeficiencia no conocida o que haya una obstrucción bronquial asociada. En ocasiones, puede no haber mejoría, pero tampoco un claro empeoramiento, en cuyo caso habrá que sopesar añadir para ampliar cobertura.¹⁰

Con el tratamiento adecuado en la mayoría de los casos la evolución clínica es favorable. Puede que persista la tos residual durante un tiempo determinado, pero aún así en un niño previamente sano, suele ser completa y sin secuelas.¹¹

Justificación

Las infecciones respiratorias constituyen la principal causa de consulta y hospitalización en nuestro centro de salud, por lo que se busca enfatizar en la detección y tratamiento tempranos,

como estrategia para la prevención de complicaciones, a demás de motivar la revisión del protocolo de manejo de los pacientes con neumonía para de esta manera instaurar un tratamiento racional evitando el uso innecesario de antibióticos.

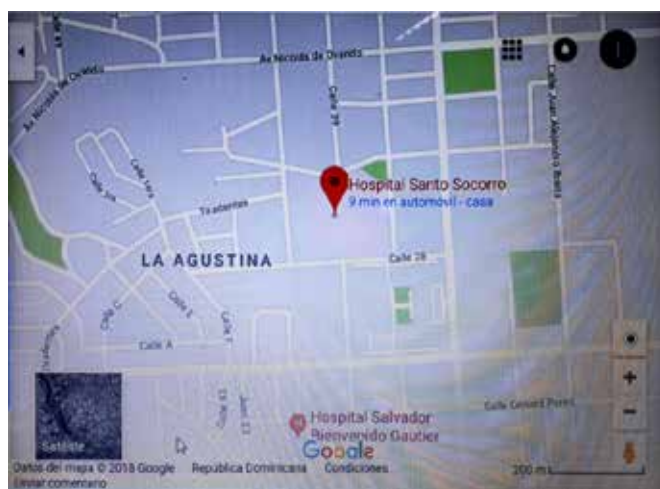
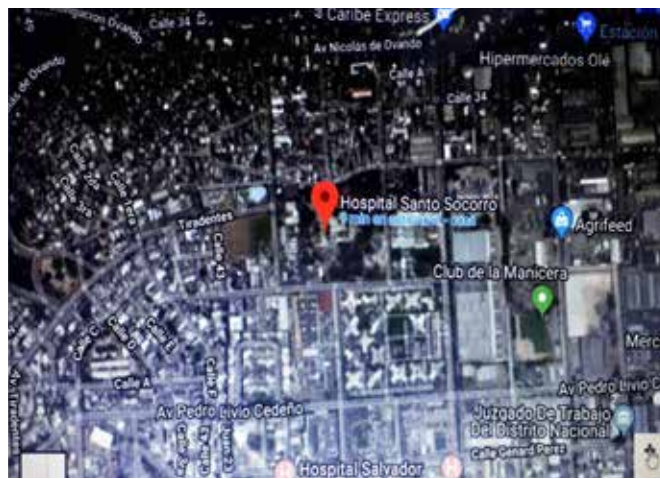
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y de fuente retrospectiva con el objetivo de determinar prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, ubicado en la calle 28 # 1, Cristo Rey, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitado, al Norte, por la calle Félix Evaristo Mejía; al Sur, por la calle 28; al Este, por la calle 37; y al Oeste por la calle Arzobispo Romero. (Ver vista aérea y mapa cartográfico).



Universo

Estuvo constituido por 1643 pacientes ingresados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017.

Muestra

Estuvo conformada por 830 pacientes de 2 meses a 15 años con neumonía, 2017.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes con neumonía
2. Ambos sexos.
3. Niños de 2 meses a 15 años.

De exclusión

1. Pacientes cuyos expedientes estén incompletos.
2. Pacientes cuyos expedientes no estén localizables.

Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un formulario compuesto por 8 preguntas cerradas a partir de las variables del estudio: frecuencia, edad, sexo, procedencia, factores de riesgo, motivo de consulta, diagnóstico, complicaciones; que se analizaron para dar respuesta a los objetivos trazados.

Procedimiento

El instrumento de recolección de dato se llenó a través de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes en estudio. Esta fase fue ejecutada por la sustentante.

Tabulación

Las informaciones obtenidas fueron procesadas utilizando el programa informático Excel.

Análisis

Los datos recolectados fueron analizados en frecuencia simple. Las variables susceptibles de comparación serán estudiadas a través de la prueba de L chi-cuadrado (X^2), 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 Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). 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 Materno Infantil Santo Socorro, cuya aprobación será 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 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 serán 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 será 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. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017.

Neumonía	Frecuencia	%
Si	830	50.5
No	813	49.5
Total	1643	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

De un total de 1643 pacientes hospitalizados, 830 correspondían a Neumonía para un 50.5 por ciento.

Cuadro 2. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según la edad.

Edad	Frecuencia	%
2 a 3 meses	50	6.0
4 meses a 4 años	258	31.1
5 a 15 años	522	62.9
Total	830	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

El 62.9 por ciento de los pacientes pertenecían al rango de edad de 5 a 15 años, el 31.1 por ciento de meses a 4 años y el 6 por ciento restante eran pacientes de 2 a 3 meses.

Cuadro 3. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según el sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	522	62.9
Femenino	308	37.1
Total	830	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

Un 62.9 por ciento eran del sexo masculino y el 37.1 por ciento eran femeninas.

Cuadro 4. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según la procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Región Norte	15	1.8
Región Sur	801	96.5
Región Este	12	1.4
Región Oeste	2	0.2
Total	830	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

El 96.5 por ciento procedía de la región sur del país, 1.8 por ciento del Norte, 1.4 por ciento del Este y 0.2 por ciento del Oeste.

Cuadro 5. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según el factor de riesgo.

Factores de riesgo	Frecuencia	%
Hacinamiento	82	4.6
Exposición a contaminantes ambientales	493	27.3
Enfermedad crónica	15	0.8
Infecciones respiratorias recurrentes	523	29.0
Prematuridad	5	0.3
Enfermedades concomitantes	682	37.9
Total	1800	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

Un 37.9 por ciento de los pacientes presentaron otra patología concomitantemente, 29 por ciento tenía antecedentes de infecciones respiratorias recurrentes, 27.3 por ciento expresó estar expuesto a contaminantes ambientales, el 0.8 por ciento padecía una enfermedad crónica y el 0.3 por ciento tenía como antecedente prenatal la prematuridad.

Cuadro 6. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según el Motivo de consulta.

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Fiebre	695	30.4
Tos	786	34.4
Dificultad respiratoria	802	35.1
Total	2283	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

El 35.1 por ciento presentó dificultad respiratoria al momento del ingreso, el 34.4 por ciento tos y el 30.4 por ciento restante fiebre.

Cuadro 7. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según el medio diagnóstico.

Medio diagnóstico	Frecuencia	%
Historia clínica	817	98.4
Radiografía de tórax	13	1.6
Total	830	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

El diagnóstico se basó en la historia clínica en un 98.4 por ciento y el 1.6 por ciento se confirmó mediante radiografía de tórax.

Cuadro 8. Prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017. Según las complicaciones.

Complicaciones	Frecuencia	%
Derrame pleural	2	100.0
Abscesos pulmonares	0	0
Empiema	0	0
Total	2	100.0

Fuente: Expedientes del archivo Santo Socorro

Solo 2 pacientes presentaron derrame pleural como complicación para un 100.0 por ciento.

DISCUSIÓN

La prevalencia de neumonía en pacientes de 2 meses a 15 años hospitalizados en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro, 2017, correspondió al 50.5 por ciento, datos similares a los obtenidos en el estudio realizado por Álvarez A, en el Hospital Nacional de Chile (2003) donde la prevalencia oscilaba entre un 47 a 52 por ciento.

En el mismo estudio la población más afectada correspondía a los menores de 5 años con un 84 por ciento, datos que difieren de nuestro estudio donde el 62.9 por ciento de los pacientes hospitalizados pertenecía al grupo de 5 a 15 años.

En el 62.9 por ciento de los casos predominó el masculino al igual que los datos obtenidos en la investigación realizada por Peñafiel T, sobre el perfil epidemiológico y clínico de pacientes pediátricos con neumonía (2015), donde 54.5 por cientos eran varones.

El 96.5 por ciento procedía de la región Sur del país, dato no comparable por falta de estadísticas nacionales.

Las enfermedades concomitantes fue el factor de riesgo más asociado con un 37.9 por ciento, contrario a los resultados obtenidos en el estudio sobre la Caracterización clínico epidemiológica de la neumonía en niños hospitalizados, por Cruz J, et al (2014), donde las enfermedades crónicas fueron las más asociadas con un 4 por ciento.

La dificultad respiratoria fue el motivo de consulta más frecuente con un 35.1 por ciento, lo que difiere del estudio realizado por Osorio V, donde la tos fue el principal con un 88.8 por ciento.

El diagnóstico se estableció por medio de la historia clínica

en el 98.4 por ciento, como cita Agudelo B, y colaboradores, en su Programa de educación en pediatrias sobre Neumonía adquirida en la comunidad en niños (2012).

La única complicación presentada en los pacientes fue el derrame pleural en un 100 por ciento, datos similares a los obtenidos en el estudio realizado por Peñafiel T (2015), donde la más frecuente complicación fue el derrame pleural con un 40 por ciento.

RECOMENDACIÓN

1. En futuros estudios se podrían incluir a más hospitales diferenciándolos en públicos y privados, de tal manera que la muestra sea mayor, la misma que asegure la confiabilidad de los resultados y se pueda brindar una idea global de la Neumonía Adquirida en la Comunidad.
2. Que la institución garantice medios diagnósticos bacteriológicos necesarios para saber la sensibilidad y especificidad de los antibióticos a los agentes patógenos asociados
3. Cumplir con lo establecido en el protocolo diseñado por el Ministerio de Salud
4. Concientizar a la población sobre la importancia de las vacunas.
5. Fortalecer la red comunitaria para la prevención de la neumonía.

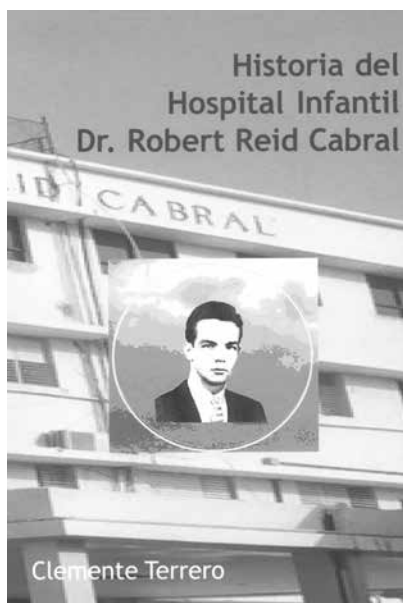
REFERENCIAS

1. Agudelo B, Manotas M, Vásquez C. Neumonía adquirida en la comunidad en niños. Programa de educación en pediatría (PRECOP)2012; 10 (3): 16.
2. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. *N Engl J Med*. 2002; 346: 429-37.
3. Agudelo B, Manotas M, Vásquez C. Neumonía adquirida en la comunidad en niños. Programa de educación en pediatría (PRECOP)2012; 10 (3): 16
4. Álvarez A. Neumonía adquirida en la comunidad en niños: Aplicabilidad de las guías clínicas. *Rev Chil Infect* 2003; 20 (1): 59.
5. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*. 2008;86(5):408–16.
6. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. Elsevier; 2015 Jan;385(9966):430–40.
7. Dowell S F, Kupronis B A. Mortality from pneumonia in children in USA, 1939-1996. *N Engl J Med* 2000; 342: 1399-407.
8. Ruuskanen O, Mertsola J. Childhood communityacquired pneumonia. *Semin Respir Infect* 1999; 14: 163-72.
9. Vergara R. Libro resúmenes XIX Congreso Chileno de Infectología. Santiago, noviembre, 2002. pag 61.

- Resumen PO53.
10. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, Alverson B, Carter ER, Harrison C, et al. The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2011;53(7):25–76.
 11. Community acquired pneumonia guideline team, Cincinnati Children Hospital Medical Center, evidence-based care guideline for medical management of community acquired pneumonia in children 60 days to 17 years of age. Guideline 14, p. 1 (consulted December 2010).
 12. Alves dos Santos J, Torres A, Michel G, De Figueiredo C, Mileto J, Foletto V, et al. Non-infectious and unusual infectious mimics of community-acquired pneumonia. *Respir Med* 2004; 98: 488-94. Dowell S F, Kupronis B A, et al. Mortality from pneumonia in children in USA, 1939-1996. *N Engl J Med* 2000; 342: 1399-407.
 13. Ruuskanen O, Mertsola J. Childhood communityacquired pneumonia. *Semin Respir Infect* 1999; 14: 163-72.
 14. Consenso Neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Chil Enf Respir* 1999; 15: 107-9.
 15. Jadavji T, Law B, Lebel M et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (5): S703-11.
 16. Children's Hosp MC Cincinnati. Guidelines for CAP in children 3m-17a. 2000.
 17. British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in children. *Thorax* 2002; 57: suppl I.
 18. Wubbel L, Muniz, Ahmed A, Trujillo M, Carubelli C, Mc Coig C, Abramo T, Leinonen M, Mc Cracken G H Jr. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J* 1999 Feb; 18 (2): 98-104. \
 19. Juven T, Mertsola J, Waris M, Leinonen M, Meurman D, Roivainen M, Eskola J, Saikku P, Ruuskanen O. Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J* 2000 Apr; 19 (4): 293-8. \
 20. Heiskanen - Kosma T, Korppi M, Jokinen C, Kurki S, Heiskanen L, Juvonen H, Kallinen S, Sten M, Tarkiainen A, Ronnberg P R, Kleemola M, Makela PH, Leinonen M. Etiology of childhood pneumonia serologic results of a prospective population-based study. *Pediatr Infect Dis J*, 1998; 17: 986-91.
 21. Korppi M, Krogger L. Comparison of radiological findings and microbial aetiology of children pneumonia. *Acta Paediatr* 1993; 82 (4): 360-3.
 22. Virkki R, Juven T, Rikalainen H, Svedstrom E, Mertsola J, Ruuskanen O. Differentiation of bacterial and viral pneumonia in children. *Thorax* 2002; 57: 438-41.
 23. Lagos R et al. Epidemiología de las enfermedades invasoras causadas por *Streptococcus pneumoniae* en

- niños chilenos. Rev Chil Infect 2001; 18: Suppl 1: 15-21.
24. Vergara R. Libro resúmenes XIX Congreso Chileno de Infectología. Santiago, 17-19 noviembre, 2002. pag 61. Resumen PO53. \
25. Heffelfinger J D, Dowell S F, Jorgensen J H, Klugman K P, Mabry L R, Musher D M, Plouffe J R Rakowsky A, Schuchat A, Whitney C G. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance: A report from the Drug-Resistant Streptococcus pneumoniae Therapeutic Working Group. Arch Intern Med 2000; 160: 1399-408.
26. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med. 2002; 346: 429-37
27. Articulos.sld; Historia de la Neumonía [sede web]. Cuba: Articulos.sld; 2013 [acceso 12 de Febrero de 2018]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/neumologia/2013/03/01/historia-de-la-neumonia/>.
28. Cobos N, Pérez E. *Neumología infantil*, segunda edición, España (Madrid); Ergon; 2009 : 447.\
29. Irastorza I. Neumonías. Etiología y diagnóstico. An Pediar Contin 2003; 1(1):4.
30. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2): 321.

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.

EMERGENCIAS CARDIOLÓGICAS EN EL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL

Patricia Acosta Espinal, *Juana Cesarina Juliao, **Ana Castillo, ***Franklin Sasso. ****

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de emergencias cardiológicas en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral Enero – Mayo 2017. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal para determinar la frecuencia de emergencias cardiológicas en el servicio de emergencia del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, en los meses Enero-Mayo 2017. **Métodos y técnicas:** Se utilizó un formulario con las variables establecidas en esta investigación, el cual aplicado a los 50 pacientes que asistieron en esos meses con una emergencia cardiológica. **Conclusión:** La frecuencia de emergencias cardiológicas pediátricas fue de 50 emergencias en un periodo de 5 meses. **Resultados:** El tipo de emergencia cardiológica más frecuente en pacientes que acudieron a sala de emergencias fue el fallo cardiaco (48%), seguido de la cianosis (30%) y la crisis de hipoxia (10%). Los signos y síntomas con que más se manifestaron estos pacientes fueron el tiraje costal y subcostal, la taquicardia, la taquipnea, y la cianosis. Los pacientes que más se afectaron fueron los recién nacidos (34%) y los adolescentes (20%). El sexo que más se presentó a la emergencia con alguna emergencia cardiológica fue el masculino (54%). Los pacientes que fueron subsecuentes (60%) en el departamento de cardiología pediátrica del hospital fueron los que más visitaron la sala de emergencias. El tratamiento más utilizado fueron las medidas generales (100%) y farmacológicas (100%). La tasa de mortalidad fue del 10% en los pacientes con emergencias cardiológica en el periodo de estudio.

Palabras Claves: EmergenciasCardiológicasPediátricas.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of cardiac emergencies at the Robert Reid Cabral Children's Hospital January - May 2017. A descriptive, prospective and crosssectional study was carried out to determine the frequency of cardiac emergencies in the emergency department of the Robert Reid Cabral Children's Hospital, in the months January-May 2017.

*Médica Pediatra egresada del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral.

** (Pediatria Cardióloga, Coordinadora de la residencia de cardiología pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral)

*** (Jefe de Servicio Cardiología Pediátrica Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral)

**** (Médico Pediatra, Jefe de enseñanza del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral)

Methods and techniques: A form was used with the variables established in this research, which was applied to the 50 patients who attended in those months with a cardiological emergency. **Conclusion:** The frequency of pediatric cardiac emergencies was 50 emergencies in a period of 5 months. **Results:** The most frequent type of cardiac emergency in patients who came to the emergency room was cardiac failure (48%), followed by cyanosis (30%) and hypoxic spell (10%). The signs and symptoms with which these patients manifested the most were intercostal retraction, tachycardia, tachypnea, and cyanosis. The most affected patients were newborns (34%) and adolescents (20%). The sex that presented the most to the emergency with a cardiological emergency was the male (54%). Subsequent patients (60%) in the pediatric cardiology department of the hospital were the ones who visited the emergency room the most. The most commonly used treatment were general measures (100%) and pharmacological measures (100%). The mortality rate was 10% in patients with cardiac emergencies in the study period.

Key Words: PediatricCardiacEmergencies.

INTRODUCCIÓN

La literatura refiere que la tercera causa de emergencias en pediatría la constituyen las emergencias cardiológicas; década atrás, la situación de emergencia en cardiología pediátrica se limitaba al tratamiento de las llamadas “crisis hipoxémicas” en portadores de cardiopatías congénitas cianogénicas. Se puede decir que no existía ningún patrón relacionado con lo que hoy se conoce como “emergencias en cardiología infantil”. La ausencia de un patrón más consistente en las conductas era, en parte, debido al hecho que no había propiamente la situación de “emergencia” pero sí un cúmulo de cardiopatías de acentuada gravedad, que resultaba con la incompatibilidad de la vida, aun antes de configurarse el escenario de un tratamiento intensivo posible. Hoy, la situación de emergencia en cardiología pediátrica constituye un escenario con mayor conocimiento y un terreno en constante modificación, que ofrece oportunidades de aprendizaje y perfeccionamiento continuo para todos los miembros del equipo multiprofesional. Se trata de un área del conocimiento que se expandió más allá del radio de cardiopediatras, cirujanos y enfermeros,

para abarcar a fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, profesionales de la asistencia social y personal administrativo, tan solo para citar algunos ejemplos. 1

Las enfermedades cardíacas en la infancia pueden ser divididas en enfermedades estructurales, anomalías de la conducción y enfermedades adquiridas. Las lesiones cardíacas congénitas estructurales pueden dividirse clínicamente en cianógenas y acianógenas. La reparación quirúrgica de las cardiopatías congénitas continúa progresando, con lesiones que se reparan en el periodo neonatal, y otras en gran parte son reparadas en los primeros meses de vida. Sin embargo, los pacientes siguen acudiendo a la sala de emergencias con descompensación de su condición cardíaca antes de las cirugías paliativas, o cirugías correctivas, estos pacientes pueden estar recibiendo numerosos fármacos y requieren el manejo en coordinación con el pediatra cardiólogo. La identificación temprana, manejo y estabilización de estos pacientes son metas importantes.²

Probablemente sea la cardiología la especialidad en la que el buen manejo de las situaciones de emergencia sea más determinante para el pronóstico vital y de calidad de vida futura. La presente investigación se refiere a las emergencias cardiológicas pediátricas que se presentan más comúnmente en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral.

En nuestro Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral se han realizado estudios en conjunto con el departamento de cardiología pediátrica donde se obtuvieron datos acerca de emergencias cardiológicas en pacientes estudiados durante un período determinado, ejemplo de esto fue un estudio realizado por Castillo, Guadalupe; Castillo, Ana *et al.* en el año 2014 en el servicio de cardiología pediátrica acerca de las características clínico epidemiológicas de las miocardiopatías dilatadas en los pacientes de cero a cinco años donde se determinó que los síntomas con que más se presentaron estos pacientes fueron el de fallo cardíaco, la taquipnea (45 por ciento) y la taquicardia (43 por ciento). 3

Así también en otro estudio acerca del comportamiento clínico de la fiebre reumática en el servicio de cardiología pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral en el año 2015 por Acosta, Jadie; López, Maritza *et al.* determinaron que dentro de las complicaciones presentadas por los pacientes del estudio 60 por ciento presentaron insuficiencia cardíaca y el 13.3 por ciento presentó arritmias.⁴

También cabe destacar el estudio realizado acerca del trastorno del ritmo: Frecuencia y comportamiento clínico en el servicio de cardiología pediátrica de Agosto del 2014 a Febrero 2015 en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral por Grullon, Angelica, Castillo, Ana *et al.* donde se determinó que presentaron trastornos del ritmo una quinta parte de los pacientes, el trastorno del ritmo más frecuente vía emergencia fue la taquicardia supraventricular.⁵

En Latinoamérica, un estudio hecho en México en el 2007 por Aregullin Eligio, Enrique O; Lara Celestino, Cecilia; Sánchez Cortés, Ramón *et al.* titulado Prevalencia y manifestación clínica de cardiopatías en urgencias pediátricas de un hospital

académico, donde el objetivo era determinar la prevalencia de cardiopatías en pacientes pediátricos del área de urgencias; concluyeron que la prevalencia general de cardiopatías fue de 1.1%. Se registraron 61 ingresos con media etaria de 6.5 ± 4.9 años. Las causas fueron cianosis (28 por ciento), arritmias (23 por ciento), soplos (18 por ciento), misceláneas (4.9 por ciento), síncope (3.3 por ciento), electivas (1.6 por ciento), vasculitis (1.6 por ciento) y dolor precordial (1.6 por ciento). El 85 por ciento de las arritmias fueron supraventricular. Dos tercios de los ingresos por cianosis fueron lactantes menores y el drenaje venoso pulmonar anómalo total fue más común (26 por ciento). La persistencia del conducto arterioso fue el soplo más común (36 por ciento) y la miocardiopatía dilatada representó 80 por ciento del grupo de insuficiencia cardíaca. Las misceláneas y electivas fueron hipertensión arterial y cateterismos. El síncope y el dolor precordial representaron 4.9 por ciento de los ingresos.⁶

Según un artículo publicado en el 2017 por Hinton, B. Robert; Ware, M, Stephanie *et al.* en la revista *Circulation Research* titulado *Heart Failure in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease*, en Estados Unidos el fallo cardíaco ha sido un problema mayor de salud pública por décadas. Más 550 000 nuevos casos se diagnostican cada año, y la prevalencia generales > 6 millones de individuos. La insuficiencia cardíaca pediátrica contribuye sustancialmente al impacto económico de esta enfermedad como resultado de la frecuente necesidad de intervenciones basadas en procedimientos y la significativa morbilidad y mortalidad. Los niños que sus hospitalizaciones han sido complicadas por insuficiencia cardíaca tienen 20 veces mayor riesgo de muerte. Es estimado que 11 000 a 14 000 niños serán hospitalizados con insuficiencia cardíaca anualmente en los Estados Unidos. Estos números incluyen niños con cardiomiopatía, con un estimado anual de incidencia estimada en 1.13 casos por 100 000 niños, y niños con enfermedades cardíacas, con una incidencia tradicionalmente citada de 8 por 1000 nacidos vivos y una necesidad de intervención cardíaca en 3 de cada 1000 recién nacidos. No se han realizado estudios epidemiológicos exhaustivos sobre insuficiencia cardíaca en la población pediátrica en los Estados Unidos, pero 2 estudios de un único sitio en Europa indican que más de la mitad de los casos pediátricos de insuficiencia cardíaca estaban en niños con enfermedad cardíaca. En estos estudios, hubo diferencias en la tasa de insuficiencia cardíaca en sus poblaciones con enfermedad cardíaca, con 1 estudio identificando insuficiencia cardíaca en el 10,4 por ciento de todos los pacientes con cardiopatía congénita y adquirida y el otro identificando insuficiencia cardíaca en 34 por ciento, lo que sugiere diferencias en el diseño del estudio o insuficiencia cardíaca dentro de las poblaciones con enfermedad cardíaca, la tasa de insuficiencia cardíaca fue de 6,2 por ciento y 39 por ciento, respectivamente.⁷

Según la publicación por Hanash, Carla R; Crossson, Jane E. *et al.* en la revista *Journal of Emergencies, Trauma and Shock* en el 2010 titulada *Emergency, Diagnosis and management of pediatric arrhythmias*, las emergencias debidas

a arritmias inestables en los niños son raras, ya que la mayoría de los trastornos del ritmo en este grupo de edad son bien tolerados. Sin embargo, la presentación a un departamento de emergencia con síntomas de palpitaciones, fatiga y/o síncope es mucho más común. Las arritmias en pediatría representan aproximadamente 55,1 por 100.000 pacientes evaluados en los servicios de urgencias pediátricos. La taquicardia sinusal es con mucho la arritmia más frecuente, seguida por taquicardia supraventricular que representa aproximadamente el 6% de todos los casos.⁸

En Corea, un estudio del 2010 por YunSik Lee, JaeBaek *et al.* Titulado Presentaciones de Cardiopatías Congénitas en sala de emergencias pediátricas, cuyo objetivo principal era identificar la mayor razón de presentación en sala de emergencia de pacientes con enfermedades cardíacas los cuales estaban agudamente y seriamente enfermos en un centro médico terciario en Corea. Resultando ochenta y dos pacientes recién diagnosticados con una enfermedad cardíaca. La mayor presentación de síntomas fueron: falla cardíaca (41.5 por ciento), soplo (31.7 por ciento), y cianosis (18.3 por ciento). Hubo 286 visitas que fueron casos conocidos de enfermedad cardíaca. La mayor presentación fueron infecciones del tracto respiratorio (24.1 por ciento, 2.7 ± 4.1 años de edad), disrritmia (16.4 por ciento, 16.7 ± 9.5 años) síntomas de falla cardíaca (14.3 por ciento, 7.6 ± 9.4 años), cianosis agravada (5.6 por ciento, 0.8 ± 1.4 años de edad), enteropatía perdedora de proteína (4.9 por ciento), hemoptisis (4.5 por ciento), efectos medicamentosos secundarios (4.1 por ciento), y endocarditis infecciosas (3.0 por ciento). Hubo una significativa correlación entre la edad de distribución y los principales modos de presentación. Tratamientos quirúrgicos fueron requeridos al mes de vida en 38 por ciento, y el 2.7 por ciento de todos los pacientes fallecieron durante su hospitalización. El grupo de pacientes con infecciones respiratorias mostro la más alta mortalidad (5.8 por ciento). El aleteo auricular fue la más frecuente arritmia (70.2 por ciento) y 70 por ciento de estos pacientes tenía la condición de cirugía post-Fontan. La causa de falla cardíaca en estos pacientes con cirugía correctiva previa fueron: hipertensión pulmonar, disfunción miocárdica, regurgitación valvular y lesiones sin corregir. Concluyendo que mejorando el conocimiento de los problemas comunes en sala de emergencias puede ayudar a preparar a los médicos a manejar pacientes que presentan una enfermedad cardíaca.⁹

Existen diversos estudios previos que describen la fisiopatología, manifestaciones clínicas y manejo de los pacientes con enfermedades cardíacas. Sin embargo, solo algunos estudios tienen específicamente las razones por las cuales los pacientes con enfermedades cardíacas visitan la sala de emergencia.¹⁰

Las emergencias cardíológicas representan una amenaza a la vida, ya que tienen repercusión en la calidad y esperanza de vida de los pacientes. La literatura revisada refiere una baja frecuencia de las mismas en los niños en comparación con los adultos,¹¹ a pesar de eso se ha observado que se presenta con una relativa frecuencia en nuestro hospital, por ser el mismo

un centro pediátrico de referencia nacional. En tal sentido, es difícil establecer estrategias médicas oportunas y políticas sanitarias eficientes si se desconoce la realidad epidemiológica de esta condición clínica; ya que una categorización apropiada de un evento medico contribuye favorablemente para estimar su carga de morbilidad y mortalidad. La siguiente investigación dará a conocer cuales emergencias cardíológicas pediátricas son más frecuentes en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral; dentro de nuestro hospital servirá para preparar el recurso humano ante un paciente que presente cualquiera de las emergencias cardíológicas estudiadas, porque la provisión de una rápida y apropiada atención mejora el pronóstico de los niños con emergencias cardíológicas, así también, como para desarrollar investigaciones futuras acerca del tema, en nuestro país son escasas las publicaciones acerca del mismo y del impacto que generan sobre los recursos y la prestación de los servicios de salud, así como para desarrollar programas de intervención quirúrgicas fijos que beneficien a niños de escasos recursos con enfermedades cardiovasculares complejas que ayuden a disminuir la frecuencia de las emergencias cardíológicas en nuestros pacientes, ya que con los actuales avances en las intervenciones cardíacas se cree que hasta el 85% de los niños con cardiopatías congénitas severas llegaran a la vida adulta,¹² por lo que se hace necesario dar a conocer cuáles son las principales emergencias cardíológicas de modo que se puede establecer un plan de manejo que permita dar una respuesta adecuada a cada situación de emergencia y con esto disminuir la mortalidad de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal para determinar la frecuencia de emergencias cardíológicas en el servicio de emergencia del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, en el período comprendido desde Enero hasta Mayo 2017.

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, ubicado en Santo Domingo; Distrito Nacional, delimitado, al Este, por la Av. Abraham Lincoln; al Oeste, por la Calle Horacio Vicioso, al Norte, por la Av. Independencia y al Sur, por la Calle Paul P. Harris.

Población

Estuvo constituida por los pacientes que asistieron con una emergencia cardíológica al Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, en el período comprendido desde Enero – Mayo 2017.

Criterios de inclusión:

1. Todo paciente que asista a sala de emergencia con una emergencia cardíológica sea conocido o no por el departamento de cardiología en el período de estudio.
2. Todo paciente cuyo madre padre o tutor autorice y firme

el consentimiento informado para la participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Pacientes que no sean admitidos por la emergencia.

Métodos, técnicas y procedimientos:\

Para la recolección de datos se utilizó un formulario el cual contiene las variables establecidas en esta investigación. Las informaciones obtenidas serán a través de la revisión de los formularios, las mismas fueron recopiladas por la sustentante, y luego procesadas mediante programas de computadoras como Microsoft Word, Excel.

La información fue tabulada y computarizada e ilustrada en cuadros y gráficos para mejor interpretación y análisis de la misma utilizando medidas estadísticas apropiadas, tales como porcentajes.

Análisis y presentación de los datos:

La información obtenida se analizó y proceso mediante técnicas estadísticas utilizando el software Micosoft Excel, y se representó en cuadros y gráficos para una fácil y buena comprensión de los mismos.

Principios éticos:

En esta investigación se mantuvo el principio básico de **respeto** por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación, por lo que se aplicó el código de Helsinki de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de emergencias cardiológicas en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral.

Prevalencia puntual	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Fallo Cardíaca	3 0.25	13 0.81	4 0.5	4 0.5	0
Taquicardia	1 0.083	0	1 0.1	0	0
Taponamiento / Derrame	0	0	3 0.3	0	0
Crisis de hipoxia	3 0.25	1 0.06	1 0.1	0	0
Cianosis	5 0.41	1 0.06	1 0.1	4 0.5	4 1
Shock Cardiogénico	0	1 0.06	0	0	0
Total	12	16	10	8	4

Total de emergencias cardiológicas atendidas = **50 pacientes**. Prevalencia puntual = Ct/Nt. Ct: número de casos existentes. Nt: número total de individuos.

Tabla 2. Tipos de emergencias cardiológicas en pacientes que acudieron a la sala de emergencias en el período Enero – Abril 2017.

Emergencia cardiológica	Frecuencia	%
Fallo cardíaco	24	48
Cianosis	15	30
Crisis de hipoxia	5	10
Taponamiento cardíaco / Derrame	3	6
Taquicardia	2	4
Shock Cardiogénico	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 4. Signos y síntomas presentes en los pacientes que acudieron a la sala de emergencia en el período Enero - Mayo 2017.

Signos / Síntomas	Frecuencia	%
Cianosis	29	58
Taquicardia	27	54
Tiraje costal y subcostal	25	50
Taquipnea	24	48
Disnea	21	42
Palidez	9	18
Hipocratismo	5	10
Sudoración	4	8
Reflejo hepatojugular	3	6
Dolor torácico	2	4
Palpitación	1	2

Fuente: formulario de recolección de datos

Tabla 5. Edad de los pacientes que acudieron con una emergencia cardiológica a sala de emergencia del el Hospital Doctor Robert Reid Cabral en el período Enero – Mayo 2017.

Grupo de edades	Frecuencia	%
Recién nacido (0-27 días)	17	34
Lactantes (28 días hasta los 23 meses)	9	18
Pre Escolar (2-6 años)	7	14
Escolar (7-12 años)	7	14
Adolescentes (13 -18 años)	10	20
Total	50	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 6. Sexo de los pacientes que acudieron con una emergencia cardiológica a sala de emergencia del el Hospital Doctor Robert Reid Cabral en el período Enero – Mayo 2017.

Género	Frecuencia	%
Masculino	27	54
Femenino	23	46
Total	50	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla 7. Identificación de pacientes subsecuentes o de primera vez en el departamento de cardiología que se presentaron a sala de emergencias del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral en el período de Enero – Mayo 2017.

	Pacientes	%
Subsecuentes	30	60
De primera vez	20	40
Total	50	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 8. Tratamiento inicial instaurado en pacientes con emergencias cardiológicas que acudieron a la sala de emergencias del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral Enero – Mayo 2017.

Emergencias cardiológicas	Tratamiento				
	Medidas generales	Farmacológico	Quirúrgico	Cardioversión farmacológica	Cateterismo
Fallo cardiaco	24	24	0	0	0
Taquicardia	2	2	0	2	0
Taponamiento / Derrame	3	3	3	0	0
Crisis de hipoxia	5	4	0	0	0
Cianosis	15	15	0	0	0
Shock Cardiogénico	1	1	0	0	0
Porcentaje	100%	100%	6%	4%	0%

Fuente: instrumento de recolección de datos. Las variables no son mutuamente excluyentes.

Tabla 9. Tiempo de estadía hospitalaria en pacientes con emergencias cardiológicas que acudieron a sala de emergencias del Hospital Doctor Robert Reid Cabral en el período Enero- Mayo 2017.

Estadía hospitalaria	Frecuencia	%
< 24 horas	0	0
24 – 48 horas	11	22
48 – 72 horas	16	32
>72 horas	23	46
Total	50	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Estancia media hospitalaria = 8.3 días

Tabla 10. Mortalidad en pacientes que acudieron con una emergencia cardiología a la sala de emergencias del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral en el período Enero – Mayo 2017.

Tasa de Mortalidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Fallo cardiaco	1	1	1	1	0
Taquicardia	1	0	0	0	0
Taponamiento / Derrame	0	0	0	0	0
Crisis de hipoxia	0	0	0	0	0
Cianosis	0	0	0	0	0
Shock Cardiogénico	0	0	0	0	0
Total	2	1	1	1	0

Tasa de mortalidad: $M\% = F/E \times 100$. $M\% = 5/50 \times 100 = 10\%$

DISCUSION

En la presente se investigó la frecuencia de emergencias cardiológicas en pacientes que acudieron vía emergencia del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, con una serie de casos de 50 pacientes con alguna emergencia cardiológica.

De acuerdo con los resultados encontrados la frecuencia de emergencias cardiológicas pediátricas fue de 50 emergencias en un periodo de 5 meses. La emergencia por la que más acudieron los pacientes fue el fallo cardiaco en un 48 por ciento, seguido de la cianosis en un 30 por ciento y la crisis de

hipoxia que se presentó en un 10 por ciento de los pacientes en estudio.

Algunos de estos datos coinciden por los obtenidos del estudio realizado en el país por Acosta, Jadieet *all*, en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, acerca del comportamiento clínico de la fiebre reumática en el servicio de cardiología pediátrica, en el cual determinaron que dentro las complicaciones presentadas por los pacientes del estudio 60 por ciento presentaron insuficiencia cardiaca. Al igual que el estudio hecho en Corea en el año 2010 por YunSik Lee *et all*, titulado presentaciones de cardiopatías congénitas en sala

de emergencias pediátricas, la mayor presentación de síntomas fueron la falla cardíaca en el 41.5 por ciento, el soplo en el 31.7 por ciento, y cianosis en el 18.3 por ciento.

En cuanto a los trastornos del ritmo la taquicardia supraventricular se presentó en el 4 por ciento de los pacientes, esto coincide con el estudio realizado por Grullon, Angelica *et al.* en el año 2015 donde se determinó que presentaron trastornos del ritmo una quinta parte de los pacientes, siendo el trastorno del ritmo más frecuente vía emergencia la taquicardia supraventricular. Así también en un estudio hecho en México en el 2007, sobre prevalencia y manifestaciones clínicas de cardiopatías en urgencias pediátricas en un hospital académico el 85 por ciento de las arritmias fueron supraventriculares.

Los signos y síntomas que con más frecuencia se presentaron estos pacientes fueron el tiraje costal y subcostal en el 50 por ciento, taquicardia en el 54 por ciento, cianosis en el 58 por ciento y la disnea que se presentó en el 42 por ciento de los pacientes, esto coincide con el estudio realizado por Castillo, Guadalupe *et al.* en el 2014, acerca de las características clínico epidemiológicas de las miocardiopatías dilatadas donde los síntomas con que mayor se presentaron estos pacientes fueron, taquipnea en el 45 por ciento y la taquicardia en el 43 por ciento.

Los pacientes que más se afectaron fueron los recién nacidos en el 34 por ciento y los adolescentes en el 20 por ciento; a diferencia del estudio realizado en México en el 2007 sobre la prevalencia y manifestaciones clínicas de cardiopatías en urgencias pediátricas donde la media etaria fue de 6.5 ± 4.9 años.

El sexo más afectado fue el masculino en el 54 por ciento de los casos, a diferencia del estudio realizado por el Aregullin, Enrique; Lara C, Cecilia *et al.* acerca de la prevalencia y manifestaciones clínicas de cardiopatías en una urgencia pediátrica donde el sexo que predominó fue el femenino en el 57 por ciento.

Determinamos que el 60 por ciento de los pacientes atendidos por la emergencia eran pacientes subsecuentes en el departamento de cardiología pediátrica del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, y el 40 por ciento eran de primera vez; resultando similar al estudio realizado por YunSik Lee *et al.*, donde 82 pacientes de los 368 en estudio, eran recién diagnosticados con una enfermedad cardíaca y hubo 286 visitas que fueron casos conocidos de enfermedad cardíaca.

Los tratamientos más empleados fueron las medidas generales y farmacológicas en el 100 por ciento de los pacientes, seguidos del quirúrgico en el 6 por ciento y la cardioversión farmacológica en el 4 por ciento.

El tiempo de estadía media hospitalaria fue de 8.3 días, el 46 por ciento permaneció más de 72 horas de ingreso hospitalario, a diferencia de la estadía media de hospitalización en el estudio realizado por YunSik Lee *et al.* que fue de 20.0 ± 28.2 días.

La tasa de mortalidad fue del 10 por ciento en los pacientes que acudieron con una emergencia cardiológica durante el periodo en estudio, siendo los más afectados los que padecieron falla

cardíaca, esto se relaciona al artículo publicado en el 2017 por la revista *Circulation Research* titulado *Heart Failure in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease* donde refieren que los niños que sus hospitalizaciones han sido complicadas por insuficiencia cardíaca tienen 20 veces mayor riesgo de muerte, así también en el estudio realizado por YunSik Lee *et al.* el 2.7 por ciento de todos los pacientes fallecieron durante su hospitalización.

REFERENCIAS

1. López B, Antonio; Sayari Tanaca, Ana Cristina. Emergencias en Cardiología Pediátrica. Bogotá: DISTRIBUNA Editorial; 2010.
2. Lu, Le N; Woolridge, Dale; M. Dietrich, Ann. *Pediatric Emergency Medicine*. Em Med Clin Nor Am. 2013; No.3
3. Acosta, Jady Luz; López, Maritza; Darío, Rubén. Comportamiento clínico de la fiebre reumática en el servicio de cardiología pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral 2009 - 2012.
4. Grullón, Angélica; Castillo, Ana; Terrero, Clemente. Trastornos del ritmo: frecuencia y comportamiento clínico en el servicio de cardiología pediátrica del hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral. Agosto 2014 Febrero 2015.
5. Aregullin Eligio, Enrique Oliver; Lara Celestino, Cecilia; Sánchez Cortés, Ramón Gerardo; Canabal Hermida, Fabricio. Prevalencia y manifestación clínica de cardiopatías en urgencias pediátricas de un hospital académico. *Medicina Universitaria* 2007; 9(37):181-5.
6. Hinton, B. Robert; Ware, M, Stephanie. *Heart Failure in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease* *Circ Res*. 2017; 120:978-994.
7. Hanash, Carla R; Crossson, Jane E. *Emergency, Diagnosis and management of pediatric arrhythmias*. *Journal of Emergencies*. 2010; 3(3):251-260.
8. Yun Sik Lee, Jae Baek *et al.* *Pediatric Emergency Room Presentation of Congenital Heart Disease*. *Korean Circ J* 2010; 40:36-41.
9. Yun Sik Lee, Jae Suk Baek, Bo Sang Kwon, *et al.* *Pediatric Emergency Room Presentation of Congenital Heart Disease*. *Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea*.
10. Frazier, Aisha, Elizabeth A Hunt, and Kathryn Holmes. "Pediatric Cardiac Emergencies: Children Are Not Small Adults." *Journal of Emergencies, Trauma and Shock* 4.1 (2011): 89-96. PMC. Web. 8 May 2017.
11. Albert Brotons, Calila; Alcalde Martín, Carlos *et al.* *Manual de Padres de Niños con Cardiopatía Congénita*. Editor: Dr. José Santos de Soto. España 2006. Pág. 27.
12. Disponible en: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/cardiology/cardiovascular-emergencies/>.
13. Isabel Araujo Barata, MS, MD *Cardiac Emergencies*.

- Emergency Medicine Clinics of North America. Elsevier. Volume 31, Issue 3, August 2013, Pages 677–704.
14. Yates MC, Syamasundar Rao P (2013) Pediatric Cardiac Emergencies. *Emergency Med* 3: 164. doi:10.4172/2165-7548.1000164.
 15. [Internet]: Estados Unidos: CDC; 2016 [actualizado Noviembre 7 2016, citado 1 Agosto 2016] disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/heartdefects/data.html>.
 16. [Internet]: Republica Dominicana: HOY; 2010 [publicado 17 Septiembre 2010] disponible en: <http://hoy.com.do/medicos-alertan-enfermedades-cardiacas-infantiles/>.
 17. Yates MC, Syamasundar Rao P (2013) Pediatric Cardiac Emergencies. *Emergency Med* 3: 164. doi:10.4172/2165-7548.1000164.
 18. Schamberger Ms. Cardiac emergencies in children. *Pediatr Ann.* 1996 Jun, 25 (6):339-44.
 19. [Internet]: South Africa.CME; 2011[actualized 2011] disponible en: <http://www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/2282/2047>.
 20. J.M. Galdeano Miranda, C. Romero Ibarra, O. Artaza Barrios. *Insuficiencia Cardiaca en Pediatría.* 2010; 14; 179.
 21. [Internet]. Estados Unidos: Medscape; 2015 [actualizado en Mayo 3, 2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/>.
 22. J.M. Galdeano Miranda, C. Romero Ibarra, O. Artaza Barrios. *Insuficiencia Cardiaca en Pediatría.* 2010; 14; 179.
 23. Yates MC, Syamasundar Rao P (2013) Pediatric Cardiac Emergencies. *Emergency Med* 3: 164. doi:10.4172/2165-7548.1000164.
 24. Rodriguez Suarez, Romeo, Valencia Mayoral, Pedro. *Urgencias en Pediatría.* Sexta edición. México: McGraw Hill, 2002.
 25. [Internet]. Estados Unidos: Medscape; 2015 [actualizado en Septiembre 26, 2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/>.
 26. Rodriguez Suarez, Romeo, Valencia Mayoral, Pedro. *Urgencias en Pediatría.* Sexta edición. México: McGraw Hill, 2002.
 27. Peter Cameron, George Jelinek, Ian Everitt. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine.* Elsevier Health Sciences, 2006.
 28. Rodriguez Suarez, Romeo, Valencia Mayoral, Pedro. *Urgencias en Pediatría.* Sexta edición. México: McGraw Hill, 2002.
 29. Jaramillo C. Astrid Natalia, Ruz M. Miguel, Villegas G. Francisco. *Urgencias cardiovasculares .Colombia: clínica cardiovascular.* 2012.
 30. Claveria, Cristian, Vergara, Luis et all. Derrame Pericárdico, Enfrentamiento Clínico. *RevChilPediatr* 2009; 80 (3): 267-273.
 31. Jaramillo C. Astrid Natalia, Ruz M. Miguel, Villegas G. Francisco. *Urgencias cardiovasculares .Colombia: clínica cardiovascular.* 2012.
 32. Claveria, Cristian, Vergara, Luis et all. Derrame Pericárdico, Enfrentamiento Clínico. *RevChilPediatr* 2009; 80 (3): 267-273.
 33. Jaramillo C. Astrid Natalia, Ruz M. Miguel, Villegas G. Francisco. *Urgencias cardiovasculares .Colombia: clínica cardiovascular.* 2012.
 34. [Internet]. Estados Unidos: Medscape; 2016 [actualizado en Noviembre 20, 2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/>.
 35. Morillo Vázquez, Moreno Ramírez. Manejo urgente de las arritmias cardíacas en Atención Primaria. *MedfamAndal* Vol. 14, Nº. 1, marzo 2013.

El buen trato al paciente No sólo es un deber



CASO CLÍNICO

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.

TAQUICARDIA FETAL: A PROPOSITO DE UN CASO.

Ana Castillo, * Rosa E. Moreta. **

RESUMEN:

Paciente masculino de 5 días de vida, procedente de San Pedro de Macorís, nos llega con historia de taquicardia supraventricular in útero, y una frecuencia cardiaca al momento de su llegada a nuestro centro de 210 lpm. Se le realiza cardioversión respondiendo a la misma. La taquicardia fetal se presenta en menos del 1% de los embarazos y puede producir la muerte fetal.

Palabras claves: Taquicardia Fetal, Cardioversión.

ABSTRACT

A 5-day-old male patient, from San Pedro de Macorís, arrives with a history of supraventricular tachycardia in utero, and a heart rate at the time of his arrival at our center of 210 bpm. Cardioversion is performed responding to it. Fetal tachycardia occurs in less than 1% of pregnancies and can lead to stillbirth.

Keywords: Fetal Tachycardia, Cardioversión.

INTRODUCCIÓN

La taquicardia fetal se define por frecuencias ventriculares superiores a 210 lpm, estas se presentan en menos del 1% de los embarazos; y se produce en un 90% por fenómenos de reentrada y en un 10% el responsable es un foco de estimulación ectópica auricular. La causa más común de taquicardia es la taquicardia supraventricular, que se presenta en el 66% al 90% de todos los casos; y esta raramente asociada con enfermedades cardiacas congénitas reportándose en un rango de 1%-5% de los casos, siendo la enfermedad de Ebstein la más frecuente.

El sistema de conducción del corazón fetal es funcionalmente maduro a partir de las 16 semanas de gestación. Entendemos por actividad cardiaca normal aquella que se da a un ritmo regular, con una tasa que varía entre 100 y 180 latidos por minuto. Las arritmias fetales son definidas por las desviaciones de estos parámetros.

Las arritmias son hechos aislados, debido a la inmadurez auricular, que puede dar a múltiples contracciones, de poca

relevancia clínica en más del 90% de los casos. Sin embargo, algunas causan hidropesía y pueden conducir a la muerte fetal. Normalmente son detectadas durante el control de la frecuencia cardiaca fetal con dispositivos externos o internos, o durante la ecografía prenatal.

Dada la repercusión fetal que puede tener es necesario, conocer los métodos diagnósticos así como los tratamientos perinatales adecuados, con el fin de mejorar el manejo de estos casos.

Los efectos hemodinámicos de la taquicardia fetal incluyen, bajo gasto cardiaco, incremento de la presión venosa central, resultando en hidrops fetal, falla progresiva circulatoria fetoplacentaria, y muerte fetal.

Taquirritmia que es rápida, incesante, y se presenta a una edad gestacional joven tiene mayor riesgo de desarrollar hidrops fetal. El hidrops fetal ocurre en 30%-40% y por lo general la mortalidad asociada a hidrops es de 8%-9%. La Reentrada (propagación anormal del impulso por el miocardio) es el mecanismo de la mayor parte de las taquiritmias (90%) incluyendo flutter atrial y taquicardia AV reentrante. Otras causas de taquiritmia incluyen taquicardia ectópica atrial, taquicardia reciprocante permanente de la unión AV y raramente taquicardia ventricular.

La Digoxina es la primera línea de tratamiento de la conversión del ritmo sinusal, es inefectiva y pobre mente transferida al feto en presencia de hidrops.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente masculino de 5 días de vida con un peso de 2.5 kg, quien es hijo de madre de 35 años de edad G2P0C1A0, la cual refiere consulta prenatales regulares, que durante el embarazo fue tratada con salbutamo, bromuro de Ipratropium y budesonide para crisis asmática. Nos llega referido desde San Pedro de Macorís; con historia de taquicardiasupraventricular in utero, y por dicha razón se realizó cesárea.

Se recibe paciente activo, afebril, eupneico, taquicardico con buena coloración de piel y mucosas, con FC: 210 (por pulximetria), FR: 38 rpm, Sat: 97%, TA: 80/50 mmHg. Se inicia inmediatamente tratamiento con Digitalico. Se le realiza Ekg, Rx de tórax y ECO.

*Pediatra Cardióloga, Jefe del departamento de Cardiología pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral)

**Residente de segundo año de cardiología pediátrica del Hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral)



Figura 1. Electrocardiograma. Ritmo sunusal, FC: 200 lpm, PR: 0.04 seg, eje QRS +120, QT 0.20 segR/s V1 5/8 V6 6/2.



Figura 2. Ecocardiograma. SitusSolitus, drenajes venosos y sistémicos normales, CIA 0.6 cm I-D, cavidades derechas dilatadas, RT: 35 mmhg, Fev:63%, FA: 31%.



Paciente durante su ingreso fue tratado con Digoxina, Adenosina y Amiodarona; sin respuesta satisfactoria esta medicación, se decide realizar cardioversión. Se sedo y se dio un primer Jule, después un segundo, respondiendo. Después de la cardioversión paciente presento una frecuencia cardiaca de 124-120 lpm. Se le realiza Ekg y Ecocardiograma control.

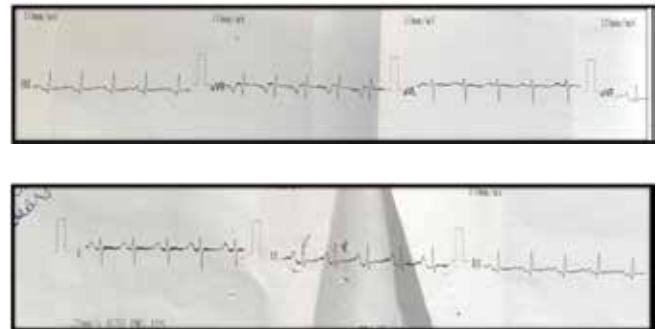


Figura 4. Electrocardiograma pos cardioversión.



Figura 5. Ecocardiograma pos cardioversión. Situsslitus, drenajes venosos y sistémicos normales, FOP 0.6 cm I-D, DDVI: 1.9 com (0.25-0.50) IM leve, Fev: 44% FA: 24%. Taquimiopatia y FOP.

DISCUSIÓN

La taquicardia supraventricular puede ser fácilmente detectada en una rutina de ultrasonografía. La mortalidad que conlleva la taquicardia supraventricular es extremadamente significativa una vez que se desarrolla el Hidrops fetal, secundario a falla cardíaca. El manejo expectante puede no ser una opción viable mientras el parto puede no ser óptima, especialmente si la maduración del feto no está establecida.

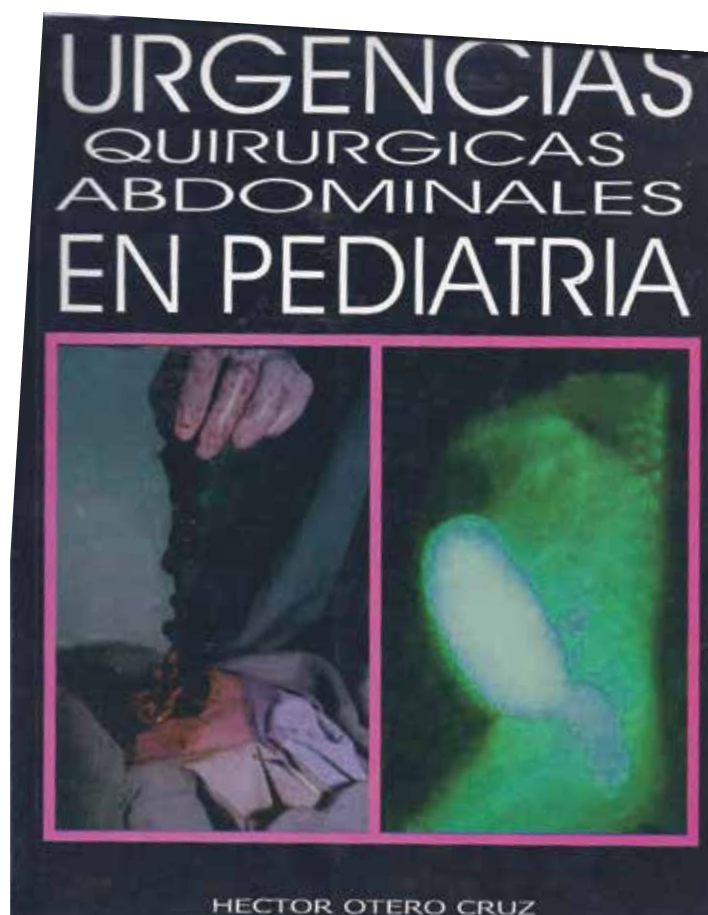
Una proporción significativa de taquicardias fetales pueden ser tratadas exitosamente mediante administración transplacentaria de antiarrítmicos, siendo la digoxina el fármaco de primera elección. Con el tratamiento y el seguimiento adecuados el pronóstico fetal de esta afección es favorable. Resolviéndose el ritmo cardíaco anormal en un alto porcentaje de casos durante la gestación; concluye un estudio realizado por José M. Vila- Vives, acerca de Evolución y manejo intrauterino de las taquicardias fetales publicado en la revista del Programa de Ginecología y Obstetricia del año 2012. A diferencia de nuestro paciente al cual fue revertido su cuadro en la vida extrauterina.

Los predictores de arritmia posnatal en un estudio de cohorte hecho por [BalaganeshKarmegeraj](#) *et al.*, incluyeron hidrops fetal y el sexo masculino, similar a nuestro paciente.

Finalmente concluimos diciendo que es importante un diagnóstico temprano de esta condición clínica, lo que se consigue con un seguimiento del feto durante el embarazo, el diagnóstico y referencia rápida antes de la descompensación hemodinámica es fundamental para garantizar resultados óptimos, así también hay que destacar que la evaluación inicial del feto con arritmia debe incluir una historia y examen físico detallado. La frecuencia cardíaca fetal debe ser analizada así también la realización de un ecocardiograma detallado para descartar malformaciones.

REFERENCIAS

1. First-Line Antiarrhythmic Transplacental Treatment for Fetal Tachyarrhythmia: A Systematic Review and Meta-Analysis TarekAlsaied, MD, MSc;* Shankar Baskar, MD;* Munes Fares, MD; Fares Alahdab, MD; Richard J Czosek, MD; Mohammad Hassan Murad, MD, MPH; Larry J Prokop, BS; Allison A Divanovic, MD. (J Am Heart Assoc. 2017;6:e007164. DOI: 10.1161/JAHA.117.007164.)
2. Diagnosis and Treatment of Fetal Cardiac Disease A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation May 27, 2014.
3. BalaganeshKarmegeraj, Sushmita Namdeo, AbishSudhakar et al. Clinical presentation, management, and postnatal outcomes of fetal tachyarrhythmias: a 10 – years single- center experience. Annals of Pediatric cardiology, volume 11, Issue 1, January-April 2018 35.
4. P. Sánchez-Tejedor, M. Domínguez-Rodríguez, S. Soldevilla, F. Delgado y A.R. Martín-Gutiérrez. Taquicardia supraventricular fetal, diagnóstico y tratamiento prenatal. ClinInvest Gin Obst. 2011; 38 (5):202-206.
5. Michael Artman, Lynn Mahony, David F. Teitel. Neonatal Cardiology. Second edition, McGrawHil 2011.
6. MuniswaranGaneshan, MRCOG, Japaraj Robert Peter, MMed, ARAsriRanga, MRCP, HK Cheong, MRCPCH. Intrauterine management of fetal supraventricular tachycardia (SVT) with cardiac failure. Med J Malaysia Vol 70 No 6 December 2015.
7. José M. Vila-Vives, Alicia Martínez-Varea, Juan José Hidalgo-Mora, Vicente Maiques, Alfredo Perales-Marín. Evolución y manejo intrauterino de las taquicardias fetales. ProgObstetGinecol 2012;55:495-500 - DOI: 10.1016/j.pog.2012.07.001.
8. Karmegeraj, B., Namdeo, S., Sudhakar, A., Krishnan, V., Kunjukutty, R., & Vaidyanathan, B. (2018). Clinical presentation, management, and postnatal outcomes of fetal tachyarrhythmias: A 10-year single-center experience. Annals of Pediatric Cardiology, 11(1), 34–39. http://doi.org/10.4103/apc.APC_102_17
9. Antonio F. Saad, Luis Monsivais, Luis D. Pacheco. Digoxin Therapy of Fetal Superior Ventricular Tachycardia: Are Digoxin Serum Levels Reliable. Am J Perinatol Rep 2016;6:e272–e276



NEUMONIA LOBAR DERECHA ASOCIADA A COLECISTITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Isabel María Mateo Mena**

RESUMEN

La neumonía lobar o segmentaria es un tipo de [neumonía](#) caracterizada por lesiones de todo un lóbulo o un gran segmento del [pulmón](#) y, por lo general, afecta o compromete a todas las estructuras pulmonares de la región afectada. Por otro lado, la colecistitis aguda alitiásica es una inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos en su interior por lo que se denomina también acalculosa. Suele producirse en el seno de infecciones sistémicas de etiología bacteriana o viral.

Presentamos el caso de un paciente de ocho años de edad con diagnóstico de Neumonía Lobar derecha y colecistitis aguda alitiásica, cuya asociación no se documentó hasta la fecha.

Palabras claves: Neumonía lobar, colecistitis, Alitiásica, Pediatría

ABSTRACT

Lobar or segmental pneumonia is a type of pneumonia characterized by lesions of an entire lobe or a large segment of the lung and, in general, affects or compromises all lung structures in the affected region. On the other hand, acute atrophic cholecystitis is an inflammation of the gallbladder in the absence of stones inside, which is also called acalculosa. It usually occurs in systemic infections of bacterial or viral etiology.

We present the case of a patient of eight years of age with diagnosis of right Lobar pneumonia and acute acalculous cholecystitis.

Key Words: Lobar pneumonia, cholecystitis, Alitiásica, Pediatrics.

INTRODUCCION

Las infecciones respiratorias representan entre el 50 y 70% de todas las consultas, y entre el 30 y 60% de todas las hospitalizaciones en los servicios de salud de América Latina, por lo cual la prevención y atención de la neumonía constituye un gran desafío.

La neumonía adquirida en la comunidad se define como

un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de origen infeccioso, que se inicia fuera del ambiente hospitalario. Esta puede ser determinada únicamente por parámetros clínicos, o con la suma de los hallazgos radiológicos.¹

La neumonía lobar es una infección bacteriana aguda que afecta a una gran parte de un lóbulo y que ocurren en cualquier edad pero es relativamente rara en los lactantes y en las edades avanzadas. Este tipo de neumonía, en su forma clásica es actualmente mucho menos frecuente, debido a la eficacia de los antibióticos. Los cuales eliminan estas infecciones y previenen la consolidación lobar plena. Se nota una matidez a la percusión de la zona, así como un característico soplo tubárico a la [auscultación](#) que recuerda el sonido al soplar sobre el pico de una botella vacía. En la radiografía del tórax, se percibe consolidación segmentaria del lóbulo pulmonar.² El microorganismo más frecuentemente asociado a una neumonía lobar es el [neumococo](#), causando cerca de un 80% de los casos.³ En pacientes con [neumonía adquirida en la comunidad](#), la causa más frecuente de neumonía lobar son [bacterias Gram positivas](#), mientras que en pacientes hospitalizados con neumonía nosocomial, el organismo más frecuente es la [Klebsiella pneumoniae](#) y la [Pseudomonas](#).⁴

Clásicamente el inicio es brusco, con malestar general, temblor, escalofríos y fiebre. Hay tos con expectoración, primero de un esputo ligeramente turbio, acuoso correspondiente al estadio de congestión, seguido de esputo francamente purulento, hemorrágico. Temperatura en 40-41 grados centígrados. Disnea, ortopnea y cianosis, si se compromete la capacidad vital pulmonar. La pleuritis fibrino supurada se acompaña de dolor pleurítico y roce pleural. Los hallazgos físicos varían según el estadio. En los primeros días, la limitación de los ruidos respiratorios y la presencia de estertores finos preludian el desarrollo del estadio de congestión. Dos o tres días después del comienzo aparece una matidez más acusada, aumento de las vibraciones y frémito vocal y el ruido bronquial refleja la solidificación del parénquima. A medida que se produce la resolución aparecen estertores húmedos, disminuye la matidez y remiten gradualmente el ruido bronquial y las vibraciones táctiles y el frémito vocal.⁵

El aspecto radiológico típico es la radiopacidad, generalmente bien circunscrita de un lóbulo. Este complejo sintomático

*Médico residente de Pediatría R-4. Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

es totalmente modificado por el tratamiento antibiótico. La identificación del microorganismo y la determinación de la sensibilidad a los antibióticos son la clave del tratamiento correcto.⁶

CASO CLÍNICO

Se trata paciente masculino de 8 años de edad, con antecedentes personales y heredo familiares negados, quien acude vía emergencia en compañía de su padre con historia de tos de una semana de evolución, acompañado de fiebre, náuseas, vómitos y epigastralgia de 5 días de evolución. Se realiza examen físico donde se evidencia conjuntivas con ligero tinte icterico a demás de disminución del murmullo en vértice de hemitórax posterior derecho y hepatomegalia de 4 cm aproximadamente por debajo del reborde costal.

Se realiza hemograma que reporta leucocitosis en $31.60/\text{mm}^3$ a expensas de neutrófilos en un 91 por ciento, hemoglobina en 10.3 g/dl , hematocrito 29.3 por ciento y plaquetas en $273,000/\text{mm}^3$; examen de orina reporta presencia de Urobilinogeno; bilirrubina total aumentada (4.04 mg/dl) a expensa de la bilirrubina directa (3.18 mg/dl), aspartato amino transferasa: 44 U/l , alanino amino transferasa: 30 U/l , urea 64 mg/dl , creatinina: 1.04 mg/dl , anticuerpos para leptospira: negativos, gota gruesa: negativa, falcemia: negativa, amilasa y lipasa: dentro de los límites de referencia, anticuerpos de virus de hepatitis A, B y C: negativos.

En radiografía de tórax postero anterior se evidencia imagen radiopaca a nivel lóbulo superior derecho (figura 1), la tomografía axial computarizada de tórax confirma la imagen de consolidación antes descrita. Sonografía abdominal reporta datos a favor de hepatomegalia.



Figura 1: Radiografía de tórax antes del tratamiento



Figura 2: Radiografía de tórax luego de 3 días de tratamiento

Se interconsulta paciente con departamento de neumología quien considera manejo antimicrobiano con ceftriaxona a dosis de 80 mg/kg/día , por otro lado el departamento de gastroenterología considera paciente cursa con una colecistitis aguda alitiasica y por el momento solo tratar cuadro infeccioso.

DISCUSIÓN

La neumonía lobar o segmentaria es un tipo de [neumonía](#) caracterizada por lesiones de todo un lóbulo o un gran segmento del [pulmón](#) y, por lo general, afecta o compromete a todas las estructuras pulmonares de la región afectada. Este tipo de neumonía, en su forma clásica es actualmente mucho menos frecuente. El microorganismo más asociado a una neumonía lobar es el [neumococo](#), causando cerca de un 80% de los casos., atendiendo a esto se decidió aplicar una tratamiento antimicrobiano con cobertura para este agente infeccioso, por lo que en pocos días fue evidente la buena evolución clínico radiográfica del paciente.

REFERENCIAS

1. Ruuskanen O, Mertsola J. Childhood community acquired pneumonia. *Semin Respir Infect* 1999; 14: 163-72.
2. Consenso Neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Chil Enf Respir* 1999; 15: 107-9.
3. Jadavji T, Law B, Lebel M *et al.* A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (5): S703-11.
4. Children's Hosp MC Cincinnati. Guidelines for CAP in children 3m-17a. 2000.
5. British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in children. *Thorax* 2002; 57: suppl I.
6. Wubbel L, Muniz, Ahmed A, Trujillo M, Carubelli C, Mc Coig C, Abramo T, Leinonen M, Mc Cracken G H Jr. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J* 1999 Feb; 18 (2): 98-104.
7. Juven T, Mertsola J, Waris M, Leinonen M, Meurman D, Roivainen M, Eskola J, Saikku P, Ruuskanen O. Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J* 2000 Apr; 19 (4): 293-8.

HEPATOTOXICIDAD INDUCIDA POR FÁRMACOS CON PATRÓN COLESTÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Espinal Emmanuel,* Cuello De los Santos, Carla.**

RESUMEN

El daño hepático inducido por drogas es la causa más común de muerte por fallo hepático agudo y representa alrededor del 10% de casos de fallo hepático agudo a nivel mundial. Sus manifestaciones van desde las alteraciones bioquímicas en ausencia de síntomas, hasta la insuficiencia hepática aguda y el daño hepático crónico. Aunque no existe un examen o marcador que indique el diagnóstico absoluto de la enfermedad, se han desarrollado escalas y algoritmos que permiten valorar la probabilidad de enfermedad hepática inducida por fármacos (DILI), y otras pruebas que por su complejidad y costo no son de uso rutinario. Por lo anterior, es principalmente un diagnóstico de exclusión basado en evidencia circunstancial. En esta presentación de caso se muestra un caso de enfermedad hepática inducida por fármacos (DILI), sus características clínicas, asimismo, la evolución final del paciente durante el seguimiento.

Palabras clave: insuficiencia hepática, colestásis

ABSTRACT

Drug-induced liver damage is the most common cause of death from acute liver failure and accounts for about 10% of cases of acute liver failure worldwide. Its manifestations range from biochemical alterations in the absence of symptoms, to acute liver failure and chronic liver damage. Although there is no test or marker that indicates the absolute diagnosis of the disease, scales and algorithms have been developed to assess the likelihood of drug-induced liver disease (DILI), and other tests that, because of their complexity and cost, are not of use routine. Therefore, it is mainly a diagnosis of exclusion based on circumstantial evidence. This case presentation shows a case of drug-induced liver disease (DILI), its clinical characteristics, as well as the final evolution of the patient during follow-up

INTRODUCCION

La hepatotoxicidad por drogas y sustancias, denominada mundialmente como DrugInducedLiverInjury (DILI), es una entidad importante en la práctica clínica diaria. Su incidencia

es desconocida debido a la escasez de estudios prospectivos poblacionales. Se ha estimado una incidencia anual de DILI en la población general de 1 a 2 casos por 100 000 personas².

En los países occidentales, la mayoría de los casos están asociados con antibióticos, anticonvulsivantes, y agentes psicotrópicos. En los países asiáticos, los suplementos herbales y dietéticos son las causas más comunes de DILI³.

Actualmente, hay reportados más de 1000 fármacos y sustancias que causan hepatotoxicidad en niños y adultos. La amplia gama de presentación clínica, la multiplicidad de agentes causantes y la falta de pruebas diagnósticas específicas hacen que su diagnóstico sea dificultoso⁴. A pesar de su baja incidencia en la población general, se debe considerar siempre la posibilidad de DILI en pacientes con enfermedad hepática aguda idiopática.

Se han definido 3 patrones de lesión de DILI: colestásico, hepatocelular y mixto. El primero se caracteriza por una elevación de la fosfatasa alcalina (ALP) 2 veces mayor del límite superior normal y/o un R menor o igual de 2 (siendo R la relación entre ALT y ALP). El patrón hepatocelular se define como ALT 2 veces mayor del límite superior normal y/o R mayor de 5; y el patrón mixto es ALT 2 veces mayor del límite superior normal, con R entre 2 y 5⁵.

El 20%-40% de los casos de DILI se presentan con patrón colestásico, en comparación con un 40%-78% para el hepatocelular y un 12%-20% para el mixto. Muchos suplementos dietéticos y de hierbas pueden causar DILI y, por lo tanto, deben tenerse en cuenta al momento de la sospecha de lesión hepática por lo que debe de tenerse en cuenta al diagnóstico. En esta presentación se resume un caso de DILI, con hincapié en la forma de presentación clínica y la forma de presentación del mismo⁶.

RESUMEN DE CASO

Se trata de masculino de 44 años con antecedentes personales de gastritis aguda, asma, sinusitis sin tratamiento actual, quien inicia con cuadro clínico de aproximadamente 15 días previo, de fiebre no termometrada, escalofriante, sin predominio de horario, náuseas que inducen al vomito de contenido alimentario en múltiples ocasiones, dolor retroocular y astenia por lo que decide automedicarse con amoxicilina + clavulanico y grandes

cantidades de remedios caseros. Una semana posterior de inicio de cuadro se añade ictericia, hiporexia y se acentúa el dolor abdominal. Por lo que decide acudir a un centro de su comunidad donde es diagnosticado con NAC abandonando el tratamiento establecido, y al no presentar mejoría se dirige a otro centro donde es reingresado.

A la revisión por sistema paciente refiere pérdida de peso, fiebre, ictericia, tos, coluria y dolor abdominal. Mientras que en el examen físico como hallazgos positivos encontramos paciente eupnéico, deshidratado, con signos vitales estables. A la valoración de la piel y anexos se observa tinte icterico con escleras ictericas. A nivel abdominal, dolor a la palpación difusa de predominio en epigastrio e hipocondrio derecho sin rebote o guardia y no organomegalia.

A su llegada, por la sospecha de enfermedades tropicales se realizaron dengue, leptospira, malaria que resultaron negativas y para descartar otras posibles causas se realizaron pruebas de enfermedades de transmisión sexual incluyendo estudios serológicos para los tipos de hepatitis virales, marcadores tumorales, Epstein BAAR, citomegalovirus, inmunoglobulinas, pruebas de complemento, coombs, ANA y Anti-DNA que resultaron dentro de los parámetros normales.

Encontrándose una biometría hemática (BH) de glóbulos blancos de 1.34, hemoglobina 10.6, Hematocrito 32, Plaquetas 246, además de procalcitonina en 1.32, fosfatasa alcalina aumentada en 888 (parámetros normales de 34-104) AST 800 y ALT: 1183 y bilirrubina Total 19.5 a expensas de la bilirrubina directa en 11 y la indirecta en 8.4.

Por hallazgos en la BH se decide realización de frotis de sangre periférica en la cual se observó serie roja normocítica-normocromica, serie blanca: Disminuida a expensas de linfocitos, globulos blancos con conteo manual: 900, neutrófilos 40%, linfocitos 50%, eosinofilos 10% y con plaquetas adecuadas.

Entre las pruebas de imágenes que se realizaron se encuentra una sonografía abdominal mostrando hígado con contornos regulares y ecoestructura homogénea sin dilatación de las vías biliares intra o extra hepática y doppler hepático que muestra flujo hepatopeto sin evidencia de trombosis.

Posteriormente se decide realización de resonancia magnética de abdomen y pelvis en la que se observó vesícula contraída de paredes engrosadas e irregulares de manera difusa a considerar vesícula biliar escleroatofica, vías biliares sin hallazgos patológicos. Atelectasia de aspecto posterior de las bases pulmonares con aparente efusión pleural leve bilateral.

Ante los hallazgos encontrados, posteriormente se decide realización de biopsia hepática guiado por sonografía en mostrándose en el reporte histopatológico un parénquima hepático con sinusoides dilatados con zonas extensas de pigmento biliar intracanalicular e intracitoplasmáticos predominantemente en los hepatocitos de la zona 3 asociados a cambios hidrópicos secundario a colestasis.

DISCUSION

Es de vital importancia el diagnóstico correcto y temprano

de las reacciones adversas hepáticas tanto para prevenir la evolución a formas más graves o su cronificación como para evitar la recurrencia del evento. Se postula que la colestasis es la base del daño en los diferentes tipos de manifestaciones y patrones clínicos de DILI, inhibiendo la expresión y la función de los transportadores hepatocelulares en la mayoría de los casos, es por esto que la colestasis inducida por fármacos puede clasificarse teniendo en cuenta el sitio anatómico y el patrón bioquímico e histopatológico de la lesión, que puede ir desde una alteración hepática que interfiere con la síntesis de bilis hasta una alteración de los conductos que permiten su excreción^{7,8}.

Como ocurrió en este caso, esta patología se caracteriza clínicamente por ictericia, prurito, anorexia, malestar, náuseas y fatiga; además, puede incluir otras manifestaciones dependiendo de acuerdo con el mecanismo causal de la lesión y de la toxicidad extrahepática del medicamento⁹. Es por esto, que estos pacientes se debe complementar con los exámenes bioquímicos hepáticos usuales, las pruebas de coagulación estándar, los marcadores serológicos y las imágenes biliares de rutina para descartar otras causas más comunes de colestasis, las cuales se pueden evidenciar como ocurrió en este caso, en el cual se descartó otras causas de origen biliar. Otros exámenes en busca de enfermedades autoinmunes o infecciosas pueden ser útiles para explorar los diagnósticos diferenciales; aunque no siempre es necesaria, la biopsia hepática puede ser esencial en casos seleccionados, especialmente para valorar el pronóstico

A nivel histopatológico los pacientes con Hepatotoxicidad inducido por fármacos con patrón colestásico se observa compromiso hepatocelular, que se manifiesta también en la bioquímica hepática¹⁰ como ocurrió en este paciente y en que se puede acompañar de proliferación de conductos y, con sinusoides dilatados con zonas extensas de pigmento biliar intracanalicular. Es por

En conclusión, presentamos este caso de DILI ya que el mismo se ha observado que los casos de esta patología van en aumento y cada vez conocemos más factores del huésped y propiedades de las drogas que pueden predecir la lesión hepática. Los antimicrobianos, antibióticos y los antiinflamatorios son causantes comunes, estimándose que se creía que el patrón colestásico de DILI se asociaba con un mejor pronóstico de la enfermedad; sin embargo, la literatura reciente muestra que entre el 5% al 13% de estos pacientes desarrollan enfermedad hepática crónica, por lo que se debe de tener en cuenta como probable diagnóstico con el fin de disminuir el riesgo a complicaciones crónicas posteriormente.





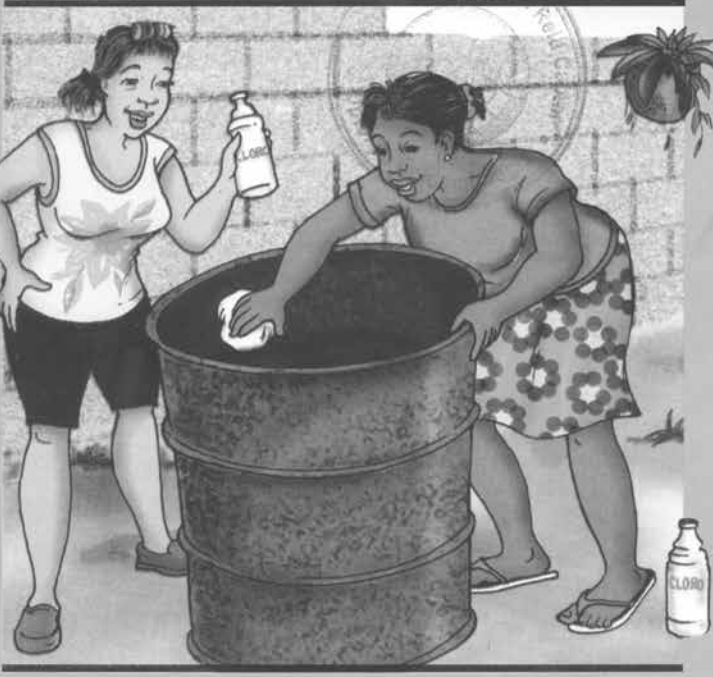
REFERENCIAS

1. Laura Morales M et al. Hepatotoxicidad: patrón colestásico inducido por fármacos. Revisión de tema. Asoc. Colombianas de Gastroenterología. 2016.
2. Fontana R, Seeff L, Andrade R, et al. Standardization of Nomenclature and Causality Assessment in Drug-Induced Liver Injury: Summary of a Clinical Research

- Workshop. *Hepatology* 2010;52(2):730-42.
3. Aithal G, Watkins P, Andrade R, et al. Case Definition and Phenotype Standardization in Drug-Induced Liver Injury. *ClinPharmacol Ther* 2011;89(6):806-15.
 4. Amin M, Harpavat S, Leung D. Drug- induced liver injury in children. *CurrOpinPediatr* 2015;27(5):625-33.
 5. Bhamidimarri KR, Schiff E. Drug-induced cholestasis. *ClinLiverDis*. 2013;17(4):519–31, vii.
 6. Andrade RJ, Lucena MI, Kaplowitz N, García-Muñoz B, Borraz Y, Pachkoria K, et al. Outcome of acute idiosyncratic drug-induced liver injury: Long-term follow-up in a hepatotoxicity registry. *Hepatology*. 2006;44(6):1581–8.
 7. Mohi-ud-din R, Lewis JH. Drug- and chemical-induced cholestasis. *Clin Liver Dis*. 2004;8(1):95–132, vii.
 8. Zimmerman HJ. Intrahepatic cholestasis. *Arch Intern Med*. 1979;139(9):1038–45.
 9. Ramachandran R, Kakar S. Histological patterns in drug-induced liver disease. *J ClinPathol*. 2009;62(6):481–92.
 10. Bhamidimarri KR, Schiff E. Drug-induced cholestasis. *ClinLiverDis*. 2013;17(4):519–31, vii.
 11. Lu TT, Makishima M, Repa JJ, Schoonjans K, Kerr TA, Auwerx J, et al. Molecular Basis for Feedback Regulation of Bile Acid Synthesis by Nuclear Receptors. *Mol Cell*. 2014;6(3):507–15.
 12. Ogimura E, Sekine S, Horie T. Bile salt export pump inhibitors are associated with bile acid-dependent drug-induced toxicity in sandwich-cultured hepatocytes. *BiochemBiophys Res Commun*. 2011;416(3-4):313–7.

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.

AMILOIDOSIS PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Matos Cesar*, Mena Evelin**

RESUMEN

La amiloidosis son un grupo de enfermedades caracterizada por el depósito de diversos tejidos y órganos de una sustancia amorfa que se tiñe de con el rojo congo. Se diferencian entre si por el tipo de proteína precursora de la sustancia amiloide. La amiloidosis primaria es la forma mas común, con una incidencia anual de 0.9 nuevos casos por 100,000 habitantes.

En esta revisión se abordan los aspectos distintivos mas importantes de dicha patología, y se realiza la presentación "A propósito de un caso" de una paciente diagnosticada con amiloidosis laríngea.

ABSTRACT

Amyloidosis is a group of diseases characterized by the deposit of various tissues and organs of an amorphous substance that is stained with Congo red. They differ from each other by the type of precursor protein of the amyloid substance. Primary amyloidosis is the most common form, with an annual incidence of 0.9 new cases per 100,000 inhabitants.

This review address the most important distinctive aspects of this pathology, and the presentation "On the subject of a case" of a patient diagnosed with laryngeal amyloidosis.

DESARROLLO

En la Amiloidosis primaria existe una población clonal de células plasmáticas que produce una cadena ligera monoclonal de tipo kappa o, con mayor frecuencia, lambda (3:1). La porción variable de esta cadena ligera de las inmunoglobulinas constituye la proteína precursora de amiloides, la cual pueden depositarse en cualquier órgano o tejido del organismo excepto el sistema nervioso central, dando lugar a las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad (causadas por la disfunción de los órganos afectados) y, en último término, a la muerte del paciente. Sin tratamiento, la supervivencia mediana de los pacientes con amiloidosis primaria es de 12 meses.

El órgano afectado con mayor frecuencia es el riñón (70-80% de casos), dando lugar a la aparición de una proteinuria glomerular de rango nefrótico hasta en un tercio de los pacientes en el momento del diagnóstico. el segundo órgano

afectado (50-60%) es el corazón.

La insuficiencia cardíaca se presenta en el 15-20% de los casos en el momento del diagnóstico, y puede acompañarse de arritmias y episodios sincopales. El 15% de los casos presentan neuropatía periférica en el momento del diagnóstico. Es frecuente además la hipotensión ortostática, hipoesplenismo e infiltración gastrointestinal. El síndrome del túnel carpiano se presenta en una cuarta parte de los casos. Macroglosia (10%), el aumento de estructuras submandibulares, los cambios en el tono de la voz, la claudicación intermitente mandibular, son otras de las mas destacadas manifestaciones.

El diagnóstico se realiza mediante la demostración del depósito de sustancia amiloide rojo Congo positiva en grasa subcutánea, médula ósea, biopsia rectal o del órgano presumiblemente afecto.

El tratamiento de la AL tiene por objetivo eliminar la población clonal de células plasmáticas que produce la proteína amiloidogénica. Para esto en el transcurso de los años se ha utilizado diversos regímenes que incluyen melfalan, esteroides, inmunomoduladores como talidomida y lenalidomida, entre otros.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Femenino de 59 años de edad, con antecedentes personales patológicos de Hipertensión arterial y diabetes mellitus de 8 años de diagnóstico con seguimiento estricto por médicos especialistas correspondientes. Se describe además como hábito tóxico de importancia el consumo de 5 cigarrillos diarios desde la adolescencia hasta hace 10 años.

Denota cuadro clínico de 6 meses de evolución, describiendo como relevante disfonía y dolor laríngeo de moderada intensidad, por lo que acude a otorrinolaringólogo donde se realizan estudios e intervenciones paraclínicas tipo biopsia laríngea evidenciando amiloidosis en laringe; por lo que es remitida a consulta de hematología; tras evaluación clínica paciente luce clínicamente estable, sin datos de anormalidad a exploración física.

*Médico Hematólogo de adultos Sustentante. Departamento de Hematología de Adultos, Hospital Doctor Salvador B. Gautier, Santo Domingo, República Dominicana.

**Medico Hematólogo Asesor

INVESTIGACIÓN REALIZADA

Química sanguínea	Resultado	V.R
Glicemia	109mgr/dl	70-110
Urea	41.6mgr/dl	15-45
Creatinina	0.80mg/dl	0.6-1.20
Colesterol	247.6mg/dl	0-200
HDL	62.96mg/dl	45-60
LDL	161mg/dl	0-150
Acido Úrico	5.09mg/dl	2.5-5
Fósforo	6.57mg/dl	2.5-5
IgG	1285mg/dl	565-1765
IgA	340mg/dl	85-385
IgM	41mg/dl	55-375
IgD	25mg/dl	0-179
IgE	6.63mg/dl	20-87
Troponina I	NEG	
Pro NT	41pg/ml	
Bence Jones	Neg	
Citometría Hemática, perfil autoinmune, B2 microglobulina, electroforesis de proteína y hemoglobina, Virales: Dentro de parámetros de Referencia.		

ESTUDIOS DESTACADOS

- Serie Ósea → sin hallazgos.
- TAC abdomen → cambios osteodegenerativos de columna dorso lumbar.

- TAC cuello → engrosamiento de la orofaringe, sinusitis maxilar derecha, adenopatía submandibular derecha 0.8-4cm.
- Ecocardiograma →esclerocalcificación valvular aórtica, disfunción diastólica de VI grado I.
- Biopsia cuerdas vocales verdaderas → Escaso componente glandular y nódulos constituido por material eosinofílico rodeado de infiltrado leucocitario.
- Cuerda vocal falsa derecha → Escaso componente glandular, con infiltrado linfocitario.
- REPORTE HISTOQUÍMICO → Depósitos amiloides positivos.
- ABMO → Negativo para monoclonalidad de célulasplasmáticas o linfocitos B, Plasma cells 1%
- Biopsia de tejido cutáneo y grasa abdominal → negativo
- VideoEndoscopia digestiva alta y baja, con biopsia y tinsión rojo congo→ Negativo para depósito amiloide, paciente con poliposis intestinal.

DISCUSIÓN

En la Amiloidosis primaria es esencial el diagnóstico precoz, antes de que el daño orgánico ya se haya establecido. El tratamiento debe ser individualizado, en función de la edad y el grado y tipo de afectación orgánica. La respuesta orgánica al tratamiento suele ser tardía, generalmente entre 6 y 12 meses por lo que en estos pacientes son fundamentales el tratamiento de soporte y el manejo multidisciplinario.

El paciente presentado actualmente se encuentra en esquema con Talidomida mas dexametasona, este plan elegido tras actualización de la NationalComprehensiveCancer Network (NCCN) 2016-2017, los ciclos se administran de manera regular, se evidencia estabilidad hematológica y clínica.

REFERENCIAS

1. Kyle RA, Linos A, Beard CM, et al. Incidence and natural history of primarysystemicamyloidosis in Olmstead County, Minnesota, Blood 2012; 79: 1817-22.
2. Merlini G, Bellotti V. Molecular mechanisms of amyloidosis. N Engl J Med 2015; 349: 583-96.

PREVALENCIA DE LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO Y ALTO GRADO EN PACIENTES CON REPORTE DE ASCUS (CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO) EN CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA DE CÉRVIX DEL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA.

Miguel A. Montero García,* Francis Aquino.**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015, mayo 2016. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con recolección retrospectiva de los datos; constituido por todas las pacientes con reporte de ASCUS en la citología exfoliativa cervical, durante el período noviembre 2015 – mayo 2016, los resultados fueron analizados, comparados y expresados en tablas y gráficos para una mejor comprensión e interpretación de los mismos. **Resultados:** El total de pacientes que asistieron a la consulta fue de 715, de las cuales 50 presentaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), para un 7.0 por ciento. De los 50 pacientes que presentaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), 14 presentaron lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LEI BG), con un 28.0 por ciento y 5 de alto grado (LEI AG), con un 10.0 por ciento. **Conclusión:** La prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con ASCUS fue significativamente importante lo que sugiere la importancia del seguimiento y la realización de citología exfoliativa cervical con fines de pesquiasaje y ofrecer un tratamiento oportuno a las pacientes con esta anomalía patológica.

Palabras clave: citología exfoliativa cervical, cáncer de cuello uterino, virus del papiloma humano.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of low and high grade squamous intraepithelial lesion in patients with atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) in cervical exfoliative cytology in the cervical pathology department of the Dominican Women's Hospital, in the department of cervical pathology. period November 2015, May 2016. **Methods:** A descriptive cross-sectional study

was carried out with retrospective data collection; constituted by all patients with an ASCUS report in cervical exfoliative cytology, during the period November 2015 - May 2016, the results were analyzed, compared and expressed in tables and graphs for a better understanding and interpretation of them. **Results:** The total number of patients who attended the consultation was 715, of which 50 had atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS), for 7.0 percent. Of the 50 patients who presented atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS), 14 had low grade squamous intraepithelial lesion (LEI BG), with 28.0 percent and 5 high grade (LEI AG), with 10.0 percent. **Conclusion:** The prevalence of low and high grade squamous intraepithelial lesion in patients with ASCUS was significantly important, which suggests the importance of monitoring and performing cervical exfoliative cytology for screening purposes and offering timely treatment to patients with this pathological abnormality. .

Keywords: cervical exfoliative cytology, cervical cancer, human papillomavirus.

INTRODUCCIÓN

La epidemiología del cáncer de cérvix ha experimentado cambios importantes sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, a raíz de la implementación rutinaria de la citología vaginal por parte de los sistemas de salud públicos y privados como instrumento de tamizaje y detección temprana de neoplasia cervical, no sólo disminuyendo la incidencia e índice de mortalidad sino identificando un gran número de neoplasias pre invasoras pasando como causa de mortalidad en Estados Unidos del primer lugar al ser el número 12 de todos los cánceres en mujeres actualmente. El reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) surgió en la clasificación de Bethesda debido a la necesidad de disminuir el reporte de atipias en la clasificación de Papanicolaou. Las atipias de células escamosas de significado indeterminado constituyen la anomalía citológica más frecuente y corresponden a cambios celulares que no son lo suficientemente relevantes para catalogarlos como displasia, pero tampoco son un patrón de normalidad; incluyen

*Residente de cuarto año de obstetricia y Ginecología.

**Obstetra Ginecólogo.

crecimiento nuclear dos y media a tres veces el de las células escamosas intermedias normales, con un aumento de la relación núcleo-citoplasma, variación en forma y tamaño, en algunos casos binucleación, hiperchromasia leve pero con distribución uniforme sin gránulos y límites nucleares con irregularidad limitada también.

La importancia clínica de ASCUS en términos de resultado es variable. Se ha dicho que el ASCUS es predictivo de los cambios virales o displasia en el 25-55 por ciento (con una media correspondiente de 12 estudios de 34 por ciento) de los casos y en HSIL (lesión intraepitelial escamosa de alto grado) es de aproximadamente 5-20 por ciento de los casos (promedio de 9 por ciento), dependiendo del mecanismo de seguimiento. El manejo clínico de las mujeres con estos cambios citológicos sigue siendo controvertido.

Tres opciones para la valoración de ASCUS son la prueba para DNA de virus del papiloma humano (HPV), colposcopia o repetir la citología a los 6 y 12 meses, con referencia a colposcopia si alguno de estos resultados es anormal. El pronóstico de las pacientes con citología de ASCUS depende del grado de anormalidad observado en el cérvix, que abarca tanto procesos inflamatorios cuyo curso será benigno, como lesiones de alto grado e invasivas. Entre 10 y 20 por ciento pueden encontrarse neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II y III, y carcinoma invasivo en uno de cada mil reportes.

Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) se definen como lesiones intraepiteliales escamosas en proliferación, que presentan maduración anormal, alargamiento nuclear y atipia. Aparentemente la amplia gama de lesiones epiteliales son facetas de una misma enfermedad en la cual hay una continuación de cambios morfológicos.

La historia natural del cáncer de cérvix implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales pre invasoras: neoplasias intraepiteliales (NIC) I, II y III o carcinoma in situ (CIS), de acuerdo con la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. La prevalencia global de estas lesiones pre invasoras es de 10 a 15 por ciento. Las mujeres con una mayor frecuencia de NIC están entre los 25 y 45 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con recolección retrospectiva de los datos; constituido por todas las pacientes con reporte de ASCUS en la citología exfoliativa cervical, durante el período noviembre 2015 – mayo 2016, los resultados fueron analizados, comparados y expresados en tablas y gráficos para una mejor comprensión e interpretación de los mismos

RESULTADOS

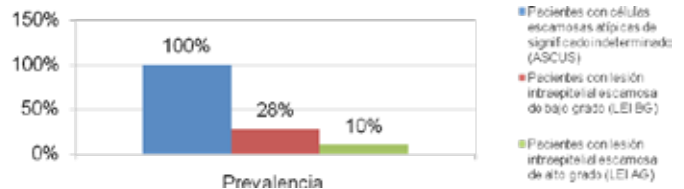
Cuadro 1. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016.

Prevalencia	Frecuencia	%
Total pacientes que asistieron a la consulta	715	100.0
Pacientes con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	50	7.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El total de pacientes que asistieron a la consulta fue de 715, de las cuales 50 presentaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), para un 7.0 por ciento.

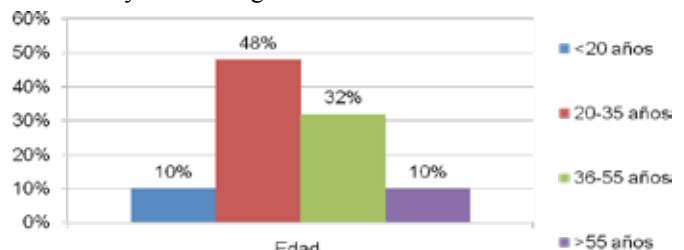
≥Gráfico 1.1. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016.



Fuente: Cuadro 1.1.

De los 50 pacientes que presentaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), 14 presentaron lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LEI BG), con un 28.0 por ciento y 5 de alto grado (LEI AG), con un 10.0 por ciento.

Gráfico 2. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según edad.



Fuente: Cuadro 2.

El 48.0 por ciento de las pacientes tenían de 20-35 años, el 32.0 por ciento de 36-55 años y el 10.0 por ciento menores de 20 años y mayores de 55 años.

Cuadro 3. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	16	32.0
Media	24	48.0
Superior	10	20.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El 48.0 por ciento de las pacientes tenían escolaridad media, el 32.0 por ciento primaria y el 20.0 por ciento superior.

Cuadro 4. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Tabaco	9	18.0
Alcohol	20	40.0
Café	21	42.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El 42.0 por ciento de las pacientes consumían café, el 40,0 por ciento alcohol y el 18.0 por ciento tabaco.

Cuadro 5. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según paridad.

Paridad	Frecuencia	%
Nulípara	6	12.0
Primípara	17	34.0
Múltipara	27	54.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El 54.0 por ciento de las pacientes eran múltiparas, el 34.0 por ciento primíparas y el 12.0 por ciento nulíparas.

Cuadro 6. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según inicio de vida sexual.

Inicio de vida sexual (años)	Frecuencia	%
10-13	6	12.0
14-16	18	36.0
17-19	20	40.0
≥20	6	12.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El 40.0 por ciento de las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 17-19 años, el 36.0 por ciento 14-16 años, el 12.0 por ciento de 10-13 años y mayores de 20 años.

Cuadro 7. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según número de parejas sexuales.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%
1	6	12.0
2-3	31	62.0
≥4	13	26.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El 62.0 por ciento de las pacientes han tenido de 2-3 parejas sexuales, el 26.0 por ciento mayor de 4 parejas y el 12.0 por ciento 1 pareja.

Gráfico 7. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según número de parejas sexuales.



Fuente: Cuadro 7.

Cuadro 8. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado en pacientes con reporte de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) en citología exfoliativa cervical, en el departamento de patología de cérvix del Hospital de la Mujer Dominicana, en el periodo noviembre 2015 – mayo 2016. Según anticoncepción hormonal.

Anticoncepción hormonal	Frecuencia	%
Sí	27	54.0
No	23	46.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital de la Mujer Dominicana.

El 54.0 por ciento de las pacientes utilizaban anticonceptivos hormonales y el 46.0 por ciento n

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio la prevalencia de pacientes con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), fue de un 7.0 por ciento, donde la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, tuvo un 28.0 por ciento y en la de alto grado con un 10.0 por ciento, siendo la edad más frecuente comprendida entre 20-35 años con un 48.0 por ciento; en comparación con un estudio realizado en Colombia en el 2007, en el Hospital Universitario de la Samaritana, donde se estudiaron 339 mujeres con reporte de ASCUS por citología, con una edad promedio de 39 años; se encontró por colposcopia un 37,8 por ciento de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG) y un 10,9 por ciento de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG).

En otro estudio realizado por Erika Zulma, en la clínica de displasia del Hospital Materno Infantil ISSEMYM de Venezuela en el 2012, donde se reportó que de las 61 mujeres con ASCUS, 49 confirmaron para lesión intraepitelial de bajo grado, 12 para lesión de alto grado, con una prevalencia de 80 y 19 por ciento respectivamente, siendo la edad promedio 31.5 ±6 años.

Se identificó mayor frecuencia de pacientes multíparas, para un 54.0 por ciento; estos datos se corroboran con los descritos en un estudio publicado en el 2003 en la revista colombiana de obstetricia y ginecología, donde la mayoría de las pacientes tenían entre 1 y 3 hijos (70%).

La mayoría de las pacientes iniciaron su vida sexuales de los 17-19 años de edad, siendo estas un 40.0 por ciento donde la mayor parte tuvieron entre 2-3 parejas sexuales, siendo estas un 62.0 por ciento; en comparación con el estudio realizado por Erika Zulma, (2012), donde la media del número de parejas sexuales fue de 3, el inicio de vida sexual de 17.5 ±3 años.

Un 54.0 por ciento de las pacientes utilizaban anticonceptivos

hormonales; datos que no se relacionan con los descritos en el estudio realizado en Colombia en el 2007, en el Hospital Universitario de la Samaritana, donde un 15.6 por ciento utilizaban dispositivos intrauterinos, seguidos de la anticoncepción oral con un 6.2 por ciento.

REFERENCIAS

1. Di Saia, P. Creasman, W. (2015). Oncología Ginecológica Clínica. Enfermedad preinvasiva del cuello uterino. (8va ed. Vol. 1). California, EE.UU. pag. 1-30.
2. Carlos García-Perlaza, M.D., Jairo Amaya-Guío, M.D., Eduardo Naranjo, M.D, Nicola Ambrosi, M.D. 2007. Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial de cérvix en pacientes con diagnóstico citológico de atipia escamosa de significado indeterminado (ASCUS), en una institución de complejidad media en Bogotá, Colombia. vol.58 no.2
3. Tewari, R. Col. Chaudhary, A. Medical journal Armed Forces India. Atypical squamous cells of undetermined significance: a follow up study. Vol. 66. Issue 3. Pages 227-255.
4. John, O. y Col. Ginecología de Williams (2009). Lesiones preinvasoras del aparato genital inferior. 2da. Ed. México, D.F. pag. 617-633.
5. Mario Arturo González Mariño, M.D. 2003. patología cervical y el reporte de ACUS en la citología. Serie de casos.
6. López, o y Col. 2011. Prevalencia de anomalías citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en el centro de atención primaria de la Esperanza, Cartagena, Colombia. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Vol. 8. No. 2
7. Agüero, A. Castillo, K. Gonzáles, B. 2012. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres mayores de 25 y menores de 45 años. Vol. 72. No. 2
8. González, M. 2003. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Patología cervical y el reporte de ASCUS en la citología. Vol. 54. No. 3
9. Payan, Z. 2012. Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado por IVPH (infección de virus del papiloma humano) en pacientes con ASCUS (atipias escamosas de significado incierto) en citología exfoliativa cervical y hallazgos colposcópicos de vasos atípicos en la clínica de displasias del hospital materno infantil ISSEMYM. Tesis para obtener el diploma de la especialidad en ginecología y obstetricia. Universidad Autónoma de México.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN PACIENTES MENORES DE UN AÑO EN EL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL

Yessi Paulette Alcántara Lember. * Sergio Federico Reyes Rodríguez*, Dra. Angélica Grullón. ** Dra. Claridania Rodríguez. ***

RESUMEN**Antecedentes**

Las cardiopatías congénitas son el defecto de nacimiento más común y la primera causa de muerte por malformaciones neonatales, con una incidencia de 6 a 12 por 1,000 nacidos vivos. La etiología de las cardiopatías congénitas no está esclarecida, sin embargo, el 85 por ciento de los casos tiene un origen multifactorial.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección de datos prospectivos en la consulta externa de Cardiología Pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, que incluyó la totalidad de los niños menores de un año con diagnóstico confirmado de cardiopatía congénita, en el período comprendido desde mayo de 2016 a agosto de 2017, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a cardiopatías congénitas.

RESULTADOS

El 73.6 por ciento presentó 4 o más factores de riesgo concomitantes. El peso al nacer menor de 3 kilogramos se presentó en el 55.6 por ciento de los casos. El sexo femenino predominó con el 55.6 por ciento. La edad gestacional menor de 37 semanas se determinó en el 27.8 por ciento. La cromosomopatía más frecuente fue el Síndrome de Down presente en el 26.4 por ciento de los casos. Los factores de riesgo que predominaron fueron las infecciones en el primer trimestre de embarazo, ausencia de ingesta de vitaminas antes de la concepción, el consumo de alcohol y tabaco, anemia ferropénica, historia de aborto, período intragenésico menor de 1 año, oligoamnios, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Otros factores como la edad materna mayor de 34 años y el uso de anticonceptivos orales en el primer trimestre de embarazo fueron identificados. La cardiopatía congénita más frecuente fue la comunicación interventricular diagnosticada en 27 casos.

Conclusión

Es muy importante el diagnóstico temprano para las cardiopatías congénitas ya que estas conllevan una alta morbimortalidad en estos pacientes. Por lo que es necesario dar un seguimiento adecuado a todas las gestantes durante el primer trimestre de embarazo, tomando en cuenta aquellas que padecen enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, hábitos tóxicos como el alcohol y tabaco, aquellas que desconocen la importancia de la ingesta de vitaminas, y la edad de los progenitores.

Los médicos deben actualizarse en especial aquellos que les dan seguimiento a las embarazadas y tener pendiente el tipo de medicamento y las dosis indicada, para tratar de evitar la mínima interacción entre la formación del producto y el fármaco.

A los médicos encargados del área de Perinatología, es necesario el entrenamiento del personal de salud de dicha área para la identificación de las patologías cardíacas congénitas, principalmente las acianógenas, ya que muchas pasan desapercibidas y perdiéndose la oportunidad de hacer un diagnóstico precoz.

Palabras clave: *cardiopatía congénita, factor de riesgo, cromosomopatía, período intragenésico, síndrome de Down, oligoamnios.*

ABSTRACT**Background**

Congenital heart defects are the most common birth defect and the leading cause of death from neonatal malformations, with an incidence of 6 to 12 per 1,000 live births. The etiology of congenital heart disease is not clear, however, 85% of the cases have a multifactorial origin.

Material and methods

An observational, descriptive and cross-sectional study of prospective data collection was carried out at the Pediatric Cardiology outpatient clinic of the Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, which included all children under one year of age with a confirmed diagnosis of congenital heart disease, Period

* Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
**Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

from May 2016 to August 2017, to determine the risk factors associated with congenital heart disease.

Results

The percentage of patients presenting with 4 or more concomitant risk factors was 73.6. Birth weight of less than 3 kilograms occurred in 55.6 percent of the cases. The female sex predominated with 55.6 percent. Gestational age less than 37 weeks was determined at 27.8 percent. The most frequent chromosomopathy was Down Syndrome present in 26.4 percent of the cases. The predominant risk factors were infections in the first trimester of pregnancy, absence of vitamin intake prior to conception, consumption of alcohol and tobacco, iron deficiency anemia, history of abortion, intragenic period less than 1 year, oligoamnios, hypertension Arterial and diabetes mellitus. Other factors such as maternal age over 34 and use of oral contraceptives in the first trimester of pregnancy were identified. The most frequent congenital heart disease was ventricular septal defect diagnosed in 27 cases.

Conclusion

Early diagnosis for congenital heart defects is very important since they carry high morbidity and mortality in these patients. Therefore, it is necessary to adequately monitor all pregnant women during the first trimester of pregnancy, considering those suffering from infectious diseases, chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus, toxic habits such as alcohol and tobacco, those that are unknown the importance of vitamin intake, and the age of the parents.

Physicians should update especially those who follow up on pregnant women and keep the type of medication and the doses indicated, to avoid the slight interaction between the formation of the product and the drug.

Physicians in Perinatology require the training of health personnel in the area for the identification of congenital cardiac pathologies, mainly acyanotic, since many go unnoticed and missed the opportunity to make an early diagnosis.

Key words: *congenital heart disease, risk factor, chromosomopathy, intragenic period, Down syndrome, Oligoamnios.*

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las malformaciones congénitas causan cifras importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad en muchos países. Se estima que 303,000 recién nacidos mueren dentro de las primeras 4 semanas de vida cada año, en todo el mundo, debido a malformaciones congénitas. Afectan uno de cada 33 lactantes y causan 3.2 millones de discapacidades al año, con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad.¹

Las malformaciones congénitas del corazón son el defecto de nacimiento más común y la primera causa de muerte por

malformaciones neonatales, incluido el primer año de vida, con una incidencia de aproximadamente 6 a 12 por 1,000 nacidos vivos.^{2,3}

En un estudio realizado por González Trujillo M. *et al.* (2011) donde se determinaron los factores de riesgo asociados a cardiopatías congénitas en un grupo de 48 niños en el policlínico Capitán Roberto Fleites, Cuba, reporta que 34 de los 48 pacientes que presentaron cardiopatía congénita tenían un peso al nacer de 2,500 gramos o más. Dentro de los antecedentes patológicos personales se determinó que el riesgo de tener un hijo con cardiopatía congénita resultó 2,39 veces más para las madres con antecedentes de hipertensión, 6,03 para las diabéticas y 12,4 para los padres con cardiopatías. También se observó que los hábitos tóxicos durante la gestación (tabaco, alcohol, etcétera) se asociaron muy significativamente con la aparición de cardiopatías congénitas; el riesgo estimado fue aproximadamente siete veces mayor para los expuestos.⁴

Sánchez Ramírez E. *et al.* (2011) realizaron un estudio descriptivo de una serie de casos en el municipio de Holguín, Cuba, con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo asociados con la aparición de cardiopatías congénitas y relacionar su frecuencia con la edad al momento del diagnóstico definitivo. Se presentaron factores de riesgo en 80 de los 116 casos, que representó el 69 por ciento, predominaron los maternos en el 47,4 por ciento; el 31,0 por ciento de los casos no presentó ningún factor. Al analizar el comportamiento de los factores de riesgo embriofetales, las cromosomopatías resultaron más frecuentes con el 81,8 por ciento. Los factores maternos que arrojaron mayor frecuencia fueron la ingestión de alcohol (26,8%), la edad materna avanzada (22,2%) y la ingestión de medicamentos (17,0%). Los antecedentes familiares de cardiopatías estuvieron presentes en el 12,1 por ciento, correspondiendo al primer grado de consanguinidad.⁵

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección de datos prospectivos para determinar los factores de riesgo asociados a cardiopatías congénitas en pacientes menores un año en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de mayo 2016 - agosto 2017. La muestra estuvo conformada por los pacientes menores de un año de casos nuevos diagnosticados con cardiopatía congénita que asistieron a la consulta externa del servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Para participar en el estudio, los sujetos debían: estar presentes a la hora y día de la recolección de los datos; tener menor de un año; que estén acompañados de un progenitor o tutor; y haber firmado el consentimiento informado.

Fueron excluidos los pacientes que la madre, padre o tutor se negaron a participar en el estudio y aquellos por motivos de barreras del idioma.

Para la recolección de los datos se construyó un instrumento por los sustentantes que contiene 96 preguntas de las cuales 26 son abiertas y 70 son cerradas. Contiene datos sociodemográficos tales como antecedentes prenatales

(oligoamnios, anemia, infección viral en el primer trimestre, amenaza de aborto, estrés mental) y perinatales (edad gestacional, peso al nacer, sexo), así como también datos relacionados con las cardiopatías congénitas como factores genéticos (antecedentes familiares de cromosomopatías, síndrome genético, matrimonio consanguíneo) y ambientales (uso de fármacos o drogas, hábitos tóxicos maternos, exposición físico-químicas).

Se asistió a la consulta externa del Departamento de Cardiología Pediátrica del mismo, de 8 de la mañana a 12 del mediodía. Se evaluaron los pacientes los jueves por ser el único día de la semana donde se abren expedientes a casos nuevos diagnosticados de cardiopatía congénita. El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de una encuesta-entrevista sometida a la madre, padre o tutor del paciente.

RESULTADOS

De 327 pacientes registrados como casos nuevos diagnosticados con cardiopatía congénita, que asistieron a la consulta externa del Departamento de Cardiología Pediátrica durante el tiempo establecido para recolección de datos, sólo 72 cumplieron con los criterios de inclusión del estudio (ver figura 1).

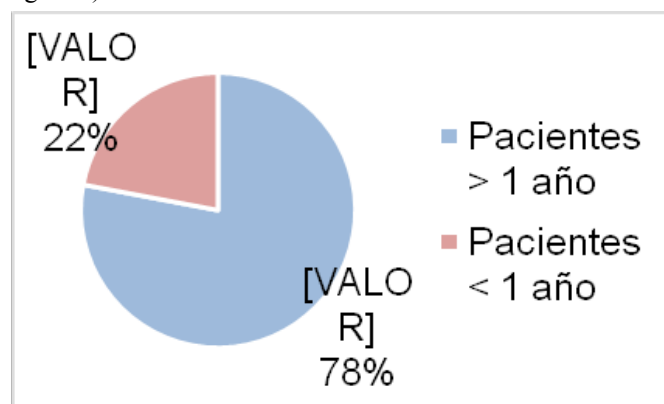


Figura 1. Pacientes con cardiopatía congénita según la edad. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - Agosto 2017.

Cuarenta pacientes presentaron peso al nacer menor o igual a 3 kilogramos, equivalente al 55.6 por ciento, al igual que el uso de anticonceptivos y el consumo de alcohol en el primer trimestre de embarazo. El número de casos con edad paterna mayor de 30 años fue de 37 pacientes, que equivale al 51.4 por ciento. El 50 por ciento de los casos, que suman 36 pacientes, presentó anemia ferropénica durante el embarazo. El por ciento de madres que presentó 3 o más gestas fue 45.8, que corresponde a 33 pacientes. La edad gestacional menor de 37 semanas se presentó en 20 pacientes, que equivale al 27.8 por ciento. El diagnóstico de cromosomopatías se hizo en 19 pacientes, que representa el 26.4 por ciento. Los antecedentes familiares de cardiopatía congénita se identificaron en 14 pacientes, dato que corresponde al 19.4 por ciento. El 18.1 por ciento de los casos, que suma 13 pacientes, tuvieron oligoamnios. La edad materna menor de 18 años estuvo

presente en 9 casos, que corresponde al 12.5 por ciento. En el primer trimestre de embarazo, 5 gestantes estuvieron expuestas a algún medio de radiación, con 6.9 por ciento. La infección por toxoplasmosis en el primer trimestre de embarazo, al igual que los hijos de madres diabéticas, estuvo presente en 4 pacientes, que corresponde al 5.6 por ciento. La edad materna mayor o igual a 40 años estuvo presente en el 4.2 por ciento de los casos, que equivale 3 pacientes. El uso de tabaco en el primer trimestre de embarazo se presentó en el 2.8 por ciento, que suma 2 pacientes. La infección por citomegalovirus en el primer trimestre de embarazo estuvo presente en una gestante, al igual que la infección por VIH. Se evidenció el uso de fenitoína en la madre de uno de los pacientes y se constató de un caso de matrimonio consanguíneo, datos que representan el 1.4 por ciento de cada factor por separado (ver tabla 1).

Factor de riesgo	Tipo	Frec. (%)
Peso \leq 3kg en el RN	Ambiental	40 (55.6)
Uso de anticonceptivos en el primer trimestre de embarazo	Ambiental	40 (55.6)
Consumo de alcohol en el primer trimestre	Ambiental	40 (55.6)
Edad paterna >30 años	Genético	37 (51.4)
Anemia ferropénica	Ambiental	36 (50)
\geq 3 gestaciones	Ambiental	33 (45.8)
Edad gestacional < 37 semanas	Ambiental	20 (27.8)
Cromosomopatías	Genético	19 (26.4)
Antecedentes familiares de cardiopatía congénita	Genético	14 (19.4)
Oligoamnios	Ambiental	13 (18.1)
Edad materna < 18 años	Ambiental	9 (12.5)
Exposición a radiación en el primer trimestre	Ambiental	5 (6.9)
Infección por toxoplasmosis en el primer trimestre	Ambiental	4 (5.6)
Hijo de madre diabética	Ambiental	4 (5.6)
Edad materna \geq 40	Ambiental	3 (4.2)
Uso de Tabaco en el primer trimestre	Ambiental	2 (2.8)
Infección por Citomegalovirus en el primer trimestre	Ambiental	1 (1.4)
VIH	Ambiental	1 (1.4)
Uso de fenitoína	Ambiental	1 (1.4)
Matrimonio consanguíneo	Genético	1 (1.4)

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a cardiopatías congénitas. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

De la muestra obtenida, el 55.6 por ciento, que representa 40 pacientes, corresponde al sexo femenino.

El 58.3 por ciento, que corresponde a 42 pacientes, presentó peso al nacer entre el rango de 2.5 a 3.9 kilogramos. El 27.8 por ciento, que corresponde a 20 pacientes se encuentra entre el rango de 1.5 a 2.4 kilogramos. Seis pacientes, que representa el 8.3 por ciento que se encuentran con peso al nacer menor de 1.5 kilogramos. Mientras que el 5.6 por ciento, que representa 4 pacientes, tuvo peso al nacer mayor o igual a 4 kilogramos (ver tabla 2). El 55.6 por ciento de los pacientes tuvieron peso

al nacer menor de 3 kilogramos, representando 40 casos (ver figura 3).

Peso en kilogramos	Frecuencia (%)
<1.5	6 (8.3)
1.5 – 2.4	20 (27.8)
2.5 – 3.9	42 (58.3)
≥4	4 (5.6)
Total	72 (100.0)

Tabla 2. Distribución del peso en kilogramos al nacer en pacientes menores de un año con cardiopatías congénitas. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

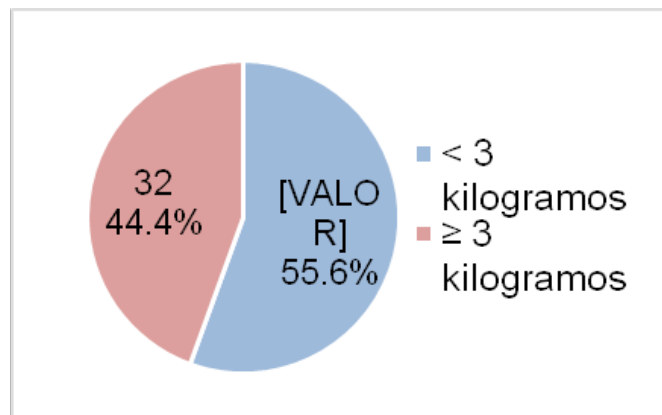


Figura 3. Distribución de los pacientes con cardiopatías congénitas según el peso al nacer en kilogramos. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017

Los pacientes que nacieron con edad gestacional de 37 a 41 semanas fueron 51, representando el 70.8 por ciento de los casos. El 27.8 por ciento, representando 20 pacientes, tuvo edad gestacional menor o igual a 36 semanas. Mientras que el 1.4 por ciento de los casos, que representa 1 paciente, tuvo edad gestacional mayor o igual a 42 semanas (ver figura 4).

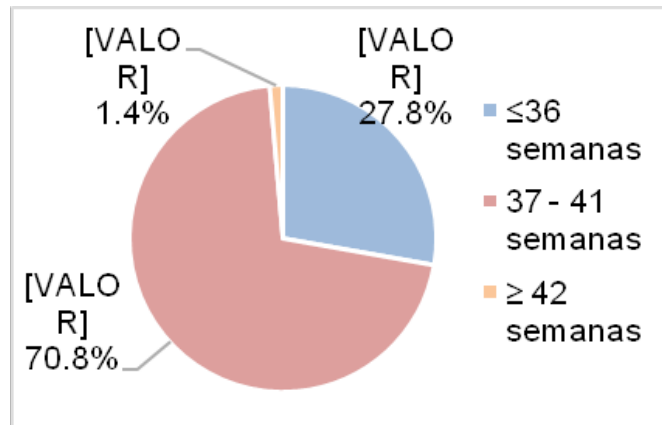


Figura 4. Resultados según la edad gestacional en pacientes menores de un año con cardiopatías congénitas. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

Del total de los pacientes incluidos en el estudio, el 26.4 por ciento, que representa 19 pacientes, tuvieron diagnóstico de un síndrome genético (ver figura 5).

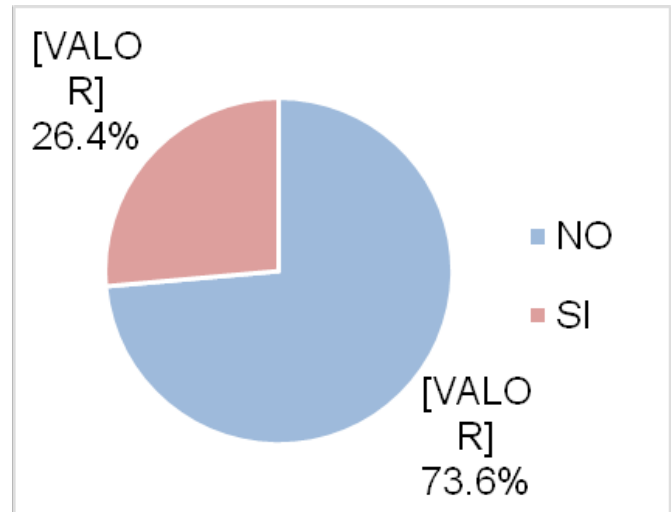


Figura 5. Resultados según la presencia de Síndromes congénitos en pacientes menores de un año con cardiopatías congénitas. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

Se registraron 302 casos como antecedentes prenatales. De los mismos, el 23.5 por ciento, que suma 71 casos, fueron por enfermedades infecciosas en el primer trimestre de embarazo, al igual que la ausencia de ingesta de vitaminas antes de la concepción. Los hábitos tóxicos se identificaron en 42 casos, que representa el 13.9 por ciento. Treinta y seis casos, que equivale al 11.9 por ciento, tuvo anemia ferropénica. En el 8.9 por ciento, cantidad equitativa a 27 casos, se determinó la historia de aborto. El número de gestantes con periodo intragenésico menor de un año fueron 14, que representa el 4.6 por ciento. Oligoamnios estuvo presente en 13 casos, que iguala a 4.3 por ciento. El 3.4 por ciento, representado por 10 casos, tuvo madres que tienen antecedentes hipertensión arterial. Hijo de madre diabética con 4 casos (1.3%) y sólo dos embarazos multifetales (ver figura 6). La edad materna menor de 18 años se mostró en 9 casos (3%), y la edad materna mayor o igual a 40 años con 3 casos (ver tabla 3).

Dentro de los antecedentes heredo-familiares, 37 pacientes tuvieron edad paterna mayor o igual a 30 años. En catorce casos hubo antecedentes familiares de cardiopatía congénita. Como antecedentes familiares de cromosopatías estuvo presente en 5 pacientes. Sólo 2 pacientes presentaron historia de muerte súbita, (ver figura 7).

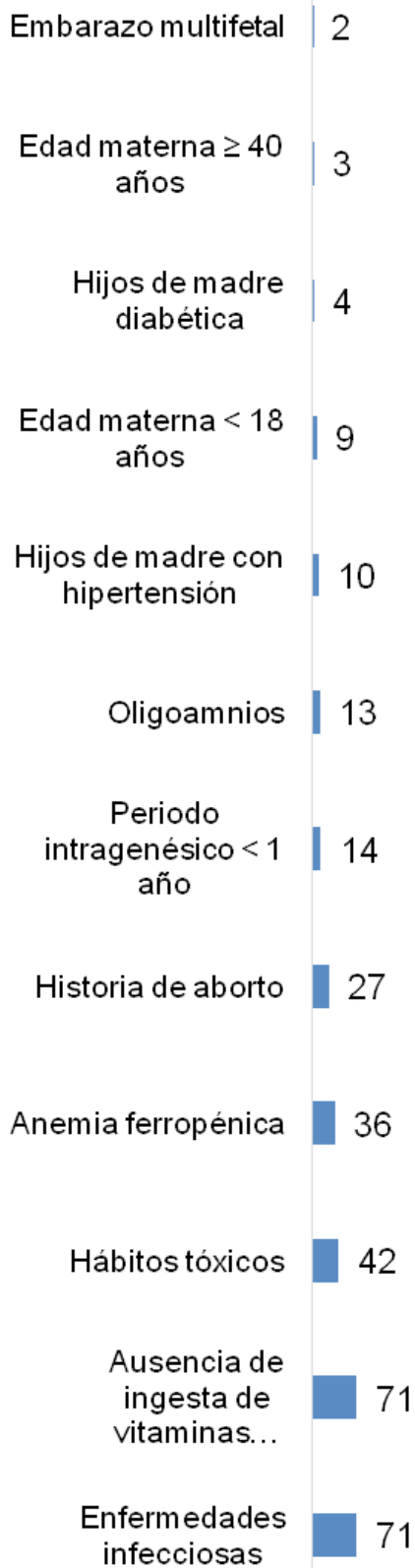


Figura 6. Antecedentes prenatales en pacientes menores de un año con cardiopatía congénita. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

Edad materna	Frecuencia (%)
< 18	9 (12.5)
18 – 24	30 (41.7)
25 – 29	14 (19.4)
30 – 34	10 (13.9)
≥ 35	9 (12.5)
Total	72 (100.0)

Tabla 3. Distribución de la edad materna de los pacientes menores de un año con cardiopatías congénitas. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 – agosto 2017.

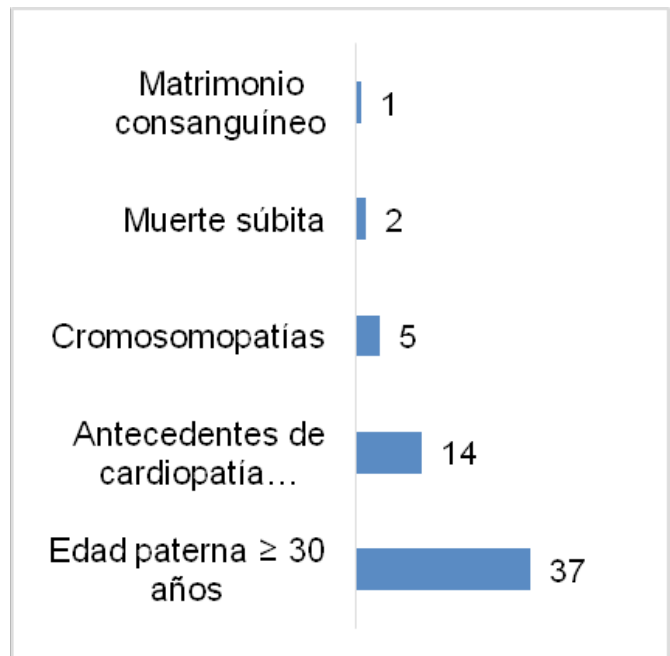


Figura 7. Antecedentes heredo-familiares en pacientes menores de un año con cardiopatía congénita. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

Dentro de los factores ambientales se obtuvo lo siguiente. Se registró 114 casos de uso de fármacos o drogas en el primer trimestre, que representa el 45.4 por ciento. 71 casos fue por exposición a agentes físicos o químicos en el primer trimestre de embarazo, equivalente al 28.3 por ciento, y el 26.3 por ciento fue por procesos infecciosos en el primer trimestre, que resulta de 66 casos (ver figura 8).

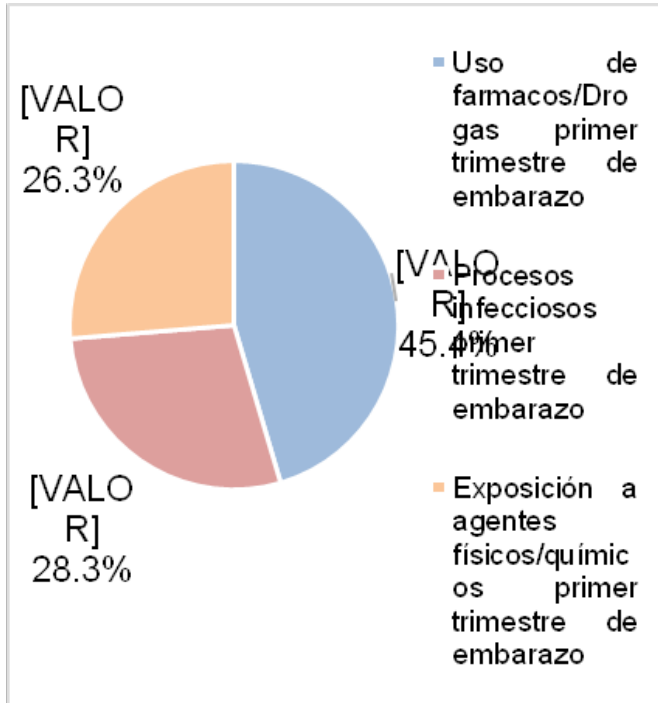


Figura 8. Factores ambientales en pacientes menores de un año con cardiopatías congénitas. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

De la muestra obtenida en el estudio se hicieron 116 diagnósticos de cardiopatía congénita y resultó de la siguiente manera. La comunicación interventricular estuvo presente en 27 pacientes, equivalente al 23.3 por ciento. La comunicación interauricular fue diagnosticada en 23 pacientes, que comprende el 19.8 por ciento. La persistencia del conducto arterioso se diagnosticó en el 17.2 por ciento, con un total de 20 pacientes. El canal auriculoventricular completo fue diagnóstico en 11 pacientes, que es el 9.5 por ciento. La Tetralogía de Fallot fue diagnosticada en 10 pacientes, equivalente al 8.6 por ciento (ver figura 9).



Figura 9. Cardiopatías Congénitas en pacientes menores de un año. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Mayo 2016 - agosto 2017.

DISCUSIÓN

Es importante determinar los factores de riesgo asociados a las cardiopatías congénitas, para así poder reconocer cuáles de ellos son modificables, de tal modo que se puedan prevenir futuros nuevos casos de malformaciones congénitas a nivel cardíaco.

De 327 pacientes registrados como casos nuevos con cardiopatía congénita durante el tiempo de recolección del estudio, sólo 72 habían sido diagnosticados antes del año. Esto indica que, aproximadamente, el 80 por ciento de los

pacientes cardiopatas son diagnosticados después de haber cumplido el año de nacido, y como consecuencia el aumento de la morbilidad de dichos pacientes.

La etiología multifactorial se presentó en el 93 por ciento de los casos. Cincuenta y tres pacientes mostraron 4 o más factores de riesgo concomitantes, equivalente al 73.6 por ciento; catorce (19.4%) tuvieron de 2 a 3 factores de forma combinada y sólo 5 pacientes tenían historia de un factor de riesgo aislado, de los cuales dos tenían edad materna mayor a 35 años, otra madre había consumido alcohol en el primer trimestre de embarazo, una había sido expuesta a radiaciones de tipo Rayos X en varias ocasiones en su primer trimestre de gestación y un paciente tuvo diagnóstico de síndrome de Down confirmado.

Cuarenta pacientes correspondieron al sexo femenino, dato que se relaciona con en el estudio de Ferreras R *et al.*⁶ donde se determinó que el sexo más frecuente en los pacientes con diagnóstico de cardiopatía congénita es el femenino. Al evaluar el peso al nacer, se encontró que el 58 por ciento de la muestra obtenida tuvo de 2.5 a 3.9 Kilogramos de peso, cifra homóloga a 42 pacientes del estudio. A su vez al analizar los datos, tomando en cuenta si era mayor de 3 kilogramos o no, 40 pacientes se encontraban por debajo de los 3 kilogramos de peso al momento de nacer, siendo así el 56 por ciento de la muestra total, cifra que se sustenta con el estudio de Santiago Alcántara E, Alcántara *et al.*⁷ que establece que el peso menor de 3 kilogramos es un factor de riesgo asociado a las cardiopatías congénitas.

Con relación a la edad gestacional, 51 casos fueron pacientes que nacieron entre las 37 a 41 semanas, figurando el 71 por ciento de los casos y siendo el periodo de mayor predominio, seguido en frecuencia el 28 por ciento, sumando 20 pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas, considerado como embarazo pretérmino, dato que apoya el estudio de Solano Fiesco *et al.*⁸ que incluye el embarazo pretérmino como factor de riesgo. El 51.4 por ciento de los pacientes tenían peso y edad gestacional óptimos (a término adecuado para edad gestacional) representando el estado neonatal de mayor porcentaje, resultado que va acorde con otros estudios que muestran que más del 50 por ciento de las cardiopatías congénitas acianógenas tienen peso al nacer de 2.5 a 3.9 kilogramos y edad gestacional de 37 a 41 semanas.⁷ Esto trae como consecuencia mayor probabilidad de que, si no se tiene en cuenta el pesquiasaje, las cardiopatías congénitas pasen desapercibidas por el personal de salud y no sean diagnosticadas hasta que el paciente presente sintomatología de la misma.

El 26.4 por ciento, equivalente a 19 pacientes, presentó síndrome genético, de los cuales el síndrome de Down fue el diagnóstico en todos los casos. De los pacientes con síndrome de Down, el canal AV fue la cardiopatía congénita más frecuente (9 casos) apoyando así al estudio de Madrid A. *et al.*⁸ De la misma manera se determinó 1 solo caso de matrimonio consanguíneo, que equivale a 1.4 por ciento de la muestra, como incluye el estudio de UIHaq F, Khalid Hashmi S, Lqbal Jumani M, imbad

A, Jabeen M, *et al.*⁹

Dentro de los antecedentes prenatales, las enfermedades infecciosas en el primer trimestre estuvieron presente con 71 casos registrados. De los mismos, 39 fueron infección urinaria, 25 tuvieron infección vaginal, 4 con Toxoplasmosis y un caso con Citomegalovirus. Infección por el virus del papiloma humano se registró en un caso, al igual que el virus de inmunodeficiencia humana. La ausencia de ingesta de vitaminas como hierro, ácido fólico y vitamina B12, se constató en 71 casos. Los hábitos tóxicos forman parte de los factores de riesgo modificables que influyen en las cardiopatías congénitas, por lo tanto, en el estudio se evaluó el uso de los mismos durante el primer trimestre de gestación teniendo así como resultado que el consumo de alcohol se realizó en 40 casos, sumando al 55.6 por ciento de la muestra, y el uso del tabaco en el 2.8 por ciento con de 2 casos registrados, apoyando el estudio de Gutiérrez Gil JA *et al.*¹⁰ que asocia el consumo de dichas sustancias en el embarazo como factor de riesgo. Las madres con antecedentes de hipertensión se han considerado como factor de riesgo para cardiopatías congénitas,⁴ por lo que en este estudio se tomó en cuenta y se encontró en 10 gestantes. El embarazo multifetal, se determinó en dos casos, de los cuales, sólo los pacientes incluidos en el estudio presentaron cardiopatía congénita.

El uso de anticonceptivos orales en el primer trimestre de embarazo es un factor de riesgo para cardiopatías congénitas. Los resultados de este estudio evidencian que el 55.6 por ciento de los casos, representado en 40 pacientes, se vieron expuestos, siendo así el grupo de fármacos con mayor frecuencia. Por otra parte, siempre debemos tener en cuenta que la declaración de las gestantes sobre la ingesta de alcohol, consumo de tabaco, la utilización de anticonceptivos durante el embarazo y aborto previo puede estar sesgada, ya que muchas niegan estos hechos para no ser juzgada por las demás personas y las señalen como irresponsables o imprudentes.

Según Jaim *et al.* la diabetes mellitus es un factor de riesgo no modificable que afecta de manera importante a la formación cardíaca del feto, por lo que se tomó en cuenta como otro factor de riesgo materno para cardiopatía congénita. En este estudio se determinó que el 6 por ciento de las gestantes, padecieron dicha patología, cifra que simboliza 4 casos.¹¹ La anemia ferropénica se confirmó en 50 por ciento de los casos, con 36 gestantes, en el primer trimestre del embarazo. De esta manera se le proporciona soporte al estudio de González Trujillo ML, Torres Clúa AM, Rodríguez Zorrilla L, Larrondo Castañeda BE, González Rodríguez R *et al.* que establece que la anemia es un factor de riesgo asociado a malformaciones cardíacas.⁴

Al evaluar la edad de los progenitores, se vió que la edad materna menor de 18 años representaba un 12.5 por ciento, que fueron 9 casos, mientras que aquellas madres con edades mayor de 40 años suman el 4.2 por ciento, correspondiente a 3 casos. En ese mismo orden, la edad paterna mayor o igual a 30 años fue de un 51.4 por ciento, representando así 37 casos.⁸ Es importante destacar la edad materna mayor de 39 años, por ser un factor de riesgo altamente relacionado con la

aparición de cardiopatías congénitas. También se debe tener presente los casos con edad materna mayor a 34 años, puesto que a partir de la misma existe mayor probabilidad de tener hijos con síndrome de Down y las cardiopatías congénitas son frecuentes en este grupo de pacientes. En el estudio se constató que hubo un caso de matrimonio consanguíneo, que resultó del incesto entre dos primos.

Se reportaron dos casos como antecedentes familiares en los pacientes estudiados, que tuvieron hermanos fallecidos durante los primeros 6 meses de vida con causa de muerte súbita del lactante.

De los factores ambientales en nuestro estudio, el más importante fue el uso fármacos o drogas en el primer trimestre de embarazo que representó el 45.4 por ciento: el uso de antibióticos en el primer trimestre de embarazo con 17.1 por ciento; el 6 por ciento por algún tipo de fármaco analgésico; el 2.4 por ciento por tratamiento antihipertensivo; el 2 por ciento por fármacos antialérgicos; y el 1.6 por ciento por fármacos antimigrañosos, de los cuales, las gestantes desconocían el nombre, por lo que se desconoce el carácter teratogénico de los mismos. Hubo antecedentes del uso de fenitoína durante el embarazo en una madre con patología epiléptica de larga data. La exposición a agentes físicos y químicos fue de 26.3 por ciento, de los cuales, la aplicación de tinte de pelo en el primer trimestre de gestación con el 12.4 por ciento, consumo de agua extraída de río sin potabilización con el 6.8 por ciento, el uso de agentes químicos (pinturas, lacas, baterías, pesticidas, etcétera) con 5.2 por ciento, y radiación (radiografía o tomografía) con el 2 por ciento estuvieron presente como factores de riesgo durante el estudio, como se menciona en otros estudios.¹²

Las cardiopatías congénitas acianógenas fueron las más frecuentes, apoyando así el estudio de Romera G. *et al.*¹³ La comunicación interventricular fue la cardiopatía congénita más frecuente con 23.3 por ciento, diagnosticada en 27 casos, como muestra el estudio de Rudolph A. *et al.*¹⁴

CONCLUSIÓN

El 73.6 por ciento de los pacientes en estudio presentaron 4 o más factores concomitantes. El 55.6 por ciento de los casos se encontraba con peso al nacer menor de 3 kilogramos. El sexo femenino fue el más frecuente con el 55.6 por ciento. La edad gestacional donde se englobó la mayor cantidad de gestantes fue de 37 a 41 semanas, equivalente al 70.8 por ciento, y el 27.8 por ciento tuvo edad gestacional menor de 37 semanas. El 26.4 por ciento de la muestra tenían diagnóstico de síndrome genético siendo la cromosomopatía más frecuente el Síndrome de Down. De los pacientes con síndrome de Down, la cardiomiopatía con mayor frecuencia fue el Canal Auriculoventricular con 9 casos.

Los factores con mayor riesgo para desarrollar cardiopatías congénitas en nuestro estudio fueron las enfermedades infecciosas en el primer trimestre, la ausencia de ingesta de vitaminas, los hábitos tóxicos como alcohol y tabaco en el primer trimestre de embarazo, para desarrollar dicha patología. Siguiendo en importancia en nuestro estudio la

anemia ferropénica, historia de aborto, periodo intragenésico menor de un año, oligoamnios, hipertensión arterial y diabetes mellitus, por lo cual se debe tomar en cuenta, aunque esté presente un solo factor de riesgo en las madres durante el primer trimestre de embarazo.

La edad materna se presentó como factor de riesgo, mostrándose el 12.5 por ciento menor de 18 años, al igual que las madres mayores de 34 años que tuvo el mismo porcentaje. La edad paterna mayor o igual a 30 años se presentó el 51.4 por ciento de los casos. El 55.6 por ciento de los casos, representado en 40 pacientes usaron anticonceptivos orales en el primer trimestre de embarazo.

La comunicación interventricular fue la cardiopatía congénita más frecuente diagnosticada en 27 casos. De las cardiopatías congénitas cianógenas, la más frecuente fue la Tetralogía de Fallot diagnosticada en 10 pacientes.

RECOMENDACIÓN

En nuestro estudio pudimos contactar la importancia del diagnóstico temprano para las cardiopatías congénitas ya que estas conllevan una alta morbimortalidad en estos pacientes. Por lo que es necesario dar un seguimiento adecuado a todas las gestantes durante el primer trimestre de embarazo, tomando en cuenta aquellas que padecen enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, hábitos tóxicos como el alcohol y tabaco, aquellas que desconocen la importancia de la ingesta de vitaminas, y la edad de los progenitores.

Los médicos deben actualizarse en especial aquellos que les dan seguimiento a las embarazadas y tener pendiente el tipo de medicamento y las dosis indicada, para tratar de evitar la mínima interacción entre la formación del producto y el fármaco.

A los médicos encargados del área de Perinatología, es necesario el entrenamiento del personal de salud de dicha área para la identificación de las patologías cardíacas congénitas, principalmente las acianógenas, ya que muchas pasan desapercibidas y perdiéndose la oportunidad de hacer un diagnóstico precoz.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Congenital anomalies. Facts sheet N°370. September 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/index.html>
2. [Center for Disease Control and Prevention. Birth Defects. Page last updated: September 21, 2016. Available from: https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/data.html](https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/data.html)
3. Dolk H, Loane M, Garne E, EUROCAT Working Group. Congenital Heart Defects in Europe: Prevalence and Perinatal Mortality, 2000–2005 (2011). *Circulation*. 2011; 123:841–9.
4. González Trujillo ML, Torres Clúa AM, Rodríguez Zorrilla L, Larrondo Castañeda BE, González Rodríguez

- R, Diaz Martínez M. Factores de riesgo asociados a cardiopatías congénitas. 2011.
5. Sánchez Ramírez E, Álvarez Estrabao OA, Valdés Silva Y, Ramírez Ramos A, Robles García L, Arguelles González I. factores de riesgo para cardiopatías congénitas en pacientes del municipio Holguín. *Correo científico médico de Holguín*. 2011; 15(4).
 6. Ferreras R., González F. (n.d.). Incidencia de cardiopatías congénitas en la consulta del Hospital Dr. Robert Reid Cabral. [Tesis de grado-medicina]. Santo Domingo (República Dominicana): Instituto Tecnológico de Santo Domingo, 2006.
 7. Santiago Alcántara E, Alcántara M, Gustavo G. Universidad Autónoma del Estado de México. [Online].; 2013 [cited 2016 septiembre 15. Available from: <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/13757>.
 8. Madrid A, Restrepo JP. *Cardiopatías congénitas*. Gatrohnup. 2013; 15(1).
 9. Ul Haq F, Jalil F, Khalid Hashmi S, Lqbal Jumani M, Imdad A, Jabeen M, et al. Risk factors predisposing to congenital heart defects. *Annals of pediatric cardiology*. 2011; 4(2).
 10. Gutiérrez Gil JA. Fundación Valle del Lili. [Online].; 2015 [cited 2016 Noviembre 16. Available from: <http://www.valledellili.org>.
 11. Jain V, Chen M, Menon R. Disorders of Carbohydrate Metabolism. In Lippincott WaW, editor. *Avery's neonatology: pathophysiology and management of the newborn*. 9th ed. Philadelphia; 2012. p. 1320-1329.
 12. Gómez-Alcalá AV, Rascón-Pacheco RA. La mortalidad infantil por malformaciones congénitas en México: un problema de oportunidad y acceso al tratamiento. *RevPanam Salud Publica*. 2008;24(5): 297-303.
 13. Romera G, Zunzunegui J. Recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita. Hospital Universitario Madrid-Montepíncipe. Madrid. *Asociación Española de Pediatría*. 2008: p. 346-352.
 14. Rudolph A. Congenital cardiovascular malformations and the fetal circulation. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*. 2010 March; 95(2): p. 132-136.



SÍNDROME DE HAMMAN-RICH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Annandy Mallol, * Nicolás Batlle, * Cleiry García López. **

RESUMEN

Las Neumonías Intersticiales Idiopáticas (NII) constituyen un reto diagnóstico, siendo estas una gran controversia. Se consideran como un conjunto de afecciones con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias similares.

Caso: Femenina de 51a de edad, con antecedentes de asma, Hta, Ca mama, la cual acude a emergencia por fiebre, Disnea y Tos productiva, es ingresada con diagnóstico de neumonía, manejada y egresada. Posteriormente presenta marcada disnea por lo que nuevamente es ingresada a UCI con probable SDRA. Luego se realiza biopsia pulmonar reportando Síndrome de Hamman-Rich, encontrando, se le administra a altas dosis de glucocorticoides y luego de mejoría se egresa.

Conclusión: En las literaturas revisadas el tratamiento para la neumonía intersticial aguda se basa en el uso corticoide, aunqueno se ha establecido su eficacia. En este caso se manejó con lo establecido en la literatura y la mejoría clínica y radiológica que obtuvo la paciente fue muy significativa.

Palabras clave: *Neumonía Intersticial Aguda- Reporte de Caso*

ABSTRACT

Idiopathic interstitial pneumonias constitute a diagnostic challenge, being a great controversy. They are considered as a set of conditions with radiological manifestations, stricter.

Case: Female of 51a of age, asthma, HTN, breast Cancer, who comes to emergency for Fever, Dyspnea and productive Cough, is admitted with diagnosis of pneumonia, managed and withdrawn. Subsequently, she presents marked dyspnea, so she is again admitted to the ICU with p / b ARDS. Then the lung biopsy is performed, finding Hamman-Rich syndrome, is administered at high doses of steroids and after improvement is discharged.

Conclusion: In the reviewed literature, treatment for acute interstitial pneumonia is based on corticosteroid use, although its efficacy has not been established. In this case, it was handled with what was established in the literature and the clinical and radiological improvement obtained by patient

was very significant.

Key words: *Acute Interstitial Pneumonia - Case Report*

INTRODUCCION

Las neumonías intersticiales idiopáticas (NII) constituyen un reto diagnóstico para patólogos, neumólogos y radiólogos, debido a su clasificación, siendo estas en la actualidad una controversia. Se consideran como un conjunto de afecciones con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias y clínicas similares, en las que las principales alteraciones, tanto anatómico como patológico, afectan las estructuras alveolointersticiales¹.

Las neumonías intersticiales idiopáticas se consideran un grupo heterogéneo de entidades que forman parte del extenso concepto de enfermedad pulmonar intersticial. Las NII se clasifican en: Neumonía Intersticial Usual (NIU)/ Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI), la Neumonía Intersticial no Específica (NINE), 78 Neumonía Intersticial Descamativa (NID), Bronquiolitis Respiratoria Asociada a Enfermedad Intersticial Pulmonar (BR-EIP), la Neumonía Organizada (NO), la Neumonía Intersticial Aguda (NIA) o Síndrome de Hamman-Rich y la Neumonía Intersticial linfocítica (NIL)².

En este artículo se presenta el caso de una femenina de cincuenta y un año de edad que presenta disnea progresiva y se discutieron los datos epidemiológicos, diagnóstico-clínico y tratamiento de la neumonía intersticial aguda.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 51ª de edad con antecedentes mórbidos conocidos de Asma no tratada, Hipertensión Arterial en manejo con Meprolol, Ca de Mama Izquierdo manejada con mastectomía parcial y Tamoxifeno, la cual se encontraba asintomática hasta 4 de abril del 2015 cuando presenta fiebre, disnea en reposo y tos productiva por lo que decide acudir a emergencia, donde es manejada por el departamento de Medicina Interna como una crisis de Broncoespasmo Moderada, Probable Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC). A la auscultación pulmonar presenta sibilantes dispersos y crepitantes finos, se le realiza Hemograma y Rx de tórax (*Figura.1*) donde se evidencia proceso neumónico y

*Médico Neumólogo. Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS)

**Residente de cuarto año de Medicina Interna

atelectasia en el pulmón derecho. Se presenta al servicio de neumología y se decide su ingreso a sala clínica.



Figura 1. Rx Tórax PA mostrando Prominencia del botón aórtico, proceso neumónico y, atelectasia en el campo pulmonar derecho.

Se realiza una tomografía de tórax (Figura 2) para descartar metástasis vs Ca primario de pulmón. Es manejada con moxifloxacino, esteroides y oxigenoterapia SOS. Se solicitan cultivos los cuales reportan no crecimiento.



Figura 2. Tomografía axial computarizada de tórax, A) Corte Axial demostrando imagen de vidrio deslustrado B) Corte Sagital proceso neumónico, vidrio esmerilado

Posteriormente persiste con crisis de broncoespasmo severa, taquicardia y taquipnea, por lo que se le realiza Angio-tomografía pulmonar donde no se evidencia presencia de tromboembolismo Pulmonar. Se solicitan pruebas inmunológicas para descartar enfermedad autoinmune, la cuales se reportan dentro del rango de la normalidad.

Luego de presentarse mejoría clínica es egresada con oxigenoterapia dependiente y se solicita toma de biopsia de pulmón de forma ambulatoria para descartar una NII.

Cinco días después del egreso, paciente presenta marcada insuficiencia respiratoria por lo que se reingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde se le realiza otra Tomografía de Tórax (figura 3) mostrando marcado deterioro pulmonar, con datos de fibrosis, lesión reticular y bronquiectasia. En los análisis de laboratorio presenta elevación de glóbulos blancos y marcadores de inflamación, por lo que se interconsulta al departamento de infectología, el cual la maneja como Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA), probable Neumonía por Aspergillosis, Probable Neumonitis por Hipersensibilidad.

Tabla 1. Datos de Laboratorios		
Variable	Resultados	Valores Esperados
WBC (K/ μ l)	21.16	5.00-10.00 K/ μ l
Diferencial (%)		
Neutrófilos	90.3	37.0-72.0%
Linfocitos	4.8	20.0-50.0%
Monocitos	3.1	0.0-14.0%
Eosinófilos	1.74	0.0-6.0%
Proteína C Reactiva (mg/L)	11.3	0-6.0 mg/L
Eritrosedimentación mm/1h	65	0-20 mm/1h
Procalcitonina (ng/mL)	0.06	0-0.09 ng/mL
IGG (mg/dL)	849.6	635-1741 mg/dL
Anticuerpos C (ANCA) U/ml	0.80	0.00-5.00 U/mL
Anticuerpos MPO (P ANCA) U/mL	0.60	0.00-7.00 U/mL
LDH (U/L)	530	140-271 U/L
Gasometría		
pH	7.51	7.35-7.45
pCO ₂	35.2	35-45
pO ₂	76.5	80-105
HCO ₃	28.0	22-26
tCO ₂	29.1	23-27
Ebvt	5.0	-2.0-+3.0
Sat O ₂	96.5%	95-98

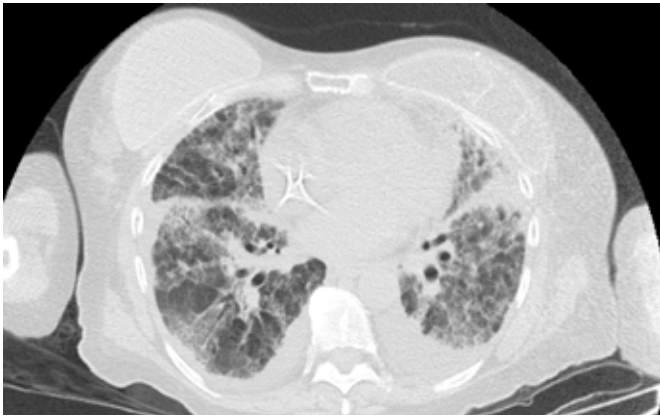


Figura 3. Tomografía axial computarizada de tórax, corte axial, mostrando infiltrado intersticial retículo micronodular difuso en ambos campos pulmonares, zonas de panalización, efusión pleural leve bilateral y engrosamiento de paredes bronquiales.

Posteriormente se realiza drenaje pleural sono-dirigido obteniendo 50cc, se estudia dicho líquido arrojando valores dentro de la normalidad, por lo que se plantea toracotomía diagnóstica. Se le realiza biopsia abierta de pulmón donde posterior a procedimiento termina en ventilación mecánica Invasiva.

Se reciben resultados de biopsia (figura 4) e inmunohistoquímica mostrando fibrosis pulmonar intensa, por lo que se aumentó dosis de esteroides, posterior a esto presento mejoría del cuadro pudiendo así ya ser estubada. Es trasladada a sala clínica y posteriormente egresada por mejoría de cuadro.

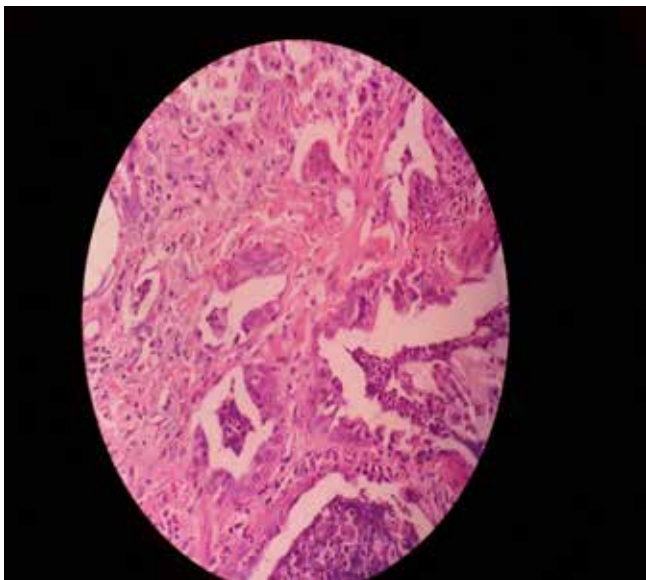


Figura 5. Corte histológico de Biopsia de pulmón mostrando fibrosis intraalveolar e intersticial, epitelio alveolar de revestimiento cubico con núcleos hiper cromáticos.

DISCUSIÓN

La Neumonía Intersticial Aguda (NIA) es también conocida como síndrome de Hamman-Rich o síndrome de distrés respiratorio agudo idiopático. Esta fue descrita por primera vez por los patólogos Hamman y Rich en el 1935 como una forma extraña de lesión pulmonar presentándose de una manera aguda en personas que se encuentran sanas con una evolución mayormente fulminante. Presenta una supervivencia del 50% a los dos meses del diagnóstico^{1,3}.

La NIA se caracteriza por una rápida instauración, desde días a pocas semanas, esta va progresando hacia la insuficiencia respiratoria aguda grave que se puede presentar con criterios de distrés respiratorio agudo y puede con llevar a que la mayoría de los pacientes necesiten ventilación mecánica. Esto hace una diferencia entre las distintas formas de neumonías intersticiales idiopáticas, ya que su evolución es más crónica. Se relaciona mucho con el caso mencionado anteriormente ya que la paciente se encontraba asintomática hasta el momento y después del inicio de los síntomas, presento una rápida progresión de la enfermedad, que llevo a la paciente a tener que ser colocada en ventilación mecánica por varios días⁴.

La mayoría de los pacientes con NIA presentan un cuadro clínico pseudo-gripal con predominio de tos seca, acompañada de fiebre, cefalea y mialgias. A los pocos días de inicio de estos síntomas, aparece la disnea que agrava críticamente al paciente, como también la hipoxia, taquipnea y taquicardia. En la exploración física se destacan los crepitantes que pueden estar acompañados de sibilantes^{1,4}.

Los hallazgos en los laboratorios son inespecíficos, con ligera leucocitosis en sangre periférica. El lavado broncoalveolar de la neumonía intersticial aguda puede mostrar una importante neutrofilia aunque este dato también es inespecífico. Sin embargo, estos se realizan para excluir otras enfermedades de cuadro clínico y radiológico similar como la neumonitis eosinófila aguda, síndrome del distrés respiratorio agudo (originado por infecciones por *Pneumocystis* y *cytomegalovirus*) neumonitis por hipersensibilidad, hemorragia alveolar difusa, entre otras. Pero el diagnóstico confirmatorio es dado por la biopsia del pulmón^{4,5,6}.

Existen criterios definidos para establecer el diagnóstico del síndrome de Hamman-Rich entre ellos están: duración de síntomas inferior a 60 días, ausencia de otras condiciones clínicas que predisponen al desarrollo de daño alveolar difuso (DAD), desarrollo de nuevas opacidades difusas en la radiografía de tórax, biopsia quirúrgica con patrón de DAD y por último, la ausencia de una explicación alternativa para dicho cuadro clínico. Estos criterios fueron evaluados para poder realizar un certero diagnóstico en la paciente y su correcto tratamiento^{4,3}.

El principal tratamiento es la atención de apoyo. El beneficio de los glucocorticoides sigue aun sin estar claro.^{3,8}

Una vez que se realiza el diagnóstico de NIA, se iniciandosis altas de glucocorticoides sistémicos como la Metilprednisolona 2g por día por vía intravenosa en dosis divididas. Los datos en apoyo de la terapia con dosis altas de

glucocorticoides se limitan a pequeñas series de casos que utilizaron una variedad de regímenes de glucocorticoides.⁸

La mortalidad intrahospitalaria del NIA es alta (más del 50%) y la mayoría de los que sobreviven a la hospitalización inicial mueren dentro de los 6 meses posteriores a la presentación. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener una recuperación sustancial o completa de la función pulmonar⁸.

CONCLUSIÓN

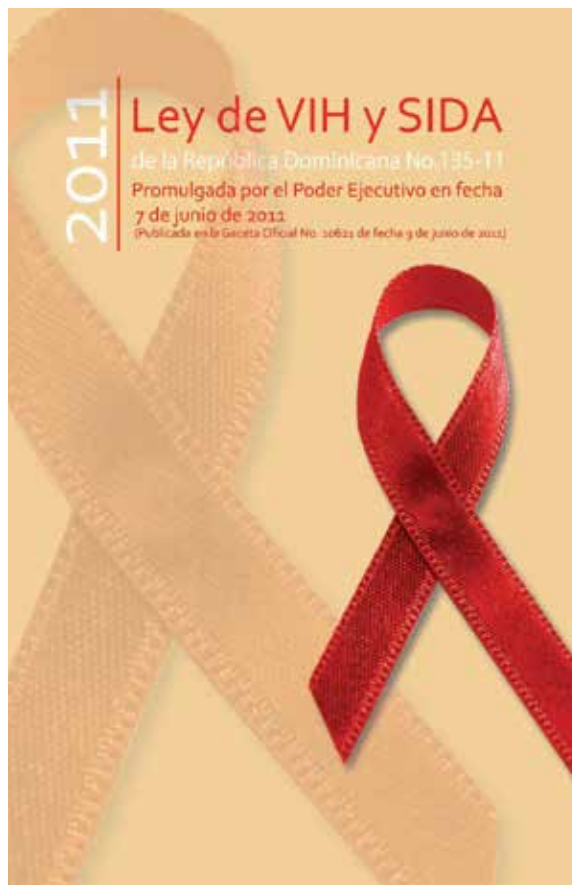
Algo importante que destacar es que en todas las literaturas revisadas el tratamiento para la neumonía intersticial aguda o síndrome de Hamman-Rich se basa en glucocorticoides, pero la mayoría informa que no se ha establecido su eficacia. En este caso se manejó con lo establecido en la literatura y la mejoría clínica y radiológica que obtuvo la paciente fue muy significativa con este manejo. Actualmente la paciente está realizando su vida normalmente y con Oxigenoterapia solo SOS^{4,7}

REFERENCIAS

1. Bollo de Miguel E, García Romero J, Juárez Morales C y Muñoz González F. Neumonías intersticiales idiopáticas. Arch Bronconeumol [Internet]. 2011 [acceso 28 de abril 2017];47(8):15-19. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289611700618>
2. Mejía M. et al. Primer Consenso Mexicano sobre Fibrosis Pulmonar Idiopática. Neumol Cir Torax [Internet]. 2016 [acceso 28 de abril 2017];75(1): 32-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0028-37462016000100005&script=sci_arttext&tlng=en
3. Cuervo F, Carrillo J, Ojeda P. Neumonía intersticial aguda. Revista Colombiana de Neumología [internet] 2002 [acceso 30 de abril 2017]; 16 (2):108-114. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcneum/v16n2/v16n2a6.pdf>
4. Ancochea J et al. Consenso para el diagnóstico de las neumonías intersticiales idiopáticas. Arch Bronconeumol [Internet]. 2010 [acceso 29 de abril 2017];46(X):2-21. Disponible en: http://seicat.org/repo/static/public/documentos/guiasClinicas/Consenso_intersticiales_SEICAT-SEPAR2010.pdf
5. Kadoch M, Cham M, Beasley M, Ward T, Jacobi A, Eber C et al. Idiopathic Interstitial Pneumonias: A Radiology-Pathology Correlation Based on the Revised 2013 American Thoracic Society-European Respiratory Society Classification System. Current Problems in Diagnostic Radiology [internet]. 2015 [acceso 29 de abril 2017];44(1):15-25. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363018814001212>
6. Travis W, Costabel U, Hansell D, King T, Lynch D, Nicholson A et al. An Official American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement: Update of the International Multidisciplinary Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. Am J Respir Crit Care Med [internet]. 2013 [acceso 29 de abril 2017]; 188 (6): 733–748. Disponible en: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201308-1483ST>
7. Hurtado J, Rodríguez E, Fernández J, Otero R y Castillo J. Neumonía intersticial aguda (síndrome de Hamman Rich). Archivos de bronconeumología [internet] 1998 [acceso 3 de mayo 2017]; 34(11): 561-563.
8. Talmadge E King, Jr, MD, Neumonía intersticial aguda (síndrome de Hamman-Rich), Enero de 2017, UpToDate.

BIBLIOGRÁFICAS

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



ADHERENCIA MÉDICA A LOS LINEAMIENTOS DE INTERVALOS DE COLONOSCOPIAS EN EL SISTEMA DE SALUD DE ASUNTOS DE VETERANOS.

Nidia Melo Medina.*

OBJETIVOS

El objetivo fue determinar las tasas y la correlación de los médicos a la no adherencia a las directrices para la repetición colonoscopia e intervalos de vigilancia para detección de pólipos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo, observacional, con reclamos administrativos, bases de datos de médicos y registros médicos electrónicos (EMR) de 1455 pacientes (50-64 años) que se sometieron a colonoscopia en el sistema de salud de Veterans Affairs en el año fiscal 2008. Pacientes No tenían diagnóstico previo de CCR o enfermedad inflamatoria intestinal y no habían sido sometidos a exámenes de colonoscopia en los 10 años anteriores. Comparamos los intervalos recomendados por el endoscopista con EMR para las colonoscopias con los intervalos recomendados por las pautas de la Fuerza de Tarea Multi-Sociedad 2008.

RESULTADOS

La tasa general de incumplimiento de las recomendaciones de las directrices fue del 36% y osciló entre el 3% y el 80% entre las instalaciones. La no adherencia fue del 28% para los pacientes que se sometieron a colonoscopias normales, pero del 45% al 52% después de las colonoscopias que identificaron pólipos hiperplásicos o adenomatosos. La mayoría de las recomendaciones que no se siguieron recomendaron un intervalo de vigilancia más corto. En los análisis ajustados, la no adherencia fue significativamente mayor para los pacientes cuyas colonoscopias identificaron hiperplasia (odds ratio [OR] = 3,1; IC del 95%: 1,7-5,5) o pólipos adenomatosos de alto riesgo (OR = 3,0; IC del 95% 8,0), en comparación con los pacientes con colonoscopia normal, pero no para los pacientes con pólipos adenomatosos de bajo riesgo (OR = 1,8; IC del 95%: 0,9-3,7).

CONCLUSIONES

En un entorno de atención administrada con médicos asalariados, los endoscopistas recomiendan repetir la colonoscopia antes de las directrices para más de un tercio de los pacientes. Los factores asociados con la no adherencia a las recomendaciones de la guía fueron los hallazgos de colonoscopia, la calidad de la preparación intestinal y la región geográfica. Apuntar al endoscopista sobre la no adherencia a las pautas de colonoscopia podría reducir el uso excesivo de la colonoscopia y los costos de atención de la salud asociados.

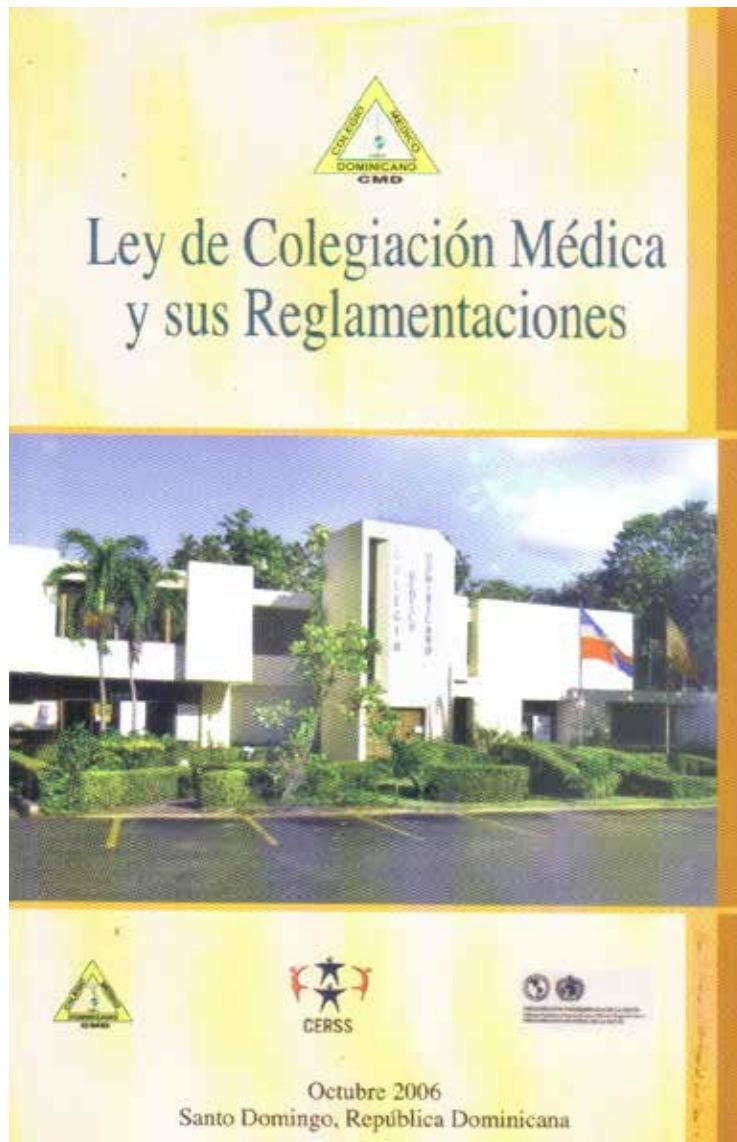
COMENTARIO Y UTILIDAD PRÁCTICA

La colonoscopia es el mejor estudio para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades colónicas, fundamentalmente para detectar cáncer colorectal. La búsqueda y extracción de los pólipos del colon han demostrado ser sumamente efectiva en la prevención del cáncer de colon pero a pesar de su correcta realización no está exenta de riesgos y complicaciones. Cuando estas se anticipan o se realizan más de lo indicado aumentan significativamente el costo y gastos de salud innecesario que no benefician al paciente.

REFERENCIAS

1. Maecus R. Johnson, Janet Grubber, Steven C. Grambow, Matthew L. Maciejewski, Tyra Dunn-Thomas, Dawn Provenzale, and Deborah A. Fisher. Physician Non-adherence to colonoscopy Gastroenterology Interval Guidelines in the Veterans Affairs Healthcare System 2015; 7 (149): 938-961.

*Residente Medicina Interna (R-IV). Hospital Militar Dr. Ramón De Lara. Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.



VALIDACIÓN DE VARIANTES GENÉTICAS DE SUSCEPTIBILIDAD AL CÁNCER COLORRECTAL RECIENTEMENTE PROPUESTAS EN UN ANÁLISIS DE FAMILIAS Y PACIENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Natalia Pérez *

OBJETIVOS

Intentar validar la asociación entre las variantes de los 11 diferentes genes y el desarrollo de CCR en una revisión sistemática de 11 publicaciones, utilizando datos de secuencia de 863 casos de CRC familiar y 1604 individuos sin CRC (controles).

MATERIAL Y MÉTODO:

- Análisis de secuenciación
- Revisión sistemática

RESULTADOS:

El análisis de secuenciación de alto rendimiento ha acelerado las búsquedas de genes asociados con el riesgo de cáncer colorrectal (CCR); las mutaciones de línea germinal en:

- NTHL1, RPS20, FANCM, FAN1, TP53, BUB1, BUB3, LRP6 y PTPN12.
- Se utilizaron datos de secuencia de 863 casos de CRC familiar y 1604 individuos sin CRC (controles). Todos los casos fueron diagnosticados a una edad de 55 años o menos y no portaron mutaciones en un gen de predisposición CRC establecido. Encontramos evidencia suficiente para que el gen NTHL1 se considere un gen de predisposición del CRC: los miembros de 3 familias holandesas no relacionadas fueron homocigotos para inactivar las mutaciones p.Gln90Ter; una mujer canadiense con poliposis, CRC y tumores múltiples se informó que era heterocigótica para la inactivación de las mutaciones NTHL1 p.Gln90Ter / c.709 + 1G> A; y se informó que un hombre con poliposis portaba p.Gln90Ter p.Gln287Ter; mientras que no se detectaron mutaciones heterocigóticas homocigotas o compuestas inactivantes en los controles.
- Las variantes que alteraron RPS20 se detectaron en una familia finlandesa con CRC de inicio temprano (p.Val50SerfsTer23), un individuo de 39 años con CRC metacrónico (p.Leu61GlufsTer11 mutación), y un individuo de 41 años con CRC (p.Val54Leu), pero no en los controles. Se identificaron al gen FANCM p.arg131Ter en 2 casos de CRC esporádicos con cánceres

que muestran la pérdida del alelo de tipo salvaje. Se ha demostrado que P.Arg1931Ter induce la omisión de exón, lo que da como resultado una menor reparación del ADN. En nuestra serie se detectaron la mutación p.Arg1931Ter en 4 casos y 1 control. Para buscar más pruebas de una asociación entre p.Arg1931Ter y CRC, investigamos la frecuencia de esta variante específica en 2 series adicionales que totalizan 5552 casos y 6792 controles de población. La combinación de estos datos no proporcionó evidencia ni asociación.

- Se ha informado que las mutaciones de FAN1 son una causa de CCR en familias positivas en Ámsterdam, pero la evidencia de segregación fue débil y la evidencia de cualquier efecto funcional de la mutación solo se mostró en el tejido no colónico. En nuestra serie no encontramos un aumento significativo en la carga de mutaciones de FAN1 en los casos. Se ha sugerido recientemente que la mutación germinal de TP53, arquetípicamente asociada con el síndrome de Li-fraumeni, causa CRC familiar a una frecuencia muy elevada. Por otra parte pequeñas cantidades de CRC de inicio temprano, relacionadas con los genes BUB1, BUB3, LRP6 y PTPN12 se han propuesto como genes de predisposición CRC, la evidencia publicada para apoyar las afirmaciones es mínima, sin evidencia de segregación o pérdida de heterocigosidad. Además de los 2 portadores de la mutación BUB1, 1 también portó una mutación MLH1 que, a diferencia de BUB1, segregó con tumores colorrectales. Solo para PTPN12 los autores demostraron un aumento en la carga de la mutación en los casos frente a los controles. Aunque también observamos un enriquecimiento de la mutación sin sentido PTPN12 en nuestros casos, a la luz del número de genes que se investigan, la evidencia de un papel en la predisposición del CRC sigue siendo débil. Por lo tanto, encontramos evidencia publicada para apoyar la asociación entre las variantes en NTHL1 y RPS20 con CRC, pero no de otras variantes de susceptibilidad a CRC notificadas recientemente. Instamos a la comunidad de investigación a adoptar enfoques estadísticos y biológicos rigurosos junto con la

*Residente Medicina Interna (R-IV). Centro Médico UCE. Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

replicación independiente antes de hacer declaraciones de patogenicidad.

CONCLUSIÓN:

- En conclusión, un papel para NTHL1 como un gen CRC de buena fe es respaldado por múltiples líneas de evidencia. Si bien es convincente, la afirmación de que la mutación de RPS20 causa CRC aún no se ha establecido, ya que esta observación se basa en una sola familia y el mecanismo por el cual las proteínas ribosómicas podrían predisponer a CRC no está claro. Por el contrario, en la actualidad no existen pruebas que apoyen otros genes como factores de riesgo.

COMENTARIO ACERCA DEL ARTÍCULO:

- Comprender la genética del cáncer colorrectal familiar es clínicamente importante para discriminar entre grupos de alto y bajo riesgo. Las mutaciones en 11 genes están bien establecidas para conferir aumentos significativos en la CCR. El riesgo y las pruebas para esto son comunes en la práctica clínica. A pesar de que la disponibilidad de la secuenciación de alto rendimiento ha acelerado las búsquedas de nuevos genes de CRC. Existen desafíos en la asignación de la patogenicidad a las variantes identificadas. Aquí revisamos los datos que respaldan afirmaciones recientes de que NTHL1, RPS20, FANCM,

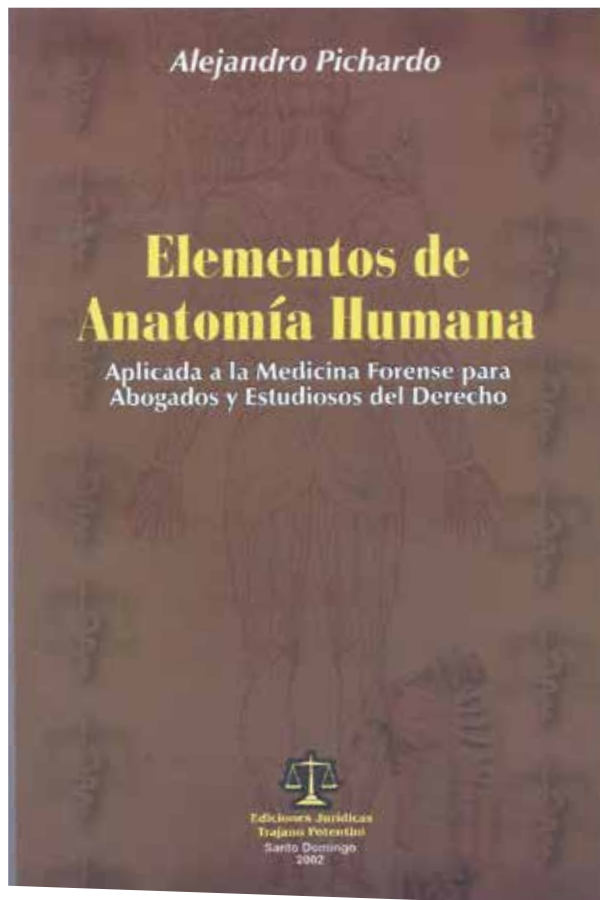
FAN1, TP53, BUB1, BUB3, LRP6 y PTPN12 son genes de susceptibilidad al CRC que utilizan un marco basado en la evidencia. Para buscar pruebas independientes de un papel en el riesgo de CCR se analizaron los datos de secuenciación en 863 casos de CRC familiar y 1604 controles. Todos los casos fueron diagnosticados a los 55 años y fueron mutaciones negativas para los genes conocidos de CRC. Para buscar pruebas independientes de un papel en el riesgo de CCR se analizaron los datos de secuenciación en 863 casos de CRC familiar y 1604 controles. Todos los casos fueron diagnosticados a los 55 años y fueron mutaciones negativas para los genes conocidos de CRC.

UTILIDAD PRÁCTICA

Conocer los diferentes genes que tienen mayores riesgos de desarrollar cáncer colon rectal y las edades en que éstos se presentan.

REFERENCIA

1. Peter Broderick, Sara E.Dobbins, Daniel Chubb, Ben Kinnersley, Malcolm G.Dunlop, IanTomlinson, Richard S.Houlston. Validation of Recently Proposed Colorectal Cancer Susceptibility Gene Variants in an Analysis of Families and Patients—a Systematic Review. Gastroenterology



SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL MEDIADO CENTRALMENTE.

Elaine L. De Los Santos S.*

OBJETIVOS

Describir un nuevo enfoque y realizar recomendaciones relacionadas con los trastornos gastrointestinales cuyos síntomas primarios se cree que tienen un determinante central.

SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL MEDIADO CENTRALMENTE

Es un trastorno que se caracteriza por dolor abdominal continuo, casi continuo o frecuentemente recurrente, que a menudo es severo y rara vez se relaciona con la función intestinal. Este se asocia con la pérdida de la funcionalidad del individuo a través de varios dominios de la vida y debe estar presente por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.

Una proporción de personas con esta entidad fueron sometidas a múltiples intervenciones quirúrgicas, probablemente innecesarias, realizadas en un intento de tratar sus quejas de dolor, y atribuyen su dolor a adherencias. Las adherencias pueden causar síntomas de obstrucción aguda o subaguda, que a su vez causan dolor, pero no hay buena evidencia de que las mismas adherencias sean causa de dolor crónico e implacable, como el que se observa en CAPS.

El predominio del dolor como la queja central distingue a los CAPS de otros síndromes dolorosos, como el síndrome del intestino irritable y la dispepsia funcional, principalmente por la mala relación del dolor con la ingesta de alimentos o la defecación. Otras características que la diferencian son el dolor de CAPS es constante en lugar de cíclico. El dolor asociado con CAPS, puede ser cólico aunque tiende a ser más prolongado y generalizado.

Por otro lado esta entidad puede asociarse con otros síntomas y síndromes somáticos desagradables, como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia oscila entre 0,5% y 2,1% es además 4 veces más frecuente en mujeres y su prevalencia alcanza un pico en la cuarta década de vida (35-44 años en la encuesta de los hogares de los Estados Unidos) y luego disminuye con la edad. Aproximadamente el 80% de los pacientes con CAPS

han visto a un médico entre 1 y 3 veces al año específicamente para dolor abdominal. En una porción de estos pacientes se realizaron investigaciones endoscópicas o de imágenes, y se realizaron intervenciones quirúrgicas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL MEDIADO CENTRALMENTE.

- Dolor abdominal continuo o casi continuo.
 - El dolor limita algunos aspectos del funcionamiento diario.
 - El dolor no es fingido.
 - El dolor no se explica por otro problema estructural o trastornos gastrointestinales funcionales.
 - No se relaciona con el dolor ocasionado por eventos fisiológicos.
1. Debe presentar cuadro clínico durante los últimos 3 meses con síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.
 2. Está típicamente asociado con comorbilidad psiquiátrica pero no existe un perfil específico que pueda utilizarse para diagnóstico.
 3. Presentar algún grado de disfunción gastrointestinal.

FISIOPATOLOGÍA

En estos trastornos los factores de riesgo parecen ser principalmente psicosociales. Se supone que estos procesos centrales se producen por alteración de la modulación del dolor descendente siendo de esta forma responsables de la cronicidad que presentan así, como también disminución del grosor cortical en las regiones de procesamiento del dolor incluyendo la ínsula y la corteza anterior. El papel del cambio estructural en los trastornos del dolor no está claro.

VULNERABILIDAD GENÉTICA Y MEDIO AMBIENTAL

La evidencia temprana sugiere genes relacionados con la serotonina. La combinación de factores genéticos, factores de comportamiento, eventos adversos tempranos de la vida, y estrés adulto podría determinar, en parte, la efectividad de los sistemas de modulación del dolor y, por lo tanto, influir en el

*Residente Medicina Interna (R-IV). Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

desarrollo de esta enfermedad.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Dolor abdominal agudo es completamente diferente de los pacientes

Con dolor abdominal prolongado. Los criterios para CAPS que exhiben una historia de dolor de larga data ciertos comportamientos además de presentar factores psicosociales.

HISTORIAL MÉDICO

Típicamente, el dolor es constante, casi constante, o frecuentemente recurrente, ocurre más o menos cada día. Este dolor es asociado con la pérdida del funcionamiento diario, que a menudo no es, o sólo de forma esporádica, asociado con eventos fisiológicos, tales como movimientos intestinales o comer.

EXAMEN FÍSICO

El examen físico no establece un diagnóstico, y sólo rara vez identifica otras etiologías en pacientes con dolor crónico. Sin embargo, no hay sustituto para examinar al paciente y aclarar la ubicación del dolor.

DIAGNÓSTICO

Si todos los criterios se han cumplido el diagnóstico es altamente probable aunque siempre se deben realizar analíticas y estudios de imágenes para excluir otros diagnósticos.

TRATAMIENTO

Este abarca una combinación de opciones que incluyendo tratamientos farmacológicos y / o psicológicos. Siendo el objetivo, educar al paciente sobre la naturaleza de su condición, tranquilizar, negociar y proporcionar opciones. Se pueden utilizar:

- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina.
- Antipsicóticos atípicos.
- Otros medicamentos psicotrópicos.
- Anticonvulsivos.
- Analgésicos.

SÍNDROME DEL INTESTINO NARCÓTICO / HIPERALGESIA GASTROINTESTINAL

Se caracteriza por el desarrollo paradójico de aumento del dolor abdominal asociado con aumento de dosis de opioides. Este puede ocurrir en pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales o enfermedades crónicas (Pancreatitis crónica), con dolor maligno o no maligno o incluso en pacientes que reciben altas dosis de narcóticos al recuperarse de la cirugía.

FISIOPATOLOGÍA

La activación de las células gliales en el cuerno dorsal de la médula espinal produce la liberación de citoquinas proinflamatorias, óxido nítrico, y aminoácidos excitatorios desencadenando la activación de los receptores Toll-Like (TLR4), que modifican la farmacodinamia de los opioides provocando una reacción proinflamatoria con alteración de la homeostasis del glutamato. Los receptores opiáceos excitadores

se sensibilizan progresivamente. Durante la exposición crónica de los ganglios de la raíz dorsal a agonistas opioides a lo largo del tiempo conduciendo esto a la tolerancia de los inhibidores.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Los pacientes con este trastorno refieren dolor de moderada a fuerte intensidad o dolor abdominal constante, que está mal localizado. Se les puede haber prescrito opioides inicialmente para otra patología intraabdominal.

TRATAMIENTO

El único tratamiento es retirar los opioides lo cual requiere un enfoque reflexivo y colaborativo por el paciente y el clínico. Se debe utilizar un protocolo para la reducción de opiáceos.

CONCLUSIONES

Estos trastornos son cada vez más comunes y complejos, deben abordarse desde una perspectiva Biopsicosocial. La relación médico-paciente es el centro de todas las decisiones de evaluación y gestión. Ambos trastornos requieren un esfuerzo sustancial de investigación durante los próximos años para caracterizar mejor su prevalencia y características, comprender su fisiopatología única e identificar objetivos terapéuticos más eficaces.

COMENTARIOS:

El dolor abdominal es una causa muy frecuente de consulta en nuestro país por lo cual es importante aprender a reconocer el dolor abdominal mediado centralmente y de esta manera podremos evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias que suponen un gasto elevado para el sistema sanitario de nuestro país. Por otra parte también es importante auxiliarnos de un personal especializado en conducta humana y de esta forma podremos dar un manejo integral de estos pacientes como también nos ayudara a discriminar aquellos dolores abdominales que son de causa psicógena y determinar si poseen un trastorno psiquiátrico de base. Por último es importante destacar que este diagnóstico suele realizarse luego de descartar patologías gastrointestinales como causa de ese dolor abdominal de tipo crónico.

UTILIDAD PRÁCTICA:

En el contexto de esta patología, aplicar los criterios diagnósticos en las distintas consultas de gastroenterología, medicina interna y cirugía en aquellos pacientes que presente dolor abdominal crónico, que ya fueron estudiados y que se demostró que no hay un componente gastrointestinal de base supone un mejor diagnóstico de esta enfermedad. Someter estos pacientes a discusión con el personal de salud mental, en vista de que ameritan un manejo multidisciplinario.

REFERENCIAS

1. Gastroenterology 2016; 150 (6):
2. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain
3. Laurie Keefer, Douglas A. Drossman, Elspeth Guthrie, Magnus Simren, Kirsten Tillisch, Kevin Olden, and Peter J. Whorwell.

ENSAYO SEROLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA BASADO EN UN ANTICUERPO ANTIGLIADINA MONOCLONAL DERIVADO DEL PACIENTE.

Francisco Ramirez Pineda.*

OBJETIVOS

Diagnóstico de la enfermedad celiaca basado en un anticuerpo antigliadina monoclonal derivado del paciente

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos 2 péptidos (un 34-mer y un 26-mer) encontrados en w-gliadinas y gluteninas de bajo peso molecular que se habían identificado como dianas específicas del hmAb 1002-1E03 a partir de una digestión de gliadina tratada por transglutaminasa 2. Estos péptidos contenían motivos de repetición de secuencia; su interacción con anticuerpos monoclonales humanos recombinantes 1002-1E03 se evaluó en un ensayo de inhibición homogénea de proximidad luminiscente amplificada. También probamos péptidos que creamos que incluían 3 motivos de secuencia repetidos. Las muestras de suero de pacientes no tratados diagnosticados con enfermedad celiaca (n = 106) y 2 grupos de control (198 donantes de sangre, 151 pacientes con enfermedad de Crohn) se analizaron usando el ensayo, así como en ensayos comerciales convencionales que miden IgA contra transglutaminasa 2 (TG2) o IgG contra péptidos de gliadina desamidados (DGP).

RESULTADOS

En nuestros ensayos de inhibición, el péptido de 34-mer mostró los mejores resultados e identificó pacientes con enfermedad celiaca con un 86.8% de sensibilidad y un 98.6% de especificidad. Su precisión diagnóstica fue comparable con la de los anticuerpos IgG anti-DGP comerciales (sensibilidad, 87,9%; especificidad, 98,0) y anti-TG2 IgA (sensibilidad, 81,1%; especificidad, 98,0), y detectó la mayoría de los pacientes con anti TG2 IgA negativa para enfermedad celiaca sin una disminución significativa en la especificidad. El uso combinado de los ensayos anti-w34 y anti-TG2 produjo valores de especificidad y sensibilidad de 95.3% y 98.0% respectivamente.

CONCLUSIÓN

Desarrollamos un ensayo de inhibición de anti-gliadina que identifica a pacientes con enfermedad celiaca con altos niveles de especificidad y sensibilidad. Puede ser útil como un complemento al ensayo actual para anti IgA de TG2.

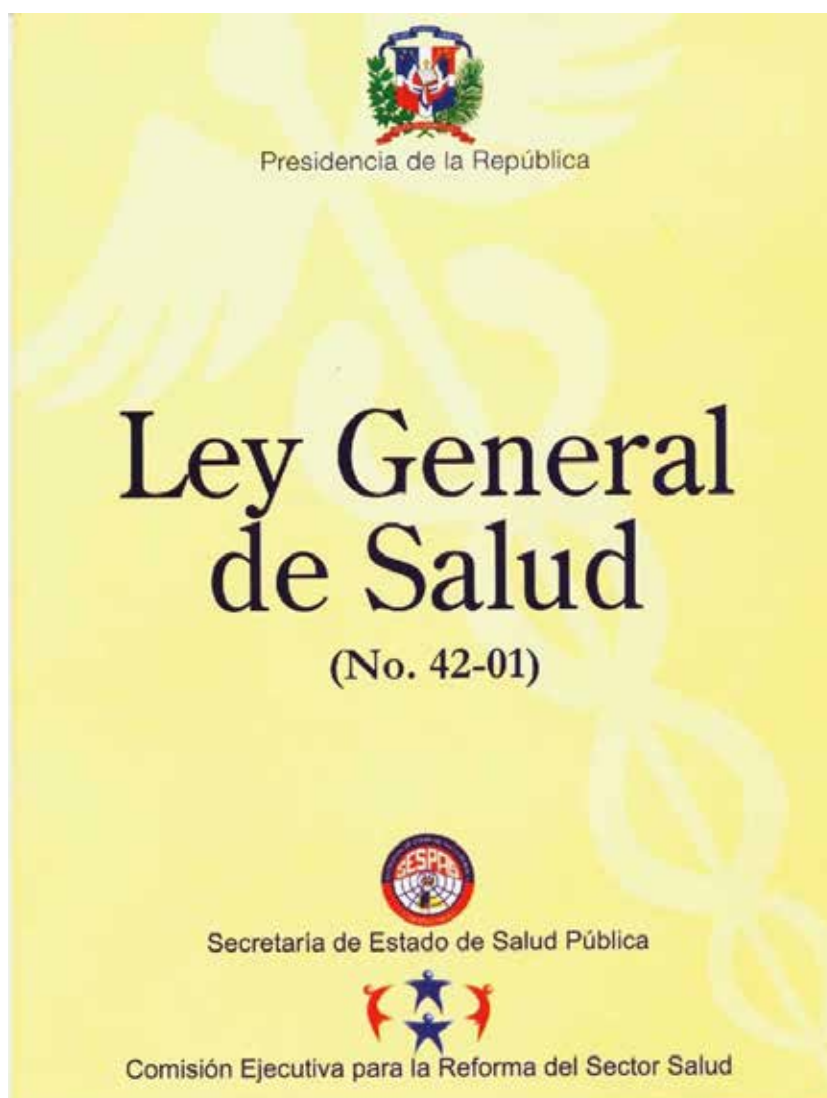
COMENTARIO Y UTILIDAD PRÁCTICA

Tomados en conjunto, este estudio muestra que los anticuerpos monoclonales humanos recombinantes derivados de pacientes con enfermedad celiaca pueden ser aprovechados junto con sus péptidos diana naturales en un ensayo serológico inhibitorio con fines de diagnóstico. El ensayo aprovecha la especificidad introducida tanto por los anticuerpos monoclonales humanos recombinantes como por el antígeno, y los resultados son prometedores para que este tipo de ensayo tenga la sensibilidad y especificidad requeridas para el diagnóstico de enfermedad celiaca.

REFERENCIAS

1. Melinda Y. Hardy, Adam Girardin, Catherine Pizzey, Donald J. Cameron, Katherine A. Watson, Stefania Picascia, Renata Auricchio, Luigi Greco, Carmen Gianfrani, Nicole L. La Gruta, Robert P. Anderson, and Jason A. Tye-Din. Ensayo serológico para el diagnóstico de la enfermedad celiaca basado en un anticuerpo antigliadina monoclonal derivado del paciente. *Gastroenterology* 2015; 149 (6):1530-1540.

*Residente Medicina Interna (R-IV). Hospital Militar Docente Dr. Ramón De Lara FARD.
Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.



CONSISTENCIA EN RESPUESTAS POLICLONALES DE CÉLULAS T AL GLUTEN ENTRE NIÑOS Y ADULTOS CON ENFERMEDAD CELIACA.

Mayna Fabian.*

OBJETIVOS

Caracterizar la respuesta de las células T al gluten en niños Vs adultos con enfermedad celiaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron cuarenta y un niño con enfermedad celiaca confirmada por biopsia (Media de edad de 9 años y 17 varones) que habían estado en dietas estrictas sin gluten durante al menos 3 meses, se les dio un desafío con una dieta de 3 días con trigo, se les tomo muestra de sangre, se recogieron y se midieron las células T específicas del gluten. Se analizaron las respuestas de las células T de estos niños y de adultos con enfermedad celiaca. Aislamos clones de células T que reconocieron péptidos dominantes y evaluaron si el péptido del gluten fue similar entre clones de células T de niños y adultos.

RESULTADOS

Detectamos respuestas específicas al gluten por células T de 30 de los niños con enfermedad celiaca (73%). Las células T de los niños reconocieron los mismos péptidos que eran inmunogénicos para adultos con enfermedad celiaca; La desamidación de péptidos aumentó estas respuestas. Edad y tiempo desde el diagnóstico no afectó la magnitud de las células T en respuestas a péptidos dominantes. Clones de células T específicos para péptidos a o u-gliadina dominantes de niños con celiacía, la enfermedad tenía niveles comparables de reactividad al trigo, al centeno, y péptidos de cebada como clones de células T de adultos con enfermedad celiacía. Las células T específicas de a-gliadina de los niños tenían sesgos en el uso de receptores de células T similares a los de los adultos.

CONCLUSIÓN

Células T de niños con enfermedad celiaca reconocen péptidos de gluten similares a las células T de adultos con enfermedad celiaca. Los hallazgos indican que a base de péptidos el diagnóstico y la terapéutica para adultos también se pueden usar para niños.

COMENTARIOS ACERCA DEL ARTÍCULO

Por medio a este estudio podemos ver que los hallazgos encontrados anulan la teoría anterior de que la enfermedad celiaca difiere entre niños y adultos, y sugieren que los nuevos tratamientos y pruebas de diagnóstico en desarrollo para adultos con enfermedad celiaca también serán aplicables para los niños con la afección.

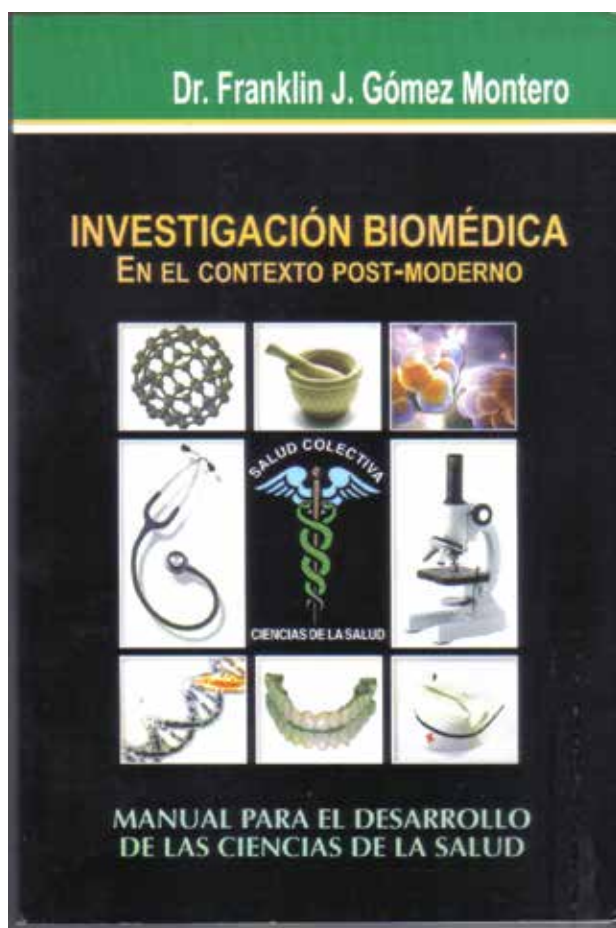
UTILIDAD PRÁCTICA

Existe una necesidad real de un mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca para todas las edades. Con estos resultados respaldan la opinión de que es probable que los nuevos tratamientos y pruebas en desarrollo para adultos con enfermedad celiaca se apliquen a los niños.

REFERENCIAS

1. Melinda Y. Hardy, Adam Girardin, Catherine Pizzey, Donald J. Cameron, Katherine A. Watson, Stefania Picascia, Renata Auricchio, Luigi Greco, Carmen Gianfrani, Nicole L. La Gruta, Robert P. Anderson, and Jason A. Tye-Din. *Gastroenterology* 2015; 149 (6): 1551-1552.

*Residente Medicina Interna (R-IV). CEDIMAT. Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.



ADMINISTRACIÓN INTRARECTAL DE UNA ADNZIMA QUE BLOQUEA ESPECÍFICAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN DEL FACTOR GATA3 Y REDUCE LA COLITIS EN RATONES.

Manuel Mateo.*

OBJETIVOS

Se investigó el papel de GATA3 en el desarrollo de colitis en ratones.

Analizar la expresión y la función de GATA3 en pacientes con EII y colitis experimental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron análisis de reacción de cadena de polimerasa cuantitativa e inmunofluorescencia de tejidos de colon de pacientes con enfermedad de Crohn (n = 61) o colitis ulcerosa (CU, n = 74) o de pacientes sin enfermedades inflamatorias del intestino (n = 22), para medir los niveles de GATA3. La colitis fue inducida por la administración de oxazolona o ácido 2,4,6-trinitrobencenosulfónico para controlar ratones, ratones con delección de GATA3 específica de células T y ratones con delección del receptor del factor de necrosis tumoral (TNFR) 1 y TNFR2 (doble knockouts TNFR); a algunos ratones se les administró una ADNzima específica de GATA3 (hgd40) o una ADNzima de control mediante administración intrarrectal, o inyecciones sistémicas de un anticuerpo para TNF antes o durante la sensibilización y fase de provocación de la inducción de colitis. Se recogieron los tejidos de colon y se realizaron inmunofluorescencia y análisis histoquímicos. Se aislaron células mononucleares y células T de Lamina propia y se analizaron mediante citometría de flujo o ensayos de citocinas. La distribución colónica de ADNzima y la inflamación marcada se controlaron mediante imágenes in vivo (endoscopia) de ratones.

RESULTADOS

Los niveles de ARN mensajero de GATA3 fueron mayores en tejidos de colon de pacientes con CU (colitis ulcerosa), pero no en la enfermedad de Crohn ileal, que en los tejidos de control; los niveles de GATA3 se correlacionaron con los niveles de citocinas inflamatorias (interleuquina [IL] 9, IL17A, IL6, IL5, IL4, IL13 y TNF). Observamos una expresión aumentada de GATA3 por células T de lámina propia de ratones con colitis

en comparación con los controles. Los ratones con delección específica de células T de GATA3 no desarrollaron colitis y sus tejidos de colon no produjeron citocinas inflamatorias (IL6, IL9 o IL13). La ADNzima hgd40 inhibió la expresión del ARN mensajero de GATA3 mediante células T no estimuladas y estimuladas, y se distribuyó a lo largo de los colon inflamados con colitis. Los tejidos de colon de ratones a los que se les había administrado hgd40 tenían expresión reducida de ARN mensajero de GATA3, en comparación con los ratones a los que se había administrado una ADNzima de control. Los ratones que recibieron hgd40 no desarrollaron colitis después de la administración de oxazolona o ácido 2,4,6-trinitrobencenosulfónico; las células de lámina propia de estos ratones expresaron niveles más bajos de IL6, IL9 e IL13 que las células de ratones a los que se administró ADNzima de control. Las imágenes mini-endoscópicas revelaron que hgd40 y anti-TNF redujeron la inflamación del colon durante 3 días; hgd40 redujo la colitis en ratones con doble knockout TNFR

CONCLUSIÓN

Los niveles de GATA3 aumentan en pacientes con CU (colitis ulcerosa) y se correlacionan con la producción de citoquinas inflamatorias en ratones y humanos. Una ADNzima que previene la expresión de GATA3 reduce la colitis en ratones, independientemente de TNF, y reduce los niveles de citoquinas en el colon. Esta DNzyme podría desarrollarse para el tratamiento de pacientes con CU.

Comentarios acerca del artículo: es de gran utilidad conocer que la inhibición del factor GATA3 mediante la ADNzima reduce la incidencia de colitis ulcerosa, resaltando que la misma fue inducida en ratones. También se demostró que los niveles de este factor fueron mayores en pacientes con colitis ulcerosa que en aquellos con enfermedad de Crohn, es decir que el factor GATA3 tuvo una mayor expresión en pacientes con colitis ulcerosa.

UTILIDAD PRÁCTICA

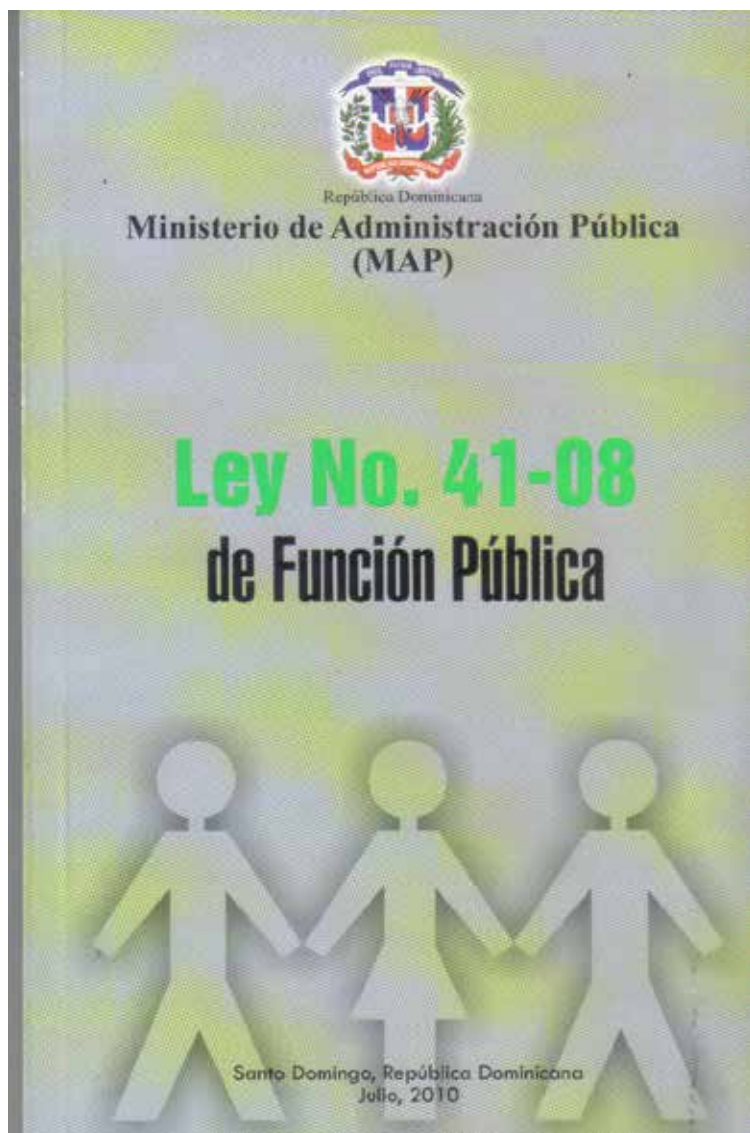
Los enfoques terapéuticos dirigidos a la inhibición de los factores de transcripción que controlan la transcripción del gen y de la citocina se convertirán en opciones terapéuticas para el manejo de la EII (enfermedad inflamatoria intestinal).

*Residente Medicina Interna (R-III). Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello. Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar

REFERENCIAS

1. Vanessa Popp, Katharina Gerlach, Stefanie Mott, Agnieszka Turowska, Holger Garn, Raja

Atreya, Hans-Anton Lehr, Cheng Ho, Harald Renz, Benno Weigmann, and Markus F. Neurath. Gastroenterology 2017; 152 (1):176-192.



DESORDEN ESOFÁGICO

*Bianca Enny Pérez Then.**

OBJETIVOS

Diferenciar los síntomas de presentación en cada uno de los casos. Reconocer los mecanismos causantes de esta patología así como su manejo oportuno. Conocer diferentes estrategias terapéuticas así como cambios en el estilo de vida.

RESULTADOS

Existe una epidemiología poco conocida y con pocos datos de incidencia y prevalencia por la limitante de su investigación. Se observó que existe relación entre esta patología y trastornos psicológicos y que en algunos casos las situaciones de estrés exacerbaban el cuadro. Existen pocas opciones para el tratamiento además de opciones limitadas debido a que el mecanismo fisiopatológico no está claro. El tratamiento está enfocado en antisecretores, inhibidor de la bomba de protones, cambio en el estilo de vida además de neuromoduladores del dolor en la mayoría de los casos.

CONCLUSIÓN

Se necesita conocer más a fondo el mecanismo fisiopatológico para abordar un manejo terapéutico oportuno, la endoscopia no nos arroja datos relevantes más que hacer diagnóstico diferencial con otras patologías.

COMENTARIO ACERCA DEL ARTÍCULO

Es de gran utilidad reconocer los diferentes síntomas que se pueden presentar en los desordenes esofágicos ya que cada una de su clasificación presenta el denominador común que son los síntomas esofágicos los cuales cursan con una endoscopia y biopsia normal.

UTILIDAD PRÁCTICA

El conocimiento fisiopatológico de los desordenes esofágicos ayudan a un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico. Los enfoques dirigidos a un manejo de la modulación periférica y central pueden convertirse en la opción terapéutica para el manejo de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Qasim Aziz, Ronnie Fass, C. Prakash Gyawali, Hiloto Miwa, John E. Pandolfino, and Frank Zebib. Esophageal Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150 (6): 1368-1378.

*Residente Medicina Interna (R-IV). Clínica Unión Médica. Santiago De los Caballeros. Rotante por el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

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 remitiesen ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, escribalos en letras los que sean hasta doce.

* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".