



FUNDADA EN 1902

DR-ISSN-0254-4504

ADOERBIO 001

Revista Médica Dominicana

Vol. 81

Mayo/Agosto, 2020

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 Medicure Latinoamericano.

Circulación: 500 ejemplares

Diagramación e impresión:

EDITORA VIMONT SRL.

Tel. 809.531.2644

Miguel Ángel Monclús No.464

Bella Vista, Distrito Nacional, R.D.

© 2016

FUNDADOR

Dr. Rodolfo D. Cambiaso †

DIRECTOR

Dr. Waldo Ariel Suero

EDITOR

Dr. José Zuluaga Alam

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. Incháustegui
1946-1966
Dr. Miguel A. Contreras
1967-1969
Dr. Caracciolo Vargas Genao
1970-1972
Dr. Julio M. Rodríguez Grullón
1972-1973
Dr. Homero Pumaró
1973-1974
Dr. García Pereyra
1974-1975
Dr. Roberto Ureña
1975-1976
Dr. José Garrido Calderón
1976-1977
Dr. Anulfo Reyes Gómez
1978-1979
Dr. Juan Durán 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 2019-2021

Presidente	Dr. Waldo Ariel Suero
1er.Vice-Presidente	Dr. Luis Faringthon
2do.Vice-Presidente	Dr. Rafael de los Santos
3ro.Vice-Presidente	Dr. Justo Nicasio
Secretario General	Dr. Emignio Liria Gonzalez
Secretario Actas	Dra. Miosotte Lázala
Secretario de Finanzas	Dr. Luis Peña Nuñez
Sec. Científico Cultural	Dr. Luis Pichardo
Sec. de Educación Médica	Dr. Rafael Mirabal
Secretario de Acción Gremial	Dr. Luis Ramón de Jesus Nova
Secretario de Rel. Públicas	Dr. Hilario Reyes Perez
Sec. de Planes Sociales & Cooperativismo	Dr. Jose Ramón Morillo Garcia
Secretario de Ética & Calificaciones	Dra. Altagracia Libe Medina
Sec. de Publicaciones & Biblioteca	Dr. José Zuluaga Alam
Sec. de Asuntos Internacionales	Dr. Carlos Roa Álvarez
Secretario de Deportes	Dr. Elvis Florentino
Sec. de Residencias Médicas	Dr. Juan Pablo Lago
Sec. de Asuntos Intersindicales	Dr. Fco. Pichardo Pantaleón
Sec. de Extensión	Dr. Manuel Fernandez Veras
Sec. de la Mujer	Dra. Jacqueline Carrasco
Sec. de Médicos Pasantes	Dra. Nerandry Aquino Linares
Sec. de Médicos Generales	Dr. Johan Francisco
Sec. de Médicos Residentes	Dr. Carlos Oviedo
Pte. Regional del Distrito	Dra. Yocasta Lara
Pte. Regional Sur	Dr. Angel Mateo Gil
Pte. Regional Norte	Dr. Pedro Nicasio
Pte. Regional Este	Dr. Francisco Soriano
Pte. AMIDSS	Dra. Coral Pereyra
Pte. Santo Domingo Este	Dr. Joel Campusano

Tribunal Disciplinario

Pte. Tribunal Disciplinario	Dr. Manaces Peña
Miembro	Dr. Ramon D'Oleo
Miembro	Dr. Rafael Chalas
Miembro	Dr. José Peralta
Miembro	Dra. Maria Rosa Belliard

Suplente Tribunal Disciplinario

Suplente Presidente	Dr. Roberto Geronimo
Suplente	Dr. Nidio Taveras Adames
Suplente	Dr. Juan Pablo Luna Herinquez
Suplente	Dr. Pedro Reyes Vargas



FUNDADA EN 1902

DR-ISSN-0254-4504

ADOERBIO 001

Revista Médica Dominicana

Vol. 81

Mayo/Agosto, 2020

No.2

CONTENIDO

EDITORIAL

5. El camino hacia la eliminación de la malaria. *Rubén Darío Pimentel*

ARTÍCULOS ORIGINALES

9. Frecuencia de injertos de piel en pacientes quemados en edades de 1-15 años. En el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral. *Rafael Rivera Bonilla, Yiraldy Meran, Joelmi Minaya, Andrés Nieves.*
15. Relación de hallazgos transquirúrgicos e histopatológicos en pacientes apendicectomizados Hospital Traumatológico Doctor Ney Arias Lora. *Leandro Ortiz Tejeda, Rubén Darío Pimentel.*
23. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina. *Cynthia Rojas Peguero, Rubén Darío Pimentel, Sandra Valera.*
31. Morbi-mortalidad de recién nacidos hijos de madres diabéticas ingresados en el servicio de perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina. *Mabel Andreina Ramírez Ramos, Evelin K. Medina Félix, Rubén Darío Pimentel.*
43. Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la unidad de perinatología, hospital materno infantil san lorenzo de los mina. *Liliana Caraballo, Evelin K. Medina Félix, Rubén Darío Pimentel*
55. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en el Centro Médico docente Universitario Doctor Bourniga. *Marlenny Martínez, Rubén Darío Pimentel, Bernardo González.*
63. Frecuencia de mieloma múltiple en el servicio de hematología del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Catherine Ruthlyn Muzo Urbáez, Rubén Darío Pimentel, Evelin Mena.*
69. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que

acuden a la consulta de cardiología del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. *Julio Novas Novas, Rubén Darío Pimentel, Fulgencio Severino.*

77. Ketorolaco versus desketoprofeno en analgesia posquirúrgica en pacientes sometidos a laminectomía en el Centro Cardio Neuro Oftalmológico Y Trasplante (CECANOT). *Winy Hernández Núñez, Rubén Darío Pimentel, Carmen Yoselin Nova.*
87. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos con síndrome de guillain barré, en el Hospital Doctor Marcelino Vélez Santana. *Carmen de los Reyes Romero Félix, Rubén Darío Pimentel, Manuel Oscar Mora.*
95. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro Médico Bourniga. *Yakaira María Artilés González, Rubén Darío Pimentel, Benjamín Reyes.*

ARTÍCULO DE REVISIÓN

105. Carcinoma basocelular. *Esmeralda A. Arredondo Adames, Angel Taveras.*

CASOS CLÍNICOS

123. Infarto esplénico secundario a cambio de altitud – altura en paciente falcémico heterocigoto. A propósito de un caso. *José R. Fernández Solano, Evelin Mena Toribio, Catherine Muzo Urbáez.*

BIBLIOGRÁFICA

129. Eficacia y seguridad de ombitasvir, paritaprevir y ritonavir en un estudio abierto de pacientes con infección por el virus de la hepatitis c crónica de genotipo 1b con y sin cirrosis. *Kariana Angelina Guzmán Soriano, Rubén Darío Pimentel, Genis Luis Félix.*
133. Coronavirus

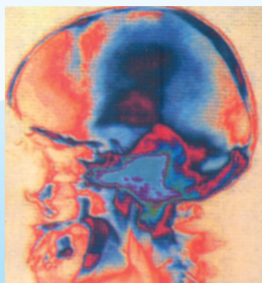
INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES



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

Servicios

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



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

EL CAMINO HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA.

*Rubén Darío Pimentel**

El avance hacia un mundo sin malaria es un proceso continuo, no un conjunto de etapas independientes. Los países, las zonas subnacionales y las comunidades están situados en distintos puntos del camino hacia la eliminación de la malaria, y su ritmo de avance será diferente y dependerá de la cuantía de las inversiones, los determinantes biológicos (relacionados con los grupos afectados, los parásitos y los vectores), los factores ambientales, la fortaleza de los sistemas de salud y las circunstancias sociales, demográficas, políticas y económicas. Con independencia del grado de endemidad, el riesgo de malaria varía mucho dentro de un país o zona, de modo que la misma estrategia no es forzosamente adecuada para todas las circunstancias dentro de un país. A medida que aumenta la cobertura de las intervenciones y se reduce la incidencia de malaria, es probable que aumente la heterogeneidad de las tasas de incidencia y la transmisión. Un criterio fundamental para optimizar las respuestas contra la malaria dentro de un país consistirá en estructurar los programas con arreglo a la estratificación según la carga de malaria y basándose en el análisis de los datos de incidencia anteriores, los determinantes del riesgo relacionados con el huésped humano, los parásitos, los vectores y el medio ambiente, todo ello aunado al análisis del acceso a los servicios. El desempeño de los sistemas nacionales de salud y su adaptabilidad a las nuevas oportunidades son dos determinantes clave del ritmo de avance a lo largo del camino. A medida que los programas de control reduzcan la transmisión a niveles bajos o muy bajos, su objetivo debe dejar de ser la prevención, la detección y el tratamiento de casos para pasar a ser

la prevención, la detección y el tratamiento de cada infección malárica. Esa transición exige contar con unos sistemas fortalecidos y sostenidos de vigilancia epidemiológica y entomológica, requisito que solo puede cumplirse mediante una financiación y un compromiso político sustanciales y prolongados, así como por medio de profundas transformaciones estructurales e institucionales de los programas contra la malaria. La prioridad mayor de todos los países donde las tasas de transmisión son elevadas o moderadas es lograr la reducción máxima de la morbilidad y la mortalidad mediante la implantación sostenida del acceso universal a medidas de control vectorial, medios de diagnóstico y medicamentos antimaláricos de buena calidad y apropiados, junto con la aplicación de los tratamientos preventivos recomendados por la OMS que sean adecuados para las circunstancias epidemiológicas. Esas actividades deben ser respaldadas por sistemas de vigilancia epidemiológica eficaces, una sólida vigilancia entomológica y de la eficacia de los medicamentos y unos programas sólidos de comunicación de salud pública y de cambio comportamental.

En los países donde hay grandes posibilidades de transmisión, la aplicación óptima de todas las intervenciones idóneas dará por resultado descensos acentuados de las tasas de morbilidad y mortalidad, pero ello no bastará para eliminar la malaria. En estas circunstancias, se necesitarán otros instrumentos para acelerar el avance. En estos momentos se están desarrollando muchos instrumentos nuevos que podrán aplicarse en los próximos cinco a 10 años (véase «Aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones»). En cuanto los programas hayan reducido la transmisión a niveles muy bajos,

*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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

deberán evaluar la factibilidad técnica, operativa y económica de la eliminación, así como la capacidad programática —en particular la capacidad de los sistemas de vigilancia para seguir de cerca y atender cada caso de infección malárica— para eliminar todas las infecciones maláricas. Además de las consideraciones, los recursos y la preparación de un determinado país, habrá que tener en cuenta la situación de los países vecinos y el riesgo de importación de la malaria. A medida que los programas se acerquen a la eliminación o traten de evitar que la transmisión vuelva a establecerse, es preciso que los servicios generales de salud, lo

mismo públicos que privados, detecten y traten todos los casos de infección malárica y los comuniquen como una enfermedad de notificación obligatoria al registro nacional de malaria. Los pacientes a quienes se diagnostica la malaria deben ser tratados rápidamente con antimaláricos eficaces para evitar muertes evitables y reducir la probabilidad de que la transmisión continúe en la comunidad. Además, se deben mantener sistemas de vigilancia entomológica con el fin de introducir o modificar, según sea necesario, intervenciones apropiadas de control vectorial.



ARTÍCULOS ORIGINALES



FRECUENCIA DE INJERTOS DE PIEL EN PACIENTES QUEMADOS EN EDADES DE 1-15 AÑOS. EN EL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL.

Rafael Rivera Bonilla, * Yiraldy Meran,** JoelmiMinaya,*** Andrés Nieves.****

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con la finalidad de determinar la frecuencia de injertos de piel en pacientes quemados en edades de 1-15 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral octubre-diciembre 2016. El universo estuvo constituido por 88 pacientes con quemaduras. Para la obtención de los datos, se utilizó un cuestionario, encontrando que el grupo de edad más afectado en cuanto a quemaduras fueron los pacientes de 1 a 5 años con un 59.09 por ciento. Por otro lado, el sexo más afectado respecto a quemaduras fue el masculino con 51 casos para un 57.95 por ciento. De la totalidad de pacientes pediátricos quemados, solo 11 pacientes fueron injertados equivalente a 12.5 por ciento. De estos, el grupo de edad más injertado fueron los pacientes de 11 a 15 años con un 45.45 por ciento, el sexo de mayor injertía de piel fue el masculino con un 72.73 por ciento, en relación a la causa de quemadura que más requirió injertía de piel se correspondió a la escaldadura para el 72.72 por ciento. En cuanto a la obtención del injerto de piel, en el 100 por ciento de los pacientes fue autoinjerto de piel.

Palabras clave: injertos, quemaduras, pediátricos, frecuencia.

ABSTRACT

A descriptive, prospective, cross-sectional study with the purpose of determining the frequency of skin grafts with burn patients between the ages

of 1-15 in the Hospital Infantil Dr. Reid Cabral. October-December 2016. The study consisted of 88 patients with burns. The questionnaire was used, finding that the most affected group, in regards to burns, was the patients between 1 to 5 years of age with a 59.09 percent. On the other hand, the most affected sex in relation to the burns was the male with with 51 cases for a 57.59 percent. Of the total number of pediatric patients burned, only 11 patients were grafted for an equivalent of 12.5 percent. From these, the age group most grafted were the patients between 11 and 15 years of age with a 45.45 percent, the sex with the greatest frequency of skin graft was the masculine with a 72.73 percent. In terms of the etiology of the burn, that took the most skin grafts, it was the thermal skin for a 72.72 percent. In regards to the type of skin grafts, the skin autograft was used with 100 percent of the patients.

Key words: grafts, burns, pediatrics, frequency.

INTRODUCCIÓN

El injerto de piel es resultado de la separación completa de una fracción de piel desde un sitio donante, privándolo en su totalidad de aporte sanguíneo, para luego ser transferido a un lecho receptor le provea los nutrientes necesarios para la viabilidad de las células trasplantadas; estos tienen como finalidad restituir la función (en caso de afección de miembros), reparar la pérdida de piel y su corrección estética.

El grupo más vulnerable en lesiones por quemaduras son los más jóvenes; casi la mitad de las víctimas quemadas en los Estados Unidos se encuentran por debajo de los quince años de edad.

De Óleo y colaboradores con la finalidad de

*Residente de 2do año de Cirugía General

**Residente de 2do año de Urología

***Residente de 1er año de Ginecología

****Cirujano Plástico, Director de la Unidad de Quemados del hospital Infantil Robert Reid Cabral.

determinar la frecuencia de incidentes en el hogar, realizaron un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal; en la sala de urgencias de pediatría del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina de San Cristóbal, en el año 2010. El universo estuvo conformado por 3,195 niños menores de 15 años de edad, en este se determinó que 76 de los casos analizados sufrieron alguna especie de accidente en el hogar, de estos 7,9 por ciento correspondió a pacientes quemados, donde el rango de edad más afectado fue de 1 a 4 años.

Regalado y colaboradores en el año 2011, determinaron la tendencia de los incidentes del hogar, en niños residentes del barrio Vietnam de Cristo Rey, en el periodo enero-agosto 2010; obteniendo resultados que arrojaron la edad más afectada, la cual correspondió a niños entre 1-4 años de edad (36.2%), seguido del rango de edad de 10 a 14 años (32.5%). Los niños de madres con nivel de escolaridad primaria fueron los más accidentados (44.9%). Las áreas anatómicas más afectadas según el estudio fueron, en primer lugar, la cabeza (52.5%), seguida de los miembros inferiores (28.7%).

Alcántara y colaboradores realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal sobre la frecuencia de accidentes domésticos en pacientes menores de quince años de edad en sector Lava Pies, zona urbana de San Cristóbal, durante los meses enero-julio de 2015. La muestra contó con 201 menores de 15 años de edad en 164 hogares del sector ya mencionado, donde se concluyó que el grupo de edad más afectado, fueron los menores de 1 a 4 años de edad (35.4%), el sexo más afectado fue el masculino (51.9%). Las quemaduras representaron 9.5 por ciento de los casos estudiados, mientras que las quemaduras de etiología eléctrica representaron 1.2 por ciento. En relación a la escolaridad de las madres, se evidenció que los niños de madres con escolaridad secundaria fueron los más afectados (46.8%), seguido de los hijos de las madres universitarias para un (31.6%).

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio, prospectivo, descriptivo y de corte transversal con el propósito de determinar la frecuencia de los injertos de la piel en los pacientes quemados en edades de 1 a 15 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, octubre-diciembre 2016.

Ámbito de estudio

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Quemados ubicada en el tercer nivel del Hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral. Establecimiento de salud de 3er nivel de atención, sin fines de lucro, con funciones asistencial y docente. Especializado en pediatría, correspondiente a la red pública del sistema nacional del servicio de salud con cobertura de referencia nacional, ubicado en la región 0 (región metropolitana de salud). Se sitúa en la Avenida Abraham Lincoln No. 2 y está delimitado al Norte por la Avenida Independencia, al Sur por la Calle Paul P. Harris, al Este por la Avenida Abraham Lincoln y al Oeste por la Calle Horacio Vicioso. Se encuentra en el Distrito Nacional, República Dominicana (ver mapa cartográfico y vista aérea).

Universo

El universo de estudio estuvo comprendido por 88 pacientes quemados en edades de 1 a 15 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo octubre-diciembre 2016.

Muestra

La población estuvo comprendida por 11 pacientes quemados e injertados en edades comprendidas entre 1 a 15 años de edad en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo octubre-diciembre 2016.

Criterios de inclusión

1. Pacientes quemados de ambos sexos.
2. Pacientes quemados en edades comprendidas entre 1-15 años de edad. Pacientes cuya quemadura califique para la colocación de un injerto de piel.

Criterios de exclusión

1. Pacientes quemados en la unidad de cuidados intensivos.
2. Pacientes con antecedentes mórbidos que afecten de manera negativa el éxito en la colocación del injerto de piel.

Instrumento de recolección de datos

Luego de someter el anteproyecto ante la oficina de tesis para obtener su aprobación, procedimos

a solicitar formalmente la autorización del departamento de enseñanza del hospital a fin de que se aprobara la investigación en dicha institución. Se elaboró un formulario de recolección de datos el cual incluía las variables del estudio y que estuvo constituido por 13 preguntas, 3 abiertas y 9 cerradas.

Procesamiento

Una vez obtenida la autorización, se accedió a la Unidad de Quemados y se inició el levantamiento de la información por parte de los investigadores mediante la revisión de los expedientes clínicos y el llenado de los formularios que permitían responder las variables del estudio. Para cumplir con este propósito, se realizaron varias visitas a la Unidad de Quemados, dos veces a la semana principalmente los martes y los jueves (días en los cuales se realizaban los injertos de piel) en el periodo octubre-diciembre 2016.

Análisis

Obtenidos los datos, procedimos al procesamiento y análisis de los mismos mediante técnicas de frecuencia simple y porcentajes, haciendo uso de los programas EpiInfo y Microsoft Excel 2013. Finalmente, se relacionaron los resultados con los presentados en los antecedentes antes citados y del marco teórico para posteriormente elaborar las conclusiones y recomendaciones de lugar.

Principios éticos

Esta investigación está realizada en base a los principios éticos establecidos, de Autonomía. Beneficencia. Justicia. Confidencialidad. No maleficencia

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de injertos de piel en pacientes quemados en edades de 1 a 15 años. En el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, octubre-diciembre 2016.

Pacientes ingresados quemados	Frecuencia	%
Injertados	11	12.5
No injertados	77	87.5
Total	88	100.0

Fuente: Información obtenida de los expedientes clínicos pacientes por el equipo de investigadores en fecha enero 2016

Tabla 2. Distribución de los pacientes injertados según la edad:

Edad (años)	Frecuencia	%
1-4	3	27.3
5-9	3	27.3
10-14	5	45.4
15	0	0
Total	11	100.0

Fuente: IBIDEM

Cuadro 3. Distribución de los pacientes injertados, según el sexo:

Sexo del paciente	Frecuencia	%
Femenino	3	27.3
Masculino	8	72.7
Total	11	100.0

Fuente: IBIDEM

Cuadro 4. Distribución de los injertos de piel, según etiología de la quemadura:

Etiología de la quemadura	Frecuencia	%
Eléctrica	3	27
Térmica	8	73
Total	11	100.0

Fuente: IBIDEM

Cuadro 6. Distribución de los pacientes injertados, según el grado de quemadura:

Grado de quemadura del paciente	Frecuencia	%
Segundo grado	4	36.4
Tercer grado	7	63.6
Total	11	100.0

Fuente: IBIDEM

Cuadro 8.1. Tipo de injerto de piel utilizado en los pacientes injertados:

Tipo de injerto de piel utilizado	Frecuencia	%
Autoinjerto	11	100.0
Total	11	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 10. Tipo de injerto de piel utilizado de acuerdo al espesor en los pacientes injertados:

Tipo de injerto de piel utilizado según su espesor	Frecuencia	%
Espesorparcial	11	100.0
Total	11	100.0

Fuente: IBI

DISCUSIÓN

Debido a que los pacientes pediátricos son el grupo más vulnerable en cuanto a quemaduras, por la complejidad que significa tratar de manera correcta y oportuna cuando se presenta un paciente pediátrico quemado con el objetivo de conseguir la menor cantidad de secuelas posibles; es menester entender y poner más en práctica del injerto de piel como pilar principal en el tratamiento de quemaduras de estos pacientes. En este estudio se evidenció que a pesar de contar con un universo de 88 pacientes quemados, de los cuales 67 cumplieron con criterios de inclusión para, sólo 11 pacientes recibieron injertos de piel en nuestro período de estudio, correspondiéndose a 12.5 por ciento, poniendo de manifiesto una baja frecuencia de dicho tratamiento.

El rango de edad más afectado por quemaduras, y por consiguiente el más injertado fue el de 10 a 14 años con un 45.4 por ciento, lo que difiere con los resultados del estudio realizado por De Oleo y colaboradores en la sala de urgencias de pediatría del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el año 2010, donde la edad más afectada fue de 1 a 4 años. Asimismo, un estudio realizado por Regalado y colaboradores en los residentes del barrio Vietnam de Cristo Rey, obtuvieron resultados que arrojaron que la edad más afectada por quemaduras fue de 1 a 4 años, coincidiendo con las investigaciones de De Oleo y colaboradores.

En cuanto al sexo, el más afectado fue el masculino con un 72.7 por ciento, concordando con los resultados del estudio realizado en el sector de Lava Pies, zona urbana de San Cristóbal, en el periodo enero-julio 2015 por Alcántara Morillo y colaboradores, donde el sexo más afectado también fue el masculino con un 51.9 por ciento.

Al analizar los datos obtenidos en nuestra

investigación referente a la edad y el sexo más afectado, y ver que difieren de otras investigaciones en cuanto a la edad más afectada, pudimos determinar que la población pediátrica más afectada por quemaduras fueron los adolescentes masculinos. Esto sugiere que estos accidentes son debidos a la curiosidad característica de la adolescencia, con predominancia el sexo masculino, que los lleva a experimentar cosas nuevas, hechos que, en la mayoría de las situaciones (como se demostró en el estudio) pone en riesgo su integridad física. Además de esto, el incidente que le produjo la quemadura al masculino adolescente no ocurrió en el hogar, sino en el exterior, esto explica la no concordancia en cuanto a la edad de otros estudios.

En relación a la etiología de la quemadura, en esta investigación la más frecuente fue la térmica en un 72.7 por ciento, de tal manera, fue el tipo de quemadura que más se llevó a injertía de piel. Coincidiendo con los resultados obtenidos de la investigación de Dieguez y sus colaboradores en pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Profesor Doctor Juan Garrahan, en el periodo comprendido entre el 2013-2015 con quemaduras de tipo faciales de cualquier etiología, se determinó que las quemaduras por fuego directo fueron las más frecuentes con un 63 por ciento.

Referente al grado de quemadura, nuestro estudio arrojó a lo antes citado que la quemadura que más se injerto con un 63.64 por ciento fue la de tercer grado superficial. Coincidiendo con la investigación realizada por Jaimes y demás colaboradores en la unidad de quemados del hospital Municipal de Santander localizado en Colombia en el periodo que abarca desde enero del 2009 hasta diciembre del 2014, dicha investigación arrojó que su población de estudio con quemaduras químicas poseía con más frecuencia quemaduras de tercer y segundo grado. Estos resultados comprueban que son las que más se llevan a la colocación de injerto de piel debido a que suele haber destrucción completa de la dermis y no reepitalizaran de manera adecuada, por ende, no podrán curar por si solas, sino es bajo un sometimiento quirúrgico, para lograr los más óptimos resultados.

En nuestra investigación el tratamiento con los

injertos de piel de grosor parcial fue utilizado en un 100 por ciento de los pacientes, corroborado con lo expuesto por Charles Brunicardi y colaboradores en el libro de Principios Básicos de Cirugía de Schwartz en su novena edición donde estos explican que los injertos de espesor total no son prácticos para la mayor parte de heridas por quemadura, y por tanto se obtienen autoinjertos de espesor parcial con un dermatomo eléctrico, los cuales proporcionan cubiertas de la herida más duraderas y con mejor aspecto estético.

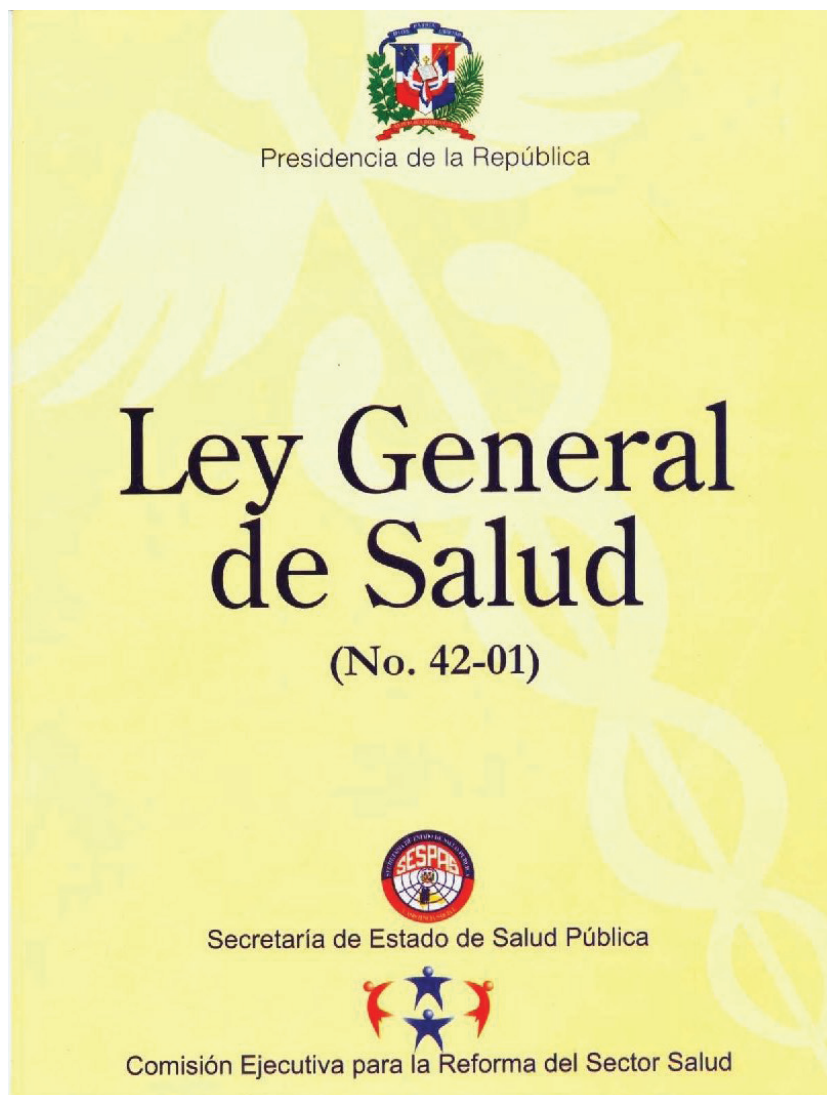
Respecto a la efectividad del injerto de piel, nuestro estudio arrojó que estos fueron positivos en el 100 por ciento de los casos, definiendo así la eficiencia del injerto de piel. Confirmando lo expuesto por Dieguez y colaboradores, los cuales realizaron un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Profesor Doctor Juan Garrahan, desde el 2013 hasta el 2015 con quemaduras faciales de cualquier etiología. En este estudio, la integración de los injertos de piel realizados fue de un 100 por ciento.

REFERENCIAS

1. Chuquimia Gabriela, Tito Erika. Injertos de piel y cartílago. Revista de Actualización Clínica Investiga (revista de internet) 2012 (acceso 17 de septiembre de 2016); volumen (16). Disponible en: http://revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000100006&script=sci_arttext
2. Marquis John, McCarthy Joseph, et al. Facial buns. Reconstructive Plastic Surgery. Second edition. USA: W. B. Saunders; 1977. Página 1,595.
3. De Óleo F., Martes R., Soto I., Darío R. Frecuencia de accidentes en el hogar en niños que asisten a la sala de urgencias de pediatría del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Revista Médica Dominicana, 74 (1), 99-104, 2010.
4. Regalado J., Rodríguez N., Pineda A., Darío R. Accidentes en el hogar de niños que residen en el barrio Vietnam de Cristo Rey. Revista Médica Dominicana, 72 (3), 33-37, 2011.
5. Alcántara J., Alcántara C., Mateo S., Darío R. Accidentes domésticos en menores de 15 años del sector de Lava Pies, zona urbana del municipio de San Cristóbal. Revista Médica Dominicana
6. Solís F., Domic C., Saavedra R., González A. Incidencia y prevalencia de las lesiones por quemaduras en menores de 20 años. Revista Chilena de Pediatría, 85(6), 2014.
7. Blacio K. Quemaduras en los pacientes pediátricos atendidos en la Unidad de Quemados del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala durante el segundo semestre del 2014. [Tesis de grado]. El oro, Ecuador. Universidad técnica de Machala; 2014.
8. Zapata Sirvent RL, Jiménez Castillo CJ, Besso J, editores. Quemaduras. Tratamiento crítico y quirúrgico. Actualización 2005. Caracas: Editorial Ateproca; 2005.p.429.
9. Zapata R. Reconstrucción del paciente quemado. Clasificación y manejo de áreas específicas. 2005. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ramon_ZapatSirvent/publication/280777990_Reconstruccion_del_paciente_quemado_Clasificacion_y_manejo_de_areas_especificas/links/55c69c7b08aea2d9bdc548d7.pdf
10. Céspedes V., García R. Índice camagüeyano de pronóstico en el niño quemado. Revista AMC de Cuba, 5(5), 2015.
11. Brüel Annemarie, Ilso Erick, Trantum-Jensen Jorgen, Qvortrup Klaus, Geneser Finn. Geneser Histología 4ta Edición. Madrid España: Editorial Médica Panamericana; 2015. p.444

CONSULTE

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



RELACIÓN DE HALLAZGOS TRANSQUIRÚRGICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DOCTOR NEY ARIAS LORA.

Leandro Ortiz Tejeda, * Rubén Darío Pimentel. **

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de determinar los hallazgos transquirúrgicos e histopatológicos en pacientes apendicectomizados en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016. El 5.91% de los pacientes se le realizó apendicectomía. El 44.7 por ciento tenían de 20-29 años. El 50.2 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino. El 39.9 por ciento estaban en etapa II de hallazgo transquirúrgico. El 43.6 por ciento de los pacientes estaban en etapa II según anatomopatología. De los 136 pacientes en fase complicada, el 56.6 por ciento correspondieron al sexo masculino.

Palabras clave: Hallazgo transquirúrgico, anatomopatología, apendicectomizado.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective study was carried out in order to determine transurgical and histopathological findings in appendicectomized patients at the Dr. Ney Arias Lora Traumatologic Hospital, 2012-2016. 5.9 percent of patients underwent appendicectomies. 44.7 percent of patients were 20-29 years old. 50.2 percent of the patients corresponded to the male sex. The 39.9 per cent of the patients were in stage II transurgical finding. 43.6 percent of the patients were in stage II as pathology. 56.6 perccent of 136 patients were men undeer a complicated phase.

Key words: Transurgical and pathological findings, appendicectomized.

INTRODUCCIÓN

Cerca de 7 a 8 por ciento de las personas en los países occidentales presentan apendicitis en algún momento de su vida.¹ Existe una mayor tendencia de presentación en el sexo masculino con una tasa hombre-mujer de 1.4:1. El pico de incidencia se encuentra entre los 10 y los 30 años de edad aproximadamente, el 70 por ciento de los pacientes es menor de 30 años.

Sin embargo, en los extremos de la vida también se presenta, con una mayor tasa de perforación debido a que el diagnóstico es más complicado. La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y la intervención temprana mejora considerablemente los resultados. El diagnóstico de la apendicitis puede ser complicado, por lo que, un alto nivel de sospecha es importante para prevenir las complicaciones graves de esta enfermedad.

Desde este escenario clásico y coincidiendo con el desarrollo de la cirugía laparoscópica se llegó a la idea de realizar la apendicectomía laparoscópica que fue realizada y descrita por primera vez por Semm en 1983. Se cuestiona actualmente, la utilidad de la apendicectomía laparoscópica en la apendicitis aguda, sobre todo en los casos muy evolucionados, y los detractores afirman que la apendicectomía abierta es una técnica fácil y rápida que necesita una mínima incisión y el grado de traumatismo que esta provoca puede ser equivalente al acceso laparoscópico.²

Apendicitis es la inflamación aguda del apéndice cecal cuya etiología específica no se puede establecer en la mayoría de los casos. Morfológicamente el apéndice cecal es la continuación del ciego, bajo la

*Cirujano General egresado del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

**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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

forma de un verme con lumen. Las paredes contienen fibras musculares circulares y longitudinales como en el ciego, mientras que la mucosa posee folículos linfoides en su espesor. La obstrucción produce edema y con ella más obstrucción, para cerrar un círculo vicioso. Casualmente el origen de la obstrucción es un fecalito, parásito o cuerpo extraño. La posición del apéndice es retrocecal y retroileal en el 65 por ciento de los casos, descendente y pélvica en el 30 por ciento y retroperitoneal en el 5 por ciento. La irrigación proviene de la arteria apendicular, rama de la ileocólica. La apendicectomía por apendicitis aguda continúa siendo una de las operaciones más frecuentemente practicadas por los cirujanos generales. A pesar de los adelantos tecnológicos, su diagnóstico se basa en la clínica y en la experiencia del examinador. Las diversas formas de presentación hacen que un grupo de estos pacientes requiera de un variable período de observación y, en ocasiones, de una cirugía innecesaria. La introducción de la laparoscopia en el arsenal del cirujano le permite acceder a un diagnóstico precoz y preciso. Más aún, el desarrollo de técnicas de cirugía laparoscópica le permiten extirpar dicho órgano sin tener que recurrir necesariamente a una laparotomía formal. Se ha sugerido que el 10 por ciento de la población general requiere de apendicectomía en algún momento de su vida, existiendo mayor incidencia durante la segunda y tercera década.³

Antecedentes

Rodríguez Fernández, Zenén (2010) realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo de 560 pacientes apendicectomizados, con diagnósticos histopatológicos de apendicitis aguda, egresados del Servicio de Cirugía General del Hospital Docente Saturnino Lora de Santiago de Cuba durante el 2006. El 21.6 por ciento de la serie sufrió algún tipo de complicación, principalmente la infección del sitio operatorio. Las complicaciones aumentaron en relación con la edad y se presentaron más frecuentemente en los pacientes con enfermedades asociadas, estado físico más precario, mayor tiempo de evolución preoperatoria, así como en las formas histopatológicas más avanzadas de la afección (Se incluyen los 4 pacientes fallecidos). La aparición de tales complicaciones puede ser causa de reintervenciones y de aumento de la estadía

hospitalaria en gran medida y entre otros factores, del tiempo de evolución preoperatoria y de la fase en que se encuentre el proceso morbozo al realizar la intervención.⁴

Romel Hilaire et al. (2014), realizó un estudio descriptivo de 720 enfermos egresados con diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda que habían sido operados de urgencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba durante el trienio 2007-2009. La muestra incluyó a 458 operados mediante acceso videolaparoscópico y a 262 operados por laparotomía convencional, donde predominaron los pacientes de sexo masculino de 21 a 30 años, con examen físico preoperatorio ASA II y diagnóstico histopatológico de apendicitis supurativa. En ambas vías de acceso, la evolución preoperatoria fluctuó entre 24 y 48 horas, el tiempo quirúrgico entre 30 y 60 minutos y la estancia hospitalaria entre 4 y 7 días. El promedio de estadía de los operados mediante videolaparoscopia y laparotomía fue 4.6 y 5.4 respectivamente. El porcentaje de complicaciones en operados mediante laparotomía duplicó el de los intervenidos por videolaparoscopia, aunque las infecciones del sitio quirúrgico predominaron en los primeros y los abscesos intraabdominales se presentaron en igual proporción en ambas vías de acceso. El índice de conversión alcanzó el 5.7 por ciento. Hubo un solo fallecido laparatomizado cuya causa de muerte fue sepsis generalizada. La cirugía videolaparoscópica sistemática es un procedimiento seguro para el tratamiento de la apendicitis aguda en cualquier fase evolutiva en que se encuentre el proceso morbozo, con escasa morbilidad posoperatoria y corta estadía hospitalaria.⁵

Padrón Arredondo Guillermo (2011), realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes sometidos a apendicectomía durante el período de tres años. Fueron incluidos los pacientes operados con expediente completo. Se utilizó estadística descriptiva de medidas de tendencia central y porcentajes. Se revisaron 298 expedientes, 43 por ciento femeninos y 57 por ciento masculinos, con un rango de edad de 1 a 72 años. El rango de inicio de los síntomas y su resolución quirúrgica fue de 6 horas a 30 días. El rango de leucocitosis fue de 2,900-27,800/mm³. Se realizaron 125 ecografías. El turno nocturno tuvo la mayor proporción de los casos operados con 45 por ciento. En la clasificación histopatológica, el grado II fue el más frecuente

(33%). La incidencia y resultados demográficos encontrados se ubican dentro de la normalidad para esta patología en hospitales de segundo nivel; no son utilizadas escalas de apoyo diagnóstico reconocidas y validadas, asimismo, es limitado el uso del ultrasonido abdominal a pesar de su alto valor diagnóstico.⁶

Cordero Mena Anieska Del Socorro (2013), realizó un estudio descriptivo, correlacional en el que se revisaron 260 expedientes de pacientes intervenidos por este diagnóstico clínico e histopatológico donde se encontró un 22 por ciento de desacierto, en estos pacientes en el diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda. Cuando se correlacionó la fase clínica encontrada en el Transquirúrgico, el mayor porcentaje de error se encontró en la fase focal aguda en un 52 por ciento y la fase perforada con un 55 por ciento. Además se correlacionó el tiempo de evolución de los síntomas, el tiempo de espera prequirúrgico y el tiempo de evolución posquirúrgica con el diagnóstico histopatológico, encontrándose correlación positiva. Los pacientes que esperaron más de 5 horas para ser intervenidos fueron los que con más frecuencia presentaron fases avanzadas de apendicitis aguda, y por ende fueron los que permanecieron más tiempo posquirúrgico hospitalizados. Como se sabe, esto lleva a mayor riesgo de morbimortalidad en los pacientes, así como a mayor costo para la institución.⁷

Justificación

La apendicectomía por apendicitis aguda es la operación de urgencia más común en los servicios quirúrgicos, pero no está exenta de complicaciones condicionadas por factores poco conocidos, cuya determinación podría disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa. El diagnóstico precoz de la enfermedad y la apendicectomía inmediata con una técnica quirúrgica adecuada previenen la aparición de complicaciones posquirúrgicas y determinan el éxito del único tratamiento eficaz contra la afección más común que causa el abdomen agudo quirúrgico.

El riesgo de muerte por apendicitis aguda no gangrenosa es inferior al 0.1 por ciento, en la gangrenosa de 0.6 por ciento y cuando hay perforación de un 5 por ciento. La morbilidad es de 10 por ciento en todos los pacientes, un tercio de ellos es debido a infección de la herida quirúrgica. La gangrena o perforación aumentan el riesgo de morbilidad hasta cuatro o cinco veces con índices

de infección de la herida de un 15 al 20 por ciento. Por esta razón es necesario desarrollar un buen ojo con el fin de identificar de manera correcta en base a las características macroscópicas en que se encuentra con el fin de procurar el manejo adecuado a la misma. Entendiendo que el diagnóstico posoperatorio es directamente proporcional a la experiencia de quien realiza el procedimiento se hace importante corroborar descrito con la revisión anatomopatológica para afinar nuestro ojo clínico con fines futuros de identificación más precisa de la etapa encontrada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de determinar los hallazgos transquirúrgicos e histopatológicos en pacientes apendicectomizados en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016.

Área de estudio

La investigación fue realizada en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, ubicado en la Avenida Konrad Adenauer, Ciudad de la Salud, Municipio Santo Domingo Norte, Provincia Santo Domingo, República Dominicana. Se delimita al norte por la Av. Konrad Adenauer; al sur, por la Av. Los Restauradores; al este, por la c/ Los Tulipanes y al Oeste, la c/ Alejandro Guillén. (Ver mapa cartográfico).



Universo

El universo estuvo constituido por los 31,804 pacientes que fueron asistidos por Cirugía General en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016.

Muestra

La muestra estuvo conformada por lospacientes que fueron 8253 intervenidos por el servicio de Cirugía General en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 201-2016.

Criterios

De inclusión

1. Todo paciente apendicectomizado en el período de estudio.
2. Adultos (≥ 18 años).
3. Ambos sexos.

De exclusión.

1. Expediente clínico no localizable.
2. Expediente clínico incompleto.

Instrumento de recolección de datos

Se llevó a cabo en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora con el formulario de recolección de los pacientes con diagnóstico quirúrgico de emergencias que fueron sometidos a apendicectomía. Luego de seleccionar los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, producto de la operacionalización de las variables se elaboró un instrumento aprobado por nuestro asesor metodológico.

Procedimiento

Se inició recolección de datos mediante llenado por parte del sustentante del formulario de preguntas cerradas durante mes de julio 2018.

Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados a través de programa computarizado como Excel. Se realizó la tabulación mediante dos métodos paralelos, que son el computarizado, mediante programa informático especializado, y el manual de palotes; para luego realizar una verificación de estos mediante un cruce en sección por sección y obtener un procesamiento fidedigno libre de errores.

Análisis

El análisis se presentó en frecuencia simple.

Aspectos éticos

Los aspectos éticos fueron respetados ya que en ningún momento se utilizaron los datos de índole personal que pudiesen revelara la identidad de algún miembro de nuestra población de estudio. Las informaciones encontradas no serán divulgadas en otras investigaciones, por lo que la confidencialidad, respeto y justicia se mantendrán en todo momento.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de pacientes apendicectomizados Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016.

Apendicectomías	Frecuencia	%
Sí	488	5.9
No	7,765	94.1
Total	8253	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 5.91 por ciento de los pacientes se le realizó apendicectomía.

Cuadro 2. Distribución de los pacientes apendicectomizados en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016 según grupo etario:

Edad (Años)	Frecuencia	%
<20	34	7
20-29	218	44.7
39-39	124	25.4
40-49	54	11.1
50-59	29	5.9
≥ 60	29	5.9
Total	488	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 44.67 por ciento de los pacientes apendicectomizados se encontraban entre 20 a 29 años. El 25.41 por ciento tenía edades comprendidas entre 30 a 39 años.

Cuadro 3. Distribución de los pacientes apendicectomizados en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016 según el sexo:

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	245	50.2
Femenino	243	49.8
Total	488	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 50.2 por ciento de los pacientes correspondieron al género masculino y el 49.8 por ciento al femenino.

Cuadro 4. Distribución de pacientes apendicectomizados Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016. Según hallazgo transquirúrgico

Hallazgo transquirúrgico	Frecuencia	%
Etapa I	111	22.7
Etapa II	195	39.9
Etapa III	68	13.9
Etapa IV	63	12.9
Sana	16	3.3
Plastrón apendicular	5	1.0
Reactiva	30	6.1
Total	488	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 39.9 por ciento de los pacientes estaban en etapa II según el hallazgo transquirúrgico, el 22.7 por ciento en etapa I, el 13.9 por ciento en etapa III, el 12.9 por ciento en etapa IV, el 6.1 por ciento reactiva, el 3.3 por ciento sana y el 1 por ciento como plastrón apendicular.

Cuadro 5. Distribución de pacientes apendicectomizados Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016. Según anatomopatología:

Anatomopatología	Frecuencia	%
Etapa I	133	27.3
Etapa II	213	43.6
Etapa III	49	10.0
Etapa IV	36	7.4
Reactiva	44	9.1
Sin hallazgos	13	2.7
Total	488	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 43.6 por ciento de los pacientes estaban en etapa II según resultado de anatomopatología, el 27.3 por ciento en etapa I, el 10 por ciento en etapa III, el 9.1 por ciento reactiva, el 7.4 por ciento en etapa 4 y el 2.7 por ciento sin hallazgos.

Cuadro 6. Distribución de pacientes apendicectomizados Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016. Según fase complicada:

Género	Frecuencia	%
Masculino	77	56.6
Femenino	59	43.4
Total	136	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

De los 136 pacientes que se encontraban en fase complicada, el 56.6 por ciento correspondieron al género masculino y el 43.4 por ciento femenino.

Cuadro 7. Distribución de pacientes apendicectomizados Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 2012-2016. Según relación de hallazgos transquirúrgicos y anatomopatológicos:

Etapa	Hallazgos	
	Transquirúrgico N (%)	Anatomopatológico N (%)
I	111 (23)	133 (27.3)
II	195 (40)	213 (43.6)
III	68 (14)	49 (10)
IV	68 (14)	36 (7.4)
Sana	16 (3)	44 (9.1)
Reactiva	30 (6)	13 (2.7)
Total	488 (100.0)	488 (100.0)

La etapa II fue el hallazgo más frecuente en ambos aspectos correspondiendo al 40 por ciento en el transquirúrgico y un 43.6 por ciento en anatomopatología. El segundo lugar en frecuencia en ambos correspondió a la etapa I con un 23 por ciento en el transquirúrgico y 27.3 por ciento en la anatomopatología.

DISCUSIÓN

La apendicectomía por apendicitis aguda es el procedimiento de urgencia más común en los servicios quirúrgicos, pero no está exenta de complicaciones condicionadas por factores poco conocidos, cuya determinación podría disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa. El diagnóstico precoz de la enfermedad y la apendicectomía inmediata con una técnica quirúrgica adecuada previenen la aparición de complicaciones posquirúrgicas y determinan el éxito del único tratamiento eficaz contra la afección más común que causa el abdomen agudo quirúrgico,

de cuyo pronóstico depende en gran medida y entre otros factores, del tiempo de evolución preoperatoria y de la etapa en que se encuentre el proceso morboso al momento de realizar la intervención.

Durante este período se realizaron 488 apendicectomías correspondiendo al 5.91 por ciento de los pacientes intervenidos correspondiéndose con un estudio realizado por Ali Z et al en 2018 donde el 8.1 por ciento de los pacientes habían sido sometido a apendicectomía.

El 44.67 por ciento de los pacientes tenían de 20-29 años lo cual difiere de un estudio realizado por Zenén Rodríguez Fernández, en el Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora”, Cuba, en el año 2010, tenían menos de 20 años con un 35.7 por ciento, seguido de 20-29 años con un 30.9 por ciento, siendo más frecuente en pacientes jóvenes.

El 50.2 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino corroborando con un estudio realizado por Padron Arredondo Guillermo, en el Hospital General de Playa del Carmen, México, en el año 2011, 57 por ciento masculinos; en otro estudio realizado por Giancarlo Tafur Albuquerque, el Hospital Li-2 Taropoto, Perú, en el año 2015, el 53 por ciento de predominio en el sexo masculino.

El 39.9 por ciento de los pacientes se encontraban en etapa II de acuerdo con el hallazgo transquirúrgico. En un estudio realizado por Padron Arredondo G, en 2014, la etapa más frecuentemente hallada fue la II con un 33 por ciento seguida de la etapa IV con un 28 por ciento.

El 43.6 por ciento de los pacientes estaban en etapa II según la anatomopatología; en un estudio realizado por Gilberto Rodríguez Herrera, en el Hospital San Carlos, Costa Rica, en el año 2003, estaban en etapa II con un 40 por ciento, casi siendo frecuencias exactas.

El 56.6 por ciento de los pacientes en fase complicada fueron del sexo masculino corroborando con un estudio realizado por Pedziwiatr M, et al en el 2019 donde el 56 por ciento correspondió al sexo masculino y el 44 por ciento al sexo femenino, siendo de esta forma frecuencias exactas.

De acuerdo con la relación de hallazgos transquirúrgicos y de anatomopatología la etapa II fue la más frecuente a diferencia del estudio de Reis do Nascimento Ricardo et al en 2018, donde la

etapa II tuvo una confirmación diagnóstica de 89.2 siendo la etapa III la más frecuente con un 100.0 por ciento de confirmación diagnóstica.

RECOMENDACIONES.

El presente estudio nos permite hacer las siguientes recomendaciones:

1. Capacitar al personal : internos de medicina, residentes y asistentes, sobre el diagnóstico y manejo temprano de la apendicitis aguda.
2. Capacitar al personal y de apoyo acerca del llenado apropiado de los libros de pacientes para evitar la fuga de información.
3. Determinar las principales complicaciones, y realizar un tratamiento oportuno de las mismas, con el fin de evitar problemas de salud posteriores y gastos económicos innecesarios.
4. Analizar cuidadosamente el apéndice cecal en la sala de cirugía por el cirujano, observando los hallazgos macroscópicos externos; con el fin de afinar el diagnóstico posoperatorio.

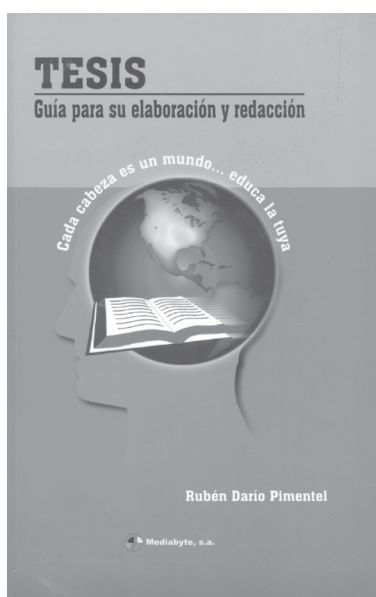
REFERENCIAS

1. Hospital de Emergencias “José Camilo Ulloa”. Departamento de Cirugía. Hejcu.gob.pe [Online]; 2013 [citado 15 de enero 2017]. Disponible en: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/220520141524311.pdf>
2. Caiza Calle Cristian Hernan, apendicectomía laparoscópica frente abordaje abierto en el tratamiento de la apendicitis aguda en el Hospital docente “Alfredo Noboa Montenegro” en el período 2012-2014. Tesis previa a la obtención del título: -cirujano, Ambato-Ecuador 2016.
3. Rodríguez Fernández Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev Cubana Cir. 2010 [Citado 11 de febrero 2017]; 49(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200006&Ing=es&nrm=iso&tlng=es.
4. RomelHilaire, La cirugía laparoscópica en las urgencias abdominales. CirEsp 2014; 75(6): 317-8.
5. Guillermo Padrón Arredondo, Stone R. Acute abdominal pain. Lippincotts Prim CarePract;

- 2011;2(4): 341-357.
6. Chemes de Fuentes C. fmm.unt.edu.ar. [Online]; 2010 [Citado en 15 de enero 2016] Disponible: http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_03.pdf.
 7. Cordero Mena A. Correlación clínico-histopatológica en pacientes intervenidos por apendicitis aguda Hospital Escuela Dr. Roberto. Informe final de tesis monográfica para optar por el título de Especialista en Anatomía patológica. Managua, Febrero 2013.
 8. Hospital de Emergencias “José Camilo Ulloa”. Departamento de Cirugía. Hejcu. gob.pe [Online]; 2013 [citado 15 de enero 2017]. Disponible en: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/220520141524311.pdf>.
 9. Early SA, Pryor JP, Kim PK, Hendrick JH, Kurichi JE, Minogue AM, Reilly PM, Schwab CW. An acute care surgery model improves outcomes in patients with appendicitis. *Ann Surg.* 2006; 244:498-504.
 10. Crovari F, Manzor M. Manual de Patología Quirúrgica. 1st Ed. UC E, editor. Santiago: Ediciones UC; 2014.
 11. Chousleb K, Shuchleib ASC, Shuc. Apendicectomía abierta versus laparoscópica. *Mediagraphic.* [Online];2010 [Citado 20 de enero 2017] Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cge101ad.pdf>. Enero-Marzo; 32(1).
 12. Marques S, Barroso S, Alves O, Magalhaes G, Costa AC, Fernando A. Factores de risco as complicaçõesapendicectomiasem adultos. *RevBrasColoproctologia.* [Seriada en Internet] 2007; 27(1).
 13. NanaA, OuandjiC, SimoensC, SmetsD, Mendes da Costa P. Laparoscopic appendectomies: results of a monocentric prospective and non-randomized study. *HepatoGastroenterology.* 2007; 54(76): 1146-1152.
 14. Chousleb K, Shuchleib ASC, Shuc. Apendicectomía abierta versus laparoscópica. *Mediagraphic.* [Online];2010 [Citado 20 de enero 2017] Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cge101ad.pdf>. Enero-Marzo; 32(1).
 15. Crovari F, Manzor M. Manual de Patología Quirúrgica. 1st Ed. UC E, editor. Santiago: Ediciones UC; 2014.
 16. Gutierrez V, Campos SF. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 4ta. Ed. Mendoza CA, editor. Mexico DF: El Manual Moderno; 2012.
 17. Parrilla P, Landa I. Cirugía AEC/ AEC Surgery. 2nd ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
 18. Lobo E, Mena A. Manual de Urgencias Quirúrgicas. 4ta ed. Lobo E, editor. Madrid: Salud Madrid; 2011.
 19. Brache C, Frontier L. Semiología Quirúrgica: antología de experiencias, textos y casos. 1st ed. Santo Domingo: INTEC; 2007.
 20. Consejo Mexicano de Cirugía General. Tratado de Cirugía General. 2da ed. Morales L, editor. Mexico DF: El Manual Moderno; 2008.
 21. Eslava J, Guevara O, Gomez P. Semiología Quirúrgica. 1ra ed. Eslava J, editora. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
 22. Malagon G. Manejo integral de urgencias. 3ra ed. Garrido A, editor. Bogotá: Médica Pamamericana; 2004.
 23. Jose P. Consulta práctica Clínicas Médicas. 2da ed. Venezuela: MEDBOOK; 2014.
 24. Tevar A, Samson P, Clayton P. Cirugía. 2da ed. Martínez, editor. Cincinnati: El Manual Moderno; 2013.
 25. Peña L. Dolor abdominal. 1er ed. México DF: Médica Panamericana; 2007.
 26. Gutierrez R, Domínguez A, Acevedo J. Medicina de Urgencias. Principales problemas clínicos y su tratamiento basado en la evidencia. 1ra ed. México DF: El Manual Moderno; 2012.
 27. Guzmán S, Cedillo. Fundamentos para el ejercicio de la medicina. Guía para el examen de la Medicina. 3ra ed. Mendoza CA, editor. México DF: El Manual Moderno; 2012.
 28. Guirao X, Alonso S. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. 1ra ed. Guirao X, Arias J, editores. Madrid: Arán Ediciones; 2006.
 29. Cirujanos AAd. Cirugía AEC. 2da ed. Madrid: Panamericana; 2010.
 30. Vallejos C. Scielo. [Online]; 2015 [Citado

- 8 de enero 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262006000200007&script=sci_artext.
31. Solano JC. DSpace. [Online]; 2014 [Citado en 15 de enero 2017] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3945>.
 32. Sandoval J. Repositorio UPAO. [Online]; 2014 [Citado 18 de enero 2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/507/1/sandoval_jean_apendicetom%20%8dc_parosc%20%93pica_abierta_caratula.pdf.
 33. Stefan Sauerland TJEAN. Laparoscopia versus cirugía abierta para la appendicitis presuntiva. Cochrane. [Online]; 2010. Disponible en: <http://www.Cochrane.org/es/CD001546/laparoscopia-versus-cirugia-abierta-para-la-appendicitis-presuntiva>.
 34. Lobo E. Manual de Urgencias Quirúrgicas. 4ta ed. Martínez D, editor. Madrid: Salud Madrid; 2011.
 35. Santos G, Félix C. Fundamentos para el ejercicio de la medicina. Guía para el examen de la Medicina. México DF: El Manual Moderno; 2012.
 36. Estruga. José Antonio Scribd. [Online]; 2014 [Citado el 20 de enero 2017]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/234718965/manual-internos-cirugi-a-UFT-pdf#scribd>.
 37. Parrilla P, José L. Cirugía AEC/ AEC Surgery. 2nd ed. Parrilla P, José L, editores. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
 38. Vega JA. Tratado de Cirugía General. 2da ed. Morales J, editor. México DF: Médica Panamericana; 2007.
 39. Gutierrez L, Carreño L, Avila P, Scraffia C, et al. HospClin 2002; 13(1): 102.
 40. Suárez R, Blanco R, Sánchez P, Mur J, Castello A, Robledo F, et al. Apendicitis aguda complicada. El valor diagnóstico temprano. CirCiruj 1997; 65(3): 65-68.

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.

MANIFESTACIONES INUSUALES EN PACIENTES CON DENGUE INGRESADOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA,

Cynthia Rojas Peguero, * Rubén Darío Pimentel, ** Sandra Valera. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio un estudio, retrospectivo para determinar la frecuencia de las manifestaciones inusuales del dengue en pacientes ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, en el periodo 2011 al 2013. Se encontró que el 7.8 por ciento de los pacientes estudiados con dengue presentaron manifestaciones inusuales, el 66.6 por ciento de las manifestaciones inusuales presentadas por los pacientes fueron hepáticas, el 66.7 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino, el 42.8 por ciento de los de los pacientes tenían una edad entre 1 a 4 años, el 100 por ciento de los pacientes procedían de la zona urbana, el 81.0 por ciento de los pacientes presentaron diagnóstico de ingreso de dengue con signo de alarma, el 66.6 por ciento tenía serología IgG positiva para dengue y que el 80.9 por ciento fueron dados de alta con buena evolución.

Palabras clave: Manifestaciones inusuales, dengue.

ABSTRACT

A retrospective study was conducted to determine the frequency of unusual manifestations of dengue in patients admitted to the San Lorenzo Maternity Hospital of Los Mina, in the period 2011 to 2013. It was found that 7.8 percent of the patients studied with dengue they presented unusual manifestations, 66.6 percent of the unusual manifestations presented by the patients were hepatic, 66.7 percent of the patients were male, 42.8 percent of the patients were aged between 1 to 4 years , 100 percent of

the patients came from the urban area, 81.0 percent of the patients presented a diagnosis of dengue admission with an alarm sign, 66.6 percent had positive IgG serology for dengue and 80.9 percent were given high with good evolution.

Keywords: Unusual manifestations, dengue.

INTRODUCCIÓN

El dengue es la enfermedad viral más importante producida por el virus ARN (arbovirus) del género flavivirus. Es una infección sistémica y dinámica, de carácter endémico epidémico transmitido por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti* el que predomina en nuestro medio.¹ En la región de las Américas constituye hoy en día la arbovirosis más importante en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.²

Es una infección muy extendida que se presenta en todas las regiones, tropicales y subtropicales; en los últimos años la transmisión ha aumentado en zonas urbanas y semiurbanas convirtiéndose en un problema de salud pública, hasta el punto que en la actualidad más de la mitad de la población mundial tiene riesgo de contraer la enfermedad.³

La existencia de diversos serotipos, las características de transmisión por medio a un vector aunado a las condiciones medioambientales, alta densidad poblacional, altos índices de hacinamiento, urbanización mal planificada favorece a que cada cierto tiempo se presenten brotes epidémicos de diversa magnitud provocando diferentes tipos de evolución, la cual puede ser impredecible pero el tratamiento es barato, fácil y efectivo cuando es realizado de forma oportuna y de manera correcta.²

*Pediatra egresada del hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.

**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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

***Pediatra del hospital Materno infantil San Lorenzo de Los Mina.

Es una enfermedad de amplio espectro clínico, incluyendo desde cuadros inaparentes hasta cuadros graves que puede evolucionar de múltiples formas inusuales que son infrecuentes y resultan de la afectación intensa de un órgano o sistema entre las que se encuentran encefalopatías, miocardiopatías o hepatopatías entre otras; que en ocasiones se asocian a extrema gravedad y hasta la muerte.^{2,4}

La situación del dengue en las Américas se ha agravado en los últimos años con el incremento del número de casos y países afectados y una mayor frecuencia de manifestaciones graves del dengue y síndrome de choque por dengue, esta expresión está asociada con la introducción de nuevas variantes genéticas del virus dengue de mayor patogenicidad, la circulación simultánea de varios serotipos, extensión geográfica del *Aedes Aegypti* principal vector del dengue.⁵

Según datos publicados por la Organización mundial de la salud (OMS), estima que en las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Más de 2,500 millones de personas que corresponde a más del 40 por ciento de la población mundial, están en riesgo de contraer el dengue. La OMS calcula que cada año se producen entre 50 millones y 100 millones de infecciones por el virus del dengue en el mundo. Cada año, unas 500,000 personas que padecen dengue grave; niños en una gran proporción y Aproximadamente un 2,5 por ciento fallecen.³

En República Dominicana, el dengue representa una prioridad de salud pública, debido a múltiples factores, entre ellos, la intensa transmisión viral con tendencia creciente, el aumento de la frecuencia de los brotes y la presentación de formas graves de la enfermedad, aunado a que actualmente contamos con la tasa de letalidad por dengue más alta de la región de las Américas, alcanzado una tasa de mortalidad de 0.73 casos por cada mil, además se han reportado alrededor de 5,000 casos de dengue siendo este país el que reporta menos casos de dengue, sin embargo, es una de las naciones con mayor número de muerte a causa de esta enfermedad en comparación con Centroamérica, México, Honduras y otros países.^{3,4}

Diferentes estudios han revelado que las manifestaciones inusuales atípicas del dengue están relacionadas mayormente a la afectación del virus sobre órganos o sistemas.⁸

Antecedentes

La primera referencia de un caso de dengue aparece en una enciclopedia China médica publicada en la dinastía Jin (277 al 420), que describe una especie de agua envenenada asociada a insectos voladores que tras su picadura provoca una fiebre muy elevada.⁴

Esta enfermedad se extiende fuera del África entre el siglo XV y XIX debido al desarrollo de la marina mercante y la creciente migración, lo que ocasionó que las ciudades portuarias crecientes y se urbanizaron, creando las condiciones ideales para el hábitat del mosquito vector.^{4,8}

Existen varias descripciones de epidemias durante el siglo XVII, pero el reporte más antiguo de una posible epidemia de dengue data entre el año 1779 y 1780. El primer reporte de caso definitivo data de 1779 y es atribuido a Benjamin Rush, quien acuña el término de fiebre rompehuesos, por los síntomas de mialgias y artralgias.¹

A principios del año 2000, el dengue se volvió la segunda enfermedad más común de las transmitida por mosquito, que afecta a los seres humanos después de la malaria. Actualmente existen alrededor de 40 millones de casos de dengue y varios cientos de miles de casos de dengue grave cada año.

Brenda Sulay Quiroz et al 2013 realizó un estudio retrospectivo, descriptivo con el objetivo de Identificar las manifestaciones clínicas inusuales en pacientes con Dengue ingresados en el Hospital Escuela Universitario en el periodo de enero 2013 a diciembre del 2014. Resultados. Se estudiaron 250 pacientes con Dengue de los cuales 22 (8.8%) tenían manifestaciones inusuales. En orden de frecuencia son: cardíacas 10 (4%), renal 8 (3.2%), hepática 4 (1.6%). Conclusión Las manifestaciones inusuales de dengue son un criterio de gravedad. En el periodo se presentaron 8.8% de pacientes con dichas manifestaciones siendo las cardíacas las más frecuentes.⁵

González M et al 2013 realizaron un estudio descriptivo de casos, de corte transversal y de recolección retrospectivas de datos, en el departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Santander en Bucaramanga, Colombia, se revisaron 913 expedientes de pacientes diagnosticados con dengue donde se encontraron 168 pacientes (18,5%) en quienes se estudiaron una o

más manifestaciones inusuales, con predominio del sexo masculino en edad escolar, donde 47 pacientes presentaron una sola manifestación inusual, el resto dos o más manifestaciones asociadas, observándose entre las más frecuentes fueron hepáticas, 53 (27%), y neurológicas, 49 (25%), además de renales, 14 (7%); cardíacas, 15 (8%); pulmonares, 18 (9%); colecistitis alitiásica, 18 (9%); síndrome hemofagocítico, 5 (2,5%); pancreatitis, 2 (1%), 21 casos de abdomen agudo (11%), y fallecieron 10 pacientes.⁶

Stave y Herrera Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, en Cartagena, Colombia, desde 2006 a 2011 con el objetivo de describir las manifestaciones inusuales más observadas en pacientes con dengue, durante el periodo del estudio ingresaron 90 pacientes con dengue, encontrando en historias de 26 pacientes descripciones de manifestaciones inusuales del dengue. En orden de frecuencia fueron: hepáticas 73%, colecistitis alitiásica 23% y pancreatitis aguda 4%; no hubo compromisos de otros órganos, los pacientes tuvieron buena evolución y no hubo eventos de mortalidad.⁷

Justificación

El dengue es un problema creciente para la Salud Pública en la República Dominicana y a nivel mundial, debido a varios factores como son; el cambio climático, el aumento de la población mundial en áreas urbanas de ocurrencia rápida y desorganizada, la insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros descubiertos, la inadecuada recolección de residuos que sirven como criaderos de mosquitos. Es de gran preocupación el aumento alarmante de nuevos casos y la frecuencia de las epidemias, contribuyendo a potencial el incremento de la severidad del dengue a pesar de haber tomado medidas estrictas desde el punto de vista epidemiológico.

Con esta investigación se pretende indagar sobre las formas clínicas que no son tan frecuentes llamadas manifestaciones inusuales, involucran afectaciones de órganos y sistemas, presentándose encefalopatías, hepatopatías, miocardiopatías, afecciones renales

entre otros; las cuales pueden ser responsables de la gravedad clínica de la enfermedad; ya que estudios de mortalidad por dengue en regiones donde este es endémico, describen las manifestaciones inusuales o atípicas asociadas mayor gravedad y muerte.^{7,10}

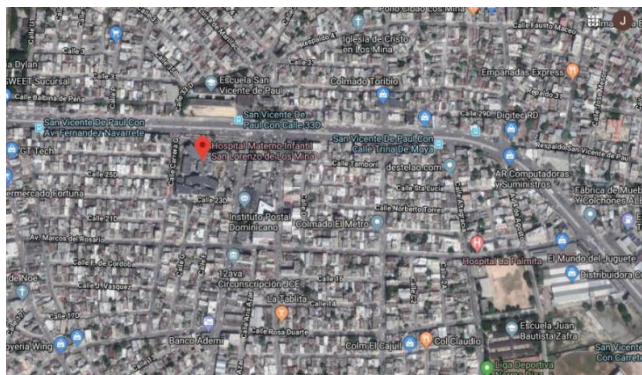
MATERIAL Y MÉTODOS

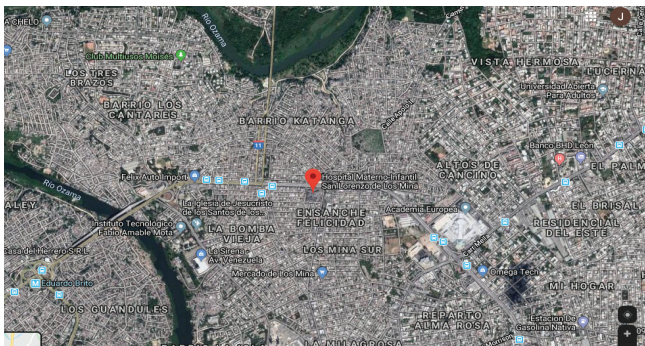
Tipo de estudio.

Se realizó un estudio, retrospectivo para determinar las manifestaciones inusuales del dengue en pacientes ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina en el periodo 2011 al 2013.

Demarcación geográfica.

La investigación fue realizada en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, es un Hospital de 3er nivel, ubicado en el Sector Los Mina, del municipio Santo Domingo Este de la provincia de Santo Domingo, sus límites son: al Norte, con la avenida san Vicente de Paúl; al Este, la avenida presidente Rafael Estrella Ureña, Al Sur, la calle 26-8 y al Oeste, la Calle G. (Ver mapa cartográfico y vista área).





Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo.

El universo estuvo constituido por 8,667 pacientes ingresado en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011- 2013.

Muestra.

La muestra estuvo constituida por 270 pacientes ingresados con dengue en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios

De inclusión.

1. Pacientes ingresados con diagnóstico de dengue.
2. Pacientes con serología positiva IgM para dengue.
3. Pacientes que presentaron manifestaciones diferentes a la definición de casos para dengue de la (OMS).
4. Menores de 15 años de edad.

De exclusión.

1. Expediente clínico no localizable.
2. Expedientes clínico incompleto.
3. Pacientes sin serología realizadas.

Instrumento de recolección de los datos.

Para la recolección de datos se elaboró un formulario con 15 preguntas abiertas y cerradas el cual contiene datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, procedencia y variables relacionadas al tema de investigaciones tales son, manifestaciones inusuales, diagnóstico de ingreso entre otros. (Ver anexo V.4.2. Instrumento de recolección de datos).

Procedimiento.

El formulario fue llenado a través de los expedientes clínicos. Este proceso fue ejecutado por la sustentante.

Tabulación.

La información fue tabulada y computarizada a través de los programas Word y excel. Realizado en el año 2019.

Análisis.

Los datos obtenidos se analizaron en frecuencia simple.

Principios éticos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁴ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³⁵ 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 Materno infantil San Lorenzo Los Mina, aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el Hospital 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. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013.

Manifestaciones inusuales	Frecuencia	%
Si	21	7.8
No	249	92.2
Total	270	100.0

Fuente: expediente clínico.

Cuadro 2. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013. Según manifestaciones inusuales.

Manifestaciones Inusuales	Frecuencia	%
Hepáticas	14	66.6
Pulmonares	3	14.2
Cardíacas	1	4.7
Renales	2	9.5
Neurológicos	2	9.5

Fuente: expediente clínico.

Cuadro 3. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas en el periodo 2011-2013. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	7	33.3
Masculino	14	66.7
Total	21	100.0

Fuente: expediente clínico.

Cuadro 4. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
<1	3	14.2
1-4	9	42.8
5-9	5	23.8
10-15	4	19.1
Total	21	100.0

Fuente: expediente clínico.

Cuadro 5. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013. Según procedencias.

Procedencias	Frecuencia	%
Urbano	21	100.0
Total	21	100.0

Fuente: expediente clínico

Cuadro 6. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013. Según diagnóstico de ingresos.

Diagnóstico de ingreso	Frecuencia	%
Dengue grave	4	19.0
Dengue con signo de alarma	17	81.0
Total	21	100.0

Fuente: expediente clínico

Cuadro 7. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013. Según serología IgG versus IgM.

Serología	Positivo		Negativo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
IgG	14	66.6	7	33.3	21	100
IgM	21	100	0	0.0	21	100

Fuente: expediente clínico

Cuadro 8. Manifestaciones inusuales en pacientes con dengue, ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el periodo 2011-2013. Según evolución.

Evolución	Frecuencia	%
De alta	17	80.9
Defunción	4	19.0
Total	21	100.0

Fuente: expediente clínico

DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios sobre el resultado de Manifestaciones inusuales en pacientes con Dengue.

Del estudio de las Manifestaciones Inusuales en pacientes con dengue ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Minas 2011-2013, se obtuvo que durante el estudio se asistieron un total de 1178 pacientes, de los cuales 270 cumplieron

los criterios de inclusión y 21 pacientes equivalente a 7.8 por ciento presentaron manifestaciones inusuales, relacionándose con el estudio de realizado por Steve y Herrera en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja en Cartagena Colombia 2006-2011, donde se encontraron 26 pacientes con descripción de manifestaciones inusuales del Dengue.⁷

Otro estudio que coincide es el de Brenda Sulay Quiroz en el 2013 al 2014, donde 22 pacientes, para un 8.8 por ciento presentaron manifestaciones inusuales.⁵

En cuanto a las manifestaciones inusuales presentada por los pacientes, la hepática con un 66.6 por ciento fue la más frecuente; esta coincide con el estudio realizado por Méndez y González entre 1992-2004, donde se determinó que la manifestación inusual más frecuente es la hepática.⁶ Al igual que el trabajo realizado por Steve y Herrera en el Hospital Infantil Napoleón Franco Parga en Cartagena Colombia, desde el 2006 al 2011, donde la manifestación inusual más frecuente fue la hepática en un 73 por ciento.⁷

El sexo masculino es el más afectado presentándose en 14 pacientes, para un 66.7 por ciento, este dato coincide con el estudio de Méndez y González realizado en el Hospital de Santanderen, Bucaramanga, Colombia, 1992-2004, donde predominó el sexo masculino.⁶

De la población de estudio, las edades afectadas fueron entre 1-4 años con un 42.8 por ciento. No relacionándose con el estudio de Méndez y González donde la edad escolar fue la más afectada.⁶

En relación a la zona de procedencia la urbana fue la más frecuente en un 100 por ciento, dato importante, ya que las zonas urbanas y semiurbanas son las que con mayor frecuencia se ven afectadas, debido a que en estas zonas existen climas adecuados donde se crean condiciones para la supervivencia y reproducción del vector.²²

Dengue con Signo de Alarma fue el diagnóstico de ingreso más frecuente en un 81.0 por ciento de los casos, datos que se asemejan al resultado del estudio de Méndez y González 1992-2004, donde el diagnóstico de ingreso fue Dengue Hemorrágico hoy en día con la nueva clasificación, Dengue con Signo de Alarma.⁶

Según la serología para dengue el 100 por ciento

de los pacientes tuvieron IgM positiva confirmando el diagnóstico de la enfermedad y el 66.6 por ciento IgG positiva.

En cuanto a la evolución, el 80.9 por ciento fue dado de alta y el 19.0 por ciento falleció, difiere de los resultados encontrados en el estudio de Steve y Herrera en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, en Cartagena, Colombia donde todos los pacientes tuvieron buena evolución y no hubo eventos de mortalidad.⁷

RECOMENDACIONES

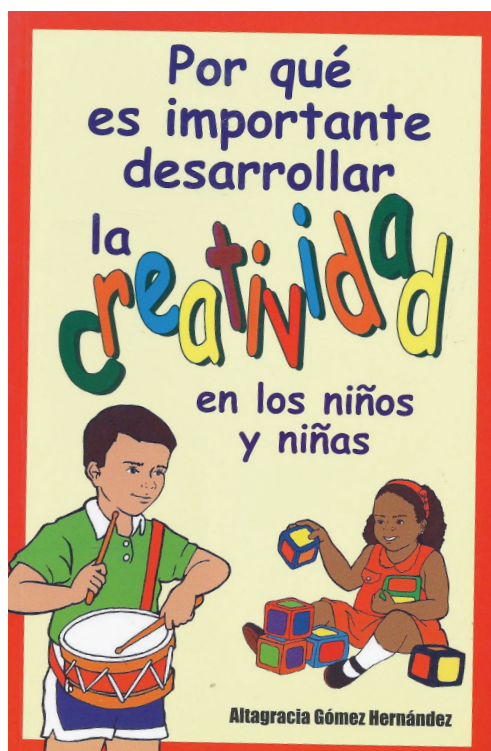
1. Dotar los Hospitales más importantes de salud de equipos diagnósticos para mejorar la calidad y atenciones para el paciente.
2. Capacitar a los profesionales de salud para el adecuado diagnóstico y manejo clínico de pacientes.
3. Ofrecer a los pacientes un seguimiento conforme a la evolución de la enfermedad.
4. Fortalecer e intensificar la vigilancia y control de los vectores, involucrando a la comunidad, los sectores públicos y privados.
5. Campañas de saneamiento ambiental para la eliminación de criaderos.
6. Orientación adecuada a padres o tutores sobre lo que es el dengue, causas, manejo, prevención y cuándo acudir a los hospitales de salud.
7. Enfatizar en los protocolos para dengue el manejo de las manifestaciones atípicas o inusuales.
8. Que se continúe fomentando estudios más extensos sobre el tema con el fin de dar soporte a los hospitales que así lo requieran.
9. Que se apoye la realización de trabajos prospectivos y hacer seguimiento de los casos.

REFERENCIAS

1. Rodríguez N., Machuca M., [et al]. Dengue guía de diagnóstico y tratamiento. Novena edición, República Dominicana. R.P. Impresos, 2010.
2. Betancuard D.P., Cuervo C.I., [et al]. Guía de atención única integral del paciente con dengue. Vol. 16, (5-6), 2010.
3. Dengue y dengue hemorrágico. Organización

- Mundial de la Salud (OMS). Septiembre 2013. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/f.117/es>.
4. Terrero Clemente. La enfermedad del dengue. Tercera edición, República Dominicana, Santo Domingo. R.P. Impresos, 2010.
 5. Brenda Sulay Quiroz; Manifestaciones clínicas inusuales en pacientes con Dengue ingresados en el Hospital Escuela Universitario en el periodo de enero 2013 a diciembre del 2014.
 6. González M; Manifestaciones clínicas inusuales en pacientes con Dengue ingresados en el departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Santander en Bucaramanga, Colombia. 2013.
 7. Stave-Salgado K., Herrera E. Manifestaciones inusuales del dengue hemorrágico en niños. Revista Ciencias Biomédicas, 2013 4(1): 70-74. Consultado en: <http://www.revistacienciabiomedica.com/index.php/recienbio>.
 8. Córdoba C. [et el]. Dengue en pediatría. Revista médica de posgrado, Colombia; 2007, 68: 26-33.
 9. Méndez A., González G. Manifestaciones clínicas inusuales del dengue hemorrágico. Revista Biomédica. 2006: 26(1): 61-70, consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf>.
 10. Uribarren Teresa. Dengue. Consultado en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiología/virología/dengue.html>.
 11. Scott B., Halstead. More Dengue. Más Preguntas Enfermedades Emergentes Infecciosas. Vol. 11, No. 5, may 2010.
 12. Edward C. Holmes, S. Susanna Twiddy. El origen, emergencia y evolución genética del virus del dengue. Edward C. Holmes, S. Susanna Twiddy Infection, Genetics and Evolution 3 (2003) 19–28.
 13. Enrique Mamani, María García y Col. Tipificación Molecular Del Virus Dengue, Durante El Brote Epidémico De Dengue Clásico, Perú, 2005. Rev. Perú Med Exp Salud Publica 22(3), 2005.
 14. Gould EA, Solomon T (February 2008). «Patogenia del flavivirus». The Lancet 371 (9611): pp. 500–9.
 15. Gubler, DJ (2006). «Dengue/dengue hemorrhagic fever: history and current status» (en inglés). Novartis Found Symp 277: pp. 3-16. PMID 17319151. Consultado el 30 de abril de 2013.
 16. Henchal, EA; Putnak, JR (octubre 1990). «The dengue viruses» (en inglés). Clin. Microbiol. Rev 3 (4): pp. 376-96 doi:10.1128/CMR.3.4.376. PMID 222483.
 17. Herfael M. A., Nichel D. G. Manual de cuidados intensivos pediátricos. Cuarta edición, Colombia, Bogotá. Distribuna editorial, 2012: 864-871.
 18. González Saldaña N., Torales A., Barreto D. Infectología clínica pediátrica. Séptima edición, México D.F. Mcgraw-Hill interamericana, 2006: 535-542.
 19. Behrman R.E., Kliegman R.M.; [et al]. Tratado de pediatría. Décima octava edición, México D.F. Mcgraw-Hill interamericana, 2009, vol.I: 1412-1414.
 20. Caracterización Molecular de cepas de Dengue aisladas en epidemias cubanas”. Tesis en opción de grado de doctor en ciencias de la salud rosmery Rodríguez roche Cuba Habana 2005.
 21. Durán C., Lanzat M., Plata J.A. Fisiopatología y diagnóstico del dengue. Revista médica de Honduras, 2010 78(3): 136-141.
 22. Martínez Torres E. Dengue. Revista Estudios Avanzados. Vol. 22, no. 64, 2008: 33-52.
 23. Voyer L., Ruvinsky R., [et al]. Pediatría. Tercera edición, Argentina, Caba. Journal editorial, 2011, vol.I: 782-789.
 24. Vargas M. [et al]. Dengue clásico y hemorrágico, una enfermedad emergente y reemergente en el Perú. Revista médica Hered, 2005, 16(2): 120-140.
 25. Lovera D. [et al]. Dengue guía de manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud de la República de Paraguay. 2012.
 26. Cruz Hernandez M., Jimenez Gonzalez R.; [et al]. Tratado de pediatría. Novena edición, España, Barcelona. Océano editorial, 2008, vol. I: 614-615.
 27. Casado F., Serrano A. Urgencia y tratamiento

- del niño grave. Primera edición, España, Barcelona. Océano, 2008, vol.I: 635-635.
28. Morel M. [et al]. Enfermedades infecciosas, dengue. Tercera edición, Argentina, Buenos Aires. Autónoma editorial, 2013: 10-53.
 29. Rueda E., González A., [et.al.]. síndrome Hemofagocítico Asociado a Dengue. Revista Biomédica. Vol.22, num. 2, 2002. En: http://www.revista_biomédica.org/index.php/biomédica/article/view/1155/1270.
 30. Aedes aegypti Larval Índices and Risk for Dengue Epidemics Lizet Sanchez, Veerle Vanlerberghe, Lázara Alfonso, María del Carmen Marquetti, María Guadalupe Guzman, Juan Bisset, and Patrick van der Stuyft† Aedes aegypti Larval Índices and Risk for Dengue Epidemics.
 31. Hosp.Eital para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidosn: <http://www.cdc.gov>.
 32. Chapter 4, Prevención por infección del virus aedes. CDC Traveler's Health: Yellow Book. Consultado Revista científica médica de Colombia. 2011.
 33. R o d o l f o Pasqualini; Enfermedades infecciosas; Medicina interna; páginas 73 a 75; año 2010.
 34. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2011; VI (2): 321.
 35. 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). Génova, 2002.



MORBI-MORTALIDAD DE RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES DIABÉTICAS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PERINATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

Mabel Andreina Ramírez Ramos,* Evelin K. Medina Félix* Rubén Darío Pimentel.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de determinar la morbi-mortalidad de los recién nacidos hijos de madres diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. La frecuencia de recién nacidos hijos de madres diabéticas fue de 78 casos (8.4%). La edad materna más frecuente estuvo entre 23 - 27 años con 20 casos (25.6%). Las multíparas fueron más afectadas con 56 casos (71.8%). En base a los chequeos prenatales tuvieron chequeos regulares 58 casos (74.4%). En cuanto a los antecedentes maternos el más frecuente fue la preeclampsia con 36 casos (46.1%). En cuanto al tipo de diabetes, se observó a la diabetes gestacional con 53 casos (67.9%). El tratamiento materno más usado fue la combinación de dieta e insulina presentando 22 casos (28.2%). La vía de nacimiento más frecuente fue la cesárea con 56 casos (71.8%). Según condición al nacer 76 nacieron vivos (97.4%). El sexo más afectado fue el masculino con 40 casos (51.3%). El peso más registrado fue el de 2500 - 3999 con 36 casos (46.1%). El puntaje de apgar obtenido más frecuente el de 7- 10 puntos 66 casos (84.6%). Con respecto a la edad gestacional el rango más frecuente fue el comprendido entre mayor o igual a 37 semanas con 41 casos (52.5%). La morbilidad más frecuente fue la prematuridad con 37 casos (47.4%). El tratamiento el más utilizado fueron los antibióticos con 78 casos (100%). En relación a la estancia intrahospitalaria 32 casos (41%), tuvieron una estancia mayor de siete días.

En cuanto al pronóstico 68 casos (87.2%) de alta y 10 casos (12.8%) fallecieron.

Palabras clave: Morbilidad, mortalidad, recién nacidos, hijo de madre diabéticas.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective study was carried out with the objective of determining the morbidity and mortality of newborns born to diabetic mothers admitted to the Perinatology service of the San Lorenzo de Los Mina Maternal and Child Hospital, August 2018- January 2019. The frequency of Newborns children of diabetic mothers was 78 cases (8.4%). The most frequent maternal age was between 23-27 years with 20 cases (25.6%). Multiparous women were most affected with 56 cases (71.8%). Based on prenatal checkups, 58 cases (74.4%) had regular checkups. Regarding maternal history, the most frequent was preeclampsia with 36 cases (46.1%). Regarding the type of diabetes, gestational diabetes was observed with 53 cases (67.9%). The most used maternal treatment was the combination of diet and insulin presenting 22 cases (28.2%). The most frequent route of birth was caesarean section with 56 cases (71.8%). According to condition at birth 76 were born alive (97.4%). The most affected sex was male with 40 cases (51.3%). The most recorded weight was 2500 - 3999 with 36 cases (46.1%). The most frequent apgar score was 7-10 points 66 cases (84.6%). With respect to gestational age, the most frequent range was between 37 weeks or more with 41 cases (52.5%). The most frequent morbidity was prematurity with 37 cases (47.4%). The most commonly used treatment was antibiotics

*Pediatra perinatóloga egresada del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

**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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

with 78 cases (100%). In relation to the hospital stay, 32 cases (41%) had a stay of more than seven days. Regarding the prognosis, 68 cases (87.2%) of discharge and 10 cases (12.8%) died.

Keywords: Morbidity, mortality, newborns, diabetic mother child.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico que debe cursar sin problemas en la madre y el feto. En ocasiones suelen presentarse complicaciones que causan repercusiones y morbilidad para ambos, una de ellas es la diabetes mellitus que puede manifestarse en condiciones distintas ya sea como consecuencia de diabetes pre gestacional (diabetes mellitus tipo I y tipo II) o presentarse durante el embarazo (diabetes gestacional).¹

Antes de la introducción de la insulina en 1922 se informaron menos de 100 embarazos en mujeres diabéticas. Sin embargo los índices de mortalidad materna fueron de cerca del 30 por ciento y la mortalidad neonatal fue mayor al 90 por ciento.²

La diabetes mellitus constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo. Aproximadamente un 90 por ciento de estas pacientes presentan diabetes mellitus gestacional; el restante 10 por ciento está conformado por mujeres con diabetes ya diagnosticadas antes del embarazo (diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y otros tipos).³

La diabetes tiene efectos significativos en el neonato dependiendo de la etapa de gravidez en la que se presenta ocasionando repercusiones negativas que son de interés tanto obstétrico como neonatal, pues se considera como un serio problema de salud que aumenta la morbi-mortalidad materna y perinatal ya sea por anomalías fetales, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad o asfixia fetal llegando incluso a provocar la muerte en los neonatos.¹

Aproximadamente, el cinco por ciento de todos los embarazos cursan con diabetes gestacional, el hijo de madre diabética tiene mayor morbilidad y mortalidad que el resto de la población afectada.⁴

El hijo de una madre diabética crece en un ambiente metabólico alterado, la madre le transfiere al feto

gran cantidad de glucosa, lípidos, aminoácidos.⁵

Entre las diversas patologías del niño, se pueden citar; trastornos metabólicos neonatales (macrosomía fetal, obesidad, hipoglicemia) que dentro de la literatura mundial oscilan entre el 10 – 15 por ciento, hiperbilirrubinemia, malformaciones congénitas, muerte fetal inesperada, sufrimiento fetal, trauma obstétrico, entre otras e incluso la muerte.⁶

Antecedentes

En estudios previos realizados sobre la problemática planteada, podemos citar los que tienen mayor relación con la diabetes sobre la morbimortalidad del recién nacido, como por ejemplo en un estudio realizado por Rojas Ortega M en el 2013 en Perú, donde se obtuvo los siguientes resultados: dentro de las complicaciones se halló en primer lugar la macrosomía en 45 (29%) seguida por la hipoglucemia en 43 (28%), así también como la hipocalcemia en 37 (24%), Hipomagnesemia en 33 (21%), hiperbilirrubinemia en 31 (20%), policitemia en 21 pacientes (13%), dificultad respiratoria en 18 (12%) y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en 12 (8%), además de la trombocitopenia que se evidencio en tres recién nacidos (1.3. En relación al control prenatal 83 (54.61%) pacientes, de las 152 estudiadas, las que tuvieron control prenatal regular, significa que tuvieron seis controles o más durante su gestación. La edad gestacional en promedio fue de 37.12 semanas, el valor mínimo fue de 31 semanas y el máximo de 41 semanas, de los 152 recién nacidos el 24.34 por ciento de los nacidos fue prematuro. El 76 por ciento de los recién nacidos nacieron por cesárea. Solo el ocho por ciento de los recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional presentaron apgar menos a siete al nacer. La prematuridad se dio en el 25 por ciento de los recién nacidos.⁶

Otro estudio realizado en Ecuador en el 2017 por Sotamba Peña R., Dutan Satian O, donde se encontró que el 50 por ciento de las madres diabéticas se encuentran en edad reproductiva, comprendida entre los 19 y 34 años. La diabetes gestacional en el 48 por ciento, seguida de la diabetes mellitus tipo II en el 46 por ciento. El 55 por ciento de las madres si recibieron tratamiento, mientras que el 45 por ciento de las madres no recibieron tratamiento farmacológico de

este 34 por ciento recibieron tratamiento dietético. En el recién nacido la hipoglicemia fue del 32 por ciento, sin embargo la gran mayoría no presento. Dentro de las complicaciones cardio-respiratorias se encuentra la taquipnea transitoria del recién nacido en un 41 por ciento, la miocardiopatía hipertrófica en el 25 por ciento, la asfixia neonatal en un 22 por ciento. La enfermedad de membrana hialina un 15 por ciento. En las complicaciones hematológicas la hiperbilirrubinemia fue del 28 por ciento, dentro de las morfológicas funcionales esta la macrosomía fetal con el 35 por ciento, seguido por la restricción de crecimiento fetal del 17 por ciento. Existió trauma obstétrico en un nueve por ciento de los recién nacidos de madres diabéticas. Conclusión: en el estudio realizado se establece que las complicaciones neonatales tienen dos veces más riesgo de aparecer, en recién nacidos de madres diabéticas.⁷

Rodríguez Fernández J, Díaz A, Amador I, Cabrera I. *Et alen* este estudio realizado el 2017 en Cuba, se concluyó que la diabetes gestacional es mucho más frecuente que la pre gestacional representando un 87.37 por ciento. En cuanto a las complicaciones 165 recién nacidos eran macrosómicos, 85 presentaron restricción de crecimiento intrauterino y 17 presentaron algún tipo de malformación congénita. En cuanto a la mortalidad perinatal 38 recién nacidos fallecieron, de los cuales 26 fueron muerte fetal tardía y 12 muertes neonatal.⁸

De la rosa O, en su estudio realizado en República Dominicana en el 2013 sobre resultados neonatales en hijos de madre diabéticas reportó que de 363 recién nacidos de los cuales 20 correspondían a hijos de madre diabéticas. 75 por ciento de las madres presentaron diabetes en la etapa gestacional. El 60 por ciento de las madres fueron tratadas con dieta. En cuanto al género el 55 por ciento de los recién nacidos eran de sexo femenino. El 80 por ciento de los recién nacidos presento un peso en el rango entre 2500- 3999 gramos. El 65 por ciento de los recién nacidos tenían una edad gestacional de 37 – 41 semanas. El 100 por ciento de ellos tuvieron un pronóstico favorable.⁹

En el estudio realizado por Lucero callupe en Ecuador en el 2017, se encontró que cuanto a los factores de riesgo obstétrico relacionado a diabetes

gestacional, un cuatro por ciento corresponde a óbito fetal, 23 por ciento a macrosomía fetal y 73 por ciento no presentan estos factores de riesgo.¹⁰

En el estudio realizado por Guadalupe J en Perú en el 2017, se reportó lo siguiente: La morbilidad perinatal encontrada fue del 56 por ciento. Las enfermedades encontradas corresponden a trastornos respiratorios 14.66 por ciento, hipoglucemia 10.66 por ciento, hiperbilirrubinemia 12 por ciento, malformaciones congénitas 5.33 por ciento, macrosomía 5.33 por ciento, policitemia 5.33 por ciento y organomegalias 2.66 por ciento. La mortalidad perinatal en cambio fue del 6.66 por ciento.¹¹

Justificación

La Diabetes se considera como una epidemia que afecta a más de 246 millones de personas en el mundo. Se presenta en alrededor del tres al cuatro por ciento de los embarazos. Su importancia radica en que está asociada a complicaciones maternas y perinatales.²

La presente investigación tiene como propósito conocer la morbilidad y mortalidad que presentan los recién nacidos hijos de madres diabéticas y el impacto que causa.

El interés en la investigación se despierta por las posibles repercusiones que se pueden presentar en el recién nacido. En tal sentido, esta investigación a partir de las variables aplicadas servirá para enriquecer los conocimientos y como marco referencial y punto de partida a futuras investigaciones que tengan interés en resolver problemas de esta índole a su vez este estudio respalda la necesidad de crear estrategias basadas en prevención y promoción de salud que tengan como objetivo reducir considerablemente la prevalencia de la morbimortalidad materna y perinatal.

Tomando en cuenta todo lo anterior hemos decidido realizar esta investigación para determinar la realidad de esta enfermedad en nuestro medio y obtener datos estadísticos propios. Al contar en nuestro país con un hospital especializado en brindar atención ginecológica, obstétrica y neonatal, siendo además un hospital de referencia se puede obtener una población real de estudio, información, datos estadísticos que nos den una idea global de nuestro medio.

Para la realización de este estudio de investigación, se contará con recursos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos y de especialistas Pediatras-Perinatologas, necesarios para el desarrollo y la ejecución del mismo.

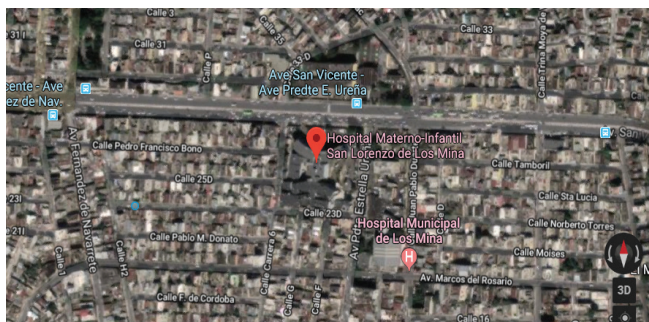
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de determinar la morbi-mortalidad de los recién nacidos hijos de madres diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019.

Área de estudio

El estudio fue efectuado en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, el cual está ubicado en la Avenida San Vicente de Paul número 66, en el sector de Los Mina, del municipio Santo Domingo Este, Delimitado, al norte, por la avenida San Vicente de Paul; al sur, por la calle 23-D; al Este por la Avenida Presidente Estrella Ureña y al Oeste, por la calle Carrera G. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico Mapa / vista aérea

Universo:

El universo estuvo compuesto por 925 recién nacidos ingresados en el servicio de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 78 recién nacidos hijos de madres diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019.

Criterios

De inclusión

1. Hijos de madres diabéticas.
2. Ambos sexos.

De exclusión

1. Recién nacidos que fueron admitidos vía emergencia
2. Expedientes clínicos no localizables
3. Expedientes incompletos.

Instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de un formulario compuesto por 14 preguntas (9 abiertas y 5 cerradas). Las cuales incluyeron datos sociodemográficos como edad materna, número de gesta, chequeos prenatales, antecedentes maternos, condición del recién nacido al nacer, sexo del recién nacido, vía de nacimiento, peso, apgar, edad gestacional. Además de datos sobre la diabetes como: tipo de diabetes materna, tratamiento materno, morbilidad perinatal, tratamiento administrado al recién nacido, estancia intrahospitalaria y pronóstico.

Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de la revisión de los expedientes por la sustentante en Febrero 2019.

Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados con métodos electrónicos computarizados, tales como Microsoft Word Epi- Info.

Análisis

Los datos obtenidos, fueron analizados en frecuencia simple.

Aspecto ético

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²⁰ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²¹El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Materno infantil San Lorenzo de Los Mina, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

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

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de morbi-mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto

2018- Enero 2019. Según frecuencia:

Hijos de madre diabética	No. de casos	%
Si	78	8.4
No	847	91.6
Total	925	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 2. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según edad materna.

Edad materna (Años)	No. de casos	%
<18	11	14.1
18-22	10	12.8
23-27	20	25.6
28-32	13	16.6
33-37	18	23
≥38	6	7.6
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 3. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según número de gesta.

Número de gesta	No. de casos	%
Primípara	22	28.2
Múltipara	56	71.8
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 4. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según chequeos prenatales.

Chequeos prenatales	No. de casos	%
Regular	58	74.4
Irregular	20	25.6
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

En relación al chequeo prenatal 58 (74%) pacientes, de las 78 estudiadas, tuvieron chequeos prenatales regulares, significa que tuvieron seis controles o más durante su gestación. (Tabla y gráfico 4)

Tabla 5. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según antecedentes maternos.

Antecedentes maternos	No. de casos	%
Preeclampsia	36	46.1
Infecciones	31	39.7
HTA	24	30.7
Aborto o Mortinato	14	17.9
Síndrome de HELLP	4	5.1
Eclampsia	2	2.5
Anemia	3	3.8
VIH	2	2.5
Ninguna	2	2.5
Obesidad	1	1.2
Sífilis	1	1.2

Fuente: Instrumento aplicado.

Nota: Una misma paciente puede presentar más de un antecedente.

Tabla 6. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según tipo de diabetes materna:

Tipo de diabetes materna	No. de casos	%
Pregestacional	25	32.1
Gestacional	53	67.9
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 7. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según tratamiento materno.

Tratamiento materno	No. de casos	%
Insulina	20	25.6
Dieta	11	14.1
Dieta e insulina	22	28.2
Metformina	14	17.9
Ninguno	11	14.1
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 8. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según vía de nacimiento.

Vía de nacimiento	No. de casos	%
Cesárea	56	71.8
Parto eutócico	22	28.2
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 9. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según condición al nacer.

Condición al nacer.	No. de casos	%
Vivo	76	97.4
Muerto	2	2.6
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 10. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según sexo.

Sexo	No. de casos	%
Femenino	38	48.7
Masculino	40	51.3
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 11. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según peso.

Peso (Gramos)	No. de casos	%
<1000	3	3.8
1000-2499	21	26.9
2500-3999	36	46.1
≥4000	18	23.0
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 12. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según apgar.

Apgar (puntos)	No. de casos	%
0- 3	9	11.5
4-6	3	3.8
7-10	66	84.6
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

En la tabla y gráfico 10 podemos observar la valoración del apgar. De los 78 recién nacidos, 66 (84.6%) de ellos presentaron un apgar dentro del valor normal mientras que solo 9 (11.5%) presentaron Apgar menor de tres.

Tabla 13. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según edad gestacional

Edad gestacional (Semanas)	No. de casos	%
22- 27	4	5.1
28-33	12	15.3
34-36	21	26.9
≥37	41	52.5
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

Tabla 14. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según morbilidad perinatal:

Morbilidad perinatal	No. de casos	%
Prematuridad	37	47.4
SDR	32	41.0
Macrosomia	18	23.0
TTRN	16	20.5
Hiperbilirrubinemia	10	12.8
Asfixia perinatal	9	11.5
HPP	7	8.9
Sepsis neonatal	6	7.6
Foramen oval	6	7.6
RCIU	4	5.1
Trombocitopenia	3	3.8
Anemia	2	2.5

Sífilis congénita	2	2.5
Fractura de clavícula	1	1.2
Ninguna	13	16.6
Polidactilia	1	1.2

Fuente: Instrumento aplicado

Nota: Un mismo paciente presento más de una morbilidad perinatal.

Tabla 15. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según tratamiento del recién nacido:

Tratamiento del recién nacido	No. de casos	%
Antibióticos	78	100.0
Oxígeno	55	70.5
Surfactante	33	42.3
Alimentación temprana	25	32.0
Observación	16	20.5
Fototerapia	10	12.8
Ventilación mecánica	9	11.5
Nutrición parenteral	7	8.9
sildenafil	7	8.9
Transfusión sanguínea	6	7.6
Dextrosa al 10%	3	3.8
Drogas Vasopresoras	3	3.8
Zidovudina	2	2.5

Fuente: Instrumento de aplicado

Nota: Un recién nacido recibió más de un tratamiento

Tabla 16. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según estancia intrahospitalaria:

Estancia intrahospitalaria (Días)	No. de casos	%
< 1	11	14.1
1-3	22	28.2
4-6	13	16.6
≥7	32	41.0
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento de aplicado.

Tabla 17. Distribución de morbi- mortalidad de recién nacidos hijos de madre diabéticas ingresados en el servicio de Perinatología en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. Según pronóstico:

Pronóstico	No. de casos	%
De alta	68	87.2
Defunción	10	12.8
Total	78	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

DISCUSIÓN

Se tomó un universo compuesto por 925 recién nacidos ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas en el periodo en estudio. De los cuales 78 correspondieron a hijos de madres diabéticas para un 8.4 por ciento. Con esto se puede observar que la población de hijos de madres diabéticas los cuales llegan a ser atendidos en este centro representa un número considerable. Datos que se asemejan al estudio realizado por José Guadalupe en su estudio basado en morbimortalidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo, en Ecuador en el 2013, donde se atendieron 76 pacientes representando un uno por ciento. A nivel mundial la prevalencia de diabetes y embarazo se encuentra alrededor del uno al 14 por ciento esto se debe a los diferentes métodos diagnósticos existentes, por lo que este dato se asemeja a nuestra realidad en igual porcentaje.¹¹

Del total de madres diabéticas atendidas en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo Los Mina según los grupos de edad, el rango más frecuente fue el comprendido entre 23-27 años de edad con 20 pacientes para un 25.6 por ciento. Este dato se correlaciona con el estudio realizado por José Guadalupe en su estudio basado en morbimortalidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo, en Ecuador en el 2013, donde su estudio las mujeres menores de 30 años representan el 36.8 por ciento.¹¹ Esto se puede correlacionar con la creciente incidencia de diabetes mellitus en la población general, malos hábitos alimenticios, estilos de vida sedentarios y falta de planificación familiar.

En relación al número de gestas pudimos observar que las multíparas fueron las más afectadas, en donde se reflejan 56 pacientes para un 71.8 por ciento.

Datos que se relacionan con el estudio realizado por Huilca-Briceño sobre La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2016, donde de 84 pacientes 71 eran multíparas para un 84.5 por ciento. La multiparidad se considera uno de los factores de riesgos para presentar diabetes mellitus.¹⁹

En base a los chequeos prenatales se pudo constatar que prevalecieron aquellas que tenían chequeos regulares, con 58 casos representando un 74.4 por ciento. Datos que se casi se asemejan con el estudio realizado por Salazar M, morbilidad perinatal en el hijo de madre con diabetes gestacional, en México, 2013 donde 45 (55%) pacientes, de las 75 integradas en el estudio, contaron con un control prenatal regular. Tomando como referencia que esto significa que tuvieron seis controles o más durante su gestación.³ Exponiéndose así que la principal condición para hacer un buen manejo de una paciente diagnosticada con diabetes sea pregestacional o gestacional es realizar una observación muy de cerca del feto y de la madre durante todo el embarazo en los chequeos prenatales.

Dentro del grupo de las pacientes estudiadas, encontramos que un gran número de ellas presentaban comorbilidades relacionadas. Donde la más importante y en orden de frecuencia fueron: Preeclampsia 36 casos (46.1%), Infecciones 31 casos (39.7%), HTA 24 casos (30.7%) mientras que los menos frecuentes fueron: la obesidad y sífilis presentando cada una un caso para un uno por ciento. La presencia de preeclampsia se observa con frecuencia en las mujeres gestantes que padecen diabetes mellitus como una complicación a nivel mundial, la misma que se asemeja a nuestro medio y no se aleja de la realidad.

En cuanto al tipo de diabetes encontrada en las madres gestantes, se observó a la diabetes gestacional con 53 casos para un 67.9 por ciento. Datos que se correlacionan con todas las literaturas consultadas. Una de ellas es el estudio realizado por Sotamba, sobre frecuencia de complicaciones en recién nacidos de madres diabéticas, en el 2014 – 2015, en donde la diabetes gestacional fue la más frecuente presentándose en un 48 por ciento.¹ En el estudio realizado por José Guadalupe,

sobre morbilidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo, en Ecuador en el 2013¹¹ los resultados fueron similares, donde el grupo de pacientes con diabetes gestacional fue la más frecuente representando un 67 por ciento, Estos datos encontrados no son separados de la realidad mundial, en donde la diabetes gestacional es más frecuente.

Con relación al tratamiento materno el más usado fue la combinación de dieta e insulina presentando 22 casos para un 28.2 por ciento, datos que difieren con el estudio de Sotamba sobre frecuencia de complicaciones en recién nacidos de madres diabéticas, en el 2014 – 2015 donde el 66 por ciento de las madres recibieron solamente tratamiento farmacológico y solo el 34 por ciento recibió tratamiento dietético.¹

En lo que se refiere a la vía del nacimiento se encontró que el parto cesárea se presentó en 56 casos (71.8%) del total de pacientes gestantes con diabetes mellitus, superando a la vía natural o vaginal del parto que se presentó en un 28.2 por ciento. Esto se debe a que la mayoría es producto de partos distócicos, partos traumáticos, macrosomía fetal, entre otras eventualidades que llevan al a optar por la cesárea como medio de culminación del parto, para no perjudicar el bienestar tanto de la madre como del hijo. Estos datos se correlacionan con el estudio realizado por José Guadalupe en su estudio basado en morbilidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo, en Ecuador en el 2013 en donde la vía del parto fue la cesárea en un 56.58 por ciento.¹¹

Según condición al nacer pudimos observar que de los 78 pacientes, 76 nacieron vivos para un 97.4 por ciento, mientras que 2 de ellos nacieron muertos para un 2.6 por ciento.

El sexo más afectado fue el masculino con 40 casos para un 51.3 por ciento. Mientras que el femenino se afectó en un 48.7 por ciento. Datos que no se relacionan con el estudio realizado por De la Rosa, sobre resultados neonatales en hijos de madres diabéticas, en República Dominicana en el 2012, en donde de un total de 20 pacientes, 11 pacientes para un 55 por ciento pertenecían al sexo femenino.⁹

Con relación al peso el rango más frecuentemente afectado fue el comprendido por los de 2500-

3999 gramos donde se presentaron 36 casos para un 46.1 por ciento. Datos que se relacionan con el estudio de José Guadalupe en su estudio basado en morbilidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo, en Ecuador en el 2013 donde los recién nacidos presentaron un peso adecuado para la edad gestacional en un 64 por ciento.¹¹ Los niños con peso adecuado para la edad gestacional representan la mayoría de casos, pero existe un porcentaje considerable de recién nacidos con peso elevado para la edad gestacional lo cual concuerda con el conocimiento de que los hijos de madre diabética tienden a ser hipertróficos.

De los 78 recién nacidos, 66 (84.6%) de ellos presentaron un apgar dentro del valor normal. Datos que se asemejan al estudio realizado por Rojas Ortega en su estudio basado en hijo de madre diabética, factores de riesgo, morbilidad y mortalidad, Lima Peru 2018, donde apgar normal fue el más frecuente con 139 casos para un 91.45 por ciento.⁶ Estas cifras denotan no solo de un buen seguimiento prenatal, sino también del buen manejo durante el proceso de nacimiento tomando en consideración todas las complicaciones que pueden presentar estos pacientes.

Las pacientes diabéticas pregestacionales y gestacionales tuvieron hijos a término, dentro del rango de edad gestacional mayor o igual a 37 semanas donde se presentaron 41 casos para un 52.5 por ciento. Esta estadística puede deberse a que existe un buen manejo de la parte clínica, ginecológica y obstétrica por parte del profesional que evitan las complicaciones del recién nacido producidas por la diabetes materna y a que las madres gestantes poseen un mejor control durante su embarazo.

Las morbilidades que se presentaron con mayor frecuencia fueron: prematuridad (47.4 %), SDR (41%), Macrosomía (23%), TTRN (20.5%). Se encuentra establecido que la diabetes mellitus predispone a un mayor riesgo de amenaza y parto pretérminos durante el embarazo, lo cual ha quedado demostrado en nuestro estudio. La presencia de morbilidades en los hijos de madres diabéticas al nacimiento son complicaciones muy frecuentes a nivel de la población en general, así como lo reportado en la literatura. La prematuridad estuvo presente en un porcentaje mayor a lo reportado por

otros autores.

Con respecto al tratamiento los más frecuentes fueron: antibiótico (100%), oxígeno (70.5%) surfactante pulmonar (42.3), alimentación temprana (32%).

En relación a la estancia intrahospitalaria de los 78 recién nacidos ingresados 32 casos (41%) de estos tuvieron una estancia prolongada dígase mayor de siete días por complicaciones como prematurez, sepsis y asfixia. Datos que no se relacionan con el estudio realizado por Rojasen su estudio basado en hijo de madre diabética, en Lima en el 2018, en donde los más afectados fueron aquellos que tuvieron una estancia intrahospitalaria corta de uno a tres días.⁶

Los hijos de madre diabética presentaron una mortalidad de 10 casos para un 12.8 por ciento del total de los niños estudiados, datos que se corroboran con el estudio realizado por José GuadalupeGuadalupe, en su estudio basado en morbilidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo, en Ecuador en el 2013, donde la mortalidad representó un 6.66 por ciento.¹¹ La mortalidad perinatal en las diabéticas se ha convertido en un evento menos frecuente que en el pasado, debido a la implementación de programas educativos de detección precoz, tratamiento del trastorno metabólico y a la vigilancia fetal anteparto, a pesar de esto existe aún la probabilidad de muerte.

RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos en esta investigación recomendamos lo siguiente:

Al Servicio Nacional de Salud:

1. Proveer mayor conocimiento de esta patología tanto en primer nivel de atención como en segundo. En primer nivel para que se realice el tamiz metabólico a población obstétrica con factores de riesgo, llegando a un diagnóstico temprano y se dé un manejo multidisciplinario. En segundo nivel se debe dar mayor importancia a madres de hijos macrosómicos, aparentemente sanas; ya que son potencialmente portadoras de diabetes mellitus o intolerancia a la glucosa
2. Proporcionar información, asesoramiento y orientación basados en evidencia para mejorar la prevención y el control de la diabetes

relacionada con el embarazo.

3. Adaptación de guías y protocolos para el tamizaje, la prevención y el control de la diabetes en el embarazo incluyendo el seguimiento durante el posparto y la prevención de diabetes gestacional a futuro.
4. Asegurar la disponibilidad de insulina, otros medicamentos y elementos para el autocontrol

Al Hospital Materno Infantil San Lorenzo los minas:

1. Toda mujer en edad fértil con el diagnóstico de diabetes debe planificar su embarazo de tal forma que se pueda asegurar un buen control metabólico al momento de la concepción y reducir así el riesgo de complicaciones maternas y fetales.
2. Las pacientes diabéticas deben ser instruidas por el equipo de salud acerca de los riesgos que la patología implica para ella y su recién nacido, tanto a corto plazo, como a largo plazo.
3. Las mismas deben recibir educación diabetológica que incluyan información sobre plan de alimentación y modificación de hábitos alimentarios, objetivos del control metabólico, riesgos y complicaciones maternas y neonatales.
4. Tener un adecuado control prenatal, donde se realice una anamnesis y un examen físico completo.
5. Enseñarles a autocuidar su diabetes incluyendo el auto análisis de glucosa en sangre.
6. Diseñar un plan de alimentación saludable durante el embarazo para que así se puedan controlar niveles de glucosa en sangre y peso.
7. La lactancia materna debe ser estimulada.

REFERENCIAS

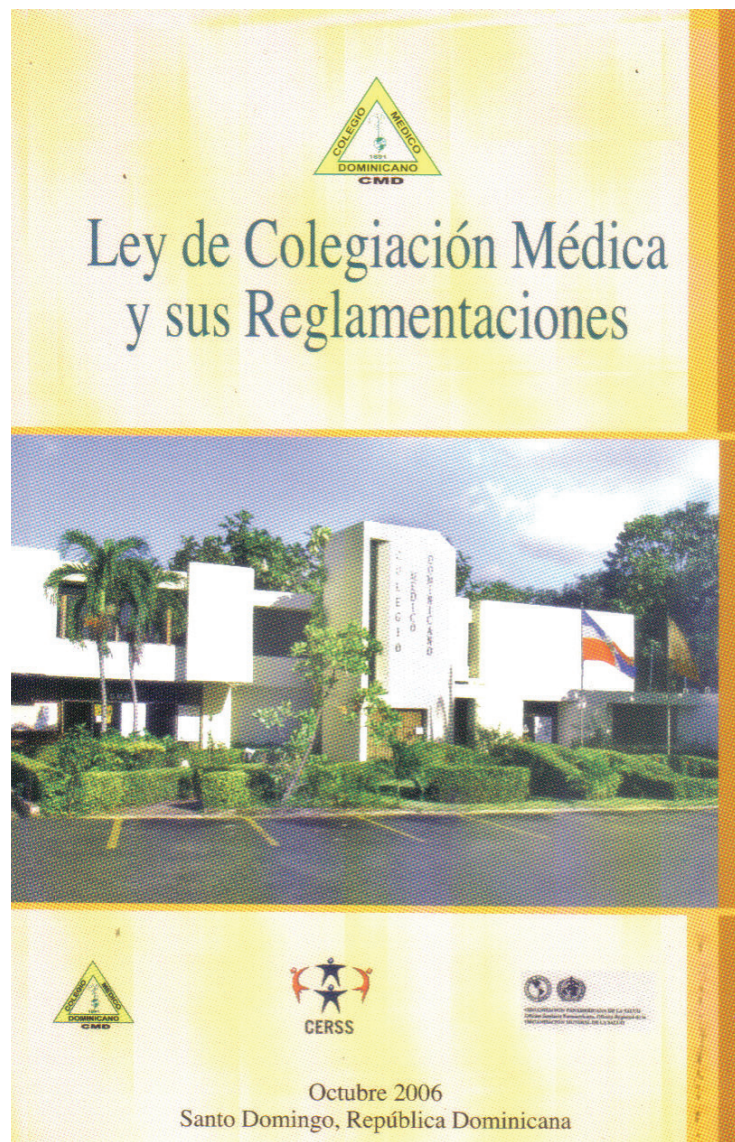
1. Sotamba P, DutanO. Frecuencia de complicaciones en recién nacidos de madres diabéticas atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante el período de enero 2014 a diciembre 2015. [tesis de pos grado]. Ecuador, Enero 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11282/1/T-UCE-0006-006.pdf>

2. Artículo de revista en formato electrónico: Malagon Genaro V, Salcedo M. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal de la diabetes gestacional en una población mexicana. Vol.10, No.6 ISSN: 1857 – 7881, Febrero 2014. Querétaro, México.
3. Salazar M. Morbilidad perinatal en el hijo de madre con diabetes gestacional del hospital issemymtsatélite.Toluca, estado de México, 2013. [tesis de pos grado].
4. Artículo de revista en formato electrónico: Pineda Madora L, Suárez Delgadillo M, Pardo R. Morbimortalidad del recién nacido hijo de madre en estado crítico. Vol. IV, No. 3, septiembre-diciembre 2012 pág. 131-138. Estado de México. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123b.pdf>
5. Arias A. Influencia de la diabetes gestacional en la morbi-mortalidad del recién nacido en el servicio de neonatología del hospital regional docente ambato, en el periodo enero 2000 a diciembre del 2009.Ecuador, 2010. [tesis de pos grado].
6. Rojas Oterga M. Hijo de madre diabética factores de riesgo, morbilidad y mortalidad. Lima, Perú 2018. [tesis de pos grado].
7. Sotamba Peña R., DutanSatian O. Frecuencia de complicaciones en recién nacidos de madres diabéticas atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante el periodo de enero 2014 a diciembre 2015. Ecuador. [tesis de pos grado].
8. Artículo de revista en formato electrónico: RodríguezFernández J, Díaz A, Amador I, Cabrera I.Et al. Caracterización materna-perinatal de las gestantes diabéticas. Archivo de Camagüey, vol. 21, núm. 1, 2017, pp. 854-863 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba.
9. De la rosa O. resultados neonatales en hijos de diabéticas embarazadas asistidas en el servicio de ginecología endocrinológica en el Hospital Maternidad Nuestra Señora De la Altigracia en el periodo Octubre 2012- Abril 2013. [tesis de pos grado]. Santo domingo, Republica dominicana, 2013.
10. Callupe Lucero. Factores de riesgo materno fetal para desarrollar Diabetes Gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2014 y 2015. [tesis de pos grado]. Lima Perú, 2017.
11. Guadalupe J, Robles S. Morbimortalidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo en el Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ahora, Quito. Periodo Enero 2010- Diciembre 2011. [tesis de pos grado]. Riobamba - Ecuador
12. Artículo de revista en formato electrónico: Beltrán A, Torres C, Pereira A, et al. Diabetes pregestacional y sus complicaciones en el feto. Revista salud quintana roo - issn 2007 – 1671, No. 24 / Abril-Junio 2013. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/24/4.pdf>
13. Artículo de revista en formato electrónico: Patiño Cossío N y Col. Educación continuada Hijo de madre diabética. Revista de la sociedad boliviana de Pediatría 47, No 1. Bolivia, 2008.
14. Rodríguez Bonito R. Manual de neonatología. Capítulo 27, Hijo de madre diabética. Tercera edición. Editora McGRAW HILL 2012.
15. Arismendi J, Carmona V, Colmenares A, Gómez D. et al. Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. Nueva Granada. Noviembre 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n2/v20n2a06.pdf>
16. GualupeAcurio J, Robles Abarca S. Morbimortalidad perinatal en mujeres con diabetes y embarazo en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, Quito. periodo enero 2010 – diciembre 2011.Riobamba, ecuador.
17. Hurtado J, Peña M. El neonato de madre diabética. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2014/obstetricia/el_neonato_de_madre_diabetica.pdf
18. Aguirre L. Incidencia de diabetes gestacional y sus implicaciones clínicas en pacientes del Hospital Regional de poza rica, Veracruz 2013. [tesis de pos grado].
19. Huillca-Briceño A. La multiparidad como

factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(1).

20. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2015; VI (2): 321.

21. 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, 2017.



MORBI-MORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS CON PESO INFERIOR A 1500 GRAMOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PERINATOLOGÍA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN LORENZO DE LOS MINA.

Liliana Caraballo, Evelin K. Medina Félix,* Rubén Darío Pimentel***

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo , con el objetivo de determinar la morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018- Enero 2019. La frecuencia de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología, fueron 139 casos (15%). La edad materna más frecuente estuvo entre 23 - 27 años con 36 casos (25.8 %). Las multíparas fueron más afectadas con 95 casos (68.3%). La vía de nacimiento más frecuente fue la cesárea con 93 casos (66.9%). El sexo más afectado fue el femenino con 78 casos (56.1%). El peso más registrado estuvo entre 1250-1500 gramos con 60 casos (43.2%). El puntaje de apgar obtenido con mayor frecuencia fue el de 7-10 puntos 78 casos (56.1%). La edad gestacional el rango más frecuente estuvo entre 28 a 36 semanas con 120 casos (86.3%). En cuanto a los antecedentes maternos el más frecuente fue la preeclampsia con 72 casos (51.7%). La morbilidad que se presentó con mayor frecuencia fue la enfermedad de membrana hialina con 130 casos (93.5%). Con respecto a los corticoides prenatales fueron 33 casos (23.7%), utilizándose con mayor frecuencia la dexametasona. El tratamiento más utilizado fueron los antibióticos con 139 casos (100%). De los recién nacidos ingresados 64 casos (46%) tuvieron una estancia prolongada digase mayor de siete días. En cuanto al pronóstico 90 casos (64.7%) fallecieron. En cuanto a la causa de defunción más frecuente fue el SDR con 68 casos (75.5%).

Palabras clave: Morbilidad, mortalidad, prematuridad, peso bajo.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective study was carried out with the objective of determining morbidity and mortality in newborns weighing less than 1500 grams admitted to the Perinatology Unit of the San Lorenzo de Los Mina Maternal and Child Hospital, August 2018- January 2019. The frequency of newborns weighing less than 1500 grams admitted to the Perinatology Unit, there were 139 cases (15%). The most frequent maternal age was between 23-27 years with 36 cases (25.8%). Multiparous women were most affected with 95 cases (68.3%). The most frequent route of birth was caesarean section with 93 cases (66.9%). The most affected sex was female with 78 cases (56.1%). The most recorded weight was between 1250-1500 grams with 60 cases (43.2%). The most frequently obtained apgar score was 7-10 points 78 cases (56.1%). The gestational age the most frequent range was between 28 and 36 weeks with 120 cases (86.3%). Regarding maternal history, the most frequent was preeclampsia with 72 cases (51.7%). The most frequent morbidity was hyaline membrane disease with 130 cases (93.5%). With respect to prenatal corticosteroids, they were applied in 33 cases (23.7%), with dexamethasone being used more frequently. The most used treatment was antibiotics with 139 cases (100%). Of the newborns admitted, 64 cases (46%) had a prolonged stay, say more than seven days. Regarding the prognosis, 90 cases (64.7%) died. Regarding the most frequent cause of death was the RDS with 68 cases (75.5%).

*Pediatra perinatologa egresada del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

**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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

Keywords: Morbidity, mortality, prematurity, low weight.

INTRODUCCIÓN

El peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad infantil.^{1,2}

Ningún país independientemente de su grado de desarrollo ha logrado estar libre de nacimientos con bajo peso. En países desarrollados, es el recién nacido de muy bajo peso el que más muere en el primer año de la vida.^{3,4}

Se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con peso inferior a 2500 gramos, lo que representa un 10 a 20 por ciento de los recién nacidos vivos, de los cuales un 40 ó 70 por ciento son prematuros.^{3,4,5}

Los recién nacidos con bajo peso son un grupo heterogéneo que comprende tanto a aquellos de término con peso bajo para la edad gestacional, sinónimo de desnutridos intraútero, con retardo del crecimiento intrauterino o pequeños para la edad gestacional (PEG), así como a los prematuros ya sean (PEG), o tengan peso adecuado para la edad gestacional (AEG), además de los productos de embarazos múltiples que presentan hasta un (46%) asociación con bajo peso, pero que han desarrollado todo su potencial de crecimiento para su condición de producto.^{6,7,8}

Entre los múltiples factores asociados al bajo peso al nacer (BPN) se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. Las repercusiones del bajo peso al nacer (BPN) no se confinan solo al período neonatal inmediato o al mediano plazo, ya que el retardo en el crecimiento y desarrollo puede continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse en su descendencia.^{5,10}

La Organización Mundial de la Salud define a un recién nacido pretérmino como a todo aquel nacido antes de las 37 semanas cumplidas (259 días). Entre los factores de riesgo asociados observados, se encuentran edad materna (>35 años), peso al

nacer (<2500 gramos) tienen 40 veces más riesgo de morir en el período neonatal, aumentando 70 por ciento en aquellos niños con menos de 1.500 gramos al nacimiento (muy bajo peso al nacer). Quienes muestran, además, las cifras más elevadas de morbilidad y secuelas en su desarrollo físico e intelectual, déficits que se han observado en estudios de seguimiento a la edad escolar y adolescencia, y que incluso persisten en la vida adulta.^{6,11,12}

Según el reporte del 2018 del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) las muertes de los recién nacidos siguen siendo alarmantemente elevadas a escala mundial, sobre todo en los países más pobres del mundo. La primera posición es ocupada por Pakistán donde la tasa de mortalidad neonatal alcanza un valor de 45.6 por cada 1000 nacidos vivos y en las posiciones mejores, 183 y 184 se encuentra Islandia y Japón con una tasa de sólo una muerte por cada 1000 nacidos vivos. De estos 184 países presentados en el informe, República Dominicana está situada en el puesto 51 con una tasa de 20.8 por mil nacidos vivos. Esta cifra significa que en el país uno de cada 48 recién nacidos muere antes de los 28 días.^{8,13,14}

Los factores que más determinan la sobrevivencia del recién nacido son su madurez, expresada en la edad gestacional y el peso al nacer.^{2,9,15}

El parto prematuro es un problema de salud creciente en todo el mundo, con una incidencia mundial de (11,1%) y diferencias geográficas importantes, que varían entre cinco por ciento en países desarrollados y (18%) en los más pobres.¹

Antecedentes

De los 130 millones de niños que nacen al año en el mundo, puede haber de 780.000 a 3 900.000 recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). La incidencia de muy bajo peso al nacer (<1500 gramos) varía de 0.6 a 3 por ciento de todos los nacimientos. Constituyen la población neonatal más vulnerable, con elevadas tasas de morbi-mortalidad. Uno de cada 10 recién nacidos bajo peso (<2500 gramos) es recién nacido muy bajo peso al nacer.^{12,13}

En EEUU la incidencia de estos nacimientos es de (1,93%). En Europa se describe tasas tan bajas como 0,04 en Luxemburgo y la más alta de 1,22 en UK y en España.¹⁶

El proyecto MOSAIC que incluye diez países europeos informa una incidencia promedio de (0,9%) con un rango de 0,76 a 1,3 por ciento.^{2,10,17}

En Chile, la mortalidad infantil ha declinado en forma vertiginosa desde tasas de 337 por mil en el año 1900, hasta 7,9 en el año 2008. En Chile, los recién nacidos prematuros de muy bajo peso son responsable aproximadamente de 25 a 30 por ciento de la mortalidad infantil y del 50 a 70 por ciento de la mortalidad neonatal.^{2,3,18}

Alrededor del (50 %) de los recién nacidos con un peso menor a 1500 gramos nacen entre las 29 y 32 semanas (Domínguez, 1999; Valdez, 2003), antes de las 28 semanas es menor el número de partos en Cuba.^{2,3,19,20}

En estudios realizados en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos, González Cabello y cols. En el 2009, en Cuba en su estudio factores de riesgo en el bajo peso al nacer, encontraron un peso promedio de 1100 gramos; similares resultados son los reportados por Santamaría en México y Acevedo en Santiago de Cuba, lo que resultó en un peso inferior a dicha investigación. Estudios en Costa Rica encontraron también el grupo de peso más frecuente entre 1250 y 1499.^{21,22,23}

A nivel mundial cuando se analiza el peso de los recién nacidos se le atribuye múltiples factores que lo modifican, tales como biológicos, ambientales, el sexo es un factor determinante ya que pueden existir diferencias como promedio de 200 gramos del sexo femenino inferior al masculino; por otra parte, se encuentra los estados socioeconómicos riqueza versus pobreza este último con peso inferior; entre otros de tipo genéticos.^{22,23}

Se ha observado una relación entre mayor morbilidad y mortalidad del sexo masculino respecto al femenino como una tendencia mundial, ya que el sexo femenino es un factor protector.^{12,21.}

Muchos autores plantean que la vía del parto es importante en los niños inmaduros, para prevenir el trauma del parto; sin embargo, otros plantean que no existe relación entre la supervivencia y la vía del parto en el estudio de sus casos. Distintos estudios demuestran que la operación cesárea realizada electivamente no influiría en el resultado perinatal, excepto cuando no se asocia a trabajo de parto.^{5,23,25}

En cuanto a morbilidad, Cárdenas en su estudio

encuentra que la más frecuente es la enfermedad de la membrana hialina en el (41%) de los recién nacidos; seguida de la sepsis (38%), la asfisia neonatal (38%), la taquipnea transitoria de recién nacido (24%) y la hiperbilirrubinemia (14%).²⁴

En recientes publicaciones la Red Neonatal NEOCOSUR en el 2009, que incluye 11 unidades de cuidados intensivos neonatales a nivel sudamericano se demuestra incremento de sobrevivencia de acuerdo a peso y edad gestacional con porcentajes que van desde el 16 por ciento con peso de 500 a 600 gramos hasta (90%) con peso 1401 gramos a 1500 gramos, así como (20%) de las 24 semanas de edad gestacional hasta (84%) de las 34 semanas.²⁴

Estudios realizados en Venezuela por Lugo Márquez y cols. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Miguel Osío de Cúa, en el periodo comprendido de enero de 2011 a diciembre de 2012 sobre morbi-mortalidad en los recién nacidos muy bajo peso, encontraron que el índice de recién nacidos muy bajo peso se comportó similar a la media mundial. La edad gestacional en la que más nacimientos de recién nacidos muy bajo peso hubo fue la comprendida entre las 31 y 33 semanas de gestación. Predominó el grupo de peso comprendido entre 1250 y 1499 gramos, el sexo masculino y el parto eutócico. El mayor por ciento de estos recién nacidos presentó algún tipo de morbilidad, la enfermedad de la membrana hialina, los trastornos metabólicos y la hemorragia intraventricular fueron las entidades nosológicas más frecuentes, la mayoría de estos neonatos requirió de asistencia respiratoria mecánica y egresaron vivos de la unidad, el grupo con mayor número de fallecidos fue el de los menores de 1000 gramos.²⁶

Estudios realizados en República Dominicana, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas, en el periodo 2009-2013 analizaron las complicaciones de recién nacidos prematuros, encontrándose la sepsis neonatal como la más frecuente, seguido de apnea, hemorragia pulmonar y enterocolitis necrotizante.²⁷

En otro estudio en la República Dominicana por Peña Félix M. y cols. sobre mortalidad en prematuros en el Hospital Materno Infantil San

Lorenzo De Los Minas, periodo 2000-2001, la complicación más frecuente fue el síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática (31.2%) y además la principal causa de mortalidad (51.6%). El índice de mortalidad general fue (41.8%).²⁸

Justificación

El riesgo de mortalidad neonatal aumenta de manera proporcional con la edad gestacional y peso decrecientes. Esto debe ser reconocido como un problema de salud pública si se considera el impacto que tiene en la morbilidad y mortalidad de la infancia.^{2,9}

Aunque se han logrado avances, los resultados esperados no son totalmente buenos, ya que los recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos siguen siendo un problema de salud en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, y se han registrado índices elevados en los últimos años. Esta problemática de salud ha tenido influencias negativas en los resultados perinatales en el hospital, por lo que ha motivado este trabajo.

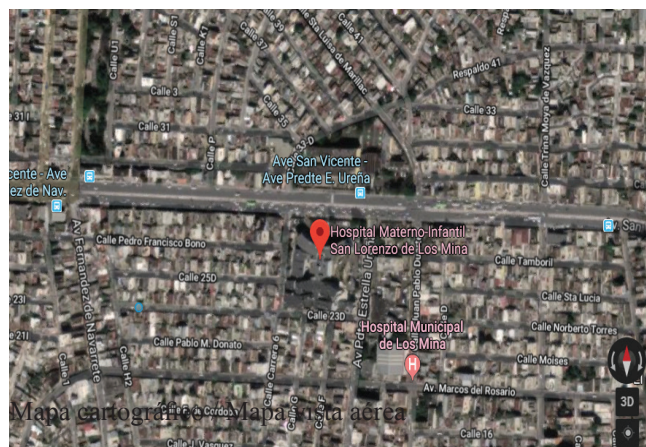
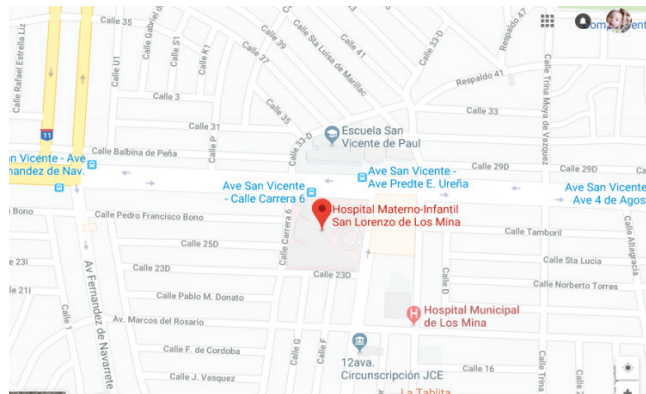
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de determinar la morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, Agosto 2018- Enero 2019.

Área de estudio

El estudio fue efectuado en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, el cual está ubicado en la Avenida San Vicente de Paul número 66, en el sector de Los Minas, del municipio Santo Domingo Este, Delimitado, al norte, por la avenida San Vicente de Paul; al sur, por la calle 23-D; al Este por la Avenida Presidente Estrella Ureña y al Oeste, por la calle Carrera G. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Universo:

El universo estuvo compuesto por 925 recién nacidos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, Agosto 2018- Enero 2019.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 139 recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad Perinatología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas, Agosto 2018- Enero 2019.

Criterios

Inclusión

1. Recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos
2. Ambos sexos.

De exclusión

1. Recién nacidos que fueron admitidos vía emergencia
2. Expediente clínico no localizable
3. Expedientes incompletos

Instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de un formulario compuesto por 14 preguntas (6 abiertas y 8 cerradas). Las cuales incluyeron datos sociodemográficos como edad materna, paridad, antecedentes maternos, sexo del recién nacido, vía de nacimiento, peso, edad gestacional. Además de datos sobre prematuridad y peso bajo, indicadores de morbilidad en el recién nacido, tratamiento administrado al recién nacido e ingreso hospitalario, pronóstico y causa de defunción.

Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de la revisión de los expedientes por la sustentante en Febrero 2019.

Tabulación

Los datos fueron tabulados con métodos electrónicos computarizados, tales como Microsoft Word Epi- Info.

Análisis

Los datos obtenidos, serán analizados en frecuencia simple.

Aspecto ético

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁵ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁶ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Materno infantil San Lorenzo de Los Mina, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos

identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser 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 fueron 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 otras autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según frecuencia:

Peso Inferior 1500 gramos	No. de casos	%
Si	139	15.0
No	786	85.0
Total	925	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 2. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según Edad materna :

Edad m	No. de casos	%
<18	21	15.1
18-22	30	21.5
23-27	36	25.8
28-32	28	20.1
33-37	15	10.7
≥38	9	6.4
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 3. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según número de gesta :

Número de gesta	No. de casos	%
Primípara	44	31.7
Múltipara	95	68.3
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 4. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según vía de nacimiento :

vía de nacimiento	No. de casos	%
Cesárea	93	66.9
Parto eutócico	46	33.1
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 5. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según sexo del recién nacido :

Sexo	No. de casos	%
Femenino	78	56.1
Masculino	61	43.9
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 6. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según peso al nacer :

Peso (gramos)	No. de casos	%
<1000	36	25.9
1000-1249	43	30.9
1250- 1500	60	43.2
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento deaplicado

Tabla 7. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según apgar :

Apgar (puntos)	No. de casos	%
0-3	21	15.1
4-6	40	28.8
7-10	78	56.1
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 8. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según edad gestacional:

Edad gestacional (Semanas)	No. de casos	%
22- 27	13	9.3
28-36	120	86.3
37-40	6	4.3
≥37	0	0
Total	139	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 9. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según antecedentes maternos:

Antecedentes maternos	No. de casos	%
Preeclampsia	72	51.7
DPPNI	12	8.6
Infección de vías urinarias	28	20.1
vaginitis	30	21.5
N/A	12	8.6
RPM	6	4.3
Eclampsia	5	3.5
Gemelaridad	7	5
Síndrome de HELLP	6	4.3
Síndrome nefrótico	1	0.7

Fuente: Instrumento aplicado

Nota: Una misma paciente presentó más de un antecedente

Tabla 10. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según morbilidad perinatal:

Morbilidad perinatal	No. de casos	%
SDR	130	93.5
Sepsis	51	36.6
Hemorragia pulmonar	29	20.8
Asfixia perinatal	21	15.1
RCIU	6	4.3
Neumonía	2	1.4
Cardiopatía	2	1.4
VIH	1	0.7
TRRN	1	0.7

Fuente: Instrumento aplicado

Nota: Un mismo paciente presentó más de una morbilidad perinatal

Tabla 11. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según uso de cortico esteroides:

Uso de corticoesteroides	No. de casos	%
Betametasona	0	0
Dexametasona :	33	23.7
No	106	76.3
Total	139	100

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 12. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según tratamiento:

Tratamiento	No. de casos	%
Antibióticos	139	100.0
Surfactante	130	93.5
Cafeína	130	93.5
Ventilación mecánica	113	81.2
Nutrición parenteral	93	66.9
Transfusión	61	43.8
CPAP	54	38.8

Fuente: Instrumento aplicado

Nota: un mismo paciente recibió más de un tratamiento

Tabla 13. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según estancia intrahospitalaria:

Estancia intrahospitalaria (Días)	No. de casos	%
< 1	5	3.6
1-3	37	26.6
4-6	33	23.7
≥7	64	46.0
Total	139	100.0

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 14. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según pronóstico:

Pronóstico	No. de casos	%
De alta	49	35.3
Defunción	90	64.7
Total		100.0

Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 15. Distribución de Morbi-mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados en la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil, San Lorenzo de Los Mina, Agosto 2018 – Enero 2019, según causa de defunción :

Causa de defunción	No. de casos	%
SDR	68	75.5
Hemorragia pulmonar	29	32.2
Shock séptico	42	46.6
Apnea del prematuro	4	4.4
Asfixia perinatal	10	11.1
Encefalopatía hipoxicoisquemica	2	2.2
Neumonía extensa	2	2.2
Hemorragia intracraneal	1	1.1
Cardiopatía congénita	3	3.3
Sangrado gastrointestinal Alto	2	2.2

Fuente: Instrumento aplicado

Nota: un paciente presentó más de una causa de defunción

DISCUSIÓN

Se tomó un universo compuesto por 925 recién nacidos ingresados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas en el periodo en

estudio. De los cuales 139 correspondieron a recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos dando una frecuencia de un 15 por ciento. Con esto se puede observar que la población de los recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos los cuales llegan a ser atendidos en este centro representa una población considerable.

La edad materna más frecuente fue la comprendida entre 23 - 27 años con 36 casos para un 25.8 por ciento. Datos que se relacionan al estudio realizado por Chirinos Saire J, Lima en el 2009, basado en la sobrevivencia y morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos, donde la edad materna más frecuente fue la comprendida entre los 19 a 35 años con 79 casos para un 80 por ciento.¹⁴ Según literaturas revisadas las edades extremas son las que tienen un mayor índice de recién nacidos bajo peso, por lo que la edad materna no fue un factor determinante en nuestro estudio.

En relación al número de gestas las múltiparas fueron más afectadas, con 95 casos para un 68.3 por ciento. Datos que se relacionan al estudio realizado por Chirinos Saire J, basado en la sobrevivencia y morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos, donde las múltiparas fueron más frecuente con 58 casos para un 57.1 por ciento. Con estos datos pudimos observar que las múltiparas tienen un mayor riesgo de tener un recién nacido con bajo peso.¹⁴

En lo que se refiere a la vía de nacimiento se encontró que la cesárea se presentó en 93 casos (66.9%). Muchos autores plantean que la vía de nacimiento es importante en los niños inmaduros, para prevenir el trauma del parto; sin embargo, otros plantean que no existe relación entre la supervivencia y la vía del nacimiento en el estudio de sus casos. Distintos estudios demuestran que la operación cesárea realizada electivamente no influiría en el resultado perinatal, excepto cuando no se asocia a trabajo de parto.^{5,23,25}

El sexo más afectado fue el femenino con 78 casos para un 56.1 por ciento. Datos que se corroboran con el estudio realizado por Gago Cabrera I. en el 2016 en Perú sobre factores perinatales asociados a la mortalidad en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos, donde la distribución por género fue a predominio del femenino con 45 recién nacidos

que representan el 55,6 por ciento. Se ha observado una relación entre mayor morbilidad y mortalidad del sexo masculino respecto al femenino como una tendencia mundial, ya que el sexo femenino es un factor protector. Aunque debemos recalcar que existen otras variables que influyen o modifican la mortalidad y la morbilidad de los mismos.²¹

El peso más registrado fue el comprendido entre 1250 a 1500 gramos con 60 casos para un 43.2 por ciento. Datos que se corroboran con el estudio realizado por Chirinos Saire J, en el 2009 en Lima Perú, basado en la sobrevivencia y morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos, donde el peso más frecuente fue el comprendido 1250 a 1499 gramos con 32 casos para un 32.7 por ciento. Estos pacientes tienen 40 veces más riesgos de morir en el periodo neonatal ya que el peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad.¹⁴

El puntaje de Apgar obtenido con mayor frecuencia fue el de 7- 10 puntos 78 casos para un 56.1 por ciento. Datos que se relacionan al estudio realizado por Chirinos Saire J, basado en la sobrevivencia y morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos, donde la puntuación más frecuente fue la comprendida entre los 7 a 10 puntos con 52 casos para un 53.1 por ciento.¹⁴

El puntaje de Apgar ha sido utilizado para evaluar el estado de los neonatos después del parto, lo que en nuestro caso gracias a nuestros resultados, nos sugiere una buena adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Con respecto a la edad gestacional el rango más frecuente fue el comprendido entre 28 a 36 semanas con 120 casos para un 86.3 por ciento. Datos que difieren del estudio realizado por Lugo Márquez *et al* en su estudio sobre morbi-mortalidad en los recién nacidos muy bajo peso, en Venezuela en el 2012, donde la edad gestacional más frecuente fue aquella comprendida entre las 31 y 33 semanas de gestación. Mientras menor edad gestacional mayor riesgos de presentar una frecuencia alta de mortalidad y morbilidad.²⁸

En cuanto a los antecedentes maternos el más frecuente fue la preeclampsia con 72 casos para un 51.7 por ciento. Datos que no se relacionan con el estudio realizado por Gago Cabrera I, sobre factores

perinatales asociados a mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos, Lima 2017, donde de 81 madres, la ruptura prematura de membrana fue más frecuente con 37 casos para un 45.7 por ciento. La preeclampsia se considera como una de las complicaciones más frecuentes del embarazo asociadas a prematuridad y bajo peso al nacer.²¹

La morbilidad que se presentó con mayor frecuencia fue la enfermedad de membrana hialina con 130 casos para un 93.5 por ciento. Comprobándose así la primera parte de la hipótesis formulada. Datos que se corroboran con el estudio realizado por Lugo Márquez *et al* en su estudio sobre morbimortalidad en los recién nacidos muy bajo peso, en Venezuela en el 2012 donde se reporta que la morbilidad más frecuente es la enfermedad de la membrana hialina en el 39.7 por ciento de los recién nacidos.²⁸ La enfermedad de membrana hialina en recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer se considera como un factor de riesgo ya que la mortalidad perinatal en estos pacientes es mayor.

Con respecto a los corticoides prenatales, la dexametasona fue aplicada en 33 casos para un 23.7 por ciento. Datos que no se relacionan con el estudio realizado por Cabrera en su estudio sobre factores perinatales asociados a mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos, Lima 2017, donde el uso de corticoides prenatales fue completo en 467 casos con un 40.4 por ciento. En menos de la mitad de los pacientes se usó el tratamiento prenatal con corticoesteroides, existe evidencia científica de que el uso del mismo disminuye el riesgo de SDR del prematuro y sus complicaciones, lo cual pudo estar relacionado a alguna condición materna que lo contraindicara o a la llegada a la institución de salud en trabajo de parto franco.²¹

Con respecto al tratamiento los más utilizados fueron: antibiótico con 100 por ciento, surfactante y cafeína, cada uno representando un 93.5 por ciento. La necesidad de los mismos se debe a que la patología prevalente del pretermino es derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria.

En relación a la estancia intrahospitalaria de los recién nacidos ingresados 64 casos para un 46 por ciento tuvieron una estancia prolongada dígase

mayor de siete días. Datos que se asemeja al estudio realizado por Chirinos Saire J, donde la estancia intrahospitalaria más frecuente fue aquella mayor de 7 días con 74 casos para un 75.5 por ciento. El mayor empleo de recursos y la más prolongada hospitalización en dichos recién nacidos, se puede explicar por el aumento de la asistencia respiratoria (CPAP o ventilación mecánica) y otras patologías asociadas.¹⁴

En cuanto al pronóstico 90 casos para un 64.7 por ciento fallecieron. Datos que se asemejan al estudio realizado por Peña Félix M. y cols. En República Dominicana, sobre mortalidad de los prematuros y bajo peso, donde el 41.8 por ciento de los casos fallecieron. Nuestro estudio no está lejos de la realidad en vista que según las literaturas y estadísticas mundiales, la mortalidad en recién nacidos con un peso inferior a 1500 gramos es alta.³⁰

En cuanto al diagnóstico de defunción el más frecuente fue el SDR con 68 casos para un 75.5 por ciento. Datos que se relacionan con el estudio realizado por Gago Cabrera I, donde la enfermedad de membrana hialina fue más frecuente con 45 casos para un 55.5 por ciento. Se estima en forma global que las principales causas de la mortalidad neonatal obedecen a prematuridad. El 40 a un 70 por ciento de los recién nacidos son prematuros y esta va de la mano con el síndrome de distres respiratorio, tanto la prematuridad como el bajo peso al nacer inciden aumentando la morbi-mortalidad neonatal.²¹

RECOMENDACIONES

1. La alta prevalencia de mortalidad nos avisa que es de suma importancia tener como prioridad la atención y la investigación a futuro de este grupo de recién nacidos. Por lo que se recomienda realizar estudios sobre los factores que se encontraron con asociación.
2. La elevada frecuencia de la enfermedad de membrana hialina nos subraya la importancia del uso del surfactante y de corticoides al evaluar un escenario en el que pueda ocurrir un parto pretérmino o en el que se reciba a un recién nacido con peso menor de 1500 gr al nacer.
3. Se debe tener especial cuidado con aquellas pacientes con riesgo de preeclampsia, que

resalta aún más la importancia de los controles prenatales, para un correcto diagnóstico temprano de dicha patología.

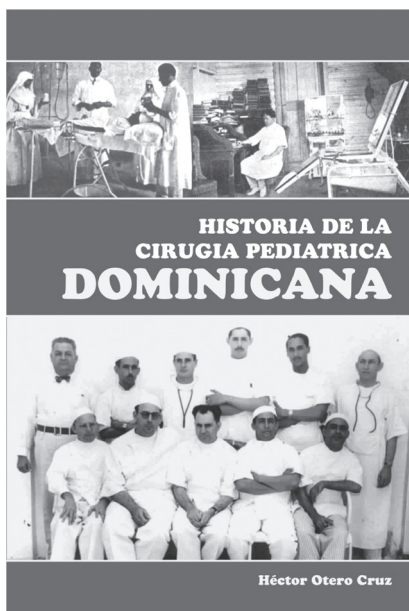
4. Es necesario implementar y sostener procesos de mejora continua de la calidad de la atención materno neonatal a fin de optimizar la atención que se brinda en los servicios.
5. Administrar dosis adecuadas de corticoesteroides prenatales en aquellas gestantes con factores de riesgos para parto prematuro.

REFERENCIAS

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012.
2. Jiménez CR, Sigueros J. Prematuros y RNBP. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 7ma ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009.
3. Loto A M, Henríquez T M. Quince años de Mortalidad Neonatal en Hospital de la Región metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*. 2009.
4. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. 2014.
5. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005.
6. Joy E Lawn SCJZ. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*. 2009.
7. ÖmerGüran ABSUMDUZAN. The change of morbidity and mortality rates in very low birth weight infants over time. *Turk Arch Ped*. 2013.
8. www.unicef.org/republicadominicana/media_38077.html.
9. Chvojkova E, Dort J, Herjdova A. What is the fate of our smallest patients Follow-up of children with a birth weight less than 1000g. *coslekcesk*. 2009.
10. Cloonar H; Maxwell S, Miller Sd. Developmental Outcomes in very low birth weight infants: A six year Study, Wymen. 2009.
11. Gandin P. Infant Mortality and the American Academy of Pediatrics. 2009.
12. Solas A. Recién nacido de extremadamente baja edad gestacional. En: Cuidados del feto y del recién nacido. Buenos Aires: Editorial interamericana. 2009.
13. Voelzel AE. Out come of pregnancy. 2009.
14. Chirinos Saire J. Sobrevivencia y Morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500g, del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo: Estudio comparativo según peso al nacer. Abril 2006 – Abril 2009, Lima – Perú. 2009.
15. Grupo Colaborativo Neocosur. Very-low-birth-weight infant outcomes in 11 South American NICUs. *J Perinatol*. 2009.
16. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* 2010.
17. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso. *Revista Panamericana de salud*. 2009.
18. Patteden S, Dolk H. Inequalities in low birth weight and children's height: a comparison between rural and urban areas.
19. JM, Salinas-Ramírez V. Evaluación de la morbi-mortalidad neonatal con el uso de esteroides prenatales. *Perinatol Reproduction Human*, 2009; 19:133-140.
20. UNICEF Global Datasura. September 2001.
21. Gago Cabrera I. Factores perinatales asociados a mortalidad en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero 2016 a junio del 2017. Lima Perú.
22. Aspres N, Benítez A, Galida A. Niños de muy bajo peso al nacer análisis del comportamiento de una población hospitalaria hasta un año de vida. *Rev. Hosp. Mat. Infant. Ramón Sarda*. 1990; 17(4):196-203.

23. Días G, González H. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana de medicina integral* 2009; 11(1):56-59.
24. Berheman R, Kliegman RM, ARVIN AM .Nelson Tratado de Pediatría. 15 ed. Madrid: Me Grow Hill Interamericana; 1998.p.569-579.
25. Villa L. Gómez M. Niños nacidos con muy bajo peso pueden presentar a la edad de 20 años algunos defectos congénitos. *The new EnglanJournalofMedicere* .2006; 346:149-157.
26. García Y, Fernández RM. El recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso al nacer. *Unreto a la vida. Revista Cubana de Pediatría*. 2008; 78 (3).
27. González N, Manuel M, Hernández M. Recién nacido de muy bajo peso. *Rev Cubana Pedit*.1989; 61(4):487-497.
28. Lugo Márquez y cols. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Hospital Dr. Miguel Osío de Cúa. *Morbimortalidad en los recién nacidos muy bajo peso*. Enero de 2011 a diciembre de 2012.
29. Frías I. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas. *Complicaciones de recién nacidos prematuros*.2009-2013.
30. Peña Félix M. y cols. Hospital Materno Infantil San Lorenzo De Los Minas. *Mortalidad en prematuros*. 2000-2001.
31. Gonzalez R, Merialdi M, Lincetto O, Lauer J. Reduction in Neonatal Mortality in Chile between 1990 and 2000. *Pediatrics* 2006; 117; e949-54.
32. Faneite P. et al. Estado neonatal en prematuréz. 2005-2007. *RevObstetGinecolVenez* v.68 n.4 Caracas dic. 2009.
33. Cernada Cerianny. *Neonatología Práctica*. Tercera Edición. 2010.
34. Clherty JP, Eichewald E.C, Hanser A.R, Star A.R. *Manual de Neonatología*. 7ma. Edición. España. 2012.
35. Tapia JI, González AM. *Neonatología*. 3ra Edición. Chile. 2009.
36. . Eichenwald E, Stark A. *Management and Outcomes of Very Low Birth Weight*. 2009.
37. Laptook A, Jackson GL. Cold stress and Hypoglycemia the late preterm (near-term) infants: impact on nursery of admission. *SeminPerinatol*. 2009. Risk factors and outcomes. *J Perinatol*. 2011.
38. Miller SS, Lee HC, Gould JB. Hypothermia in very low birth weight infants: distribution, risk factors and outcomes. *J Perinatol*. 2011.
39. Jobe AH, Lung Development and maturation. In: *Neonatal-Perinatal Medicine*. Novena Edición. 2010.
40. Whitsett JA, Wert SE, Weaver TE. Alveolar surfactant homeostasis and the pathogenesis of pulmonary disease. 2010.
41. Avery ME, Gatewood OB, Brunley G. Transient tachypnea of newborn. Possible delayed resorption of fluid at birth. 2009.
42. Somaschini M, Noguee LM, Sassi I, et al. Unexplained neonatal respiratory distress due to congenital surfactant deficiency. 2009.
43. Fejerman N, Fernández E: *Neurología pediátrica*. Tercera Edición. 2009.
44. Rogelio Rodríguez Bonito. *Neonatología*. Segunda Edición. 2012.
45. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
46. *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, 2017

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.

**PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL CENTRO
MÉDICODOCENTE UNIVERSITARIO DOCTOR BOURNIGA**

Marleny Martínez, * Rubén Darío Pimentel, ** Bernardo González. ***

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias del Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018, el cual fue de un 100.0 por ciento, la edad más afectada estuvo comprendida entre los 50-59 años de edad en un 20.8 por ciento. El sexo más predominante fue el masculino en un 25.0 por ciento. El estado civil soltero fue lo más común en un 94.4 por ciento. La hipertensión arterial fue el antecedente patológico personal más frecuente en un 51.3 por ciento. En cuanto al hábito tóxico más común fue el alcohol en un 16.6 por ciento. En cuanto a la manifestación clínica más común fue melena en un 30.7 por ciento, seguido por hematemesis y mareos en un 16.6 por ciento respectivamente. Según los hallazgos endoscópicos, el 68.0 por ciento correspondió a úlceras. El 59.7 por ciento de los pacientes tuvo una escala de Rockall baja. El 20.8 por ciento de los pacientes tuvo una escala de Forrest III. En cuanto al tratamiento el 82.7 por ciento recibió inhibidores de la bomba de protones. El 95.8 por ciento no tuvo complicaciones. El 91.6 por ciento tuvo una estancia hospitalaria de menos de 7 días. El 93.9 por ciento tuvo alta médica.

Palabras clave: Hemorragia, Digestiva, Alta.

ABSTRACT

A retrospective cross-sectional study was conducted with the objective of determining the

prevalence of upper gastrointestinal bleeding in the emergency department of the Dr. Bournigal University Teaching Medical Center, 2016-2018, which was 100.0 percent, the most affected age It was between 50-59 years old at 20.8 percent. The most predominant sex was male in 25.0 percent. Single marital status was the most common 94.4 percent. Arterial hypertension was the most frequent personal pathological history in 51.3 percent. As for the most common toxic habit, alcohol was 16.6 percent. As for the most common clinical manifestation, it was mane in 30.7 percent, followed by hematemesis and dizziness in 16.6 percent respectively. According to the endoscopic findings, 68.0 percent corresponded to ulcers. 59.7 percent of the patients had a low Rockall scale. 20.8 percent of the patients had a Forrest III scale. Regarding treatment, 82.7 percent received proton pump inhibitors. 95.8 percent had no complications. 91.6 percent had a hospital stay of less than 7 days. 93.9 percent had a medical discharge.

Key words: Hemorrhage, Digestive, Upper.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta se define como toda aquella pérdida de sangre secundaria a cualquier lesión originada entre el esfínter esofágico superior y el ligamento de Treitz. La hemorragia digestiva alta constituye el motivo de interconsulta más común a los servicios de gastroenterología por parte de los médicos de urgencias.

Las cifras de mortalidad por hemorragia digestiva alta varían ampliamente en función de la edad y la presencia de enfermedades concomitantes en los pacientes, siendo del 2,6 por ciento en el caso de

*Médico de medicina de emergencia y desastres

**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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

***Asesor clínico.

sujetos jóvenes y sin enfermedades asociadas, pero ascendiendo hasta el 47 por ciento en los pacientes mayores de 60 años y co-morbilidades asociadas.

La potencial gravedad de la hemorragia digestiva alta conlleva que esta patología siempre requiera una valoración hospitalaria, siendo sus causas más frecuentes la presencia de varices esofágicas y la úlcera péptica (gástrica y/o duodenal).

La evaluación inicial de los pacientes con una supuesta hemorragia digestiva alta aguda clínicamente significativa incluye la anamnesis, un examen físico y la realización de diversas pruebas de laboratorio: El objetivo de esta evaluación es estimar la severidad del sangrado, identificar el curso potencial de éste y la determinación de las condiciones presentes que puedan afectar el pronóstico y su manejo posterior. La hemorragia digestiva alta se presenta como hematemesis y/o melena con diversos grados de alteración hemodinámica, en dependencia de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea.

La magnitud de la hemorragia es difícil de calcular, sin embargo, existen algunas aproximaciones que pueden ser útiles para la evaluación. Se han utilizado numerosos términos para describir y calibrar el grado de hemorragia digestiva aguda, bien si es masiva, si es franca, si es intensa, si es torrencial, etc., pero no se ha establecido ningún criterio uniforme, ya que existen muchas dificultades a la hora de valorar con precisión la intensidad de la hemorragia, y también porque la intensidad puede variar de un momento a otro, por lo que la precisión debería ser dinámica. En principio, toda hemorragia digestiva franca debe considerarse como potencialmente grave y, por lo tanto, merecedor de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos. La morbilidad y la mortalidad del paciente con hemorragia digestiva alta se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas, alcoholismo, coagulopatías, inmunosupresión, magnitud del sangrado, resangrado, origen (sangrado arterial o venoso).

Antecedentes

Dashiell Jiménez Rodríguez, Jesús E. Cong Rodríguez, Esther M. Estrada Espinosa, 2015, realizaron un estudio en el Hospital Provincial

General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola Ciego de Ávila, donde se determinó que predominaron los adultos mayores del sexo masculino. La úlcera péptica gástrica fue la causa más frecuente. Respecto al nivel socio-económico de los pacientes, predominó el nivel medio sin diferencias importantes entre los grupos de estudio.

El consumo de café fue el hábito tóxico más frecuente, y resultó significativamente mayor en el grupo de pacientes lo que aumentó tres veces el riesgo de enfermar. El consumo de picantes no se encontró asociado a la aparición de hemorragia digestiva, hecho que sí ocurrió con el consumo de medicamentos irritantes y con la presencia de antecedentes de enfermedad previa del tracto digestivo; éstas aumentan doce veces el riesgo de aparición de la entidad.

Lilian Oliver Solaz, Dr. Ariel Demetrio Jordán Alonso, Dr. Oriol Alfonso Moya 2017, realizaron un estudio en el Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente de Matanzas Dr. Mario Muñoz Monroy donde se determinó que el grupo etéreo predominante es el de 60 años o más (53,96%), lo que denota el envejecimiento progresivo de la población de estudio, que se corresponde con lo observado en los estudios consultados. Este predominio de hemorragia digestiva alta en edades avanzadas constituye un factor de riesgo importante en la evolución y el pronóstico, ya que va asociado a la poca capacidad para soportar eventos graves como la pérdida brusca de sangre y tener que someterse a tratamientos intensivos.

En dicho estudio el sexo masculino fue el más afectado (71,75%), coincidiendo con los datos de las series consultadas. Los factores de riesgo más frecuentes de esta serie fueron el tabaquismo (36,19%), relacionado con neoformaciones y el alcoholismo (31,43%), relacionado con Mallory Weiss. Una gran parte de las personas estudiadas tuvieron como comorbilidad más frecuente la hipertensión arterial (21,58%), y estuvieron directamente relacionados con factores etiológicos de sangrado digestivo alto, como fueron la gastritis crónica (15,24%), la úlcera péptica (11,43%) y episodios anteriores de hemorragia digestiva alta (21,27%).

A más del 70 por ciento pacientes estudiados se

les realizó endoscopia en las primeras 24 horas de su ingreso, con lo cual se logró diagnosticar la causa de la hemorragia y se le realizó tratamiento endoscópico (esclerosis de vaso sangrante) a los pacientes con hemorragia digestiva activa, logrando frenar esta en todos los casos, y al 80 por ciento se les administró inhibidores de la bomba de protones. Esto permitió evaluar el valor que tiene la realización de la endoscopia en el diagnóstico y tratamiento precoz de las causas de hemorragia digestiva alta, para así garantizar una adecuada atención médica, mejor evolución y pronóstico de los enfermos. La gastritis hemorrágica constituyó la principal causa de hemorragia (57,14%), seguida en orden de frecuencia por la úlcera duodenal (17,08%).

Bardalez Cruz realizó un estudio en el hospital Edgardo Martins en el 2013, determinó que un puntaje de Rockall mayor o igual a 5 es el que tiene la mejor combinación de sensibilidad y especificidad para predecir la mortalidad, donde la puntuación baja representó el 24 por ciento de los casos.

Justificación.

La realización de este trabajo investigativo determinará a los factores predisponentes a la aparición de hemorragia digestiva alta, por medio de la recolección de información bibliográfica y de historiales médicos que permita ampliar el tema y profundizar sobre los puntos claves para su mejor comprensión y análisis que sea utilizado para proveer información.

Según estudios realizados que revelan que la hemorragia digestiva alta es una de las causas de muerte de la población a nivel mundial, considerándose un problema de salud pública, y que afecta a los países más vulnerables por el alto índice de pobreza o carecen de información apropiada para conocer más del tema.

De esta manera contribuir por medio de este trabajo en la prevención oportuna de la patología y reducción de la mortalidad de nuestros pacientes y de la población a nivel nacional; además de orientar a nuestros pacientes que presentan comorbilidad asociada para un mejor control del mismo y así disminuir los riesgos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Área de estudio

El estudio se realizó en el servicio de emergencia del Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, el cual está localizado en la calle Antera Mota número 1, delimitado, al norte, por la calle Antera Mota; al sur, por la calle el Morro; al este, por la calle Dr. Zafra, y al oeste, por la calle Virginia Elena Ortega. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Vista cartográfica de Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal



Vista cartográfica de Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal

Universo

El universo estuvo constituido por 102 pacientes que se ingresaron con fines de endoscopia digestiva por el departamento de Gastroenterología del Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Muestra.

La muestra estuvo constituida por 70 pacientes que se les realizó endoscopia digestiva alta en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Criterios

De inclusión.

1. Todos los pacientes con hemorragia digestiva alta.
2. Ambos sexos.
3. Adultos (≥ 18 años).

De exclusión.

1. Expediente clínico no localizable.
2. Expediente clínico incompleto.

Instrumento de recolección de datos.

Se elaboró un instrumento que contiene 14 preguntas: 10 abiertas y 4 cerradas. Contiene datos sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil y datos relacionados con la hemorragia digestiva, tales como: manifestaciones clínicas, hallazgos, escala de Rockall, escala de Forrest, tratamiento, complicaciones, estancia hospitalaria, pronóstico

Procedimiento.

El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de la revisión de los expedientes clínicos. Esta fase fue ejecutada por la sustentante en el mes julio 2019.

Tabulación.

Los datos obtenidos fueron tabulados a través de Excel.

Análisis.

La información obtenida fue analizada en frecuencia simple.

Consideraciones éticas.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales. El protocolo del estudio y el instrumento utilizado para el mismo fue presentado a los asesores y a la unidad de Enseñanza del Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, cuya aprobación fue el requisito para la realización y verificación de datos.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad.

Finalmente, toda información incluida en la tesis, tomada de otros autores, fueron justificadas por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro 1 Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018. Según prevalencia

Hemorragia digestiva alta	Frecuencia	%
Sí	70	100.0
No	0	0.0
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Se tomó un universo de 102 pacientes, quienes se ingresaron vía emergencia en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018, para fines de endoscopia digestiva, de los cuales se tomó una muestra de 70 pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta, para un 100.0 por ciento.

Cuadro 2. Determinar la prevalencia de Hemorragia digestiva alta según la edad en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018

Edad (años)	Frecuencia	%
<20	6	8.3
20-29	10	13.8
30-39	3	4.1
40-49	11	15.2
50-59	13	18.5
60-69	10	13.8
70-79	8	11.1
80-89	7	9.7
≥ 90	2	2.7
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 3. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según la relación edad-sexo en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018

Edad (Años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<20	2	8.3	4	9.0	6	8.6
20-29	6	25.0	4	9.0	10	14.3
30-39	2	8.3	0	0	2	2.9
40-49	2	8.3	8	18.1	10	14.3
50-59	4	16.7	11	25.0	15	21.4
60-69	2	8.3	8	18.1	10	14.3
70-79	3	12.5	5	11.3	8	11.4
80-89	3	12.5	4	4.5	7	10.0
> 90	0	0.0	2	4.5	2	2.9
Total	24	100.0	46	100.0	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 4. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según el estado civil en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	4	5.7
Soltero	66	94.3
Viudo	0	0.0
Divorciado	0	0.0
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 5. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta con relación a los antecedentes patológicos en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	35	50
Diabetes mellitus	14	20
Asma	0	0
Falcemia	1	1.4
Otros	8	11.4
Ninguno	12	17.1
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 6. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según los hábitos tóxicos en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Alcohol	12	17.1
Cigarrillos	4	5.7
Café	7	10.0
Té	10	14.3
Otros	0	0.0
Ninguno	37	52.9
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 7. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según las manifestaciones clínicas en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Melena	30	42.9
Hematemesis	15	21.4
Dispepsia	1	1.4
Mareos	5	7.1
Debilidad	2	2.9
Dolor abdominal	12	17.1
Pirosis	3	4.3
Otros	2	2.9
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 8. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según los hallazgos endoscópicos en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Hallazgos	Frecuencia	%
Úlceras	48	68.6
Várices	12	17.1
Otros	10	14.3
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 9. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según la escala de Rockall en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018

Escala de Rockall	Frecuencia	%
Baja	42	60
Intermedia	18	25.7
Alta	10	14.3
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 10. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según escala de Forrest en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Escala de Forrest	Frecuencia	%
Ia	5	7.1
Ib	10	14.3
IIa	14	20.0
IIb	7	10.0
IIc	10	14.3
III	24	34.3
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 11. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según su tratamiento en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Tratamiento	Frecuencia	%
Transfusión	10	11.8
Sonda nasogástrica y aspiración con lavado gástrico	2	2.4
Sonda de balón para taponamiento esofágico	0	0.0
Inhibidores de la secreción ácida gástrica	70	82.4
Esclerosis endoscópica intravariceal	3	3.5
Total	85	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 12 Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según su complicación en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Complicaciones	Frecuencia	%
Sí	3	4.3
No	67	95.7
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 13 Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según su estancia hospitalaria en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Estancia hospitalaria (días)	Frecuencia	%
< 1	3	4.3
1 – 6	64	91.3
7 – 13	3	4.3
> 14	0	0.0
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 14. Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva alta según su pronóstico en el Centro Médico Docente Universitario Dr. Bournigal, 2016-2018.

Pronóstico	Frecuencia	%
Alta médica	65	92.9
Alta a petición	4	5.7
Fallecido	1	1.4
Total	70	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

DISCUSION

El 100.0 por ciento tenía hemorragia digestiva alta.

El 18.5 por ciento de los pacientes tenía de 50-59 años de edad. Relacionándose con el estudio de Oliver Solaz, et al. Donde se obtuvo que el promedio de edad de pacientes con hemorragia digestiva alta es en el de 60 años.

Se obtuvo que el sexo más predominante fue el masculino en un 25.0 por ciento de los casos en el rango de edad de 50-59 años. Coincide con un estudio realizado por Muñoz Monroy, donde se obtuvo que el sexo masculino fue el más afectado en un 71.7 por ciento de los casos.

En cuanto al estado civil, se obtuvo que el 94.3 por ciento de los pacientes con hemorragia digestiva alta, era soltero, mientras que solo un 5.7 por ciento era casado.

El 50.3 por ciento de los pacientes presentaron como antecedente patológico hipertensión arterial, coincidiendo con el estudio de Muñoz Monroy, donde se obtuvo que la comorbilidad más frecuente era la hipertensión arterial en un 21.5 por ciento de los casos. También se relaciona con el estudio Prometo donde se obtuvo que el 83 por ciento de los pacientes presentaban comorbilidades.

El 17.1 por ciento de los pacientes presentaron como hábitos tóxicos de alcohol, no coincidiendo con el estudio realizado en Colombia en 2011 donde el consumo de alcohol era de 27.8 por ciento, mientras que el de cigarrillos fue de un 35. 8 por ciento, no así en nuestro estudio donde se observó que solo en el 5.5 por ciento tenía hábitos tóxicos de cigarrillos.

El 42.9 por ciento de los pacientes presentaron la manifestación clínica de melenas, coincidiendo con el estudio del Hospital Clínicas de Asunción, el motivo de consulta más frecuente fue melenas en un 37 por ciento

El 68.6 por ciento de los hallazgos endoscópicos fue de úlceras, no coincidiendo con el estudio Prometeo donde las úlceras representaban el 36.2 por ciento de los hallazgos endoscópico.

El 60.0 por ciento de los pacientes presentaron una puntuación en la escala de Rockall baja, no coincidiendo con un estudio de Bardalez Cruz, donde se determinó que la escala Rockall baja es la más común en un 24 por ciento.

El 20.0 por ciento de los pacientes tuvo una escala de Forrest III, coincidiendo con un estudio que se realizó en la universidad de Alcalá de Henares en el 2014.

El 82.4 por ciento de los pacientes con hemorragia digestiva alta, el tratamiento más común en conjunto con la endoscopia fue los inhibidores de la bomba de protones, coincidiendo con el estudio que se realizó en el Hospital Militar Clínico Quirúrgico Dr. Muñoz Monroy, mayo 2017, donde el porcentaje fue de un 80 por ciento.

El 95.4 por ciento de los pacientes con hemorragia digestiva alta no tuvo complicaciones, no coincidiendo así con un estudio que se realizó en Colombia, en el 2011, donde las complicaciones fueron de un 13.8 por ciento.

El 91.4 por ciento de los pacientes con hemorragia digestiva alta, la estancia hospitalaria fue de menos de 7 días, coincidiendo con el estudio realizado en la Universidad Alcalá de Henares, en el 2014

El 92.9 por ciento tuvo alta médica y un 1.4 por ciento falleció, coincidiendo con el estudio Prometeo, donde el 3 por ciento de los pacientes fallecieron.

REFERENCIAS

1. J. Balanzo. Hemorragia digestiva. Primera edición. Noviembre 2005, Marge Medica Books.
2. Luis Rodríguez Sáez. Tratamiento de las enfermedades digestivas. Editorial Panamericana 2009
3. Eastwood GL. Gastrointestinal bleeding. En Rippe JM (Ed): Manual of Intensive Care Medicine. Second Edition. Boston, Little Brown, 1989:343348.
4. Palmer Ed. Upper gastrointestinal hemorrhage. JAMA 1975; 231:853-855.
5. Mino F, Jaramillo E., Gálvez C., Carmona I, Reyes L., De La Mata G. Análisis de una serie general prospectiva de 3,270 hemorragias digestivas altas. Rev Esp Enf Digest 1992; 82:7-115.
6. Combe J. Sangrado Gastrointestinal Alto. En Ormea Av. Salvatierra EA (Edits): Emergencias en Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 1992:115-126
7. Larsonde E, Farnelli V113. Uppergastrointestinal hemorrhage. Mayo Clin Proc 1983; 58:3711-387.
8. Cooper GS. Indicaciones y contraindicaciones para endoscopia de la parte alta del tubo digestivo. Clínicas de Endoscopia de Norteamérica. México, Interamericana, 1994(3):443-456.
9. Pérez JM, García AM. Endoscopia de urgencia en la hemorragia digestiva proximal. En Villazón AS, Galindo AN (Edits): Urgencias graves en Medicina. México, Interamericana, 1995:295-300.
10. Guta PK, Fleischer DE. Hemorragia de vías gastrointestinales altas independientes de várices. Clínicas Médicas de Norteamérica en español. México, Interamericana, 1993:1031-1050.
11. L. Abreu. Gastroenterología, endoscopia diagnóstica y terapéutica. Editorial Panamericana, segunda edición.
12. J.L. Vásquez Iglesias. Endoscopia digestiva. Editorial Panamericana.
13. Miño Fugarolas G, Jaramillo J. Epidemiología, etiología y clínica de la HDA. Gastrum. 1997;

- 9:15-25.
14. Rivas Wong L, Celestino A, Castillo T, Yriberri S, Román R. Incidencia de los factores etiológicos ambientales (*Helicobacter pylori* y antiinflamatorios no esteroideos) que se relacionan con la úlcera péptica y su influencia en la aparición de la hemorragia digestiva. *Enfermedades del Aparato Digestivo (Lima)*. 2001; 4:22-29.
 15. Kettenhoten W. Hemorragia no variceal. *Rev Gastroenterología Mex* 2004; Vol 69, 24. Feu F., Brullet E., Calvet Y., et al Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterología Hepatol* 2003; 26 (2): 7085.
 16. Cappell M., Friedel D., Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From initial evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. *Med Clin N Am* 2008, 92: 491-509.
 17. Cappell M., Friedel D., Acute Nonvaricel Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy. *Med Clin N Am* 2008, 92: 511-550.
 18. Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. *Tratado de Medicina Interna*. 20 th ed. Vol 1. México: Mc GrawHill Interamericana; 1998:7348.
 19. Martinez A, Gonzalez A, Dominguez M y col. Patología Digestiva Alta en pacientes de edad avanzada con anemia ferropénica: comparación entre usuarios y no usuarios de anti-inflamatorios no esteroideos. *An Med Interna(Madrid)* 2001; 18(7):17-20.
 20. Martinez A, Gonzalez A, Dominguez M y col. Patología Digestiva Alta en pacientes de edad avanzada con anemia ferropénica: comparación entre usuarios y no usuarios de anti-inflamatorios no esteroideos. *An Med Interna(Madrid)* 2001; 18(7):17-20.
 21. Strate LL, Orav EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med*. 2003 Apr 14;163(7):838-43.
 22. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet*. 1974 Aug 17; 2(7877):394-7.
 23. Ramírez J, Menéndez-Rivera B, Araujo-Malaf A, Sánchez-Morel Y, Cobiellas-Rodríguez R. Hemorragia digestiva alta no varicosa: comportamiento e índice de Rockall. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2014 [cited 2 oct 2014];53(1):[aprox. 12 p.] Disponible en: <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/50>.
 24. Córdova, De la Torre. *Procedimientos endoscópicos en Gastroenterología*. Editorial Panamericana, segunda edición, México 2009.
 25. Rockey D. Hemorragia Digestiva. In Sleisenger M. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas*. Madrid:Elsevier, 2008.
 26. Alcedo J. Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta no varicosa. In Montoro M GJ. *Manual de Emergencia en Gastroenterología y Hepatología* Madrid: Jarpyo Editores; 2010.
 27. Rockey D. Hemorragia Digestiva. In Sleisenger M. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas*. Madrid:Elsevier, 2008.
 28. Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. *Tratado de Medicina Interna*. 20 th ed. Vol 1. México: Mc GrawHill Interamericana; 1998:7348
 29. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K et al. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 14º ed. México DF: Mc GrawHill Interamericana 1998;vol II:181523.
 30. Ferraina P, Oría A. *Cirugía de Michans* 5º ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002:73036.
 31. Syllabus, 2012, AGA, Spring postgraduate course: practical solutions for your everyday clinical management problems.
 32. AGA Institute Spring postgraduate course: applying evidence clinical practice, 2009.
 33. Digestive Diseases Self- Education Program, 2012, Thomas O. G. Kovacs, MD y Dennis Jensen, MD.

FRECUENCIA DE MIELOMA MÚLTIPLE EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER.

Catherine Ruthlyn Muzo Urbáez,* Rubén Darío Pimentel,** Evelin Mena.***

RESUMEN

El Mieloma Múltiple es una proliferación neoplásica de las células plasmáticas caracterizada por lesiones líticas óseas, anemia y elevación de las globulinas séricas y urinarias. Es el segundo más frecuente (10-15% del total) de cáncer hematológico. Es responsable de un 15-20% de las muertes por cáncer hematológico y el 2% de todas las muertes por cáncer. 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 relación macho-hembra de mieloma múltiple es aproximadamente 3: 2. Este estudio se realizó en el hospital Dr. Salvador B. Gautier con la finalidad de determinar la frecuencia de mieloma múltiple en el servicio de Hematología, 2010-2016, y se determinó que la frecuencia de esta patología fue de un 17.7 por ciento.

Palabras clave: mieloma múltiple, células plasmáticas, cáncer.

ABSTRACT

Multiple Myeloma is a neoplastic proliferation of plasma cells characterized by bone lytic lesions, anemia and elevation of serum and urinary globulins. It is the second most frequent (10-15% of the total) of hematologic cancer. It is responsible for 15-20% of deaths from hematologic cancer and 2% of all deaths from cancer. The median age of patients with multiple myeloma is 68 years for men and 70 years

for women. Only 18% of patients are under 50, and 3% of patients are under 40. The male-female ratio of multiple myeloma is approximately 3: 2. This study was conducted in the Dr. Salvador B. Gautier hospital in order to determine the frequency of multiple myeloma in the Hematology department, 2010-2016, and it was determined that the frequency of this pathology was 17.7 percent.

Key words: multiple myeloma, plasma cells, cancer

INTRODUCCIÓN

El Mieloma Múltiple es una proliferación neoplásica de las células plasmáticas caracterizada por lesiones líticas óseas, anemia y elevación de las globulinas séricas y urinarias. La presencia de globulinas homogéneas sugiere la transformación maligna de un solo clon de células derivadas de la diferenciación del linfocito B, existiendo la posibilidad de que la proliferación de células neoplásicas pueda estar relacionada con una respuesta inapropiada a un estímulo antigénico inicial.¹

Se trata de una enfermedad de adultos, sólo un 15 por ciento de los pacientes tienen menos de 50 años en el momento del diagnóstico, con una incidencia máxima entre los 60 y 70 años. Afecta más a hombres que a mujeres, y a negros que blancos. Presenta unas tasas de 8,1 por 100.000 para hombres negros, 6,1 para mujeres negras, 4,0 para hombres blancos y 2,7 para mujeres blancas. Se desconoce su origen y los factores de riesgo, aunque se cree relacionado con efectos inmunosupresores asociados a radiaciones ionizantes y a sustancias químicas, sin embargo, la mayoría de los afectados no presentan estos factores

*Médico internista egresada del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar.

**Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

***Asesora clínica.

asociados.

El mieloma se produce debido a los cambios genéticos que tienen lugar durante la diferenciación terminal de los linfocitos B en células plasmáticas.²

En casi la mitad de los casos se produce una translocación cromosómica por la cual se coloca un oncogén en el gen de la cadena pesada de la inmunoglobulina en el cromosoma 14 (translocación IgH). Esto da como resultado la sobreexpresión del oncogén y la desregulación de la proliferación celular. Los casos restantes se caracterizan por trisomías de varios cromosomas impares, es decir, los cromosomas 3, 5, 7, 9, 11, 15, 19, y 21. La presencia de estas numerosas trisomías se llama hiperdiploidía. A medida que el mieloma se desarrolla se producen más eventos genéticos, como las mutaciones RAS. Debido a que el crecimiento y la supervivencia de las células del mieloma dependen de otras células de la médula ósea, fibroblastos, osteoblastos, osteoclastos, células del estroma y células dendríticas.

El mieloma múltiple se caracteriza por destrucción esquelética, fallo renal, anemia e hipercalcemia y los síntomas más frecuentes con que se presentan los pacientes son: fatiga, dolores óseos e infecciones recurrentes.³

Los criterios diagnósticos requieren la presencia de al menos el 10 por ciento de células plasmáticas en la médula ósea (o una biopsia de tejido con células plasmáticas monoclonales), la presencia de una proteína monoclonal en el suero u orina y evidencias de daño orgánico manifestado por hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia o lesiones óseas.³

Por lo general es una enfermedad progresiva con una supervivencia media de 2,5 a 3 años. La supervivencia mayor de 10 años ocurre solo en el 4-5 por ciento de los pacientes.³

Antecedentes

En un estudio realizado por Alcalde y colaboradores se demostró que el mieloma múltiple es una neoplasia hematológica que se caracteriza por afectar con mayor frecuencia a personas mayores de 65 años, también que las formas más agresivas de la enfermedad son menos frecuentes y que el promedio de vida de un paciente con la misma es de 2,5 a 3 años.⁴

Según Adam y colaboradores el mieloma múltiple es la neoplasia hematológica más frecuente en negros con una incidencia dos veces por encima de la raza blanca.

En un estudio realizado por Barria y colaboradores determino que las características clínicas más frecuentes fueron el dolor óseo que estuvo presente en el 70 por ciento de los pacientes, siendo severo en el 20 por ciento, la fatiga en un 32 por ciento y la pérdida de peso en un 22 por ciento.

El diagnóstico de mieloma se basa en la presencia del componente monoclonal e infiltración plasmocitaria tisular, independientemente de su cuantía, pero asociada a lesiones orgánicas, especialmente en forma de hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia o lesiones óseas, según la revisión de dos casos clínicos realizado por Neira Borja y sus colaboradores.

Según Ramón y colaboradores la anemia, la eritrosedimentación acelerada, las cifras elevadas de creatinina, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia fueron las manifestaciones de laboratorio más llamativas en el momento del diagnóstico.

Justificación

Esta investigación se realizará con el propósito de determinar la frecuencia de mieloma múltiple.

El mieloma múltiple es una de las neoplasias hematológicas más frecuentes y dicha entidad tiene un impacto significativo en todos los ámbitos de la vida de quien la padece.

Es de vital importancia estudiar la frecuencia de dicha entidad, ya que la misma afecta al adulto mayor y su florida presentación clínica pone en riesgo la vida del individuo.

Con los resultados que se obtengan en esta investigación se busca identificar de una manera más simple los signos y síntomas de presentación de esta enfermedad, con la finalidad de hacer un diagnóstico precoz y de esta manera poder conseguir un pronóstico más favorable y mejoras en la calidad de vida de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo,

con el objetivo de determinar la frecuencia mieloma múltiple en el servicio de Hematología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. 2010-2016..

Área de estudio

El estudio fue realizado en el departamento de Hematología del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. ubicado en la calle Alexander Fleming número 1, Ensanche La Fe, Distrito Nacional, República Dominicana. Determinado, al norte, por la calle Genaro Pérez; al sur, por la calle Alexander Fleming; al oeste, por la calle Juan XXIII; al este, por la calle 39.(ver mapa cartográfico y vista aérea).



Universo

El universo estuvo constituido por 1440 pacientes que fueron vistos por el servicio de Hematología del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en el período comprendido 2010 al 2016.

Muestra:

La muestra estuvo compuesta por un total de 96 pacientes a quienes se le realizaron aspirado y biopsia de médula ósea.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes con diagnóstico confirmado de mieloma múltiple.
2. Adultos (18 años).
3. Pacientes de ambos sexos.

De exclusión

1. Expedientes clínicos no localizables.
2. Expedientes clínicos incompletos.
3. Pacientes con afectación renal.

Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos que contiene 6 preguntas cerradas. Contiene datos sociodemográficos como edad y sexo, y preguntas relacionadas con el mieloma múltiple. .

Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de la revisión de los expedientes clínicos por la sustentante, en septiembre 2019..

Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se asumirán principios éticos como la confidencialidad, no se divulgarán los nombres de los individuos incluidos en el estudio, los expedientes clínicos serán revisados solo por la investigadora y sus contenidos serán manejados con apego a los fines científicos. Así como también esta investigación se apegó a la originalidad y se llevó a cabo el uso de llamadas o referencias.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Mieloma múltiple	Frecuencia	%
Confirmado	17	17.7
Otros diagnósticos	79	82.3
Total	96	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 17.7 por ciento de los pacientes a quienes se le realizó aspirado y biopsia de médula ósea en el servicio de hematología del hospital Salvador Bienvenido Gautier, 2010-2016, tenía como diagnóstico mieloma múltiple.

Cuadro 2. Edades de pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Edad (años)	Frecuencia	%
≥18-40	2	11.8
41-60	8	47.0
> 60	7	41.2
Total	17	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 47.0 por ciento de los pacientes tenían edades comprendidas entre 41-60 años; el 41.2 por ciento tenía edades mayores a los 60 años respectivamente; el 11.8 por ciento tenía edades comprendidas entre 18-40 años.

Cuadro 3. Sexo de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	9	52.9
Masculino	8	47.1
Total	17	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 52.9 por ciento de los pacientes era de sexo femenino y el 47.1 por ciento de sexo masculino.

Cuadro 4. Manifestaciones clínicas de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Anemia	6	35.3
Trombocitopenia	4	23.5
Fractura patológica	3	17.6
Anemia+trombocitopenia	3	17.6
Todas	1	5.9
Total	17	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 35.3 por ciento de los pacientes presentó anemia como manifestación clínica principal; el 23.5 por

ciento presentó trombocitopenia; el 17.6 por ciento de los pacientes presentó fractura patológica; el 17.6 por ciento de los pacientes presentó la combinación de anemia más trombocitopenia como manifestación clínica; el 5.9 por ciento presentó todas las manifestaciones clínicas.

Cuadro 5. Factores de riesgo de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Factor de Riesgo	Frecuencia	%
Edad	4	23.5
Sexo Masculino	2	11.7
Raza negra	5	29.4
Todos	3	17.6
Ninguno	3	17.6
Total	17	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 29.4 por ciento de los pacientes era de raza negra; el 23.5 por ciento de los pacientes presentaba la edad como factor de riesgo; el 11.7 por ciento de los pacientes era de sexo masculino; el 17.6 por ciento presentaba todos los factores de riesgo; el 17.6 por ciento no presentaba ningún factor de riesgo.

Cuadro 6 . Respuesta al tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Respuesta al tratamiento	Frecuencia	%
Si	6	35.3
No	11	64.7
Total	17	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 64.7 por ciento de los pacientes con mieloma múltiple no respondió al tratamiento y el 35.3 por ciento si.

Cuadro 7. Pronóstico de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier,2010-2016.

Pronóstico	Frecuencia	%
Fallecido	11	64.7
De alta	6	35.3
Total	17	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

El 64.7 por ciento de los pacientes con mieloma múltiple falleció a causa de esta enfermedad y el 35.3 por ciento estuvo de alta.

DISCUSIÓN

De los 96 pacientes a quienes se les realizó aspirado y biopsia de médula ósea en el servicio de hematología del hospital Salvador Bienvenido Gautier, 2010-2016, se tomaron como muestra 17.7 por ciento pacientes con el diagnóstico de mieloma múltiple.

Analizando los datos recolectados se demostró que la frecuencia de mieloma múltiple fue de 17.7 por ciento, por lo cual se evidencia que es una de las neoplasias hematológicas más frecuentes. Lo cual concuerda, con lo publicado por James Neira, en un estudio que arroja que el mieloma múltiple representa el 15 por ciento de todas las neoplasias hematológicas.¹⁷

El rango de edad predominante en pacientes con mieloma múltiple fue de 41 a 60 años, correspondientes a 8 pacientes para un 47.0 por ciento; 7 pacientes eran mayores de 60 años para un 41.2 por ciento; 2 pacientes tenían entre 18-40 años para un 11.8 por ciento, lo que difiere con la epidemiología expuesta por Hernández Cano en donde se estima que la edad promedio en el mieloma múltiple es 65 años.¹⁸

Al analizar el sexo de los pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Salvador Bienvenido Gautier, 2010-2016, se observa que el sexo más frecuente fue el femenino con 9 pacientes para un 52.9 por ciento, lo cual difiere en lo establecido por Hernández Cano, donde se establece que es más frecuente en hombres.¹⁸

Según los datos recolectados en esta investigación se destaca que la manifestación clínica más frecuente fue la anemia con un total de 6 pacientes, para un equivalente al 35.3 por ciento. Esto apoya a lo publicado por Alvarado, en el cual se evidencia que la manifestación clínica más frecuente es el síndrome anémico en un 40 a 73 por ciento de los pacientes.¹⁹

Dentro de los factores de riesgo de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido

Gautier, 2010-2016, fue la raza negra con un total de 5 pacientes para un 29.4 por ciento. Esto concuerda con lo publicado por James Neira, en el cual se evidencia una mayor incidencia en negros americanos y población caribeña respecto a otras poblaciones.¹⁷

En cuanto a la respuesta al tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple en esta investigación se evidencia que un total de 11 pacientes para un 64.7 por ciento no respondió al tratamiento; lo cual está en desacuerdo con la tesis realizada por Claudia Agudelo se evidencio que, entre los pacientes con evaluación de la respuesta, un 57.14% tuvo respuesta global en primera línea.

Al analizar el pronóstico de los pacientes con mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, 2010-2016, se pudo establecer que 11 pacientes fallecieron a causa de esta enfermedad para un 64.7 por ciento de los casos estudiados. Se evidencia que según lo establecido por James Neira la enfermedad continúa siendo incurable y hay una importante proporción de pacientes que fallecen precozmente.¹⁷

RECOMENDACIONES

La determinación de la frecuencia de mieloma múltiple en el servicio de hematología del hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, presenta una alta relevancia, ya que es una patología cuya frecuencia ha ido en aumento durante los últimos años. Analizando la presente investigación hago las siguientes recomendaciones:

1. Realización de una base de datos de los pacientes con mieloma múltiple para mejor acceso en investigaciones futuras.
2. Se sugiere capacitación en atención primaria para un diagnóstico más temprano de la enfermedad.
3. Se recomienda referir a tiempo luego de la sospecha de la enfermedad.
4. Se sugiere una constante actualización en cuanto a las nuevas terapias implementadas para el mieloma múltiple.
5. Se sugiere una mayor cooperación por parte de las aseguradoras a la hora de la aprobación de las terapias recomendadas.

REFERENCIAS

1. Revisión fisiopatológica, clínica y diagnóstica de mieloma múltiple. Revista médica de costa rica y centroamericana. LXIX (603) 343-349. 2012
2. Resumen de normas actualizadas para el diagnóstico y el tratamiento de mieloma múltiple. Dean Smith, Kweeyong. BMJ 2013; 346 f3863
3. Waxman A, Mink P, Devesa S, Anderson W, Weiss B, Kristinsson S, et al. Disparidad racial en la incidencia y pronóstico de mieloma múltiple. Un estudio poblacional. Blood 2010; 116: ss01-6
4. Alcalde M, Rodríguez G, Santos M, Escobar E. Mieloma múltiple en una forma infrecuente en debut y evolución, presentación de un caso. Gaceta medica espirituaana. 2011; 14(2)
5. Barria K, Maldonado J, Álvarez R, Rodríguez M, Cortes M. Casuística de gammapatía monoclonal y mieloma múltiple en el hospital naval nel, viña del mar, chile. Revista médica chile. 2010, 788-790
6. Neira J, Moran C, Estrada R. Mieloma múltiple: aspectos biológicos, clínicos, diagnósticos, tratamiento con nuevos agentes y estadificación. Revisión de dos casos clínicos. Rev ME. VOL 1, N 2 (2014). 87-94
7. Ramón L, Rivera C, Arencibia A, Ávila O, Izquierdo L, Espinosa E, et al. Caracterización clínica y de laboratorio del mieloma múltiple en el instituto de hematología e inmunología. Revista médica cubana, hematología, inmunología y hemoterapia. 2013; 29 (4): 382-397
8. Rader DJ, Hobbs HH. Trastornos de las células plasmáticas. En: Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ªed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 936-942.
9. BMJ 2013; 346 doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f3863> (Published 26 June 2013) Cite this as: BMJ 2013;346:f3863
10. M.M. Álvarez-Cordovés_, P.G. Mirpuri-Mirpuri y A. Pérez-Monje. Diagnóstico de mieloma múltiple en atención primaria. Sospecha ante unahistoria clínica adecuada. Semergen. 2013;39(6):e21---e24
11. James Neira Borja, Cristina Morán Mancero, Roberto Correa Bravo, Roxana Estrada Morales 1 Multiple myeloma: biological and clinical aspects, diagnosis, treatment with new agents and staging. Review of two clinical cases Rev. Med. FCM-UCSG, Año XX, Vol. 18, N°2 (2014)
12. Medscape (Web en línea). Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/204369-overview> con acceso el 08 diciembre 2016
13. Weber N. Revisión fisiopatología, clínica y diagnóstico de mieloma múltiple. Rev Med de Costa Rica y Centroamérica LXIX 2012 (603). 343-349
14. Alvarado M, Alvarez J, Anaya I, De la peña A, Garcia L, Hernandez E, et al. Primer consenso nacional de mieloma múltiple por hematólogos del ISSSTE. Rev Hemat Mex. 2015; 16: 306-332
15. Resumen oncoguí a mieloma múltiple. Grupo cooperativo para el estudio de gammapatía monoclonales de Castilla y León. 2014
16. Vela J, García M. Mieloma múltiple. En: Hematología: La sangre y sus enfermedades. México, SA. 2009.
17. Neira Borja J, Morán Mancero C, Correa Bravo R, Estrada Morales R. Mieloma múltiple: aspectos biológicos, clínicos, diagnóstico, tratamiento con nuevos agentes y estadificación. Rev. Med. FCM-UCSG, Año XX, Vol. 18, N°2 (2014). P. 87-94
18. Hernández Cano R, Lorenzo Hernández M, Soria Suarez M. Uso de ácido zoledrónico en el tratamiento del mieloma múltiple. Enfermería global. No32. 2013. P.51-61.
19. Alvarado Ibarra M, et al. Resultado de tres esquemas de tratamiento en pacientes con mieloma múltiple mayor de 65 años. Rev Hematol Mex. 2016 Apr; 17(2). P. 90-98.

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER

Julio Novas Novas,* Rubén Darío Pimentel, ** Fulgencio Severino.***

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal con el propósito de determinar es prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016. El 10.3 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial. El 56.1 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial tenían una edad de 50-59 años. Según el sexo, el 66.1 por ciento eran femeninos. El 46.2 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendieron un estado civil soltero/a. El 62.8 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial procedían de la zona rural. El 46.2 por ciento tenían educación primaria. El 20.6 por ciento eran ama de casa. El 46.2 por ciento de los pacientes con hipertensión correspondieron un estado nutricional de obesidad. El 57.8 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial no tuvieron hábitos tóxicos. El 51.2 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendieron una patología asociada de diabetes mellitus

Palabra clave; Prevalencia, hipertensión arterial.

ABSTRACT

A retrospective descriptive and cross-sectional study was carried out with the purpose of determining the prevalence of arterial hypertension in patients who attend the Cardiology Department of the Doctor Welcome Hospital Gautier 2016. A retrospective descriptive and cross-sectional study

was carried out with the purpose of determining the prevalence of arterial hypertension in patients attending the Cardiology Department of the Doctor Salvador Welcome Gautier Hospital, 2014-2016. 10.3 percent of patients had high blood pressure. 56.1 percent of patients with arterial hypertension were 50-59 years old. According to sex, 66.1 percent were female. 46.2 percent of patients with arterial hypertension included a single marital status. 62.8 percent of patients with arterial hypertension came from the rural area. 46.2 percent had primary education. 20.6 percent were a housewife. 46.2 percent of patients with hypertension corresponded to a nutritional status of obesity. 57.8 percent of patients with high blood pressure did not have toxic habits. 51.2 percent of patients with arterial hypertension included an associated pathology of diabetes mellitus

Keyword; Prevalence, hypertension.

INTRODUCCIÓN

De la gran variedad de enfermedades cardiovasculares que existen, la hipertensión arterial es una de las causas más frecuentes de consulta en la mayoría de pacientes que acuden al cardiólogo. Este factor, está ocasionando que la misma sean los principales motivos de la población en la práctica médica, así como los mayores problemas de salud pública.¹

La hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la población, que aunque sea más frecuente a partir de factores, como la cantidad de sangre que circula y el calibre de las arterias por la que circula. Por lo general cuanto

*Médico especialista en Emergenciología y Cuidados Críticos, egresado del hospital Dr. Salvador Bienvenido 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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

***Médico cardiólogo. Hospital Dr. Bienvenido Salvador Gautier.

más volumen de sangre circulante y cuanto menor es el diámetro por la que circula ese volumen, mayor es la tensión arterial, aparecen tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino.

La hipertensión arterial es el factor principal modificable de riesgo para desarrollo de enfermedades vasculo cerebral, ictus que es uno de los factores de riesgo para las enfermedades coronarias, la insuficiencia cardíaca y la artropatía periférica.²

La hipertensión arterial sistémica aislada es ocasionada por una disminución progresiva de la elasticidad de las arterias, aunque estas mayormente ocurren en pacientes ancianos.

La hipertensión arterial sistémica, es un potente predictor de mortalidad de origen de enfermedades coronarias y de eventos cerebrovasculares en adulto, mayores, esto se extiende a todo el rango de cifras de presión arterial incluyendo la presión arterial diastólica.³

La presión arterial sistólica aumenta progresivamente con la edad, lo que puede ocurrir de la octava a la novena década de la vida, mientras que la presión arterial diastólica, tiende a permanecer constante o disminuir después de la quinta década de la vida. Esto implica que la presión arterial sistólica constituye una de las formas más frecuentes de hipertensión a partir de 60 años de edad. ³

La prevalencia de la presión arterial en la población, no pueden ser tan solo explicada por la alta prevalencia de esta enfermedad o en edades avanzadas, sino también por la complejidad clínica relacionada en la presencia de distintos grados de comorbilidad y discapacidad, conociendo que es un factor de riesgo modificable con una gran gamma de complicaciones que pueden aumentar la morbi mortalidad de pacientes.

Se plantea la necesidad de un trabajo cuyo objetivo principal es: determinar la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acuden a la consulta de cardiología en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, en el periodo Enero 2014 a Enero 2016.

Antecedentes.

Joan Quiles Izquierdo, Jordi Mañes Vinuesa y Josep Redón, 2016 realizaron un estudios descriptivo

con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertensión y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunista valenciana. Resultados: La prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38.2 por ciento [IC95% 34,9-41,5]; 40.7 por ciento en hombres [IC95%35,0- 45,5] y 35.7 por ciento en mujeres [IC95% 31,1-40,3]. La edad [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2], la categoría ponderal [sobrepeso OR 2,1 IC95% 1,3-3,2; obesidad OR 5,3, IC95% 3,3-8,5] y padecer diabetes mellitus [OR 2,4, IC95% 1,2-4,8] se constituyeron como variables asociadas con hipertensión. Conclusiones: Más de un tercio de la población estudiada padece hipertensión. La probabilidad de presentarla aumenta con la edad. El sobrepeso así como la diabetes mellitus duplican la probabilidad de padecerla.⁴

Rengifo Dávila, Lizbeth, 2014 realizo estudio descriptivo, correlacional, con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la hipertensión arterial en pacientes adultos en el Hospital II EsSalud Pucallpa–Ucayali. Resultados, el 35.0 por ciento (21 pacientes) fueron diagnosticados con hipertensión arterial. Asimismo, se encontró que los factores de riesgo desconocimiento de la comida chatarra (P=0,050), consumo de alimentos chatarra (P=0,026), falta de práctica de ejercicios (P=0,003), consumo de cigarrillos (P=0,002), consumo de alcohol (P=0,001), diabetes mellitus (P=0,015), hipercolesterolemia (P=0,000), y presencia de estrés (P=0,008) se relacionaron significativamente con la hipertensión arterial.⁵

Ronal Sabino Joaquín Tauca ,2017 realizó un estudio descriptivo correlacional, con el objetivo del estudio fue determinar el riesgo de la hipertensión arterial en el desarrollo de cataratas en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén 2017-2018. Resultados: Se halló que existe una primacía del sexo femenino en los que padecieron de catarata con 61.9 por ciento, así como en los que no padecieron con 61.1 por ciento. La edad promedio en los casos fue de 61.7 años y en los controles 61.5, en ambos casos no hubo diferencias estadísticas El 31.9 por ciento de los pacientes adultos con catarata presentaron hipertensión arterial, mientras que el 22.4 por ciento

de los pacientes adultos sin catarata tuvieron también hipertensión arterial, con diferencias estadísticas ($p=0.031$), estimándose un Odds ratio de 1.62 con un IC 95% de 1.010 hasta 2.591. La frecuencia de hipertensión arterial en pacientes con cataratas fue 31.9 por ciento y en pacientes sin cataratas fue 22.4 por ciento, además la hipertensión arterial se considera como factor de riesgo para catarata en los adultos. Hubo un predominio del sexo femenino en los casos como controles y la edad promedio se situó en 61 años.

Justificación.

En la población adulta con mira al envejecimiento que es la población vulnerable, no altamente como la geriátrica, tiene una prevalencia alta de hipertensión arterial, lo cual es el principal factor modificable de riesgo para el desarrollo de Ictus y enfermedades coronarias, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica. Datos epidemiológicos demuestran que la enfermedad coronaria en hombre, enfermedades vasculo cerebrales en mujer, que son las causas principales de la perdida funcional. El objetivo de esta investigación es conocer la cantidad de la población que están encaminados a la detención de la presión arterial, ya que esta puede aumentar el riesgo de complicaciones con pérdida de la capacidad funcional, se emiten datos confiables que establezcan la prevalencia de hipertensión arterial en la población investigada.

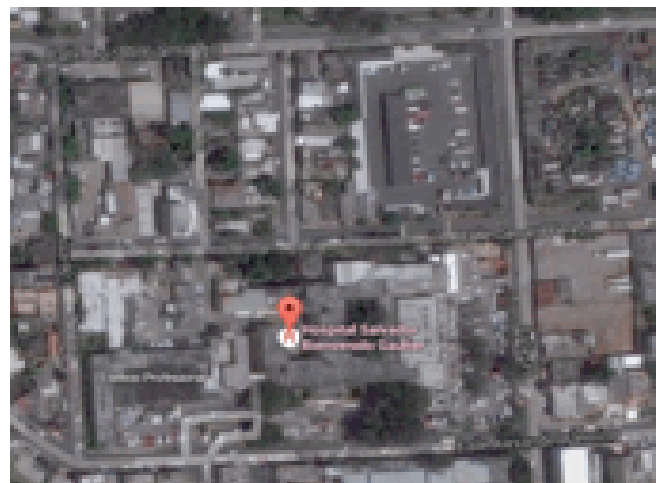
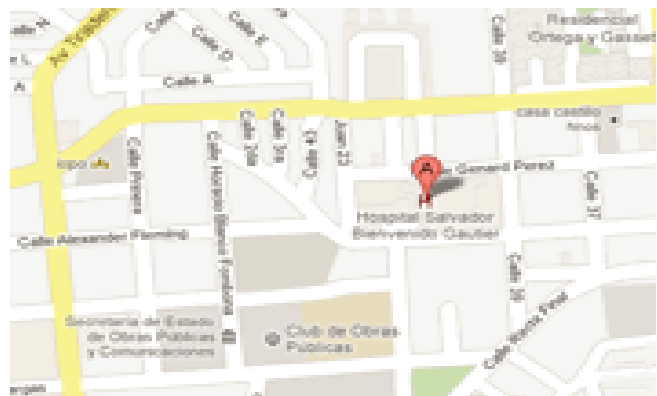
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo con el propósito de determinar la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acuden a la consulta de Cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, ubicado en la calle Alexander Fleming, No.1, Ensanche La Fe, Distrito Nacional, Delimitado, al Este, por la calle 39; al Oeste, por la calle Juan 23; al Norte, por la calle Genard Pérez y al Sur, por la calle Alexander Fleming (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo

El universo estuvo constituido por todos pacientes atendidos en la consulta de cardiología durante, 2014-2016.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 1,180 pacientes atendidos en la consulta de cardiología durante, 2014-2016.

Criterios

De inclusión

1. Paciente con hipertensión arterial
2. Ambos sexos
3. Adultos (≥ 18 años)

De exclusión

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

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un formulario con 12 preguntas abiertas y cerradas, el cual contiene datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación y variables relacionadas al tema de investigación tal son: Hipertensión arterial, estado nutricional, peso, talla, IMC, hábitos tóxicos, patología asociada.

Procedimiento

Para el llenado del formulario se hizo mediante revisión de los expedientes clínicos de los pacientes con Hipertensión arterial que acudieron a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016.

Tabulación

La información fue procesada con técnicas estadísticas con el procesador Epi-info 2010 o Excel 2010.

III.4.9. Análisis

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

Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²⁵ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁶ 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 su aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos 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 fue abordada 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 tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente

RESULTADOS

Cuadro 1. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016.

Hipertensión arterial	Frecuencia	%
Si	121	10.3
No	1,059	89.7
Total	1,180	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 10.3 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial.

Cuadro 2. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016, según edad

Edad (Años)	Frecuencia	%
40-49	19	15.7
50-59	68	56.1
60-69	22	18.1
≥70	12	9.9
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 56.1 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial tenían una edad de 50-59 años, el 18.1 por ciento de 60-69 años, el 15.7 por ciento de 40-49 años y el 9.9 por ciento mayor de ≥70.

Cuadro 3. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016, según sexo

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	80	66.1
Masculino	41	33.8
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

Según el sexo, el 66.1 por ciento eran femeninos y el 33.8 por ciento eran masculinos.

Cuadro 4. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016, según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero/a	56	46.2
Casado/a	30	24.7
Unión libre	17	14.2
Divorciado/a	18	14.8
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 46.2 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendieron un estado civil soltero/a, el 24.7 por ciento casado/a, el 14.8 por ciento divorciado/a y el 14.2 por ciento unión libre.

Cuadro 5. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016, según zona urbana.

Zona urbana	Frecuencia	%
Zona rural	76	62.8
Zona urbana	45	37.1
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 62.8 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial procedían de la zona rural y el 37.1 por ciento de la zona urbana.

Cuadro 6. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016. Según escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	56	46.2
Secundaria	35	28.9
Universitario	13	10.7
Ninguno	17	14.1
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

Atendiendo a la escolaridad de los pacientes, el 46.2 por ciento tenían educación primaria; el 28.9 por ciento tenían educación secundaria y el 10.7 por ciento universitaria y el 14.1 por ciento no tenía ninguna escolaridad.

Cuadro 7. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016. Según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	25	20.6
Comerciante	21	17.3
Agricultor	10	8.2
Conserje	11	9.2
Chofer	22	18.2
Profesor (a)	13	10.7
Motoconcho	12	9.9
Empleada domestica	4	3.3
Ninguna	3	2.4
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

De acuerdo a la ocupación de los pacientes, el 20.6 por ciento eran ama de casa, el 18.2 por ciento chofer, el 17.3 por ciento comerciantes, el 10.7 por ciento profesores, el 8.2 por ciento agricultor, el 9.2 por ciento conserje, el 9.9 por ciento motoconcho, el 3.3 por ciento empleada domestica y el 2.4 por ciento ninguna

Cuadro 8. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016. Según datos, físicos, signos clínicos y patológico.

Estado nutricional	Frecuencia	%
Peso bajo	17	14.1
Peso normal	35	28.9
Sobre peso	13	10.7
Obesidad	56	46.2
Total	121	100.0
Peso	Frecuencia	%
<75	12	9.9
75-79	39	32.2
80-85	20	16.5
≥86	50	41.3
Total	121	100.0
Talla	Frecuencia	%
<1.60	70	57.8
1.60-1.69	30	24.7
≥1.70	21	17.3
Total	121	100.0
IMC	Frecuencia	%
<25	47	38.8
25-29	70	57.8
30-35	4	3.3
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 46.2 por ciento de los pacientes con hipertensión correspondieron un estado nutricional de obesidad, el 41.3 por ciento un peso de mayor 86, el 57.8 una talla de <1.60 y el 38.8 por ciento un índice de masa corporal menor de 25.

Cuadro 9. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016. Según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Alcohol	56	46.2
Café	66	54.5
Tabaquismo	27	22.3
Ninguno	70	57.8

Fuente: expedientes clínicos

El 57.8 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial no tuvieron hábitos tóxicos, el 46.2 por

ciento alcohol, el 54.5 por ciento café, y el 22.3 por ciento tabaquismo.

Cuadro 10. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acudan a la consulta de cardiología del Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2014-2016. Según patológico asociada.

Patología asociada	Frecuencia	%
Diabetes mellitus	62	51.2
Hiperlipidemia	45	37.1
Otras	14	11.5
Total	121	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 51.2 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendieron una patología asociada de diabetes mellitus, el 37.1 por ciento hiperlipidemia y el 11.5 por ciento otras.

DISCUSION

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de hipertensión arterial.

El 10.3 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial; en un estudio realizado por Vega Vásquez, Emerita Celeni en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017, donde el 28.3 1 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial.

El 56.1 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial tenían una edad de 50-59 años; en un estudio realizado por Vega Vásquez, Emerita Celeni en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017, donde el 53.6 8 por ciento de los pacientes tenían entre 50-59 años siendo este el porcentaje más bajo que nuestros estudios.

Según el sexo, el 66.1 por ciento eran femeninos; en un estudio realizado por Rengifo Dávila, Lizbeth en el Hospital II Es salud Pucallpa – 2014, Perú, donde el 33.3 por ciento eran femeninos, siendo este el porcentaje más bajo que nuestro estudios.

El 46.2 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendían un estado civil soltero; en un estudio realizado por Martínez Vargas, Corina Paola en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote – 2017, donde el 23.3 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendían un estado civil soltero.

El 62.8 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial procedían de la zona rural; en un estudio realizado por Vega Vásquez, Emerita Celeni en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017, donde el 42.3 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial procedían de la zona rural siendo este el porcentaje más bajo de nuestro estudios.

Atendiendo a la escolaridad de los pacientes, el 46.2 por ciento tenían educación primaria; en un estudio realizado por Rengifo Dávila, Lizbeth en el Hospital II Es salud Pucallpa – 2014, Perú, donde el 25.3 por ciento tenían educación primaria.

El 46.2 por ciento de los pacientes con hipertensión correspondieron un estado nutricional de obesidad; en un estudio realizado por Vega Vásquez, Emerita Celeni en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017, donde el 52.3 por ciento de los pacientes con hipertensión correspondieron un estado nutricional de obesidad.

El 57.8 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial no tuvieron hábitos tóxicos; en un estudio realizado por Rengifo Dávila, Lizbeth en el Hospital II Es salud Pucallpa – 2014, donde el 63.3 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial no tuvieron hábitos tóxicos.

El 51.2 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendieron una patología asociada de diabetes mellitus; en un estudio realizado por Rengifo Dávila, Lizbeth en el Hospital II Es salud Pucallpa – 2014, donde el 89.3 por ciento de los pacientes con hipertensión arterial comprendieron una patología asociada de diabetes mellitus.

RECOMENDACIONES

Al Sistema Nacional de Salud

1. Las medidas de estilo de vida saludable como: dejar de fumar, dieta sana y baja en sodio, ingesta de alcohol moderada, ejercicio regular y control de peso, son importantes porque pueden retrasar la necesidad de tratamiento farmacológico o complementarlo, además de otros beneficios sobre la salud.
2. En adultos con hipertensión grado 1 (140–159/90–99 mm Hg) <80 años sin alto riesgo CV, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico cuando las medidas de estilo de

vida saludable no han conseguido controlar la presión sanguínea.

3. Los adultos de alto riesgo CV con hipertensión grado 1 o 2 (>160/100 mm Hg) deben iniciar tratamiento farmacológico junto con medidas de estilo de vida saludable.
4. El objetivo de presión sistólica es <140 mm Hg en todos los pacientes tratados, incluidos los mayores, que toleran el tratamiento; apuntando a 130 mm Hg o incluso menos, para la mayoría de los pacientes <65 años, siempre que sea bien tolerado.
5. El objetivo de presión sistólica en pacientes diabéticos es similar al expresado en el apartado anterior, sin bajar de 120 mmHg por razones de beneficio/riesgo. El objetivo de presión diastólica debería ser <80 mm Hg.

REFERENCIAS

1. Development and Validation of a Prediction Rule for Benefit and Harm of Dual Antiplatelet Therapy Beyond 1 Year After Percutaneous Coronary Intervention robertw. Yeh, MD, msc; Eric A. Secemsky, MD, msc; Dean J. Kereiakes, MD; Sharon-Lise T. Normand, phd; Anthony, 2016 American Medical Association.
2. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial, Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), RevEspCardiol. 2013; 66(10):880.e1-880.e64.
3. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2013.
4. Joan Quiles Izquierdo, Jordi Mañes Vinuesa y Josep Redón; Prevalencia de hipertensión y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana 2016.
5. Rengifo Dávila, Lizbeth; Factores de riesgo que influyen en la hipertensión arterial en pacientes adultos en el Hospital II EsSalud Pucallpa – Ucayali. 2014.
6. Ronal Sabino Joaquín Tauca; Hipertensión

- arterial en el desarrollo de cataratas en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén 2017-2018.
7. Guía de práctica clínica, Hipertensión Arterial, Primaria (HTA), Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS, Para pacientes y familiares 2013 - Guía No. 18.
 8. Guía europea de Hipertensión 2013, Resumen y comentarios, Dr. Rafael Marín, Dr. Pedro Armario, Dr. Mariano de la Figuera.
 9. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, ministerio de salud, no. 031-0215/minsa.
 10. Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial costarricense, caja costarricense de seguro social, gerencia médica, 2013
 11. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos, Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original, jul.-ago. 2014;22(4):547-53, DOI: 10.1590/0104-1169.3345.2450 www.eerp.usp.br/rlae.
 12. Hipertensión ISSN: 1889-1837, Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013), Volumen 30, Extraordinario 3, Diciembre 2013.
 13. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana, Lourdes Zubeldia Lauzurica (1), Joan Quiles Izquierdo (1), Jordi Mañees Vinuesa (2) y Josep Redón Más (3), Rev. Esp Salud Pública. Vol. 90; 2016: 1 de abril e1-e11.
 14. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la comunidad de Madrid. Estudio predimerc, Rev. Esp Salud Pública 2011; 85: 329-338, Julio-Agosto 2011.
 15. Revista Argentina de Cardiología, Órgano Científico de la sociedad argentina de cardiología, consenso de hipertensión arterial, vol. 81 suplemento 2 agosto 2013.
 16. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS Para pacientes y familiares 2013 - Guía No. 18.
 17. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia, para pacientes y familiares 2013 - Guía No. 18, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS.
 18. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. ESH and EscGuidelines Jama 2014.311 (5); 507-520.
 19. Maiques Galan ; Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten primaria 2015; 44 supl 1:3-15.
 20. T. Gijón-Conde, A. Graciani, J.R. Banegas. Demografía y características clínicas de la hipertensión resistente en 6.292 pacientes en atención primaria. Rev Esp Cardiol., 67 (2014), pp. 270-276
 21. F. Pelliccia, G. Rosano, G. Patti, M. Volterrani, C. Greco, C. Gaudio. Efficacy and safety of mineralocorticoid receptors in mild to moderate arterial hypertension. Int J Cardiol., 200 (2015), pp. 8-11
 22. J. Václavík, R. Sedlák, J. Jarkovský, E. Kociánová, M. Táborský. Effect of spironolactone in resistant arterial hypertension: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial (ASPIRANT-EXT). Medicine., 93 (2014), pp. e162.
 23. D.L. Bhatt, D.E. Kandzari, W.W. O'Neill, R. D'Agostino, J.M. Flack, B.T. Katzen, et al. A controlled trial of renal denervation for resistant hypertension. SYMPPLICITY HTN-3 Investigators. N Engl J Med., 370 (2014), pp. 1393-1401
 24. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2017; VI (2): 321.
 25. 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). Génova, 2015.

KETOROLACO VERSUS DESKETOPROFENO EN ANALGESIA POSQUIRÚRGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A LAMINECTOMÍA EN EL CENTRO CARDIO NEURO OFTALMOLOGICO Y TRASPLANTE (CECANOT) DICIEMBRE 2018 - MAYO 2019.

Winy Hernández Núñez, * Rubén Darío Pimentel, ** Carmen Yoselin Nova.

RESUMEN

El dolor postoperatorio es la causa más probable de dolor agudo, y es probable que los dolores recientes sean lo más limitados posible, lo que resulta en la estimulación nociceptiva de diversos órganos y tejidos mediante la intervención quirúrgica. La mejor característica del dolor postoperatorio es su intensidad máxima en las primeras 24 horas y disminuye gradualmente. Actualmente, la incidencia de dolor postoperatorio es alta y el tratamiento aún es insuficiente.

Objetivo: Comparación de la analgesia postquirúrgica entre el ketorolaco y el dexketoprofeno en la lamedectomía en el centro de oftalmología y trasplante de neuro cardio (CECANOT).

Material y método: Estudiamos a 54 pacientes de entre 18 y 70 años que ingresaron en laminectomía en el Centro Cardio Neuro para Oftalmología y Trasplante (CECANOT). Se estableció el grupo 1 de dexketoprofeno y 2 grupos de terapia con cetona y la intensidad del dolor postoperatorio es 8 horas después del postoperatorio y 8 meses después de la operación. Se evaluaron escalas analógicas.

Resultados: El dexketoprofeno aumentó la eficacia de 54 pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico para el alivio del dolor postoperatorio. Del mismo modo visual. La diferencia de medias para el grupo de dexketoprofeno en las mediciones fue de 8 horas de EVA, en comparación con 8 veces la resistencia de EVA. Postoperatorio

Conclusiones: En comparación con el grupo Ketorolac, el grupo de dexketoprofeno demostró analgesia postoperatoria en pacientes que se

sometieron a laminectomía en el Centro de Transplante y Cardio Neuro y Oftalmológico (CECANOT).

ABSTRACT

The postoperative pain is the maximum representative of acute pain and is defined as a pain of recent onset, probably limited duration and that appears as a consequence of the nociceptive stimulation resulting from the surgical intervention on the different organs and tissues. The most outstanding characteristic of postoperative pain is that its maximum intensity is in the first 24 hours and decreases progressively. Currently, the incidence of postoperative pain remains high, and treatment is still inadequate.

Objective: To compare postoperative analgesia between ketorolac and dexketoprofen in patients undergoing laminectomy at the Cardio Neuro Ophthalmology and Transplant center (CECANOT).

Material and method: Fifty-four randomly selected patients of both sexes aged between 18 and 70 years who were admitted by laminectomy surgery at the Cardio Neuro Ophthalmology center and transplant (CECANOT) were studied. Two groups were formed to receive pharmacological treatment in group 1 dexketoprofen and group 2 ketorolac, the intensity of postoperative pain was evaluated through the visual analogue scale in the immediate postoperative period and after 8 hours postoperatively.

Results: Of the 54 patients studied, dexketoprofen was more effective than ketorolac for postoperative pain management. In the analogous visual scale measurement the significant difference existed for the dexketoprofen group, ending with an EVA of

*Anestesiólogo, egresada del hospital DrI Luis Eduardo Aybar.

**Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

***Médico Anestesióloga, coordinadora de la Residencia de Anestesiología del hospital DrI Luis Eduardo Aybar.

0 on average at 8 hours compared to the ketorolac that ended with an EVA of 1 average at 8 hours postoperative

Conclusions: The dexketoprofen group compared to the ketorolac group showed better postoperative analgesia in patients undergoing laminectomy surgery at the Neuro and Ophthalmological Cardio and Transplant Center (CECANOT).

INTRODUCCIÓN

Anestesiología La narcosis combina el manejo del manejo de la ansiedad, el dolor y las enfermedades graves en el paciente perioperatorio. El dolor postoperatorio parece ser el resultado de dolor agudo reciente y síntomas de dolor, retrasos recientes, posiblemente limitados, y estimulación nociceptiva de diversos órganos y tejidos. La característica más llamativa del dolor postoperatorio es que la intensidad del pico se reduce gradualmente en 24 horas. Dolor postoperatorio La fisiopatología del paciente es uno de los temores más frecuentes en los pacientes que no se administran desde el principio, por lo que se ha desarrollado un estudio comparativo de la analgesia con dexketoprofeno y los pacientes con laminectomía cetulolaca quirúrgica en pacientes con neuropatía cardíaca y trasplante (CECANOT) Diciembre-mayo 2019.

Antecedentes

Dr. Juan Pablo Gómez-Rojas ISSEMyM, Eightpek Medical Center fue examinado. Comparar la analgesia entre el Ketorolac y el dexketoprofeno de México. El dolor es una de las principales quejas postoperatorias; En estadística, este es el menos difícil de resolver y resolver dentro de las primeras 24 horas. Evaluaremos dos alternativas: tramadol tramadol-ketorolac versus-dexketoprofen, que deciden administrar una buena analgesia postoperatoria en estos pacientes. Ejemplo: 60 pacientes se dividen en dos grupos (aleatorios). MÉTODOS: Un grupo de 250 ketololac volátil + 100 mg IV tramadol se administró por vía intravenosa a la infusión de 30 mg de tramadol y una infusión continua de 90 mg de ketamicol + 200 mg de tramadol durante 24 horas. Grupo dexketoprofeno tratado con 50 mg + 100 mg IV de tramadol e iniciado 250 ml, con una infusión continua de tramadol en dexketoprofeno 100 mg +

200 mg de bomba de electrones disponible durante 24 horas, solución fisiológica aceptada. (VAS 0-4), dolor moderado (VAS 5-7) o dolor intenso (VAS 8 tuvo 6, 12, 18 y 24). Una hora después de la cirugía fue evaluada por EVA - 10) (1,2). Se evaluaron los efectos secundarios y se permitió a los pacientes someterse a anestesia 24 horas después de la operación. Análisis estadístico: media, desviación estándar, chi cuadrado y t de Student. Resultados: Un grupo fue del 76%, el dolor leve fue del 24%, el dolor moderado en el Grupo B fue del 86% y el dolor moderado fue del 14%. A las 12 pm, el dolor leve en el grupo A disminuyó en un 58% y el dolor moderado en un 42%. El 85% del grupo B tenía dolor leve y el 15% dolor moderado. En el minuto 18, el dolor en el grupo A fue del 52 por ciento, en promedio del 48 por ciento. Reducir el dolor en un 78 por ciento en el grupo B y 22 por ciento moderado. En 24 horas, el dolor leve en el Grupo A fue del 58% y el dolor moderado fue del 42%; El grupo B tuvo dolor leve y 64% dolor moderado. El grupo A de efectos secundarios fue de 6 y Walker y 24 horas de deambulación, el grupo B fue del 5%; en la actualidad, el grupo A fue del 57%; Este porcentaje fue del 42% para la ambulación de hemorragia por frío, 28% para el dolor moderado y 30% de dolor intenso. El grupo B tenía un 53% de dolor en el pie frío, un 18% de dolor intenso y un 19% de dolor intenso, que fue posible en un 64%. Conclusión: Aunque se ha encontrado que Tramadol-Dexketoprophen es anémico en ambos grupos, se ha demostrado que tiene un efecto de alta calidad, consistente y menos adverso en el alivio del dolor. Además, a la mayoría de los pacientes se les diagnosticó una tasa inicial de enfermedad, una enfermedad leve. Estos pacientes reducen la incidencia de solitarios, tempranos e íleos, trombosis, neumonía.

Alvaro Vallejos Narváz *, Camilo Ruano, María Paula Ávila, Sergio Latorre, Jennifer Delgadillo, Gina Manosalva, Sindy Malaver, Esteban Hernández, Paula Torres, Guillermo Bernal, Andrea Tovar, Medicina Laura Caicedo, Facultad de Ciencias de la Salud, 19 -son, 8a-32, bogota, d. Colombia También estudiaron analgésicos antiinflamatorios no esteroideos para mejorar la calidad de la estancia hospitalaria. Como experiencia subjetiva, el dolor

afecta el resultado clínico del uso de analgésicos en estos pacientes y la calidad de la hospitalización, por lo que el hospital se encuentra en un nivel alto en pacientes adultos. Las opciones de tratamiento para el tratamiento del dolor incluyen medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE), opioides, paracetamol, metacrilato; Estos pacientes pueden ser utilizados en diversas formas farmacológicas que cumplen con los requisitos de cada uno de ellos. Al mismo tiempo, el uso de opioides (analgesia controlada por el paciente y de intervención, bloqueo nervioso periférico, piscina epidural y local), que incluyen la analgesia en una revisión retrospectiva de técnica y de gestión. El éxito de la terapia analgésica no es solo el uso de una analgesia adecuada, sino también las estrategias utilizadas para identificar el dolor. Se logra mediante el uso de escalas para medir el dolor, la escala de escala visual analógica, la escalabilidad digital verbal y la evaluación verbal.²

Manuel J. Barbanoj Rodríguez, Rosa M. Antonijoan Arbos y Salvador Rico Amaro Expert-Rev. Neurother. (2008) 8 (11), 1625-1640 medio-violencia y auto-estudio dexketoprofeno condiciones de dolor leve, en general, ser tratadas con los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). A pesar de su diferente química, los AINE tienen un mecanismo de acción se basa en el bloqueo de la ciclooxigenasa (COX) enzima responsable de la biosíntesis de prostaglandinas. Desafortunadamente, esto se asocia con cardiovascular o renal, que está mediada por prostaglandinas, y otras funciones fisiológicas del sistema gastrointestinal, así como por las acciones de estos fármacos es limitado, y causar una variedad de efectos adversos. Los nuevos inhibidores de la COX muestran un efecto analgésico más potente y menos efectos secundarios que los de los AINE clásicos. Más que cualquier otras moléculas activas e inhibidores de cambio estructural de la mezcla con una combinación de AINE-2 inhibidor selectivo común de experiencia en lo siguiente: el desarrollo de una estrategia de este tipo de desarrollo de fármacos y embadurnado con agonistas de NSAIDs específicos pueden ser el resultado de uno de los compuestos más estudiados en adrenérgico 2. una mezcla de la transformación estructural de los inhibidores, COX-1 y-2 funciones

fisiológicas durante la inflamación y la regulación excesiva es el resultado de tener en cuenta que es co-responsable de la síntesis de prostaglandinas. Este moléculas fondo.³ marco son moléculas con baja incidencia de efectos secundarios y la eficacia de la composición de analgésico, por lo tanto, desarrollado y nitroparacetamol nitriaspirina, nitrofenaco y trometamina dexketoprofeno

Justificación

El dolor postoperatorio parece ser el resultado de la estimulación nociceptiva como resultado de la cirugía, que es el más representativo del dolor agudo y el dolor recientemente identificados, cuya duración probablemente sea limitada y en varios órganos y tejidos. La mejor característica del dolor postoperatorio es su intensidad máxima en las primeras 24 horas y disminuye gradualmente. la nocicepción del crecimiento y la fisiología de las drogas y las técnicas de alivio del dolor son cada vez más poco tratadas después de la cirugía, a pesar de que cada vez hay más conocimiento sobre la neurobiología.

Al mismo tiempo, el dolor postoperatorio es alto y, entre otras razones, el uso de un alivio del dolor más deficiente, sus propiedades farmacológicas, efectos secundarios y patrones de tratamiento adecuados, Debido a la “demanda” de que la analgesia o las vías de gestión rara vez se tratan.

Los principales beneficios del tratamiento de alivio del dolor no solo son más lentos que la enfermedad, como la isquemia y las arritmias cardíacas, la atelectasia, los accidentes tromboembólicos, las heridas corrompidas y la acidosis metabólica, que reducen la frecuencia de las complicaciones postoperatorias y reducen el riesgo de cuidados intensivos. largas filas de tiempo El tratamiento correcto del dolor postoperatorio, que es crucial para la correcta recuperación del paciente después de la cirugía, es muy importante. Por lo tanto, evitar el dolor debe ser una de las prioridades de todos los proveedores de atención médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Cronograma descriptivo y prometedor V.4.1 para la comparación de analgésicos postoperatorios entre

ketorolaco y dexketoprofeno en pacientes laminados por CECANOT en Cardio Neuro-Oftalmología y Centro de trasplantes (CECANOT) en diciembre de 2019 y mayo de 2019.

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Oftalmología y Trasplante Cardio-Neuro (CECANOT) en el Dr. Luis Eduardo Aybar de la Ciudad de la Salud, Federico Velásquez, No. 1 en el distrito de María Auxiliadora. Calle Norte separada de Osvaldo Bazil; Al sur, Federico Velásquez, al este, a Albert Thomas y al oeste por Federico Bermúdez. Cumple con la región del Área Metropolitana de Salud IV (ver mapa cartográfico y vista aérea)



Mapa cartográfico /V ista aéreas

Universo

El Centro Cardio Neuro Colonial de Oftalmología y Trasplante (CECANOT) fue creado por 405 pacientes entre 2018 y mayo de 2019.

Muestra

Las muestras incluyen 54 laminectomía quirúrgica en el Centro de Neuro-Oftalmología Cardio y el trasplante (CECANOT) desde diciembre de 2018 hasta mayo de 2019.

Criterios

De inclusión

1. Laminectomía postoperatoria.
2. Los adultos.
3. Dos sexos.

De exclusión

1. El paciente se niega a participar en la investigación.
2. Una persona con barreras de lenguaje.
3. Alergia a los medicamentos utilizados para la investigación.
4. Un paciente con enfermedad renal.

Instrumento de recolección de datos

Hay 8 cuestionarios a puerta cerrada que cubren datos sociodemográficos: edad, sexo, educación y agresión. , el nivel de dolor está determinado por el tiempo transcurrido después de la aplicación.

Procedimiento

La forma se utilizó para pacientes con dexketoprofeno y ketorolase utilizando los datos obtenidos mediante imágenes directas. En el curso de la investigación, los formularios fueron complementados por el supervisor. Diciembre de 2018 - Mayo de 2019

Tabulación

Los datos obtenidos fueron distribuidos utilizando programas informáticos de Excel.

Análisis

Los datos fueron analizados a frecuencias normales.

Aspectos éticos

Este estudio se ocupa de las Recomendaciones de Helsinki²² pertinentes y del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) .²³ El estudio se realizó de acuerdo con estándares éticos internacionales, incluidos los protocolos e instrumentos del

estudio, en el campo de la escuela de medicina y la investigación universitaria. También fue revisado por el Comité de Ética de la Universidad a través del Centro de Oftalmología Cardíaca y la Coordinación de Capacitación en Trasplantes (CECANOT), confirmando la confirmación de los datos y el inicio del proceso de verificación.

La investigación involucra el manejo de la información proporcionada por el personal de salud (División de Estadística). Son muy cautelosos y las bases de datos están protegidas por los datos creados y asignados por esta información y solo serán administrados por el investigador. Todos los informes identificados en esta etapa se abordan en las siguientes etapas del estudio, que se abordan personalmente.

Toda la información recopilada en este estudio se cumple estrictamente en la confidencialidad. Sin embargo, el identificador de pacientes en los archivos clínicos siempre está protegido y revisará los datos que permitirán a cada individuo determinar si la información es relevante para el resto de la información contenida en el instrumento.

Finalmente, toda la información contenida en el texto de este proyecto recibido por otros autores fue justificada por su convocatoria correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro 1. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019.

Analgesia	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	26	96.3	24	88.9	50	92.6
No	1	3.7	3	11.1	4	7.4
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 96.3 por ciento de los pacientes presentaron analgesia con dexketoprofeno y el 3.7 por ciento dolor, el 88.9 por ciento de los pacientes si presentaron analgesia con ketorolaco y el 11.1 por ciento dolor.

Cuadro 2. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según Edad:

Edad (años)	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<30	2	7.4	2	7.4	4	7.4
30-39	3	11.1	4	14.8	7	12.7
40-49	7	25.9	7	25.9	14	25.9
50-59	7	25.9	7	25.9	14	25.9
60-69	5	18.5	5	18.5	10	18.5
≥70	3	11.1	2	7.4	5	9.3
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 25.9 por ciento de los pacientes que usaron el dexketoprofeno tenían una edad de 40-49 y 50-59 años, el 18.5 por ciento de 60-69 años, el 11.1 por ciento de 30-39 y ≥70 años de edad y 7.4 <30 años de edad.

El 25.9 por ciento de los pacientes que usaron Ketorolaco tenían una edad de 40-49 y 50-59 años de edad, 18.5 por ciento 60-69 años de edad, 14.8 por ciento 30-39, 7.4 por ciento <30 años de edad y ≥70 años de edad.

Cuadro 3. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según sexo:

Sexo	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Masculino	17	63	16	59	33	61.1
Femenino	10	37	11	40.7	21	38.9
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 63 por ciento de los pacientes que usaron dexketoprofeno eran del sexo masculino y el 37 por ciento femenino.

El 59.3 por ciento de los pacientes que usaron ketorolaco eran del sexo masculino y el 40.7 por ciento femenino.

Cuadro 4. La analgesia posquirúrgica entre el ketorolaco y el dexketoprofeno en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según Escolaridad:

Escolaridad	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Analfabeto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria	12	44.4	16	50.3	28	51.9
Secundaria	10	37.0	8	29.6	18	33.3
Técnico	2	7.4	0	0.0	2	3.7
Universitario	3	11.1	3	11.1	6	11.1
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 44.4 por ciento de los pacientes que usaron dexketoprofeno su nivel de escolaridad era primaria, 37 por ciento su escolaridad fue secundaria, el 11.1 por ciento su escolaridad fue universitario y el 7.4 su escolaridad fue técnico.

El 59.3 por ciento de los pacientes que usaron ketorolaco su nivel de escolaridad fue primaria, 29.6 por ciento su escolaridad fue secundaria, 11.1 por ciento su escolaridad fue universitario.

Cuadro 5. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según dolor posquirúrgico inmediato:

Dolor posquirúrgico inmediato	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	1	3.7	3	11.1	4	7.4
No	26	96.3	24	81.9	50	92.6
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 3.7 por ciento de los pacientes presentaron dolor en el posquirúrgico inmediato con dexketoprofeno y el 11.1 por ciento de los pacientes si presentaron dolor con ketorolaco en el posquirúrgico inmediato.

Cuadro 6. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según dolor posquirúrgico tardío:

Dolor posquirúrgico tardío	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	3	11.1	5	18.5	8	14.8
No	25	92.6	22	81.5	46	85.2
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 11.1 por ciento de los pacientes presentaron dolor en el posquirúrgico tardío con dexketoprofeno y el 18.5 por ciento de los pacientes si presentaron dolor con ketorolaco en el posquirúrgico tardío.

Cuadro 7. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según escala análoga del dolor en el posquirúrgico inmediato:

Escala visual análoga de dolor (EVA)	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
0	26	96.3	24	88.9	50	92.6
1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	1	3.7	2	7.4	3	5.6
3	0	0.0	1	3.7	1	1.8
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 96.3 por ciento de los pacientes presentaron una escala visual análoga del dolor de 0 con dexketoprofeno en el posquirúrgico inmediato y 3.7 por ciento presento una escala visual análoga de 2.

El 88.9 por ciento de los pacientes presentaron una escala visual análoga del dolor de 0 con ketorolaco en el posquirúrgico inmediato, 7.4 por ciento presentaron una escala visual análoga del dolor de 2 y el 3.7 por ciento presentaron una escala visual análoga de 3.

Cuadro 7. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según escala análoga del dolor en el posquirúrgico inmediato:

Cuadro 8. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según escala análoga del dolor en el posquirúrgico tardío:

Escala visual análoga de dolor (EVA)	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
0	25	92.6	23	85.2	46	85.2
1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	2	7.4	4	14.8	6	11.1
3	0	0.0	1	3.7	1	1.8
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5	1	3.7	0	0.0	1	1.8
6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 92.6 por ciento de los pacientes presentaron una escala visual análoga del dolor de 0 con dexketoprofeno en el posquirúrgico tardío y 7.4 por ciento presentó una escala visual análoga de 2.

El 85.2 por ciento de los pacientes presentaron una escala visual análoga del dolor de 0 con ketorolaco en el posquirúrgico tardío, 14.8 por ciento presentaron una escala visual análoga del dolor de 2 y el 3.7 por ciento presentaron una escala visual análoga de 3.

Cuadro 9. La analgesia posquirúrgica entre el dexketoprofeno y el ketorolaco en pacientes sometidos a laminectomía en el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) diciembre 2018 - mayo 2019. Según medicación de rescate:

Medicación de rescate	Dexketoprofeno		Ketorolaco		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	1	3.7	1	3.7	2	3.7
No	26	96.3	26	96.3	52	96.3
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

El 96.3 por ciento de los pacientes no necesitó de medicación de rescate con dexketoprofeno.

El 96.3 por ciento de los pacientes no necesitó de medicación de rescate con ketorolaco.

DISCUSION

Una vez que se hayan obtenido los resultados, continuaremos comparándolos con la analgesia postoperatoria con dexketoprofeno frente a la ketoclobulina.

El 96,3% de los pacientes tenían analgesia con dexketoprofeno en un 88,9% con ketorol; Atizapán González Herrejón, un estudio realizado por el Dr. Enrice Villavicencio Mendizabal en el hospital general, informó que el 100% de los pacientes de México utilizan analgesia con el uso de drogas.

Con dexketoprofeno ketorolaco, los pacientes tenían entre 40 y 49 años y entre 50 y 59 años, y el 25,9% tenía analgesia.

En este estudio, el 38,9% de los pacientes se compararon con las mujeres y el 61% de los hombres para comparar la analgesia entre el dexketoprofeno y el ketorolaco; Un estudio realizado por el Dr. Juan Pablo Gómez-Rojas en Ecatepec ISSEMyM Medical Center. Las mujeres mexicanas y 48.3% hombres y Atizapán González, el Dr. Enrique Villavicencio Mendizabal, en el hospital general de Herrejón, Tolgar, tuvieron 55.2% hombres y 46.3% mujeres.

El uso de dexketoprofeno comparado con el 11.1 por ciento de los pacientes que usan ketorolaco directo 3.7 por ciento de los pacientes con dolor postoperatorio directo; El 0.0% de los pacientes tuvo dolor postoperatorio inmediato en Atizapán González Herrejón, Tolgar, México, por el doctor general Dr. Enrique Villavicencio Mendizabal.

Informé 11.5% 8.5% con la administración de dexketoprofeno versus Ketorolac en 18.5% y dolor operatorio; Un estudio realizado por el Dr. Juan Pablo Gómez-Rojas en Ecatepec ISSEMyM Medical Center. El 86 por ciento de los pacientes tenía dolor con el uso de dexketoprofeno en comparación con el 76 por ciento de los datos de nuestro estudio contra el ketorolaco, México.

Al usar dexketoprofeno, el 3.7 por ciento de los pacientes que usan ketorolac presentan una evaluación postoperatoria intraoperatoria de 7.4 años; Atizapán González, Herrejón, Toluca, México, declaró en un estudio realizado por el Dr. Enrique Villavicencio Mendizabal, en el hospital general, donde el ketorolaco Dexketoprofeno fue del 0.0 por ciento del uso total de EVA 0.

El 3.7% de los pacientes usaron la 5ª medida de EVX, usando 3 versiones de EVX, usando una versión 3D, 8 horas después de la cirugía usando ketorolac; Un estudio realizado por el Dr. Juan Pablo Gómez-Rojas en Ecatepec ISSEMyM Medical Center. El 58% de los pacientes tratados con dexketoprofeno en México es mucho más alto que nuestra investigación.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar el uso de la dexketoprofina para una analgesia postoperatoria adecuada.
2. Tómese el tiempo para analizarlo porque debe usarse para predecir mejor el pronóstico antes de que se active el síndrome de dolor.

REFERENCIAS

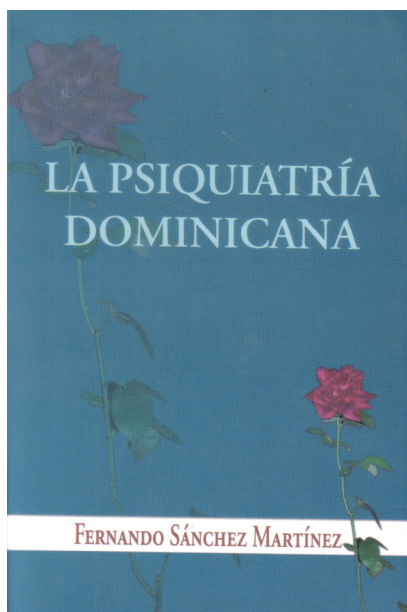
1. Prótesis postoperatoria de pacientes con tramadol-dexketoprofeno y deslizamiento de cadera 2013 versus 61 (1) 1. Gomez-Rojas John Paul Tramadol-ketorolac pp. 32-36.
2. Los pacientes Alvaro Vallejos Narvaez, Camilo Ruano, María Paula Avila, Sergio Latorre, Jennifer Delgadillo, Gina Sindy Manosalva, Malawi, Esteban Hernández, Paula Torres, Guillermo Bernal, Andrea Brand, Laura Caicedo Analgésicos: 44 Revisión de artículos (1), 107-127, 2015.
3. 3. Barbanoj Manuel J. Rodríguez, Rosa M. ANTONIJOAN Arbor y El Salvador Rico Amaro dexketoprofeno trometamina Experto:

evidencia clínica apoya la eficacia del alivio del dolor Rev. Neurother. 8 (11), 1625-1640 (2008).

4. 4. Vázquez Martínez de Castro, Torres L.M., dolor postoperatorio. Cambios en la fisiopatología y sus efectos. Rev.Soc.Esp. Dolor 2000; 7 (7): 465-476.
5. 5. voz Ovalle T, Delgado Hernández E, Castellanos Olivares A, pacientes sometidos a cirugía electiva, particularmente en el hospital del siglo XXI Centro Médico Nacional del IMSS, Rev.Soc.Esp.Dolor 201.118 postoperatoria prevalencia del dolor de 97 (1): 91
6. 6. J. Pérez-Cajaraville¹, D. Abejón², J. R. y J. R. Pérez³ Ortiz³ Terapia y tratamiento de la historia 12: 373-384, 2005
7. 7. Fernández Castillo, Vilchez Lara A., Caballero López J, electro rating de contraste analgésica.Rev.Soc.Esp.Dolor.2008 Dolor agudo postoperatorio agudo; 13 (3): 151-158.
8. 8. Andrew R., Barden M, revisión estructural de Dexketoprofen en el dolor agudo y crónico. BMC Lo Pharma; 8 (11): 1-11.
9. 9. Un Vallejo González Ramírez, Beato J, E, C Zavaleta, CHAVERRI J, tiempo quirúrgico: desde noviembre de 2008 hasta abril de Costa Rica es una interferencia directa en los pacientes hospital adultos privados con la evaluación postoperatoria, y el uso de anagésicos antiinflamatorios 2009, Rev. Med. 2010; 48 (1): 44-57.
10. 10. Díaz Puebla.Tipos Tratamiento del dolor y O.M.S. Dolor irogénico. Rev.Soc.Es.Dolor 2009; 28 (3): 139-143.
11. 11. Jamdade PT, Porwal AJ Shinde V, ERRAM SS, correas en V, PS Karmarkar, Bhagtani Dhorepatil S, P, K Irpatgire, Bhagat H, Colt SS, Shirure P, A, y el tratamiento del dolor postoperatorio dexketoprofeno intramuscular año siguiente Eficiencia Tolerabilidad Cirugía de reparación de hernia, Anesth.Res.Prac.2011; 2 (1): 1-4.
12. 12. Eisenach James C. Curry R, efecto de Ketorolac intratecal en el dolor experimental humano. Enesthesiology 2010; 12 (5): 1216-24.
13. 13. Morgan G. Edward, una clínica de

- anestesia, una guía de Moderno, 3ro, 2010 Cap 13. Mexico ad.
14. Aldrete, Jorge Antonio, anestesiólogos, farmacología para medicina intensiva, de emergentología y del dolor. 1ª edición, ediciones Corpus, Argentina 2010.
 15. Moreno-Azcoitia T, De Andres M, Torres J., Vidal L, España, Via Sot Esp Arique examina las observaciones sobre los dolores postraumáticos anestésicos en estado de ánimo moderado en 2007; 14 (8): 550- 567.
 16. Keeran K, el efecto del Ketorolac vascular en Polston W. El efecto de la hiperalgesia en la paprika de tejido duro. Anes.Analg.2006: 103 (3): 696-702.
 17. Kjell A Johanzon E, E, cirugía Berg para el dolor de hombro después de intraarticular controlada por el paciente anestesia regional Ketorolac, junto con la morfina y la ropivacaína en la administración intraarticular. Anesth-Anal. 2008: 106 (1): 328-33.
 18. Para el enfoque del manejo del dolor agudo 18. Aréchiga-Mille-Loera Ornelas G Ramirez-Gerrero A. multimodal. Rev.Mex.Anes. 2010; 33 (1): 18-21
 19. Mu oz J.M. Manual de dolor postoperatorio agudo, sin dolor comisión de hospitales del Hospital Universitario La Paz Madrid Barcelona España. 2010, p.
 20. Vásquez Martínez de Castro, Torres L.M., dolor postoperatorio. Cambios en la fisiopatología y sus efectos. Rev.Soc.Esp. Dolor 2000; 7 (7): 465-476.
 21. Sada Ovalle T, Delgado Hernandez E, Castellanos Olivares A, dolor postoperatorio postoperatorio en cirugía quirúrgica en pacientes en el Hospital Especializado IMSS Siglo XXI, Centro Médico Nacional, Rev.Soc. Esp.Dolor, 201118 (1): 91-97
 22. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación humana. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
 23. Directrices éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Desarrollado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Organizaciones Médicas (CIOMS). Génova, 2002

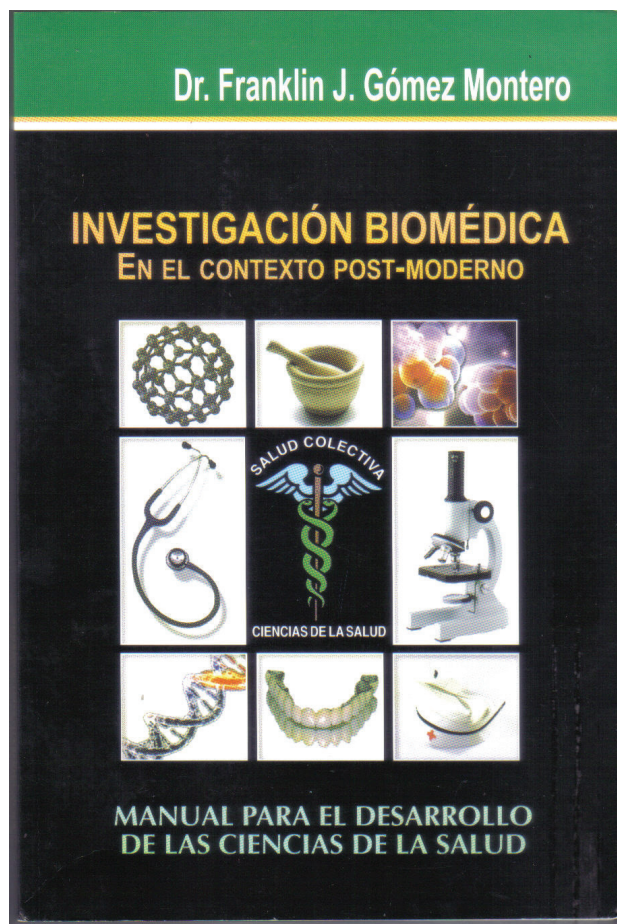
LIBROS · LIBROS · LIBROS



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.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, EN EL HOSPITAL DOCTOR MARCELINO VÉLEZ SANTANA.

*Carmen de los Reyes Romero Féliz, * Rubén Darío Pimentel, ** Manuel Oscar Mora. ****

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, para determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, en el año 2016, fueron estudiados 32 pacientes con diagnóstico de Guillain Barré estudiándose 100 por ciento de los pacientes, la manifestación clínica más frecuente fue fiebre en 84.4 por ciento de los casos, la edad más afectada estuvo comprendida en el grupo de 30-39 años correspondiente al 25 por ciento, el sexo más frecuente el masculino para un 53.1 por ciento, 100 por ciento de los casos procedían de la zona urbana, los estudiantes prevalecieron entre las ocupaciones con 25 por ciento, los antecedentes personales patológicos fueron hipertensión y asma con 6.22 por ciento ambas patologías, Las complicación más frecuente fue la neumonía para un 34 por ciento, fueron dados de alta 75 por ciento de los pacientes.

Palabras clave: Clínica, Epidemiología, Síndrome De Guillain Barré.

ABSTRACT

A retrospective and descriptive study was conducted to determine the clinical and epidemiological characteristics of patients admitted to the Intensive Care Unit of the Dr. Marcelino Vélez Santana Hospital. In 2016, 32 patients with a diagnosis of Guillain Barré were studied, studying 100 percent. of the patients, the most frequent

clinical manifestation was fevers in 84.4 percent of the cases, the most affected age was in the group of 30-39 years corresponding to 25 percent, the most frequent sex was the masculine one for 53.1 percent 100 percent of the cases came from the urban area, the students prevailed among the occupations with 25 percent, the personal pathological antecedents were hypertension and asthma with 6.22 percent both pathologies. The most frequent complication was pneumonia for 34 percent, 75 percent of patients were discharged.

Key words: Clinic, Epidemiology, Guillain Barre Syndrome

INTRODUCCIÓN

La presente investigación demuestra las características clínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain Barré en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos hospital Doctor (Dr.) Marcelino Vélez Santana año 2016.

De manera general, el propósito básico de esta investigación radica en analizar de forma detallada, estas características pues la presencia de este diagnóstico se relaciona con mayor morbimortalidad y en estadías prolongadas en la unidad de cuidados intensivos.

Se muestran los datos epidemiológicos en este centro de salud por ser uno de los lugares donde más acuden pacientes diariamente en el sector público y por ser un centro de referencia a nivel nacional para patologías complejas.

El síndrome de Guillain Barré puede presentarse en cualquier momento sin aviso alguno. Afecta a ambos sexos, indistintamente de la edad o grupo

*Médico especialista en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, egresada de CECANOT.

**Médico Pediatra Neumólogo, MHP. Jefe del departamento de Investigación y de la Unidad de Enseñanza del Centro de Gastroenterología de la ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com

étnico. Su gravedad varía considerablemente, desde casos de debilitamiento breve que podría pasar desapercibido ante el médico, hasta una enfermedad devastadora y potencialmente fatal con parálisis completa, insuficiencia respiratoria y la incapacidad de deglutir. Por lo que se realiza este estudio, con la finalidad de determinar las características, clínicas y epidemiológicas¹ de la enfermedad en este centro de salud.

Antecedentes

A través del tiempo se han realizado estudios de carácter internacional sobre el síndrome de Guillain-Barré, citando entonces el estudio realizado por L. del Carpio Orantes, Juárez Rangel, y García-Méndez S. sobre la Incidencia de síndrome de Guillain-Barré durante la oleada de zika del 2016 en un hospital de segundo nivel en México, en el mismo se revisaron los casos de enfermedad febril exantemática y parálisis flácida aguda durante el periodo del 1 de agosto a 15 de diciembre del 2016, realizando caracterización clínica y bioquímica de cada caso para ser incluidos como síndrome de Guillain-Barré asociado a zika. Los resultados del mismo arrojaron una cohorte de ocho pacientes, seis hombres y dos mujeres donde grupo etario más afectado: 50-59 años. La mayor incidencia fue en el mes de septiembre, con siete casos. Los síntomas más frecuentes fueron exantema y conjuntivitis, seguidos de fiebre. La presentación más común fue parálisis simétrica ascendente con siete casos. La afectación de pares craneales más frecuente fue la del VII par craneal. Solo dos pacientes presentaron disociación albumino-citológica. Todos presentaron proteína c reactiva en tiempo real negativa a zika. Todos recibieron inmunoglobulina por vía intravenosa y todos tuvieron buen pronóstico. Ninguno ameritó ventilación mecánica. No se registraron defunciones. La tasa de incidencia acumulada es del 3,9 por ciento, la incidencia de casos/mes fue de 0,04 casos/mes a 2 casos/mes. Las conclusiones fueron que un incremento en los casos de Guillain-Barré durante la oleada de zika, con un incremento en la incidencia y el número de casos/mes; sin embargo, no se pudo demostrar relación causal directa entre estas dos entidades.¹

I.1.2. Justificación

La polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria sub-aguda o síndrome de Guillain Barré es una patología autoinmune que produce pérdida de la mielina, sobre todo en los nervios motores, pero a veces también de los sensoriales y autonómicos. Es de etiología incierta y es la causa más común de parálisis flácida aguda desde la desaparición de la poliomielitis.

Su incidencia anual oscila entre 1.7 casos por cada 100,000 habitantes. La mayoría de los casos tienen antecedentes de infecciones en los 15 días previos al comienzo de la enfermedad, el agente más frecuente es la enteritis por *Campylobacter jejuni*.

Otras causas son infecciones bacterianas (*Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Corynebacterium diptheriae*) y virales (citomegalovirus, herpes, varicela-zoster, enterovirus, hepatitis A, B y C, Epstein-Barr, Influenza, VIH y rubeola). Recientemente, se ha notificado un incremento en la incidencia de Síndrome de Guillain Barré en pacientes con enfermedad por el virus Zika y posvacunación.²

En otros casos, los afectados pueden tener el antecedente de enfermedad endocrina, inmunológica, metabólica o tóxica, cirugía general, anestesia peridural, embarazo, parto y puerperio. Puede desarrollarse en el curso de enfermedades sistémicas, como lupus eritematoso y enfermedad de Hodgkin, sarcoidosis, porfiria y diabetes. Se han reportado casos de Síndrome de Guillain Barré tras la administración de las vacunas contra la rabia, influenza y fiebre amarilla; así como tras presentar traumas craneo encefálico y picaduras de insectos.

Para realizar este estudio de investigación, se contará con recursos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos y de especialistas en el área necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo.

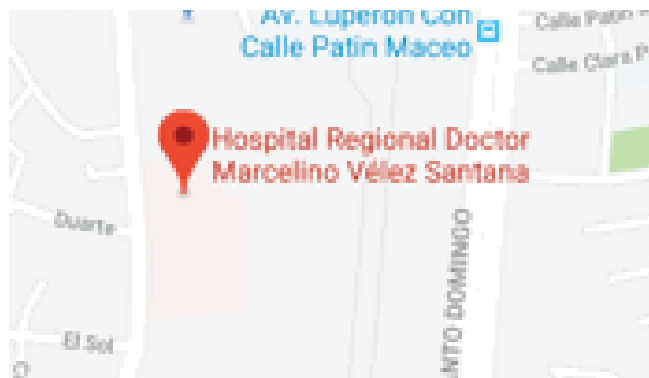
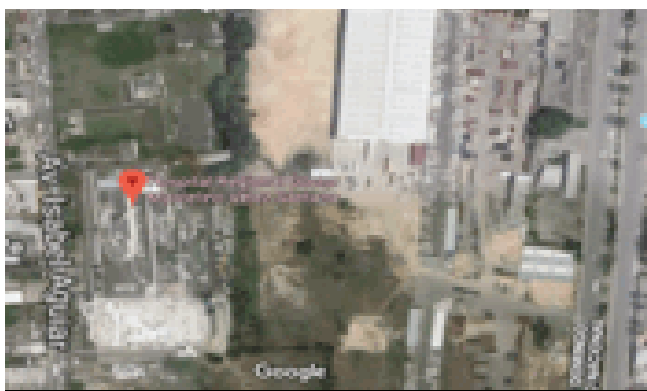
MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, para determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con síndrome de Guillain Barré, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, el cual está ubicado en la Av. Isabel Aguiar. No. 141, sector de Herrera, Santo Domingo Oeste, provincia de Santo Domingo República Dominicana. Pertenece al área VII de salud de la Región Metropolitana. (Ver mapa cartográfico y vista aérea. Está delimitado, al norte; por la carretera Duarte vieja; al sur, por la calle el diamante; al este, por la avenida Luperón y al oeste; por la avenida Isabel Aguiar.



Vista aerea / mapa cartografico

Universo:

El universo estuvo constituido por 11,259 pacientes, ingresados en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 320 pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos, 2016.

Criterios

De inclusión

1. Pacientes con síndrome de Guillain Barre
2. Adultos > 20 años.
3. Ambos sexos.

De exclusión

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

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario, el cual contiene 9 preguntas 6 cerradas y 3 abiertas, Las cuales incluía datos sociodemográficos como: Edad, sexo, procedencia, ocupación y datos de sobre el síndrome como antecedentes personales patológicos, manifestaciones clínicas, complicaciones, condición de egreso.

Procedimiento

Los formularios fueron llenados a través de la recolección de datos registrados en los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con síndrome de Guillain Barré, durante los meses mayo- noviembre 2018.

Tabulación

Los datos fueron tabulados con métodos electrónicos computarizados, tales como Microsoft Word, Excel.

Análisis

Los datos obtenidos, fueron analizados en frecuencia simple.

Aspectos éticos

El presente estudio fué ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki¹⁹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁰ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, cuya aprobación fué el requisito para el inicio del proceso

de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora.

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, además fué 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, fué justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados intensivos según fueran síndrome de Guillain Barré sí o no, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Síndrome de Guillain Barré	Frecuencia	%
Sí	32	10,0
No	288	90,0
Total	320	100,0

Fuente: Expediente clínico.

Tabla 2. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según manifestaciones clínicas, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Manifestaciones clínicas	No.	%
Fiebre	27	84,4
Malestar general	18	56,2
Hiperestesia	17	53,1
Parestesia	17	53,1
Náuseas	7	22,0
Vómitos	7	22,0
Dificultad para respirar	4	12,5

Fuente: Expediente clínico.

Manifestaciones clínicas fiebre 27 casos para (84,4%); malestar general 18 casos para (56,2%); hiperestesia y parestesia 17 casos para (53,1%);

náuseas y vómitos 7 casos para (22,0%); y dificultad para respirar 4 casos para (12,5%).

Tabla 3. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según edad, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Edad (años)	No.	%
□ 20	1	3,13
20-29	4	12,5
30-39	8	25,0
40-49	6	18,7
50-59	5	15,6
60-69	6	18,7
70-79	1	3,13
80-89	1	3,13
Total	32	100,0

Fuente: Expediente clínico.

El mayor número de casos correspondió a los pacientes con grupos etáreo entre 30-60 años, según orden de frecuencia de 30-39 años (25%), seguido de 40-49 y 60-69 con (18,7%) cada uno de 50-59 años (15,6%); ya para los de 20-29 años 4 casos para un (12,5%).

Tabla 4. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según sexo, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Sexo	No.	%
Femenino	15	46,9
Masculino	17	53,1
Total	32	100,0

Fuente: Expediente clínico.

El sexo más afectado fue el masculino en el (53%) de los casos.

Procedencia, el 100 por ciento de los casos correspondió a la zona urbana, se observó, el mayor número de estos, en el distrito nacional y la región sur.

Tabla 5. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según ocupación, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Ocupación	No.	%
Estudiante	8	25,0
Maestros	4	12,5
Obreros	10	31,4
Ama de casa	6	18,7
Enfermera	3	9,4
Militar	1	3,1
Total	32	100,0

Fuente: Expediente clínico.

Ocupación estudiantes 8 casos para (25,0%); maestros 4 casos para (12,5%); Obreros 7 casos para (22,0%); ama de casa 6 casos para (18,7%); enfermera y empleados privado 3 casos para (9,4%) y militar 1 caso para (3,17%).

Tabla 6. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según antecedentes personales patológicos, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Antecedentes personales patológicos	No.	%
Hipertensión arterial	4	12,4
Asma	2	6,2
Hepatopatía	2	6,2
Enfermedad vasculo cerebral	1	3,1
Epilepsia	1	3,1
Negados	22	68,7

Fuente: Expediente clínico.

Antecedentes personales patológicos Hipertensión arterial 4 casos para (12,4%); Asma 2 casos para (6,2%); Hepatopatía 2 casos para (6,2%); enfermedad vasculo cerebral y epilepsia 1 caso para (3,1%); Negados 22 casos para (68,7%);

Tabla 7. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según complicaciones, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Complicaciones	No.	%
Neumonía	11	34,4
Insuficiencia respiratoria	7	22
Ninguno	14	43,7
Total	32	100,0

Fuente: Expediente clínico.

Las complicaciones fueron Neumonía en 11 casos para (34,4%); Insuficiencia respiratoria 7 casos para (22%); quedando exento 14 casos para (43,7%).

Tabla 8. Distribución de paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos según condición de egreso, Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, 2016.

Condición de egreso	No.	%
De alta	24	75,0
Defunciones	8	25,0
Total	32	100,0

Fuente: Expediente clínico.

La condición de egreso implicó De alta 24 casos para (75,0%); y Defunciones 8 casos para (25,0%).

IV.2. DISCUSIÓN

El presente estudio permitió conocer la frecuencia del síndrome de Guillain Barre, el cual fue de un 10 por ciento, si comparamos esta frecuencia con la realizada por p. González donde el 17 por ciento de los pacientes fueron ingresados a cuidados intensivos, siendo la frecuencia en su estudio mayor que la presentada en el presente.²¹

Las manifestaciones clínicas más frecuente fueron fiebre en 84 por ciento de los casos seguido de malestar general 56.2 por ciento datos que coinciden con lo manifestado por David Sánchez miranda y Busquet García quienes afirma en su revisión que las fiebres y el malestar general fueron los síntomas predominantes en la presentación del síndrome de Guillain Barré.²²

La edad más afectada estuvo comprendida en el grupo de 30-39 años correspondiente al 25,0 por ciento, seguida del grupo de 40-49 años, siendo el sexo más frecuente el masculino para un 53.1 por ciento, coincidiendo con los datos de estudios realizados en otras partes del mundo donde la media de edad es 47 años y el sexo masculino prevaleció en varios metaanálisis, Beatriz pizarra et. Al. En un estudio de análisis del síndrome de Guillain barre en pacientes diagnosticado por Zika virus demostró estas afirmaciones.²²

Los estudiantes prevalecieron entre las ocupaciones con 25,0 por ciento, seguido de los obreros con 22,0 por ciento, datos concordantes con estudios realizados en Latinoamérica, aunque no especifican

relación causal entre la patología y la profesión, los antecedentes personales patológicos fueron hipertensión con 12,4 por ciento y asma con 6,22 por ciento ambas patologías siendo estas patologías asociadas que en la población general muestran una gran frecuencia demostrado por Carpio Orantes Et. al quienes en su investigación en México demostraron un estudio 3 por ciento de aparición siendo esto lo más prevalente,²³ Las complicaciones más frecuentes fueron la neumonía y la insuficiencia respiratoria para un 34,0 por ciento y 22,0 por ciento respectivamente, datos epidemiológicamente parecidos a las investigaciones de celosa y colaboradores donde estas complicaciones debido a las características propias de la patología son consistentes en frecuencia,²⁴ la evolución con el tratamiento con inmunoglobulina a dosis de 0.4 mg/kg/día fue eficaz en la gran mayoría de los pacientes de los cuales 75 por ciento de los pacientes fueron dados de alta por evolución satisfactoria, dosis que se aplicaron según protocolo y guías, se comparan con las recomendaciones generales para su manejo clínico en países de latinoamerica.²⁵

RECOMENDACIONES

1. Monitoreo y vigilancia epidemiológica para identificación temprana de los casos para administración de tratamiento oportuno.
2. Mayor aporte de recursos al sector salud ya que son patologías de alto costo.
3. Instauración terapia física en estos pacientes.
4. Programas de formación continua al personal de la salud para manejar este tipo de casos.
5. Concienciación a la población para detección temprana de síndrome de Gillain Barre y tratamiento adecuado.
6. Instauración de terapia de plasmaferresis en hospitales públicos, con el fin de aumentar las opciones terapéuticas para estos casos.
7. Mejoría del sistema de archivos y estadística en los hospitales públicos.

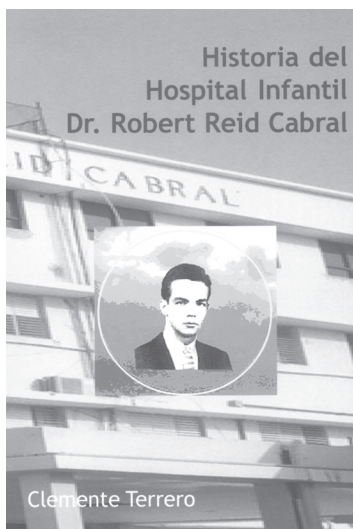
REFERENCIAS

1. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2016 Aug 13; 388(10045):717-27.
2. Fujimura H. The Guillain-Barré syndrome.

- Handb Clin Neurol. 2013; 115:383-402.
3. Wakerley BR, Yuki N. Pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barre syndrome. *J NeurolNeurosurg Psychiatry*. 2014 Mar;85(3):339-44.
4. Protocolo de Atención Síndrome de Guillain Barré. Ministerio de Salud Pública Santo Domingo, República Dominicana, 2016.
5. Yanagida H, Sugimoto K, Izu A, Wada N, Sakata N, Takemura T. Guillain-Barré syndrome and Crohn disease: a case report. *J Child Neurol*. 2014 Sep;29(9):NP78-80.
6. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain Barré en el segundo y tercer nivel de atención. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016.
7. Síndrome de Guillain Barré causado por el virus del dengue: a propósito de dos casos. *Acta NeurolColomb.*, 31 (2015), pp. 54-5.
8. Yang CW, Gao F, Xia ZZ. Guillain-Barré Syndrome in a Boy With Lung Fluke Infection: Case Report and Literature Review. *J ChildNeurol*. 2015 Aug;30(9):1208-10
9. Eldar AH, Chapman J. Guillain Barré syndrome and other immune mediated neuropathies: diagnosis and classification. *Autoimmun Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):525-30
10. Arcila-Londono X, Lewis RA. Guillain-Barré syndrome. *Semin Neurol*. 2012 Jul;32(3):179-86.
11. Gunatilake SS, Wimalaratna H. Guillain-Barré syndrome presenting with Raynaud's phenomenon: a case report. *BMC Neurol*. 2014 Sep 3;14:174.
12. Renjen PN, Khanna L, Ahmed K. Reversible cardiomyopathy in Guillain Barre syndrome. *J Assoc Physicians India*. 2014 Aug;62(8):734-6.
13. Kwong JC, Vasa PP, Campitelli MA, Hawken S, Wilson K, Rosella LC, Stukel TA, Crowcroft NS, McGeer AJ, Zinman L, Deeks SL. Risk of Guillain-Barré syndrome after seasonal influenza vaccination and influenza health-care encounters: a self-controlled study. *Lancet Infect Dis*. 2013 Sep;13(9):769-76.
14. Uncini A. Guillain-Barré syndrome: What have we learnt during one century? A personal

- historical perspective. *Rev Neurol (Paris)*. 2016 Oct;172(10):632-644
15. Mishra A, Dave N, Mehta M. Fulminant guillain-barré syndrome with myocarditis. *J Family Med Prim Care*. 2014 Jan;3(1):84-5.
 16. Tosun A, Dursun Ş, Akyildiz UO, Oktay S, Tataroğlu C. Acute motor-sensory axonal neuropathy with hyperreflexia in Guillain-Barré syndrome. *J Child Neurol*. 2015 Apr;30(5):637-40.
 17. Identification and management of Guillain-Barré syndrome in the context of Zika virus. Interim guidance. World Health Organization. 22 August 2016. WHO/ZIKV/MOC/16.4 Rev.1.
 18. Guideline for Zika virus disease and complications surveillance. Washington, D.C.: PAHO, 2016.
 19. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2): 321
 20. 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
 21. P. González, X. García, A. Guerra, J.C. Arango, H. Delgado, C.S. Uribe, J. Sará, J.C. López de Mesa, O. Hernández, Experience with Guillain-Barré syndrome in a neurological Intensive Care Unit, *Neurología (English Edition)*, Volume 31, Issue 6, July–August 2016, Pages 389-394
 22. Dr. Deybis Sánchez Miranda,1 Dr. Carlos Manuel Busquet García,2 Dra. Odila Quirós Viqueira3 y Dr. Raúl Debesa Fernández, síndrome de guillain barre, patogenia y diagnostico en pediatría, Hospital Pediátrico Provincial docente “Eduardo Agramonte Piña,” Camagüey, *RevCubana Pediatr* 001;73(2):95-105.
 23. Beatriz Parra, Ph.D., Jairo Lizarazo, M.D.Jorge A. Jiménez-Arango, M.D. Andrés F. Zea-Vera, M.D., Ph.D., Guillermo González-Manrique, M.D., Guillain-Barré Syndrome Associated with Zika Virus Infection in Colombia, October 20, 2016 *N Engl J Med* 2016; 375:1513-1523.
 24. A. Cerilosa-Cardoso, G. Capote-Moreira, G. Seavone-Mauro, Síndrome de Guillain-Barré en pediatría. Diferentes formas de presentación y dificultades en el diagnóstico precoz, *Rev Neurol*, 44 (2007), pp. 725-732
 25. S.I. Pascual-Pascual, Aspectos actuales de las neuropatías agudas y crónicas. Síndrome de Guillain-Barré y polineuritis crónica crónica inflamatoria desmielinizante, *Rev Neurol*, 34 (2002), pp. 169-177

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.

FRECUENCIA DE ABDOMEN ÁGUDO QUIRÚRGICO INGRESADO POR LA EMERGENCIA DEL CENTRO MEDICO BOURNIGAL.

Yakaira María Artiles González, Rubén Darío Pimentel, ** Benjamín Reyes.****

RESUMEN

Se realiza un estudio con el propósito de conocer todo lo relacionado a abdomen agudo quirúrgico, incluyendo como principal las causas y sus principales relaciones en la edad y sexo de los pacientes ingresados vía emergencia del Centro Médico Bournigal. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo periodo 2015 – mayo 2018, con una muestra de 104 expedientes clínicos mayores de 19 años de edad que presentaron abdomen agudo. Donde en frecuencia el abdomen agudo tipo quirúrgico represento el 71.1 por ciento y la causa más frecuente fue apendicitis aguda representando el 51.3 por ciento de la población en estudio. En conclusión se puede decir que el abdomen agudo es una entidad que hoy en día todavía sigue siendo una de las entidades o mejor dicho razones por la cual asisten los pacientes a sala de emergencias, Un dato de suma importancia fue que el 81.0 por ciento no presentaron complicaciones durante su estadía hospitalaria, lo que se significa que el manejo pre, trans y post quirúrgico fue el adecuado, dato que se pudo ver reflejado en el pronóstico de los pacientes ingresados ya que la mayoría correspondió a alta con 93.2 por ciento.

Palabras clave: frecuencias, abdomen agudo quirúrgico, pacientes ingresados, emergencia.

ABSTRACT

A study is carried out with the purpose of knowing everything related to acute surgical abdomen, including as main the causes and their main

relationships in the age and sex of the patients admitted via emergency of the Bournigal Medical Center. A descriptive and retrospective study period 2015 - May 2018 was carried out, with a sample of 104 clinical records older than 19 years of age that presented an acute abdomen. Where in frequency the acute abdomen surgical type represented 71.1 percent and the most frequent cause was acute appendicitis representing 51.3 percent of the study population. In conclusion, it can be said that the acute abdomen is an entity that today is still one of the entities or, better said, why patients attend the emergency room. A very important fact was that 81.0 percent did not they presented complications during their hospital stay, which means that the pre, trans and post-surgical management was ideal, a fact that could be seen reflected in the prognosis of the admitted patients since the majority corresponded to discharge with 93.2 percent.

Keywords: frequencies, acute surgical abdomen, admitted patients, emergency.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se han visto un gran número de casos de abdomen agudo quirúrgico en el servicio de emergencias, por lo que dicha investigación estará destinada a identificar las causas principales de la patología ya mencionada. No obstante estará basada en la estadificación aplicada a los expedientes de los casos de abdomen agudo quirúrgicos identificados por el servicio de emergencias, y de esta manera conocer la forma de diagnóstico, manejo rápido al momento de sus llegada al servicio de emergencias.

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente

*Médico especialista en medicina de emergencia.

**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. E-mail: dr.pimentelrd@gmail.com.

***Asesor clínico

de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5 por ciento son originadas por dolor abdominal. Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas.¹

Constituye un motivo frecuente de consulta en la práctica médica habitual y su manejo exige mucha experiencia y capacidad de juicio, ya que el más catastrófico de los fenómenos puede ir precedido de unos síntomas y signos muy sutiles.²

Antecedentes

Un estudio realizado en el año 2009, por Mónica Bejarano, Cristal Ximena Gallego, Julián Ricardo Gómez, en servicio de urgencias de la Clínica Rafael Uribe de Cali, sobre Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Se evaluaron 146 pacientes que consultaron entre enero y julio de 2009 y se encontró que el dolor abdominal causó el 5,1 por ciento de las consultas de urgencias y que el 23,3 por ciento de esos pacientes presentaron abdomen agudo quirúrgico. Por el tipo de población que se atiende en la clínica, la mitad de los pacientes fueron mayores de 50 años. Predominaron el sexo femenino y el antecedente de hipertensión arterial; el 48 por ciento consultó en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas. Las principales causas de cirugía fueron las enfermedades biliares (35,3%), la apendicitis aguda (26,5%) y las hernias de pared abdominal (11,8%).³

La aplicación del instrumento se pudo identificar que de los 238 pacientes que asistieron a emergencias diagnosticados con dolor abdominal agudo en el Centro de Atención Ambulatoria del IESS de Cotacollao, la mayoría fue de sexo femenino representada por el 68,1 por ciento, mientras que el restante 31,9 por ciento, perteneció al sexo masculino, con edades comprendidas

preferentemente entre los 20 y 40 años de edad con el 80,3 por ciento, es decir adultos jóvenes, seguidos del 12,2 por ciento, adulto medio, con edad de entre 41 y 65 años, mientras que los adultos mayores representaron el 7,6 por ciento.⁴

Justificación

Hay otros procesos que simulan Abdomen Agudo Quirúrgico que son extra abdominales, las cuales pertenecen a enfermedades generales de orden médico como: a) Lesiones pulmonares: neumonía, pleuresía, mediastinitis aguda. b) Lesiones cardiovasculares: infarto cardiaco y c) Otras enfermedades como acidosis diabética, crisis tabética, aractioidismo, porfiria, favismo y otras.⁵

Es una entidad multisindrómica, muy compleja, creadora de frecuentes situaciones de emergencia médica, causando el 10 por ciento de las consultas en los Servicios de Urgencias y el mayor número de ingresos e intervenciones quirúrgicas. Las características conceptuales que este síndrome de abdomen agudo (AA) tiene, son las siguientes:

1. Estar causado por una agresión al compartimento peritoneal, con el dolor abdominal como síntoma predominante, pero no sinónimo de abdomen agudo.
2. Desencadenar una fisiopatología intraabdominal y sistémica, evolutivamente grave y rápida, que le da gran potencialidad de producir muerte.
3. Que por lo anterior, es necesario un diagnóstico y tratamiento tempranos, lo cual es complejo y difícil en numerosas ocasiones, para lograr su resolución y curación.
4. Que suele requerir para ello tratamiento potencialmente quirúrgico, aunque no siempre sea este necesario.⁶

MATERIAL Y MÉTODO

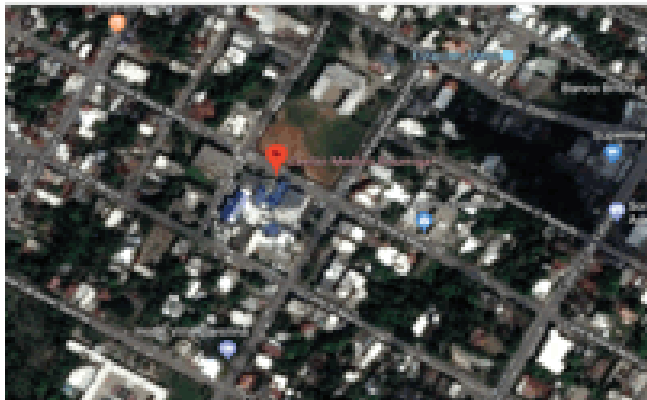
Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro Médico Bournigal, 2015 – mayo 2018.

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el departamento de emergencia del Centro Médico Bournigal. El cual

está ubicado en la calle Antera Mota No.1, Puerto Plata, República Dominicana. Delimitado, por la calle Antera Mota, al Norte; calle El Moro, al Sur; calle Virginia Ortega, al Este y calle Dr. Zafra; al Oeste. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico / Vista aérea

Universo

El universo estuvo representado por todos los pacientes ingresados por la emergencia al departamento de cirugía del Centro Médico Bournigal, 2015 – mayo 2018.

Muestra

La muestra estuvo representada por 104 pacientes ingresados a cirugía por la emergencia del Centro Médico Bournigal, 2015 – mayo 2018.

Criterios

De inclusión

1. Todo paciente con abdomen agudo quirúrgico.
2. Adultos (≥ 18 años.)
3. Ambos sexos.

De exclusión

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

Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un formulario que contiene 12 preguntas, tres cerradas y ocho abiertas, contiene datos socio-demográficos tales como; edad, sexo, comorbilidad y datos relacionados con abdomen agudo quirúrgico tales como; antecedentes quirúrgicos, causas, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento, complicaciones, estancia hospitalaria, pronóstico los cuales fueron aplicados a expedientes clínicos.

Procedimiento

Los formularios realizados para la recolección de datos, fueron llenados a través de la revisión de expedientes clínicos por la sustentante, en fecha de 2 de julio del año 2018.

Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados a través de programas computarizados tales como Excel.

Análisis

La información obtenida fue analizada 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 Helsinki¹⁸ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).¹⁹

El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Centro Médico Bournigal, 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 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 de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

RESULTADOS

Cuadro .1. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Abdomen Agudo Quirúrgico	Frecuencia	%
Si	74	71.2
No	30	28.8
Total	104	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .2. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Grupo de edades	Frecuencia	%
<20	16	21.6
20-29	22	29.7
30-39	15	20.2
40-49	11	14.8
50-59	4	5.4
60-69	3	4.0
70-79	2	2.7
>80	1	1.3
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .3. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	49	66.2
Femenino	25	33.7
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .4. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Comorbilidad	Frecuencia	%
Diabetes	3	4.0
Hipertensión	8	10.8
Falcemia	1	1.3
Asma	2	2.7
Gastritis	1	1.3
Insuficiencia renal	1	1.3
Ningunas	58	78.3
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .5. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Antecedente quirúrgico	Frecuencia	%
Si	15	20.2
No	59	79.7
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .6. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Causa	Frecuencia	%
Apendicitis aguda	38	51.3
Obstrucción intestinal	7	9.4
Perforación de visera hueca	4	5.4
Quiste de ovario roto	4	5.4
Embarazo ectópico roto	15	20.2
Torsión testicular	1	1.3
Trauma penetrante de abdomen	5	6.7
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .7. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%
Dolor abdominal	74	37.5
Fiebre	12	6.0
Nauseas	44	22.3
Vómitos	48	24.3
Diarrea	1	0.5
Constipación	3	1.5
Anorexia	14	7.1
Otras	2	1.0
Total	197	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .8. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Método diagnóstico	Frecuencia	%
Clínico	12	16.2
Clínico + laboratorio	22	29.7
Clínico +imágenes	40	54.1
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro .9. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Tratamiento	Frecuencia	%
Quirúrgico	68	91.8
Medicamentoso	6	8.1
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro.10. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Complicaciones	Frecuencia	%
Peritonitis	6	8.1
Sepsis	3	4.0
Disfunción orgánica	4	5.4
Insuficiencia renal	1	1.3
Ninguna	60	81.0
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro.11. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Estancia hospitalaria	Frecuencia	%
Un día	18	24.3
Dos días	30	40.5
Tres días	9	12.1
Cuatro días	5	6.7
Cinco días	5	6.7
Seis días	1	1.3
Siete días o mas	6	8.1
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Cuadro.12. Determinar la frecuencia de abdomen agudo quirúrgico ingresado por la emergencia del Centro MédicoBournigal, 2015 – mayo 2018.

Pronostico	Frecuencia	%
Alta	69	93.2
Alta petición	3	4.0
Fallecimiento	2	2.7
Total	74	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se revisaron un total de 104 expedientes de pacientes con abdomen agudo, en los cuales la frecuencia correspondió a abdomen agudo quirúrgico con 71.1 por ciento mientras que el no quirúrgico en un 28.8 por ciento. Lo que difiere con hallazgos de otros autores, en el 2011 Mónica Bejarano, Cristal Ximena gallego y Julián Ricardo Gómez describen que el 23.3 por ciento de esos pacientes presentaron abdomen agudo quirúrgico.

Las edades comprendidas entre 20-29 años son las más afectadas en un 29.7 por ciento; datos que no se relacionan con Mónica Bejarano y colaboradores, quienes encontraron que el grupo de edades más afectadas fueron de 50 a 59 años.

El sexo que más se vio afectado fue el sexo masculino correspondiendo al 66 por ciento; lo que difiere del estudio publicado por Mónica Bejarano y colaboradores, el cual arroja que fue el sexo femenino en 67.8 por ciento.

En relación a la comorbilidad que más frecuente en la población estudiada fue la hipertensión con un 10.8 por ciento, pero resulta que el 78.3 por ciento no tenía comorbilidad alguna, estudio que difiere con la investigación de Mónica Bejarana y

colaboradores donde los antecedentes patológicos personales más frecuentes fueron la hipertensión arterial 36.5 por ciento, la menos frecuente fue la gastritis y las enfermedades tiroideas 9.6 por ciento cada una.

Como antecedente quirúrgico, arrojó como resultado que la población en estudio no guardaba relación alguna si tenía o no una cirugía previa ya que el 79.7 por ciento correspondió a que no tenía antecedentes quirúrgicos.

Las causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico correspondió a la apendicitis aguda con un 51.3 por ciento y en menos frecuencia la torsión testicular representando el 1.3 por ciento, estudio que difiere del realizado por Mónica Bejarana donde la causa de mayor frecuencia de ingreso por sala de emergencia correspondió a la enfermedad biliar (colecistitis y colelitiasis) 35.3 por ciento.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fue el dolor abdominal correspondió el 37.5 por ciento de la población en estudio, seguido de los vómitos en un 24.3 por ciento y en menos frecuencia la diarrea 0.5 por ciento, resultados que coinciden con los realizados por Mónica Bejarana donde se registró que el dolor abdominal y el vómito fueron 39 y 50 por ciento, respectivamente.

El método diagnóstico que con más frecuencia se utilizó fue el clínico + imágenes correspondiendo el 54.0 por ciento y en menor frecuencia por diagnóstico clínico solo en un 16.2 por ciento.

El tratamiento más se uso fue el quirúrgico correspondiendo al 921.8 por ciento de la población n estudio mientras que el medicamentosos fue un 8.1 por ciento.

En relación a las complicaciones más frecuentes se pudo observar que el 81.0 por ciento de los pacientes no presentaron complicaciones algunas y en menos frecuencia correspondió a la insuficiencia renal con un 1.3 por ciento.

La estancia hospitalaria que con mayor frecuencia duraron los pacientes ingresos fueron dos días con un 40.5 por ciento, mientras que en menor frecuencia fueron los seis días con un 1.3 por ciento.

El pronóstico de vida de la población en estudio correspondió al alta con un 93.2 por ciento mientras que en menor frecuencia fue el fallecimiento con un 2.7 por ciento.

RECOMENDACIONES

Al personal de salud el Centro Medico Bournigal Orientar a los pacientes que asistan con más frecuencia a su chequeo rutinarios para evitar las complicaciones que puede conllevar el tratar a tiempo un dolor abdominal, así evitando que este llegue a convertirse una entidad quirúrgica.

Al Ministerio de Salud Pública

A que en los centros de salud haya más personal mejor preparado ya que la mayor parte del diagnóstico se hace con un buen examen clínico y por ende en conjunto con un buen personal y pruebas complementarias disponibles en los diferentes centros de salud se haría un diagnóstico temprano para así evitar las complicaciones de dicha patología.

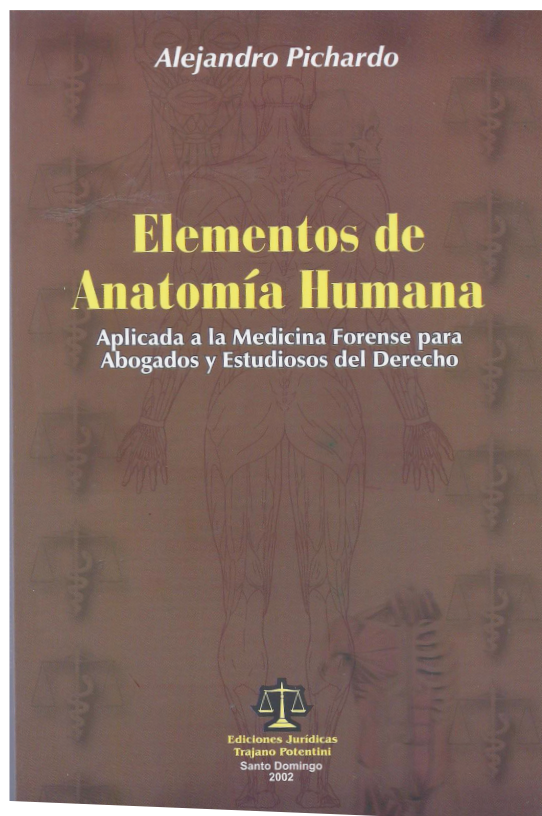
A la población en general

Asistir a los centros de salud una vez que los pacientes sientan un dolor abdominal fuera de lo común, en conjuntos con los síntomas agregados a un dolor abdominal, como los ya mencionados en dicha investigación, guiado para una atención temprana.

REFERENCIAS

1. Arenas, S, M. et al (2013). Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia, Abdomen agudo. (p-p.31-33). Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen%20agudo.pdf>
2. Bejarano, M. Gallego, C. & Gómez, j. (2011). Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias, Revista Colomb.cir 2011. (p-p.33-34), Colombia .Recuperado el día 30 de julio de año 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3555/355534497005/>
3. Córdoba, J. Vargas, A. Bonifaz, M. & López, j. (2017). Dolor abdominal en el servicio de emergencia, Revista científica de la investigación actualización del mundo de la ciencias volumen 1(Numero 4), (p-p.459-460). Recuperado el día 30 de julio de año 2018. Disponible en: <http://reciamuc.com/index.php/es/article/view/25>
4. David, A, J. (2013), protocolo de atención

- para abdomen agudo quirúrgico, Revista Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Unidad de Coordinación para la Formulación y Elaboración de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención (p.3). Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: www.msp.gob.do/.../Consultas%20Publicas/...atención/Protocolo%20de%20Abdomen.
5. Fabra, M. Barrero, A. & Domínguez G. (2010). Abdomen agudo quirúrgico, Revista Hospital Universitario General Calixto García Habana, Cuba. (P-5,9 P-P15-17). Recuperada el día 22 de julio del año 2018. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/supercursoabdomenagudo1.pdf
 6. García, S, E. et al. (2017), Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico, Revista Cirujano General, volumen 39 numero (4). (p-203), Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg174b.pdf>
 7. Izquierdo, et al. (2017). Abdomen agudo, Revista cubana de cirugía. Volumen 56 Numero (3), (p-4). Habana Cuba, Recuperado el día 30 de julio de año 2018. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/supercursoabdomenagudo1.pdf>
 8. Melero, Á. O. et al (2006). Guía para el manejo del abdomen agudo en la atención primaria de salud, Revista de las ciencias de la salud de Cienfuegos, Vol. 11, Numero (1), (p.128). Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/25_abdomen_agudo.pdf
 9. Montoro, M. A. (2011). Dolor abdominal agudo, Revista Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, (p-p91-100), Recuperado el día 13 de julio del 2018. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/.../06_Dolor_abdominal_agudo.pdf
 10. Montalvo J.E. (2008) .Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje, Revista Trauma. Volumen11numero (3), (p-p88-89).recuperado el día 3 de agosto del 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2008/tm083d.pdf>
 11. Ozorio, M. et al. (2016). Abdomen agudo, Revista Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz. España, (p-364). Recuperado el día 10 de junio del 2018. Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf
 12. O'Brien, M. Urgencias gastrointestinales. En Tintinalli Medicina de Urgencia. Volumen (1). (7ma edición), editora Judith E. Tintinalli, MD, MS. (2011) (p-519).
 13. Prieto, G. R. et al (2016). Causas inesperadas de abdomen agudo, Revista Colombiana de Cirugía, vol. 31, núm. (4), (p.270). Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a6.pdf>
 14. Salom, A. (2016), Dolor abdominal y cuadro agudo de abdomen, Revista Modelos Clínicos, (p-p 138-139). Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes48/art_19.pdf
 15. Treuer, R. (2017). Dolor abdominal agudo en el adulto mayor, Revista Departamento de Medicina de Urgencias, Clínica Las Condes. Santiago, Chile. (p-p285-287). Recuperado el día 25 de julio del 2018. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-abdominal-agudo-en-el-S0716864017300445>
 16. Courtney M. townsed, JR. M.D.et al (2013). Sabiston tratado de cirugía, fundamentos biológicos de la practica quirúrgica moderna(Ed. 19a) cap. 47 pag. 1141, Elsevier España, S.L. Travessera de Gràcia, 17-21. 08021 Barcelona, España.
 17. F. Charles B. et al (2011).Schwartz principios de cirugía (Ed. 9), paginas 135-137,979-984,1073-1075,McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.A subsidiary of Te McGraw-Hill Companies, In.
 18. Declaración de Helsinki (2000). Dr. Jorge Luis Manzini. Artículo 100. Argentina.
 19. Pautas Éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas: avances y temáticas no resueltas en la actualización (2016).MarjorieBorgeat Meza, Ximena Luengo-Charath, Marcelo Arancibia, Eva Madrid.
 - 20.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

**El buen trato al paciente
No sólo es un deber**



CARCINOMA BASOCELULAR.

Esmeralda A. Arredondo Adames, Angel Taveras.***

INTRODUCCIÓN

Se considera al carcinoma basocelular (Carcinoma Basocelular) como el tipo de cáncer de piel más frecuente, no obstante el mismo posee una tasa de metástasis relativamente baja; este tipo de cáncer posee un gran poder de invasión y destrucción local, lo que implica al mismo tiempo un aumento en la morbilidad y mortalidad. Debido a que la mayoría de registros mundiales de cáncer no cuentan con datos específicos sobre éste tipo de cáncer resulta difícil estimar su incidencia y prevalencia real.¹

Existen varios factores de riesgo relacionados con su patogenia, de los cuales el más preponderante es la exposición a la radiación ultravioleta siendo éste un carcinógeno ambiental muy bien identificado en esta patología. Otros factores de riesgo incluyen el fototipo de piel, situación geográfica, estados de inmunosupresión, exposición a medicamentos fotosensibilizantes y ciertos síndromes genéticos.¹

Generalmente el diagnóstico es llevado a cabo de manera clínica, siendo necesaria la confirmación histopatológica para evaluar factores determinantes en su tratamiento. Es imprescindible el diagnóstico temprano de la lesión debido a que puede asociar gran morbilidad. Tanto la electrocirugía como la crioterapia son herramientas de tratamientos en la práctica dermatológica actual, que con el paso del tiempo su uso se ha extendido como uno de los métodos definitivos para la curación de lesiones no melanocíticas.¹

Antecedentes

*Médico residente de cuarto año de Dermatología. Instituto Dermatológico y Cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz.

** (Asesor) Médico Cirujano oncólogo Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz.

Martínez, Acosta, Rueda y López, en el 2016, en Colombia con el objetivo de describir las características demográficas, clínicas e histológicas de pacientes con carcinoma basocelular de bajo riesgo llevados a criocirugía y la respuesta al tratamiento en términos de recidiva o curación tumoral, realizaron un estudio tipo serie de casos retrospectivo. Los pacientes se sometieron a un procedimiento estandarizado que implicó: marcación dermatoscópica de los márgenes, cauterización en caso de lesión evidente y dos ciclos de congelación-descongelación. Se analizaron los datos de 108 pacientes que presentaron un total de 156 tumores; la curación se diagnosticó en el 98,7 por ciento de los casos. Se presentó recidiva tumoral en dos pacientes de sexo masculino a los 17 y 22 meses, ambas localizadas en la zona H de la cabeza. Los datos de curación clínica fueron similares a los reportados en la literatura, en el presente estudio se evidenció que la criocirugía en carcinoma basocelular de bajo riesgo tuvo cifras de curación equivalentes a las descritas en resección quirúrgica.¹

Alcalá, García, González, Trejo, Medina y Cardona, en 2015, en México realizaron una revisión de las principales guías internacionales de tratamiento, en las que se discute la mejor alternativa de acuerdo con la clase de tumor, el tipo histológico y su localización; encontrando que con respecto al carcinoma basocelular, el método quirúrgico con menor tasa de recidiva a cinco años es la cirugía micrográfica de Mohs (microscopically oriented histologic surgery); le siguen la extirpación quirúrgica, la electrocirugía, el curetaje y la criocirugía. Encontrando además que los márgenes quirúrgicos ideales para tratar un carcinoma basocelular

recidivante después de una extirpación quirúrgica incompleta continúan siendo motivo de estudio; se recomienda la cirugía micrográfica de Mohs, al igual que en los carcinomas basocelulares de comportamiento Histopatológicos agresivo.¹

En una investigación realizada por Abreu, Reyes, Pimentel, Marte y Ramírez, en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel, en República Dominicana, en 2011, encontraron que el carcinoma basocelular es el tumor epitelial maligno más común encontrado en la piel de seres humanos, generalmente en aquellas áreas provistas de folículo piloso. Se presenta el caso de una femenina de 67 años de edad, diabética la cual presento lesión de crecimiento lento en cuero cabelludo, se realiza biopsia, que reporta carcinoma basocelular. Fue tratada con criocirugía con muy buena evolución del cuadro. Se revisa casuística del Departamento de criocirugía e histopatología del IDCP-DHBD, en 10 años, encontrando un total de 4,813 casos, correspondiendo el 1.66 por ciento a los casos de carcinoma basocelular de cuero cabelludo.²

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor epitelial maligno más común encontrado en la piel de seres humanos, debe su nombre a la semejanza de sus células con las normales de la capa basal de la epidermis. Fue descrito por primera vez en Alemania por Krompecher en 1903. Es un tumor de crecimiento lento, local, con etiología desconocida pero atribuida a las radiaciones solares y al tipo de piel, es decir a menor capacidad de la piel para broncearse mayor es la probabilidad de padecer de un carcinoma de piel, en este caso basocelular.^{2,3}

El CBC se desarrolla generalmente en zonas expuestas a la luz solar, a pesar de que existen casos que aparecen en áreas no expuestas. Afecta principalmente a personas mayores de 50 años, predomina en el sexo masculino, aunque se han descrito casos en infantes y adolescentes, en su mayoría ante la presencia de síndromes como en Xerodermapigmentoso, Bazex, Gorlin y epiteloma basocelular nevoide.³

Este tumor se caracteriza por su destrucción local, por una tendencia a la invasión local de piel normal circundante primero y de los tejidos más profundos

después. En ciertos casos, puede producir metástasis a distancia.⁴

Epidemiología

El carcinoma basocelular es el cáncer más frecuente en seres humanos. Se estima que cada año aparecen más casos nuevos en los Estados Unidos. Este tumor maligno representa alrededor del 75 por ciento de los cánceres de piel no melanoma (CPNM) y casi el 25 por ciento de los diagnosticados en los Estados Unidos. Los datos epidemiológicos indican que la incidencia global está aumentando de manera significativa en todo el mundo, a razón del 1 por ciento al 10 por ciento por año.⁵

Las estimaciones de la incidencia de carcinoma basocelular son imprecisas ya que en la mayoría de los países no existe un registro de cáncer que recopile datos sobre carcinoma basocelular.¹

La Sociedad Americana del Cáncer estima que en el 2012, se diagnosticaron 5,4 millones de casos de cánceres de piel no melanoma (CPNM) en 3,3 millones de personas, de los cuales aproximadamente 8 de cada 10 casos habrían sido carcinoma basocelular.⁶⁻⁸

Múltiples observaciones epidemiológicas proporcionan información sobre la etiología de carcinoma basocelular:

- El carcinoma basocelular es más frecuente en poblaciones de fototipo bajo; En las poblaciones blancas de los Estados Unidos, la incidencia de carcinoma basocelular ha aumentado en más un 10 por ciento por año y el riesgo de por vida de desarrollar un carcinoma basocelular es de un 30 por ciento.⁹

También se ha observado una incidencia creciente en el tiempo en otros países, incluidos Canadá, Finlandia y Australia.¹⁰ De mayor preocupación, puede haber una incidencia creciente de subtipos histológicos de crecimiento agresivo, que son más difíciles de tratar.¹¹

El Carcinoma Basocelular es más común en adultos mayores pero se está observando, cada vez con mayor frecuencia, en individuos menores de 50 años, Christenson, et al, detectaron un aumento desproporcionado de Carcinoma Basocelular en mujeres menores de 40 años. Es algo más frecuente en hombres que, en mujeres. Levi y cois, comunicaron que la incidencia de Carcinoma

Basocelular aumentó de manera sostenida en el cantón suizo de Vaud, entre 1976 y 1998, a niveles de 75,1 cada 100.000 hombres y 66,1 cada 100.000 mujeres.¹²

Stang, et al, en Westfalia, Alemania, observaron que la incidencia de Carcinoma Basocelular durante un período de 5 años (1998-2003) fue de 63,6 en hombres y de 54 en mujeres.6 Un estudio de CPNM, realizado en Aruba, avaló estos hallazgos. Según dicho estudio, el Carcinoma Basocelular fue el tipo más común de cáncer cutáneo entre 1980 y 1995. Los tumores fueron más frecuentes en pacientes mayores de 60 años y el 57 por ciento afectó a hombres. El máximo porcentaje de lesiones se localizó en la nariz (20,9 por ciento), seguido de otros sitios de la cara (17,7%).¹³

De acuerdo con una investigación reciente, llevada a cabo en Croacia, se estudió la incidencia en Europa y se determinó que desde 2003 hasta 2005, la incidencia bruta en la población croata fue de 54,9 cada 100.000 en los hombres, y de 53,9 cada 100.000, en las mujeres. La gran mayoría de los Carcinoma Basocelular se localizó en la cabeza y el cuello.

El Carcinoma Basocelular característico aparece en piel expuesta al sol de individuos de piel clara. Las incidencias de Carcinoma Basocelular en asiáticos que viven en Singapur aumentaron entre 1968 y 2006, en especial, entre los pacientes chinos mayores, de piel más clara. Las tendencias de cáncer de piel en asiáticos, entre 1968 y 2006 mostraron que el máximo aumento de las tasas de Carcinoma Basocelular correspondió a personas mayores de 60 años.¹⁴

El Carcinoma Basocelular es raro en individuos de piel oscura, debido a la fotoprotección inherente de la melanina y a la dispersión melanosómica. Se estima que el 1,8 por ciento de los Carcinoma Basocelular afecta a individuos de raza negra y que el Carcinoma Basocelular es alrededor de 19 veces más frecuente en los blancos que en los negros.

Se han caracterizado bien los factores de riesgo para el desarrollo de Carcinoma Basocelular, que incluyen exposición a luz ultravioleta (LV), cabello y color de ojos claros, ascendencia europea del norte. Un estudio italiano indicó el rol importante de las quemaduras solares y, por consiguiente, de la

exposición intensa al sol, más que de la exposición solar prolongada, para aumentar el riesgo de Carcinoma Basocelular.¹⁵

En la República Dominicana, de acuerdo a la investigación realizada por la Dra. Marisa Vólquez, en 2014, en el Instituto Dermatológico y Cirugía de piel, sobre el Cáncer de piel en la República Dominicana, encontró que durante el año 2014, la mayoría de los casos en el IDCP-DHBD, afectaba en la mayoría de los casos a pacientes de 70-80 años, del sexo femenino y la evolución de éste se manifestaba durante más de 1 año, localizado el mismo en la nariz y mejilla en la mayoría de los casos, Siendo las provincias más afectadas en República Dominicana las provincias del Este tales como Hato Mayor, Monte Plata, El Seibo, San Pedro de Macorís, e Higüey. Mientras que en el Gran Santo Domingo se destacan los barrios de Villa Duarte, Pedro Brand, Los Tres Brazos, Los Mina, y Villa Mella. Destacó que la falta de educación sobre el cuidado de piel y el uso de protección solares es una de los principales factores que contribuye al desarrollo de esta patología.¹⁶

Etiología y Patogenia del Carcinoma Basocelular
La patogenia del Carcinoma Basocelular implica la exposición a radiación UV, en particular al espectro ultravioleta B (290-320 nm), que induce mutaciones de genes supresores de tumores. La radiación UVB daña el DNA y afecta el sistema inmunitario, generando alteraciones genéticas progresivas y neoplasias. Se detectaron mutaciones del gen supresor de tumores p53 inducidas por la radiación UV, en alrededor del 50 por ciento de los casos de Carcinoma Basocelular.¹⁷

En la actualidad, se considera que la regulación positiva de la vía de señalización del desarrollo de los mamíferos, Hedgehog (HH), constituye la anomalía fundamental en todos los Carcinoma Basocelular y hay evidencia de que se requiere poco más que esta regulación positiva para la generación del Carcinoma Basocelular.

Las mutaciones que activan la vía de señalización de HH aberrante se observan en PTCH1 y Smoothened (SMO). Alrededor del 90 por ciento de los Carcinoma Basocelular esporádicos presentan mutaciones identificables en, al menos, 1 alelo

de PTCH1 y otro 10 por ciento tiene mutaciones activadoras de la proteína SMO en sentido 3'. Las mutaciones identificadas con mayor frecuencia en PXCH1 y SMO son de un tipo compatible con daño inducido por radiación UV.

La contribución de la exposición a la luz solar de alta intensidad a la aparición del Carcinoma Basocelular en la población general está bien establecida. Es habitual un período de latencia de entre 20 y 50 años entre el momento del daño UV y la aparición clínica del Carcinoma Basocelular. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, el Carcinoma Basocelular se presenta en piel expuesta al sol de adultos mayores, la mayoría de las veces, en la región de la cabeza y el cuello.

Algunos estudios indican que el riesgo puede ser mayor en caso de exposiciones breves e intermitentes durante vacaciones que en caso de exposición ocupacional. Un estudio italiano confirmó la importancia de la exposición intermitente al sol como factor de riesgo relevante de Carcinoma Basocelular. Ramani y Bennett informaron una incidencia significativamente más alta de Carcinoma Basocelular en soldados de la Segunda Guerra Mundial destinados al Pacífico que en los destinados a Europa. Esto sugiere que la exposición intensa a LUV, durante varios meses o años, puede producir efectos deletéreos a largo plazo. Los Carcinomas Basocelulares del tronco pueden deberse a exposiciones lo suficientemente intensas como para causar quemadura solar de la piel del tronco, en personas cuya capacidad para broncearse hace que la piel de la cara sea, en general, menos susceptible a los efectos cancerígenos de la radiación UV.¹⁸

Otros factores que parecen intervenir en la patogenia son mutaciones de los genes reguladores, exposición a radiación ionizante y alteraciones de la inmunovigilancia.

La propensión a presentar múltiples Carcinoma Basocelular puede ser hereditaria. Entre los trastornos hereditarios que predisponen a la aparición de este tipo de cáncer, se encuentran el síndrome del nevasocelelular (SNBC), el síndrome de Bazex y el síndrome de Rombo. Los pacientes afectados por el SNBC pueden presentar cientos de Carcinoma Basocelular y tener raíz nasal ancha, inteligencia

límitrofe, quistes mandibulares, depresiones palmares y múltiples anomalías esqueléticas. El SNBC se debe a mutaciones del gen supresor de tumores PTCH.

El síndrome de Bazex se transmite en forma dominante ligada al cromosoma X. Los pacientes presentan múltiples Carcinomas Basocelulares, atrofodermia folicular, dilatación de los orificios foliculares con cicatrices «en picahielos», hipotricosis e hipohidrosis. En cambio, el síndrome de Rombo se transmite en forma autosómica dominante. Quienes lo padecen presentan atrofodermia vermiculada, formaciones miliares, hipertrichosis, tricoepiteliomas, y Carcinoma Basocelular. La hipohidrosis no es una característica del síndrome de Rombo.¹⁹

No se conoce por completo la función del sistema inmunitario en la patogenia del cáncer de piel. Los pacientes inmunosuprimidos con linfoma o leucemia y los que han recibido trasplantes de órganos muestran un marcado aumento de la incidencia de carcinoma espinocelular, pero sólo un ligero incremento de la incidencia de Carcinoma Basocelular. Bastiaens et al, observaron que los receptores de trasplantes presentaban más Carcinoma Basocelular en el tronco y los brazos que los pacientes inmunocompetentes. Harwood y cois, informaron una menor frecuencia de BC en cabeza y cuello en los receptores de trasplante renal, mientras que se observó una mayor frecuencia en el tronco y los brazos, en comparación con los individuos inmunocompetentes. La tasa de Carcinoma Basocelular es la misma en quienes presentan infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que en individuos inmunocompetentes, con factores de riesgo similares. Los alcohólicos crónicos inmunosuprimidos tienden a presentar Carcinoma Basocelular invasor con mayor frecuencia. Una posible relación entre la radiación UV y la disminución de la inmunidad fue sugerida por Gutierrez-Steil et al., quienes demostraron que los Carcinomas Basocelulares inducidos por radiación UV expresan el ligando de Fas (CD95L). Mostraron además, que estas células se asociaban con linfocitos T que presentaban CD95 y sufrían apoptosis. Esto representa un posible mecanismo por el cual la radiación UV puede ayudar a las células tumorales

a evitar su destrucción por parte de los linfocitos T citotóxicos. Kaporis et al, indicaron que los linfocitos T reguladores inmunosupresores rodean los nidos tumorales de Carcinoma Basocelular, lo que puede aportar otro posible mecanismo para que el Carcinoma Basocelular evada la inmunidad antitumoral del huésped.²⁰

Manifestaciones clínicas presentación

La presencia de cualquier lesión friable, que no cicatriza, debe plantear la sospecha de cáncer de piel. Con frecuencia, se diagnostica Carcinoma Basocelular en pacientes que refieren que la lesión sangró por un período breve y después, cicatrizó por completo, sólo para recidivar. Por lo general, el Carcinoma Basocelular aparece en zonas expuestas al sol de la cabeza y el cuello, pero puede localizarse en cualquier parte del cuerpo. Las características son translucidez, ulceración, telangiectasias y un borde enrollado. Pueden variar en los diferentes subtipos clínicos, que comprenden Carcinoma Basocelular nodular, superficial, morfeiforme y pigmentado. La localización anatómica del Carcinoma Basocelular puede favorecer el desarrollo de un subtipo en particular.²¹

Subtipos de Carcinoma Basocelular

Carcinoma Basocelular Nodular. El Carcinoma Basocelular nodular es el subtipo clínico más común de Carcinoma Basocelular. Se localiza con mayor frecuencia en las zonas expuestas al sol de la cabeza y el cuello y se manifiesta en forma de pápula o nódulo translúcido, según el tiempo de evolución. Por lo general, se observan telangiectasias y a menudo, un borde enrollado. Las lesiones más grandes con necrosis central se denominan, históricamente, úlceras corrosivas. El diagnóstico diferencial del Carcinoma Basocelular nodular incluye el nevo dérmico traumatizado y el melanoma amelanótico.²²

Carcinoma Basocelular Pigmentado. El Carcinoma Basocelular pigmentado es un subtipo de Carcinoma Basocelular nodular que muestra mayor melanización. El Carcinoma Basocelular pigmentado se presenta en forma de pápula hiperpigmentada, translúcida, que también puede encontrarse erosionada. El diagnóstico diferencial incluye el melanoma nodular.

Carcinoma Basocelular Superficial. El Carcinoma Basocelular superficial aparece más a menudo en el tronco y se manifiesta por un parche eritematoso (con frecuencia, bien delimitado) que se asemeja a un eccema. Un parche aislado de "eccema" que no responde al tratamiento debe plantear la sospecha de Carcinoma Basocelular superficial.

Carcinoma Basocelular Morfeiforme (Esclerosante). El Carcinoma Basocelular morfeiforme es una variante de Carcinoma Basocelular de crecimiento agresivo, con un aspecto clínico e histológico definido. Las lesiones de Carcinoma Basocelular morfeiforme pueden presentar un aspecto blanco-marfil y pueden asemejarse a una cicatriz o a una pequeña lesión de morfea. Por consiguiente, la aparición de tejido cicatrizal en ausencia de un traumatismo o un procedimiento quirúrgico previo o la aparición de tejido cicatrizal de aspecto atípico en un área tratada debido a una lesión cutánea debe alertar al médico sobre la posibilidad de un Carcinoma Basocelular morfeiforme y la necesidad de biopsia.

Fibroepitelioma de Pinkus. La presentación clásica consiste en una pápula rosada, localizada por lo general en la zona lumbar. Puede ser difícil de distinguir de un acrocordón o un papiloma cutáneo. De modo similar a los carcinomas basocelulares, los fibroepiteliomas de Pinkus expresan receptores de andrógenos, lo que avala su clasificación como carcinoma basocelular. El diagnóstico diferencial incluye el acrocordón.²³

Comportamiento biológico Invasión Local

El máximo peligro del Carcinoma Basocelular se debe a la invasión local. Por lo general, el Carcinoma Basocelular es un tumor de crecimiento lento que produce invasión local, en lugar de dar metástasis. Se estima que el tiempo de duplicación es de 6 meses a 1 año. De no mediar tratamiento, el tumor progresará para invadir el tejido subcutáneo, el músculo e, incluso, el hueso. Los planos de fusión anatómica parecen proporcionar un camino de baja resistencia para la progresión del tumor. Los tumores a lo largo del surco nasofacial o retroauricular pueden ser extensos. Las metástasis son raras y se cree que muestran una correlación más estrecha con el tamaño y la profundidad de invasión del tumor

y no tanto con el subtipo histológico del tumor original.²⁴

Si bien las metástasis son raras, el tumor puede provocar morbilidad significativa para el paciente, como destrucción tisular local y desfiguración. Un paciente documentó la progresión de su propio tumor mediante fotografías, a lo largo de 27 años. La lesión, que abarcaba todo un lado de la cara, incluso el seno maxilar, aparentemente se duplicó en un período de 10 años y creció con rapidez en los 2 años previos al ingreso hospitalario. Esto se observó en el contexto de discapacidad física o psiquiátrica que interfieren el juicio o el acceso a la asistencia médica. En uno de los primeros informes sobre Carcinoma Basocelular gigante en India, un paciente se presentó con una úlcera facial que no cicatrizaba y que había estado presente y aumentando de tamaño desde hacía más de 20 años. En la exploración, la úlcera cubría toda la hemicara izquierda, con compromiso de las unidades preauricular, infraorbitaria y bucomandibular de la mejilla y la órbita y causó pérdida de la visión. En otro caso, un Carcinoma Basocelular de 35 cm en la espalda de un hombre de 65 años recidivó tras la escisión local amplia y la radioterapia, lo que provocó compresión de la médula espinal.²⁵ Se describió la extensión letal hacia el sistema nervioso central de un Carcinoma Basocelular agresivo del cuero cabelludo.²⁵

Invasión perineural

La invasión perineural (IPN) es infrecuente en el Carcinoma Basocelular y se produce, la mayoría de las veces, en lesiones agresivas desde el punto de vista histológico o recidivantes. La IPN se ha correlacionado con lesiones recidivantes, mayor tiempo de evolución y tamaño de las lesiones e invasión orbitaria. En una serie, Niazi y Lamberty identificaron IPN en menos del 0,2 por ciento de los casos. En esa serie, el Carcinoma Basocelular perineural se observó más a menudo en pacientes con tumores recidivantes localizados en las regiones preauricular y en cara. Brovvn y Perry observaron que la incidencia de IPN era del 3 por ciento, en presencia de Carcinoma Basocelular agresivos. Esta incidencia se acerca a la informada para los carcinomas espinocelulares. Leibovitch y

cois, hallaron una incidencia de 2,74 por ciento, Ratner et al, observaron una incidencia más alta en investigación (3,8%); sin embargo, éste fue un estudio más pequeño. Leibovitch et al, comunicaron propagación perineural en más del 50% de los Carcinoma Basocelular perioculares, que concluyó con la invasión de la órbita. Estos tumores requirieron cirugía extensa. La propagación perineural puede manifestarse por dolor, parestesias, debilidad o parálisis. La presentación, de signos neurológicos focales en el lugar de un cáncer de piel previamente tratado plantea la posibilidad de compromiso nervioso.²⁶

Metástasis

Las metástasis del Carcinoma Basocelular son raras, con tasas que vanan entre 0,0028 por ciento y 0,55 por ciento. El compromiso de los ganglios linfáticos regionales y los pulmones es frecuente. Se siguen comunicando casos de metástasis pulmonares. Óseas y en la médula ósea. Las características histológicas agresivas, como las morfeiformes, la metaplasia escamosa y la IPN, se han identificado como factores de riesgo de metástasis. VonDomarus y cois, describieron cinco casos de Carcinoma Basocelular metastásico, en tres de los cuales se había observado invasión perineural o intravascular. No se observó diferenciación pavimentosa en los tumores primarios que presentaron los autores, pero sí en dos de cinco casos de cáncer metastásico. Globalmente, hubo diferenciación pavimentosa en el 15 por ciento de los tumores primarios o metastásicos de los 170 casos revisados en esa serie.²⁷

Diagnóstico

El diagnóstico de Carcinoma Basocelular se realiza a través de la interpretación precisa de los resultados de la biopsia de piel. Los métodos de biopsia preferidos son por rasurado, que suele ser suficiente en ocasiones y en sacabocados. Una hoja de afeitar esterilizada, que puede ser manipulada con precisión por el operador para ajustar la profundidad de la muestra de biopsia, a menudo es superior a un bisturí N° 15 para las biopsias por rasurado. Una biopsia en sacabocados puede ser útil en las lesiones planas del Carcinoma Basocelular morfeiforme o en el recidivante que aparece en una

cicatriz. Al biopsiar una lesión, se debe tomar el tejido adecuado. Las muestras pequeñas de tejido fragmentado pueden dificultar el diagnóstico y comprometer la capacidad de evaluar con exactitud el subtipo y el espesor del Carcinoma Basocelular, lo que puede incidir en la elección del tratamiento.²⁸

Histología

Las características histológicas presentan alguna variación de acuerdo con el subtipo, pero la mayoría de los Carcinoma Basocelular comparte ciertos signos histológicos comunes. Las células basales malignas tienen núcleos grandes y citoplasma relativamente escaso. Si bien los núcleos están aumentados de tamaño, pueden no impresionar como atípicos. Por lo general, no se encuentran figuras mitóticas. Con frecuencia, se observa retracción del estroma en forma de hendidura de los islotes tumorales, lo que crea lagunas peritumorales que son útiles para el diagnóstico histológico. La forma más común de Carcinoma Basocelular es la nodular, seguida de la superficial y la morfeiforme. Asimismo, la forma nodular y morfeiforme son las halladas con mayor frecuencia en cabeza y cuello, 1 mientras que la superficial se detecta, la mayoría de las veces, en la región del tronco.²⁹

Carcinoma Basocelular Nodular

Los Carcinomas Basocelulares nodulares representan la mitad de los Carcinoma Basocelular y se caracterizan por la presencia de nódulos de células basófilas grandes y retracción del estroma. El término Carcinoma Basocelular micronodular se emplea para describir los tumores con múltiples nódulos microscópicos menores de 15 um. Desde el punto de vista clínico, éste es el tipo de Carcinoma Basocelular que, la mayoría de las veces, muestra una pápula o un nódulo translúcido perlado, con un borde rollado y telangiectasias. La forma nodular del Carcinoma Basocelular se caracteriza por nidos separados de células basaloides en la dermis papilar o reticular.³⁰

Carcinoma Basocelular Pigmentado

El Carcinoma Basocelular pigmentado muestra características histológicas similares a las del Carcinoma Basocelular nodular, pero con el

agregado de melanina alrededor del 75 por ciento de los Carcinomas Basocelulares contienen melanocitos, pero sólo el 25 por ciento incluyen grandes cantidades de melanina. Los melanocitos están entremezclados entre las células tumorales y albergan numerosos gránulos de melanina en su citoplasma y dendritas. Si bien las células tumorales contienen escasa melanina, numerosos melanófagos pueblan el estroma que circunda el tumor.³¹

Carcinoma basocelular superficial

El Carcinoma Basocelular superficial se caracteriza microscópicamente por la presencia de brotes de células malignas que se extienden desde el estrato basal de la epidermis hacia la dermis. La capa periférica muestra células en palizada. Puede encontrarse atrofia epidérmica y la invasión dérmica suele ser mínima. Además, es posible hallar un infiltrado inflamatorio crónico en la dermis superior. Este subtipo histológico se observa la mayoría de las veces en el tronco y los miembros, pero también puede aparecer en la cabeza y el cuello.³²

Carcinoma basocelular morfeiforme

El Carcinoma Basocelular morfeiforme, denominado también Carcinoma Basocelular esclerosante o infiltrante, consiste en bandas de células tumorales incluidas en un estroma fibroso denso. Las células tumorales se disponen en columnas estrechamente empaquetadas y en algunos casos, sólo de una a dos células de espesor inmersas en un estroma fibroso con colágeno denso. Las bandas tumorales se extienden profundamente en la dermis. A menudo, el cáncer es más grande que lo que indica el aspecto clínico. El Carcinoma Basocelular recidivante también puede mostrar bandas infiltrantes y nidos de células cancerosas dentro del estroma fibroso denso de la cicatriz.³³

Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular

1. Carcinoma Basocelular nodular
2. Nevo dérmico
3. Carcinoma espinocelular
4. Tumor de las faneras
5. Dermatofibroma

Carcinoma Basocelular pigmentado

1. Melanoma nodular
2. Melanoma con propagación superficial
3. Melanoma lentigo maligno
4. Tumor de las faneras
5. Nevo compuesto
6. Nevo azul

Carcinoma Basocelular superficial

Enfermedad de Bowen

Enfermedad de Paget mamaria o extramamaria

Melanoma con propagación superficial

Placa única de psoriasis

Placa única de eccema

Carcinoma Basocelular morfeiforme

1. Cicatriz
2. Morfea
3. Tricoepitelioma

Fibroepitelioma de pinkus

1. Papiloma cutáneo

2. Fibroma

3. Nevo dérmico papilomatoso

Fibroepitelioma de Pinkus

En este tumor se observan largas bandas de células basales entrelazadas incluidas en estroma fibroso con abundante colágeno.^{38 38} Desde el punto de vista histológico, el fibroepitelioma de Pinkus muestra características de queratosis seborreica reticulada y Carcinoma Basocelular superficial.³⁴

Carcinoma basoescamoso

El carcinoma basoescamoso es una forma de Carcinoma Basocelular de crecimiento agresivo. Se lo puede confundir con carcinoma espinocelular y promueve controversia respecto de su clasificación histomorfológica precisa, ya que muestra diversos grados de diferenciación de carcinoma basocelular y espinocelular. Histológicamente, el carcinoma basoescamoso presenta datos irregulares infiltrantes de células tumorales mezcladas con otras zonas que ponen en evidencia la formación de puentes intercelulares y queratinización citoplasmática.³⁵

Tratamiento

El tratamiento del Carcinoma Basocelular depende de la localización anatómica y las

características histológicas. Los enfoques terapéuticos incluyen escisión quirúrgica convencional, destrucción mediante diversas modalidades, cirugía micrográfica de Mohs (CMM) y quimioterapia tópica. La mayor probabilidad de lograr la curación es a través del tratamiento adecuado del Carcinoma Basocelular primario, porque es más probable que los tumores recidivantes vuelvan a formarse y causen mayor destrucción local. Si bien la mayoría de los estudios sólo ha evaluado Carcinoma Basocelular en localizaciones de bajo riesgo, la cirugía y la radioterapia parecen ser los tratamientos más eficaces; la cirugía presenta las tasas más bajas de fracaso terapéutico. Aunque los resultados estéticos parecen buenos con la terapia fotodinámica, se requieren datos de seguimiento a largo plazo. Otros tratamientos podrían ser de cierta utilidad, pero pocos han sido comparados con la cirugía. En términos generales, la resección del tumor con márgenes libres sigue siendo el patrón de referencia para el tratamiento del carcinoma basocelular.³⁶

Cirugía micrográfica de MOHS

La CMM permite un análisis histológico superior de los márgenes del tumor y a la vez, la conservación máxima de tejido, en comparación con la escisión quirúrgica convencional. Rovve, Carroll y Day comunicaron una tasa de recurrencia del 1 por ciento para el Carcinoma Basocelular tratado con CMM, lo que resultó superior a la tasa informada con otras modalidades, como escisión convencional (10%), raspado y desecación (7,7%), radioterapia (8,7%) y crioterapia (7,5%). El 5,6% de los Carcinoma Basocelular recidivantes tratados con CMM reapareció, porcentaje que en este caso también fue superior a la tasa descrita con otras modalidades: escisión (17,6%), radioterapia (9,8%) y raspado y desecación (40%). Leibovitch y cois, observaron que después de 5 años, se diagnosticaron recidivas del Carcinoma Basocelular en el 1,4 por ciento de los tumores primarios y el 4 por ciento de los tumores recidivantes. Esta baja tasa de recidiva a 5 años del Carcinoma Basocelular con la CMM destaca la importancia de la escisión con control de los márgenes, respecto de otros procedimientos. La CMM es el tratamiento de elección en los

Carcinoma Basocelular primarios morfeiformes, de límites imprecisos, resecaados de manera incompleta y de alto riesgo por otros factores. Es el tratamiento preferido en el Carcinoma Basocelular recidivante y en cualquier Carcinoma Basocelular localizado en un sitio donde se desee conservar el tejido. La CMM resulta particularmente útil para tratar Carcinoma Basocelular en localizaciones de alto riesgo, como planos de fusión embrionarios, representados por la unión nasofacial y el surco retroauricular. Puesto que la CMM se asocia con las tasas de recidiva más bajas, es el tratamiento de elección en los Carcinomas Basocelulares faciales primarios con un subtipo histológico agresivo y en los Carcinomas Basocelulares faciales recidivantes. La CMM ha demostrado mayor eficacia que la escisión quirúrgica para el tratamiento de Carcinomas Basocelulares faciales recidivantes. Mosterd y cois, también hallaron que, con el tratamiento de CMM, se produce una cantidad significativamente más baja de recidivas que con la escisión quirúrgica, en Carcinoma Basocelular faciales recidivantes. Desde la perspectiva del individuo afectado, en un estudio de cohorte prospectivo, se concluyó que la CMM era un factor independiente que podía predecir la satisfacción del paciente a largo plazo, en comparación con la escisión convencional o el raspado y la desecación.³⁷

Escisión convencional

En comparación con las técnicas no escisionales, la escisión quirúrgica convencional ofrece la ventaja de la evaluación histológica de la pieza resecaada; sin embargo, según el método de corte empleado (p. ej., en rodajas), pueden pasar inadvertidas zonas de compromiso de los márgenes, durante la evaluación histológica habitual. Los autores de una revisión Cochrane reciente concluyeron que, en función de los trabajos publicados, la cirugía es el tratamiento convencional de elección para el Carcinoma Basocelular. Si bien la escisión convencional es adecuada en muchos Carcinomas Basocelulares, las tasas de curación asociadas con este tipo de cirugía son inferiores a las obtenidas con CMM en pacientes con Carcinomas Basocelulares morfeiformes primarios, Carcinoma Basocelular recidivantes y tumores con localizaciones anatómicas de alto

riesgo. Una desventaja de la escisión quirúrgica convencional es la posibilidad de lograr un control incompleto de los márgenes. La incidencia de escisión incompleta es variable, con informes que varían entre el 4,7 por ciento y el 13,2 por ciento de los pacientes tratados. Farhi et al, hallaron que la tasa de escisión incompleta en el examen anatomopatológico superaba el 10 por ciento y se asociaba significativamente con la localización facial, en particular en la nariz y el canto interno, y con los tipos histológicos invasor y multifocal. Wolf y Zitelli demostraron que los márgenes de 4 mm eran adecuados en el 95 por ciento de los Carcinomas Basocelulares no morfeiformes menores de 2 cm de diámetro, cuando se los trataba con escisión convencional. Huang y Bovce observaron que para lograr una tasa de curación del 95 por ciento, los Carcinomas Basocelulares menores de 1 cm de diámetro requerían un margen de seguridad de 0,5 cm, los de 1 a 2 cm requerían un margen de 0,8 cm y los mayores de 2 cm, requerían un margen de 1,2 cm. Johnson, Tromovitch y Swanson informaron una tasa de curación del 96,7 por ciento, cuando la escisión incluyó un margen de 2 mm más allá del área definida por el raspado. Se detectaron tumores en 64 de 403 márgenes de las piezas obtenidas por raspado y en 12 de 403 márgenes de piezas obtenidas por escisión. El subtipo histológico fue agresivo en 11 de 12 casos con márgenes positivos. Se requieren márgenes de 5 mm en el Carcinoma Basocelular morfeiforme primario o recidivante. El raspado preoperatorio reduce la frecuencia de márgenes positivos en el tratamiento del Carcinoma Basocelular. Chiller y cois, observaron que el raspado previo a la escisión disminuye un 24 por ciento la tasa de fracaso terapéutico en el Carcinoma Basocelular ($P = 0,03$).³⁸

Electrocirugía

La electrocirugía es una de las modalidades terapéuticas utilizadas con mayor frecuencia en el Carcinoma Basocelular. El método depende del operador, según mostraron Kopf et al., que identificaron una diferencia significativa en la tasa de curación entre pacientes tratados por médicos particulares (94,3%) y por residentes (81,2%). Se obtuvieron altas tasas de curación a 5 años de

hasta el 98,8 por ciento después del raspado y la desecación de Carcinoma Basocelular primarios, no fibrosantes, de zonas de riesgo intermedio y alto de la cara, cuando el procedimiento fue practicado por un profesional experto.

Spiller y Spiller comunicaron una tasa de curación del 97 por ciento en 233 pacientes. La tasa de curación disminuyó en función del tamaño de la lesión primaria: en lesiones de menos de 1 cm, la tasa de curación fue del 98,8 por ciento, en lesiones de 1 a 2 cm, fue del 95,5 por ciento y en lesiones de más de 2 cm, fue del 84 por ciento. La mayor frecuencia de recidivas se observó en la frente, las orejas, la nariz y los hombros. No se recomienda el raspado y la desecación en Carcinoma Basocelular primarios grandes, morfeiformes ni recidivantes. En lesiones y localizaciones adecuadamente seleccionadas, el raspado y la desecación siguen siendo una modalidad terapéutica eficaz y rentable.³⁹

Criocirugía

La criocirugía es otra modalidad destructiva que se ha utilizado en el tratamiento del Carcinoma Basocelular. Se requieren dos ciclos de congelación-descongelación, con una temperatura tisular de -50°C (-58°F) para destruir el Carcinoma Basocelular. Además, debe destruirse un margen de tejido clínicamente normal para erradicar la extensión subclínica. Una revisión sistemática de las tasas de recidiva publicadas entre 1970 y 1997 indicó que la crioterapia para el tratamiento del Carcinoma Basocelular primario se asoció con una tasa de recidiva a 5 años del 4 por ciento al 17 por ciento. La criocirugía carece del beneficio de la confirmación histológica de la resección del tumor. Kuflik y Gage informaron tasas de curación del 99 por ciento en 628 pacientes seguidos durante 5 años. Las posibles complicaciones de la criocirugía son cicatrización hipertrófica y alteraciones pigmentarias posinflamatorias. Con respecto a la estética, se observó que la satisfacción del paciente era mayor con la escisión quirúrgica que con la criocirugía, lo que debe tenerse en cuenta al elegir una opción terapéutica. Otro posible resultado adverso grave es que el tejido cicatrizal fibroso enmascare la recidiva del tumor. Cualquier cambio reciente en una cicatriz de criocirugía después de

completada la cicatrización normal debe plantear la sospecha de Carcinoma Basocelular recidivante.⁴⁰

Tratamiento tópico

Imiquimod. Se ha utilizado imiquimod (crema al 5 por ciento) en el tratamiento de cánceres de piel. El imiquimod, aprobado en 2004 por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Fármacos) para el tratamiento tópico del Carcinoma Basocelular superficial primario, pequeño (menor de 2 cm), confirmado por biopsia, es un agonista del receptor semejante a Toll7, que se considera que induce al interferón- α , factor de necrosis tumoral- α y otras citoquinas para reforzar la inmunidad de tipo 1 a cargo de los linfocitos Thelper. En dos estudios doble ciego, aleatorizados, controlados con excipientes, las tasas de desaparición clínica e histológica tras la administración cinco y siete veces a la semana fueron de 75 por ciento y 73 por ciento, respectivamente, en el Carcinoma Basocelular superficial. En otro estudio, 10 de 19 Carcinoma Basocelular nodulares (alrededor del 53%) desaparecieron después del tratamiento con imiquimod. Por lo general, los efectos colaterales adversos se limitan a reacciones cutáneas locales; sin embargo, los investigadores han advertido una correlación significativa entre la gravedad de la reacción cutánea local (eritema, erosión y costras) y la tasa de desaparición histológica.

No se ha establecido la seguridad ni la eficacia del imiquimod en otros tipos de Carcinomas Basocelulares. Con una tasa de fracaso terapéutico de hasta 25 por ciento de los pacientes tratados (o de uno en cuatro), esta posible consecuencia clínica se debe discutir y considerar con firmeza, al elegir el tratamiento adecuado. Asimismo, el coste del imiquimod puede superar con facilidad los de las modalidades destructivas o quirúrgicas. Una serie de casos de 24 pacientes destaca las consecuencias clínicas del fracaso del imiquimod rescatado con CMM. Sólo puede considerarse la monoterapia con imiquimod en Carcinoma Basocelular superficiales limitados a pequeños tumores en localizaciones de bajo riesgo, en pacientes que no pueden ser sometidos a otros tratamientos mejor establecidos o que no los aceptarían.⁴¹

5-Fluorouracilo. El 5-fluorouracilo (5-FU), un

agente antineoplásico de aplicación tópica utilizado para el tratamiento de queratosis actínicas, también se ha empleado para el Carcinoma Basocelular. Epstein mostró una tasa de recidiva a 5 años del 21 por ciento, después del tratamiento con 5-FU, que se redujo al 6 por ciento cuando se practicó raspado inicial. Gross y cois, observaron una tasa de desaparición histológica del 90 por ciento, 3 semanas después del tratamiento con 5-FU, pero sin seguimiento. Asimismo, senotó que el 5-FU en general fue bien tolerado, con un resultado estético adecuado, y la mayoría de los pacientes no presentó dolor ni cicatrización, sólo eritema leve. El 5-FU es metabolizado por la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD) y su empleo está contraindicado en pacientes que presentan deficiencia de esa enzima. Una prueba de 2-(13)C-uracilo en el aire espirado permite identificar a los individuos con deficiencia de DPD. Debe considerarse de manera cuidadosa el uso de 5-FU para tratar el Carcinoma Basocelular y se debe incluir una evaluación del riesgo de recidiva y de fracaso terapéutico. Los tratamientos tópicos pueden asociarse con efectos adversos, inducen tasas de desaparición más bajas, pueden ser más difíciles de administrar y, en algunos casos, cuestan más que otros tratamientos bien establecidos para el Carcinoma Basocelular.⁴²

Inhibidores de Hedgehog. En función de la evidencia sólida de activación de HH en el Carcinoma Basocelular, ha habido desarrollos recientes significativos de inhibidores de HH para el tratamiento de Carcinoma Basocelular localmente agresivos o metastásicos. El compuesto HHI bien conocido es el alcaloide vegetal, ciclopamina, que inhibe competitivamente la señalización de la proteína SMO y, por consiguiente, el crecimiento de células malignas impulsado por la activación de HH.⁴³

Según una investigación de fase 1, GDC-0449, un derivado activo de una molécula pequeña que se administra por vía oral y tiene como diana la vía HH a través de SMO, parece ejercer una actividad antitumoral en el Carcinoma Basocelular localmente avanzado o metastásico (ClinicalTrials.gov número, NCT00607724). Se requieren más estudios para verificar la eficacia completa y los perfiles de efectos adversos. También se están desarrollando

inhibidores tópicos de la vía HH para el tratamiento del Carcinoma Basocelular.

Terapia fotodinámica

La terapia fotodinámica (TFD) consiste en la activación de un fármaco fotosensibilizador por luz visible para generar especies del oxígeno activadas que destruyen las células cancerosas. El ácido 8-aminolevulínico exógeno aumenta la producción intracelular del fotosensibilizador endógeno protoporfirina tipo IX, que se acumula de manera preferencial en las células tumorales. Morrison y cois, comunicaron una desaparición inicial del 88 por ciento de 40 Carcinoma Basocelular grandes (> 2 cm) después de uno a tres tratamientos. El período de seguimiento osciló entre 12 y 60 meses. Basset-Seguin y cois, informaron tasas de respuesta completa en Carcinoma Basocelular superficiales del 85 por ciento al 93 por ciento a los 3 meses y una tasa de respuesta similar a la de la criocirugía a los 60 meses (75 % frente a 74%). Marmur y cois, revisaron la TFD en el cáncer de piel no melanomatoso y describieron tasas de recidiva del 0 al 31 por ciento en el Carcinoma Basocelular. Un estudio clínico que comparó la TFD con el ácido metil-aminolevulínico (TFD-MAL) sumado a cirugía para el tratamiento de pequeños Carcinomas Basocelulares superficiales, indicó que la TFD-MAL era igual de eficaz y lograba un resultado estético mucho mejor que la escisión quirúrgica convencional en el tratamiento del Carcinoma Basocelular superficial; sin embargo, a los 12 meses, el 9,3 por ciento de las lesiones recidivó con TFD-MAL, mientras que ninguna reapareció con cirugía. Las tasas de curación a largo plazo del Carcinoma Basocelular superficial tratado con TFD continúan siendo de alrededor del 75 por ciento y como las tasas de falta de respuesta y de recidiva son apreciables, debe controlarse en forma estricta a los pacientes durante los primeros 2-3 años posteriores a la TFD, que es cuando se observan la mayoría de las recidivas. Un trabajo comparativo Cochrane observó que el resultado estético de la TFD era significativamente mejor que el de la cirugía. Sin embargo, aún se informaron índices de fracaso terapéutico comparativamente altos relacionados con la TFD respecto de la cirugía, la radioterapia y la crioterapia. La TFD requiere

una serie de visitas al hospital, que no todos los individuos afectados por Carcinoma Basocelular pueden hallar conveniente. Los informes de altos índices de recidiva sugieren que lo mejor puede ser reservar este método para determinadas situaciones en las que no son factibles otros procedimientos mejor establecidos, en particular, para casos en los que la cirugía puede ser problemática o en los que se presentan múltiples lesiones.⁴⁴⁻⁴⁷

Radioterapia

La radioterapia (RT) puede ser útil en el tratamiento del Carcinoma Basocelular primario o en aquellos casos en los que los márgenes posquirúrgicos son positivos para cáncer. Las ventajas son las molestias mínimas que ocasiona al paciente y el hecho de poder evitar un procedimiento invasivo en un individuo que no desea o no puede someterse a cirugía. La RT puede ser una modalidad muy útil como tratamiento adyuvante del Carcinoma Basocelular, cuando los márgenes son positivos después de la escisión o cuando existe compromiso perineural o de un nervio grande. Las posibles desventajas son la falta de verificación histológica de la resección del tumor, el curso de tratamiento prolongado, el resultado estético que puede empeorar con el tiempo (atrofia cutánea y telangiectasias) y la predisposición a recidivas agresivas y extensas. Se han comunicado tasas de control local del 93 por ciento al 97 por ciento; sin embargo, los resultados estéticos se han considerado inferiores a los logrados con la cirugía.

El estudio comparativo Cochrane observó que la cirugía y la radioterapia parecen ser los tratamientos más eficaces para el Carcinoma Basocelular, si bien los mejores resultados globales se obtienen con cirugía.⁴⁵⁻⁵⁰

Problemas especiales tratamiento

Carcinoma basocelular resecado en forma incompleta. Sobre la base de los datos de la década de 1960, que sugerían que el 50 por ciento al 70 por ciento de los Carcinoma Basocelular resecados de manera incompleta no recidivaban, algunos médicos adoptaron un enfoque de “conducta expectante”. En algunos casos, se puede haber practicado reparación con colgajo e injerto antes de la confirmación de márgenes negativos, de manera que se distorsionó

la anatomía. Esto confunde la identificación de márgenes positivos para el tratamiento definitivo. Robinson y Fisher estudiaron la resección incompleta en 994 pacientes derivados en forma consecutiva para tratamiento de Carcinoma Basocelular resecados en forma incompleta, con recidiva clínica posterior. De éstos, sólo 32 se sometieron a CMM para resección completa del tumor en el momento en que el cirujano original recibió la confirmación anatomopatológica de márgenes positivos. En los 962 Carcinoma Basocelular recidivantes restantes, la nariz fue la localización anatómica más frecuente (43%) y la reparación con colgajo fue la forma de reconstrucción empleada con mayor frecuencia (52%). Los autores recomiendan la CMM para el tratamiento del Carcinoma Basocelular resecado en forma incompleta. Lo ideal es que los pacientes reciban tratamiento en el momento del diagnóstico, porque es probable que el retraso produzca mayor daño tisular local. Los pacientes que no pueden ser sometidos a una nueva cisión para obtener márgenes libres deben ser evaluados para radioterapia.^{46, 51-55}

Carcinoma Basocelular Neurotrópico. La IPN por un Carcinoma Basocelular es un evento raro (< 0,2% de los casos). Cuando se detecta IPN, definida como la presencia de células malignas en el espacio perineural de los nervios, deben realizarse todos los esfuerzos para eliminar el tumor, preferentemente, por medio de CMM. La resonancia magnética preoperatoria para evaluar la extensión de la diseminación tumoral ofrece beneficios en pacientes con IPN macroscópica manifestada por síntomas neurológicos. Ejemplos clásicos son la parálisis de la ceja por el compromiso del ramo temporal del nervio facial y parestesias en la región facial media, secundaria al compromiso del nervio trigémino.^{47, 56-59}

Carcinoma Basocelular Metastásico. Aunque es sumamente raro, existe la posibilidad de enfermedad metastásica y debe considerarse. Si se presume enfermedad ganglionar en la exploración quirúrgica, están indicados la biopsia de ganglios linfáticos y estudios por imágenes, así como evaluación por parte de oncólogos médicos y quirúrgicos. Se ha recurrido a quimioterapia basada en platino con resultados modestos para el tratamiento del Carcinoma Basocelular metastásico; en cambio,

se informó una respuesta clínica rápida con una combinación de cisplatino y paclitaxel También se ha comunicado una buena respuesta al carboplatino y al paclitaxel.^{48, 57}

Evolución y pronóstico

Con el tratamiento adecuado, el pronóstico de la mayoría de los pacientes con Carcinoma Basocelular es excelente. Se han alcanzado tasas de control de hasta el 99 por ciento con la CMM. Si bien las tasas de control tumoral en los tumores primarios son altas, es necesario el control de los pacientes para detectar recidivas y Carcinoma Basocelular primarios nuevos. El riesgo de un segundo Carcinoma Basocelular primario varía entre el 36 por ciento y el 50 por ciento. Se recomiendan exploraciones periódicas de la piel de todo el cuerpo y asesoramiento sobre protección solar, para cualquier paciente con antecedentes de Carcinoma Basocelular. Esto tiene especial importancia, ya que quienes presentan antecedentes de Carcinoma Basocelular corren un mayor riesgo de melanoma. El pronóstico de los individuos afectados por Carcinoma Basocelular recidivante es favorable, aunque es más probable que vuelvan a aparecer tumores recidivantes y que se comporten en forma agresiva. Los pacientes con antecedentes de enfermedad recidivante deben ser controlados con mayor frecuencia para detectar nuevas recidivas y tumores primarios nuevos. Se estima que entre el 40 por ciento y el 50 por ciento de quienes padecen carcinoma primario presentará, al menos, un Carcinoma Basocelular más en el término de 5 años. En el caso (raro) de enfermedad metastásica, el pronóstico es malo, con una media de supervivencia de 8-10 meses desde el momento del diagnóstico.⁴⁹

CONCLUSIÓN

El dominio del carcinoma basocelular es indispensable para el manejo adecuado de la entidad y la atención satisfactoria la solución de los pacientes, y está determinado por la dedicación de los profesionales a su labor, caracterizada por el desarrollo de su capacidad científico técnica, el cumplimiento de los principios éticos y su deber de restablecer la salud del ser humano.

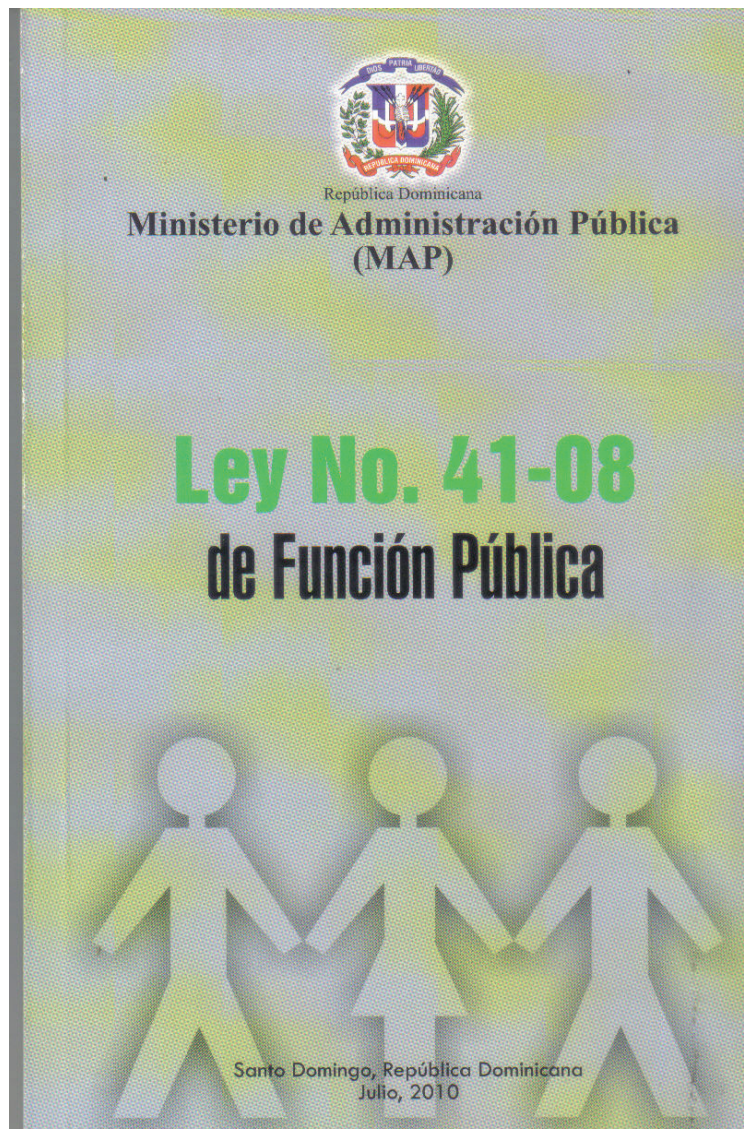
REFERENCIAS

1. Marzuka AG, Book SE. Basal Cell Carcinoma: Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Histopathology, and Management. *YALE J Biol Med.* 2015; 88:167–79.
2. Cameron MC, Lee E, Hibler B, Barker CA, Mori S, Cordova M, et al. Basal Cell Carcinoma: Part 1. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2018; 0(0). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29782900>
3. Bakshi A, Chaudhary SC, Rana M, Elmets CA, Athar M, Diseases S. Basal cell carcinoma pathogenesis and therapy involving hedgehog signaling and beyond. *Mol Carcinog.* 2017; 56(12):2543–57.
4. Martínez Ana, Acosta Álvaro, Rueda Xavier, López-Daza David. Criocirugía en el manejo del carcinoma basocelular de bajo riesgo y evaluación de la recidiva tumoral. *rev. colomb.cancerol. [Internet].* 2016 July [cited 2020 Feb 12]; 20(3): 103-109. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152016000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2016.02.005>.
5. Alcalá-Pérez D, García-Arteaga DA, Torres-González S, Trejo-Acuña JR y col. Elección de márgenes quirúrgicos para el tratamiento de carcinoma basocelular. *DermatolRev Mex* 2015; 59:294-302.
6. Abreu, R.; Reyes, B.; Isa, R.; Marte, S.; Ramírez, N. Carcinoma basocelular infiltrante de cuero cabelludo tratado con criocirugía. *Revista Dominicana de Dermatología.* Enero-Junio 2011.
7. International Agency for Research on Cancer, International Association of Cancer Registries. *Cancer Incidence in Five Continents Volume IX.* Lyon: IARC Scientific Publications; 2007.
8. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010; 60: 277-300.
9. Aguayo IR, Ríos L, Jaén P. Surgical vs nonsurgical treatment of basal cell carcinoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101: 683-92.
10. Sharquie K, Noaimi A. Basal cell carcinoma: Topical therapy versus surgical treatment.

- Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery. 2012; 16: 41-51.
11. Thissen M, Nieman F, Ideler A. Cosmetic results cryosurgery versus surgical excision for primary uncomplicated basal cell carcinomas of the head and neck. *Dermatology surgery*. 2000; 26 (8): 759-764.
 12. Coebergh J, Neumann H, Vrints L. Trends in the incidence of non-melanoma skin cancer in the Netherlands 1975-1988, a registry-based study. *Br J Dermatol* 1991; 125:353-359.
 13. Estrella D, Miniño M. Reporte de 40 casos de carcinoma basocelular em pacientes menores de 40 años, em el IDCP-DHBD, período 1999-2004. *Rev. Dom. Dermatología*. 2005; 32 (1y2): 14-17.
 14. Montes L, Marino E, Morales P. Tratamiento quirúrgico del epiteloma basocelular. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 2009; 122 (1): 21-31.
 15. Crowson AN: Basal cell carcinoma: Biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol* 19(Suppl 2):S127- S147, 2006
 16. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. *Br J Dermatol* 2017; 177:359.
 17. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2000. [www.cancer.org.2001www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf) (Accessed on December 29, 2016).
 18. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2000. www.cancer.org.2001.
 19. Demers AA, Nugent Z, Mihalciou C, et al. Trends of nonmelanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:320.
 20. Wrone DA, Swetter SM, Egbert BM, et al. Increased proportion of aggressive-growth basal cell carcinoma in the Veterans Affairs population of Palo Alto, California. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:907.
 21. Epstein EH: Basal cell carcinomas: Attack of the hedgehog. *Nat Rev Cancer* 8:743-754, 2008.
 22. Berg D, Otley CC: Skin cancer in organ transplant recipients: Epidemiology, pathogenesis, and management. *J Am Acad Dermatol* 47:1-17; quiz 8-20, 2002
 23. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. *Br J Dermatol* 2017; 177:359. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf (Accessed on December 29, 2016).
 24. Demers AA, Nugent Z, Mihalciou C, et al. Trends of nonmelanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:320.
 25. Vólquez, M. Cáncer de piel en República Dominicana. Casos Quirúrgicos en el Departamento de Cirugía Dermatológica del IDCP-DHBD. Exposición. Disponible en: <http://dermatologiavolquez.com/wp-content/uploads/2016/04/Cancer-de-piel-en-Rep.-Dom.-a%C3%B1o-2014.pdf>
 26. Wrone DA, Swetter SM, Egbert BM, et al. Increased proportion of aggressive-growth basal cell carcinoma in the Veterans Affairs population of Palo Alto, California. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:907.
 27. Savoye I, Olsen CM, Whiteman DC, et al. Patterns of Ultraviolet Radiation Exposure and Skin Cancer Risk: the E3N-SunExp Study. *J Epidemiol* 2018; 28:27.
 28. Ferrucci LM, Cartmel B, Molinaro AM, et al. Indoor tanning and risk of early-onset basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67:552.
 29. Karagas MR, Zens MS, Li Z, et al. Early-onset basal cell carcinoma and indoor tanning: a population-based study. *Pediatrics* 2014; 134:e4.
 30. Gandini S, Doré JF, Autier P, et al. Epidemiological evidence of carcinogenicity of sunbed use and of efficacy of preventive measures. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33 Suppl 2:57.
 31. Zhang M, Qureshi AA, Geller AC, et al. Use of tanning beds and incidence of skin cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30:1588.
 32. Stern RS, PUVA Follow-Up Study. The risk of squamous cell and basal cell cancer associated

- with psoralen and ultraviolet A therapy: a 30-year prospective study. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66:553.
33. Hearn RM, Kerr AC, Rahim KF, et al. Incidence of skin cancers in 3867 patients treated with narrow-band ultraviolet B phototherapy. *Br J Dermatol* 2008; 159:931.
 34. Robinson SN, Zens MS, Perry AE, et al. Photosensitizing agents and the risk of non-melanoma skin cancer: a population-based case-control study. *J Invest Dermatol* 2013; 133:1950.
 35. Wu S, Cho E, Feskanich D, et al. Citrus consumption and risk of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. *Carcinogenesis* 2015; 36:1162.
 36. Kim TH, Seo JW, Hong YS, Song KH. Case-control study of chronic low-level exposure of inorganic arsenic species and non-melanoma skin cancer. *J Dermatol* 2017; 44:1374.
 37. Cheng PS, Weng SF, Chiang CH, Lai FJ. Relationship between arsenic-containing drinking water and skin cancers in the arseniasis endemic areas in Taiwan. *J Dermatol* 2016; 43:181.
 38. Srinivas N, Rachakonda S, Hielscher T, et al. Telomere length, arsenic exposure and risk of basal cell carcinoma of skin. *Carcinogenesis* 2019; 40:715.
 39. Watt TC, Inskip PD, Stratton K, et al. Radiation-related risk of basal cell carcinoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:1240.
 40. Schwartz JL, Kopecky KJ, Mathes RW, et al. Basal cell skin cancer after total-body irradiation and hematopoietic cell transplantation. *Radiat Res* 2009; 171:155.
 41. Khalesi M, Whiteman DC, Tran B, et al. A meta-analysis of pigmentary characteristics, sun sensitivity, freckling and melanocytic nevi and risk of basal cell carcinoma of the skin. *Cancer Epidemiol* 2013; 37:534.
 42. Wehner MR, Linos E, Parvataneni R, et al. Timing of subsequent new tumors in patients who present with basal cell carcinoma or cutaneous squamous cell carcinoma. *JAMA Dermatol* 2015; 151:382.
 43. Berlin NL, Cartmel B, Leffell DJ, et al. Family history of skin cancer is associated with early-onset basal cell carcinoma independent of MC1R genotype. *Cancer Epidemiol* 2015; 39:1078.
 44. Rafnar T, Sulem P, Stacey SN, et al. Sequence variants at the TERT-CLPTM1L locus associate with many cancer types. *Nat Genet* 2009; 41:221.
 45. Lin Y, Chahal HS, Wu W, et al. Association study of genetic variation in DNA repair pathway genes and risk of basal cell carcinoma. *Int J Cancer* 2017; 141:952.
 46. Welsh MM, Applebaum KM, Spencer SK, et al. CTLA4 variants, UV-induced tolerance, and risk of non-melanoma skin cancer. *Cancer Res* 2009; 69:6158.
 47. Silverberg MJ, Leyden W, Warton EM, et al. HIV infection status, immunodeficiency, and the incidence of non-melanoma skin cancer. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105:350.
 48. MacDonald DS. A systematic review of the literature of nevoid basal cell carcinoma syndrome affecting East Asians and North Europeans. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 120:396.
 49. Jayaraman SS, Rayhan DJ, Hazany S, Kolodney MS. Mutational landscape of basal cell carcinomas by whole-exome sequencing. *J Invest Dermatol* 2014; 134:213.
 50. Bonilla X, Parmentier L, King B, et al. Genomic analysis identifies new drivers and progression pathways in skin basal cell carcinoma. *Nat Genet* 2016; 48:398.
 51. Tumors of the Epidermis. In: Weedon's Skin Pathology, Fourth Edition, James W. Patterson (Ed), Elsevier, 2016.
 52. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80:303.
 53. Wang YJ, Tang TY, Wang JY, et al. Genital basal cell carcinoma, a different pathogenesis from sun-exposed basal cell carcinoma? A case-control study of 30 cases. *J Cutan Pathol* 2018.

54. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol* 2002;
55. Castori M, Morrone A, Kanitakis J, Grammatico P. Genetic skin diseases predisposing to basal cell carcinoma. *Eur J Dermatol* 2012; 22:299.
56. Nangia R, Sait SN, Block AW, Zhang PJ. Trisomy 6 in basal cell carcinomas correlates with metastatic potential: a dual color fluorescence in situ hybridization study on paraffin sections. *Cancer* 2001; 91:1927.
57. Reiter O, Mimouni I, Gdalevich M, et al. The diagnostic accuracy of dermoscopy for basal cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80:1380.
58. Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, et al. Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:1766.



CASOS CLÍNICOS



PÁGINA WEB

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

INFARTO ESPLÉNICO SECUNDARIO A CAMBIO DE ALTITUD – ALTURA EN PACIENTE FALCÉMICO HETEROCIGOTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

José R. Fernández Solano, * Evelin Mena Toribio,** Catherine Muzo Urbaz.**

RESUMEN

El infarto esplénico puede estar producido por la existencia de diversos trastornos hematológicos, siendo los más frecuentes la metaplasia mieloide, policitemia vera, enfermedades mieloproliferativas, linfomas y leucemias, anemias hemolíticas y hemoglobinopatías. Otras causas frecuentes están representadas por enfermedad tromboembólica no tratada, liberación de embolias sépticas en el seno de diversos procesos infecciosos, como la endocarditis, aneurisma de la aorta abdominal y de la arteria celiaca, trombosis de la arteria o vena esplénica y trombosis portal.

Una vez es diagnosticado la alteración esplénica se deberá instaurar tratamiento con anticoagulantes lo que simplifica el pronóstico. A continuación se presenta caso clínico de paciente masculino con fenómeno eventual de infarto esplénico posterior a cambio de altitud atmosférica.

Palabras clave: infarto esplénico, hemoglobinopatía, anticoagulantes, dolor abdominal.

ASBTRACT

Splenic infarction may be caused by the existence of various hematological disorders, the most frequent being myeloid metaplasia, polycythemia vera, myeloproliferative diseases, lymphomas and leukemia, hemolytic anemias and hemoglobinopathies.

Other frequent causes are represented by untreated thromboembolic disease, release of septic embolisms in various infectious processes, such

as endocarditis, abdominal aortic and celiac artery aneurysm, splenic artery or vein thrombosis and portal thrombosis.

Once the splenic alteration is diagnosed, treatment with anticoagulants should be initiated, which simplifies the prognosis. The following is a clinical case of a male patient with eventual splenic infarction after a change in atmospheric altitude.

Keywords: splenic infarction, hemoglobinopathy, anticoagulants, abdominal pain

INTRODUCCIÓN.

La hemoglobinopatía S, depreanocitosis enfermedad de células falciformes constituye la hemoglobinopatía más frecuente en el mundo. En su forma heterocigota afecta el 8-12% de la población negra de los EUA y el 25 -30% de la población negra africana, y en menor frecuencia en la zona del mediterráneo, India, medio oriente y américa latina.

La alteración básica es la sustitución del ácido glutámico de la posición 6 de la cadena beta de Globina por Valina, la cual polimeriza a baja tensión de oxígeno; distorsionando la estructura del hematíe, aumentando la viscosidad sanguínea, bloqueando la circulación arterial capilar de diferentes áreas del organismo produciendo así microinfartos. Aunque el Infarto esplénico es raro, es reconocido como una dramática complicación de la enfermedad heterocigota de células falciformes.

El infarto esplénico es una de las causas de dolor agudo o crónico localizado en el hipocondrio izquierdo, aunque también puede presentarse como síndrome febril y en ocasiones como un cuadro constitucional. La presencia de fiebre suele guardar

*Residente 4to año Medicina Interna, hospital Docente Padre Billini.

**Médicos hematólogos.

relación con la existencia de procesos embólicos.

Los medios diagnósticos empleados son la ecografía abdominal, que mostrará áreas triangulares hipoeóicas de localización periférica . La tomografía axial computarizada abdominal pondrá de manifiesto la existencia de diversas áreas hipodensas periféricas y que no se realzan con el contraste.

Es fundamental realizar un ecocardiograma, generalmente transesofágico para descartar diversas patologías cardiacas y también la existencia de material embólico en la aorta torácica.

El tratamiento es inicialmente médico, mediante analgésicos y anticoagulación. La cirugía debe reservarse para los casos en que existan complicaciones, tales como el absceso esplénico y la ruptura del bazo o el diagnóstico sea impreciso.

DESARROLLO Y PRESENTACION DE CASO CLINICO.

Paciente con antecedentes de hemoglobinopatía S en estado heterocigoto sin repercusiones ni complicaciones registradas, quien inicia cuadro de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de moderada a fuerte intensidad hace 1 semana de evolución, iniciando este evento durante cambio de altura sobre el nivel del mar desde aeronave (viaje hacia Colombia) con necesidad de analgésicos de escala amplia para dolor, una vez y regresa a Republica Dominicana es admitido para investigar cuadro abdominal; en interrogatorio por sistema denota nauseas, vómitos, astenia.

Ante valoración médica pacte con fascieálgica, ligera palidez de mucosas, con dolor en hipocondrio izquierdo cuando se ejerce palpación profunda, no signos de rebote, resto de examen físico sin datos para destacar.

ANALÍTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Hemograma	LEU 5.87, GRAN 64%, LINF23%, MONO 11%, HB12.4 gr.dl, HCT 34.5%, PLAQ 313mm3
-----------	---

ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA CAPILAR	HBA 59%, HB S: 38.2%, HB A2: 2.8%
Dimero D	5,867ng/ml
ERS 35	PCR 71MGR/L Procalcitonina <0.05
Marcadores tumorales, Perfil hepático y renal	Normal
FIBRINOGENO 744 mg/dl.	TP15.8/15, TPT40/35, INR 1.19.
Tomografía Abdominal	Cambios inflamatorios en región periesplénica, hipodensidad subcapsular esplénica
TAC Cuello, Torax y Pelvis, Ecocardiograma	NORMAL.
Virales (HIV, HbSAg, HVC, citomegalovirus, Epstein Barr, HTLV, Toxoplasmosis)	Negativos

Sonografía Abdominal

INFARTO ESPLENICO

Es la muerte de tejido (necrosis) en el bazo debido a una obstrucción del flujo sanguíneo.

Si se observa una imagen hipoeoica, en forma de cuña y periférica típica, el primer diagnóstico debe ser el de infarto esplénico.



Tomografía Abdominal

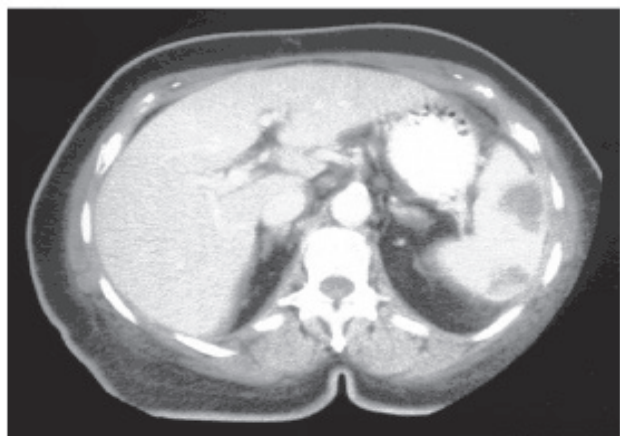


Fig. 1. Se observan 2 lesiones hipodensas en el bazo de morfología triangular, sugerentes de infartos esplénicos.

En base a al análisis de datos ya destacados se concluye diagnóstico de Dolor abdominal secundario a infarto Esplénico, Hemoglobinopatía en Estado Heterocigoto.

Se inicia terapia con heparina de bajo peso molecular con dosis según peso en kilogramos, aunado esto a medidas de protección celular y se evidencia mejoría clínica y de laboratorios.

Hemograma	Leu 5.03 mm ³ , Gran 57%, Linf 31%, Hb 14 gr/dl, Hct 405, Pla _q 561mm ³ . Reticulocitos 2.14
Fibrinógeno 380mgr/dl	TP 12/12, TPT32/29, INR1.16.
Dímero D →3 ng/ml PCR → 0.33	ERITRO →11
Perfil Hepático y Renal normal	

CONCLUSION

Se concluye que debemos pensar en infarto esplénico relacionado con la altura en cualquier persona saludable que asciende por primera vez a grandes alturas (>3000m) y que presenta súbitamente dolor abdominal agudo en epigastrio y/o hipocondrio izquierdo, bazo doloroso y estudio radiológico con imagen compatible.

Los sujetos heterocigotos AS generalmente son

asintomáticos a nivel del mar pero al trasladarse a la altura presentan complicaciones potencialmente fatales, si no son tratados a tiempo.

Aunque infrecuentemente, se ha reportado crisis esplénica en individuos portadores del rasgo falciforme tanto en condiciones de hipoxi como a nivel del mar; en la altura es más frecuente en sujetos de raza blanca y existen 62 casos de infarto esplénico en grandes alturas (> 3000 m) registrados en la literatura internacional. Las personas afectadas eran saludables, por primera vez ascendían a regiones de grandes alturas y desconocían que eran portadores del rasgo falciforme. La disminución de la presión parcial de oxígeno en la altura facilita la desoxigenación de esta hemoglobina anormal que sufre un proceso de polimerización (drepanocitosis).

El sujeto portador del rasgo falciforme es asintomático en las condiciones habituales de la vida, pero ante un evento estresante como la hipoxia de altura es capaz de desencadenar un dramático cuadro clínico-hematológico-radiológico de infarto esplénico por falciformismo de los hematíes. Por su aspecto histológico, tipo de circulación y falta de comunicaciones colaterales entre las ramas de la arteria esplénica; el bazo es el órgano que más favorece el fenómeno del falciformación.

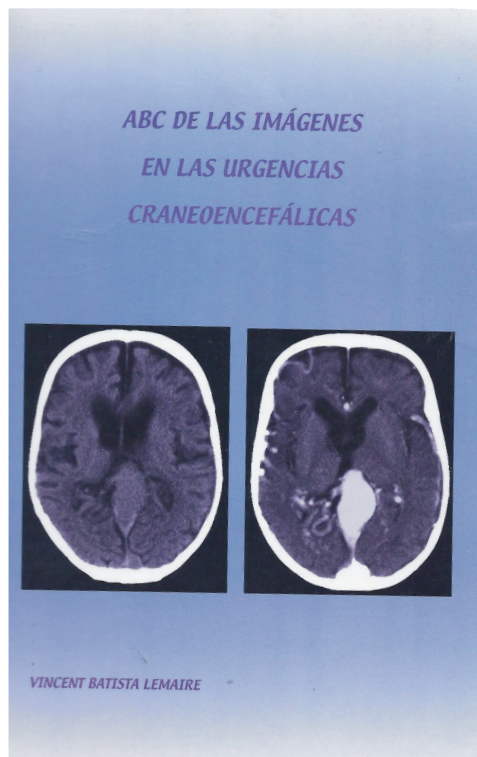
Las complicaciones del infarto esplénico incluyen la formación de absceso o pseudoquiste, ruptura y hemorragia. Es necesario pensar en este proceso patológico ante la presencia de un cuadro clínico de abdomen agudo inexplicable en un adulto joven, y así evitar esplenectomías innecesarias. Un estudio de diez casos de infarto esplénico realizado en Puno (ciudad al sur de Perú con 3850 m), reveló el bazo infartado en tres estadios diferentes: infarto agudo de bazo no complicado, donde predomina la congestión y áreas de infarto localizadas; infarto masivo de bazo, donde hay compromiso en más del 70% del parénquima y áreas extensas de necrosis; y ruptura espontánea del bazo como complicación del infarto esplénico masivo, aquí la solución de continuidad aparece en el área vascular como un hematoma subcapsular. Un caso hizo infarto intestinal con múltiples perforaciones en el íleon terminal y colon. En ocho de los diez casos estudiados se hizo electroforesis de hemoglobina y se demostró que eran portadores heterocigotos de la HbS; ninguno

fue portador de doble hemoglobinopatía. También se ha reportado efusión pleural izquierda e infiltrado pulmonar, infarto microvascular de la médula renal, infarto esplénico secundario a embolia pulmonar y hematuria masiva indolora.

El tratamiento médico generalmente es de soporte; consiste en reposo absoluto, oxígeno suplementario, buena hidratación, uso racional de analgésicos y educación para la comprensión de su problema de salud. El diagnóstico es esencial sobre todo por implicancias de asesoría genética. Ante la presencia de un paciente con un cuadro clínico sugerente, el laboratorio de Emergencia debe precisar electroforesis de hemoglobina y estudios de imagen.

REFERENCIAS

1. Hassell KL. Enfermedad drepanocítica y talasemias. En Wood ME, ed. Secretos de la Hematología y Oncología. 2a edición en español. México, McGraw- Hill Interamericana, 2014.
2. BEUTLER E. Enfermedades de las células falciformes y trastornos relacionados. En Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ, Seligshon U, eds. Hematología de Williams. 6a edición en español. Tomo: 1. Madrid, Marbán Libros SL, 2005; 581-605.
3. KAUL DK, Fabry ME, Nagel RL. The pathophysiology of vascular obstruction in the sickle syndromes. Blood Reviews 2006.
4. Ballas SK. Complications of sickle cell anemia in adults: Guidelines for effective management. Cleveland Clin J Med 1999; 66 (1): 48-58.
5. Embury SH. Sickle cell anemia and associated hemoglobinopathies. En Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil Textbook of Medicine. 21th edition. Philadelphia, WB Saunders Company, 2000:900.
6. Aste Salazar H. Introducción al tema del simposium. En Simposium sobre “Contribución Peruana al estudio de la biología de las grandes alturas”. Rev. Viernes Méd 2014.
7. Roa D, Aguinaga MP, Ruiz W, Ulloa V, Turner E. Búsqueda de hemoglobinas anormales en los recién nacidos en las grandes alturas. Rev Med Hered 1997.



BIBLIOGRÁFICA

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



EFICACIA Y SEGURIDAD DE OMBITASVIR, PARITAPREVIR Y RITONAVIR EN UN ESTUDIO ABIERTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C CRÓNICA DE GENOTIPO 1B CON Y SIN CIRROSIS.

Kariana Angelina Guzmán Soriano,* Rubén Darío Pimentel, ** Genis Luis Feliz.***

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad y la eficacia de un régimen de ombitasvir, paritaprevir y ritonavir en pacientes con infección por el virus de la hepatitis C crónica de genotipo 1b con y sin cirrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un estudio internacional donde se incluyó 181 pacientes, 82 pacientes sin cirrosis (42 sin tratamiento previo y 40 con respuesta nula previa) y 99 con cirrosis (47 sin tratamiento y 52 con tratamiento previo con recaída previa o una respuesta nula o parcial) con infección crónica por el VHC GT1b ombitasvir (25 mg), paritaprevir (150 mg) y ritonavir (100 mg) una vez al día durante 12 semanas (sin cirrosis) o 24 semanas (con cirrosis). La variable principal de eficacia fue la respuesta virológica sostenida 12 semanas después del final del tratamiento (SVR 12).

RESULTADOS

En pacientes sin tratamiento previo y con respuesta nula sin cirrosis, las tasas de RVS 12 fueron de 95.2% y 90.0%, respectivamente. En pacientes con cirrosis sin tratamiento previo y con experiencia en tratamiento, las tasas de RVS 12 fueron del 97,9% y del 96,2%, respectivamente. No se observaron diferencias clínicamente significativas en las tasas de RVS 12 entre pacientes con o sin cirrosis. Los eventos adversos comunes incluyeron dolor de cabeza, astenia, prurito y diarrea. Un paciente dejó de tomar los medicamentos debido a

eventos adversos relacionados con el tratamiento y 7 pacientes interrumpieron prematuramente el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Un régimen libre de interferón y ribavirina de ombitasvir, paritaprevir y ritonavir, logró altas tasas de RVS 12 en pacientes con infección por VHC GT1b con y sin cirrosis. Este régimen fue bien tolerado y se asoció con bajas tasas de interrupción del tratamiento.

COMENTARIO

Desde la aprobación de los primeros agentes antivirales de acción directa (DAA) en 2011, los enfoques terapéuticos del VHC han evolucionado rápidamente. Aunque la adición de los inhibidores de la proteasa NS3 / 4A boceprevir, telaprevir o simeprevir a los regímenes de interferón pegilado y ribavirina aumentó las tasas de RVS en pacientes con infección por GT1, las tasas de eficacia se han mantenido bajas en pacientes con cirrosis, particularmente en pacientes con respuesta nula previa (p. Ej., Un Tasa de RVS del 19,4% con telaprevir). Además, estos regímenes que contienen interferón pegilado y ribavirina se han asociado con eventos adversos adicionales (EA), como erupción cutánea grave y una alta frecuencia de anemia. La adición del inhibidor NS5B sofosbuvir a los regímenes de interferón pegilado y ribavirina mejoró las tasas de RVS (89%), pero mostró una menor eficacia en pacientes con cirrosis en comparación con pacientes sin cirrosis (80% frente a 92%) y en pacientes con infección por GT1b en comparación con la infección por GT1a. (82% frente a 92%).

*Médico residente de cuarto año de Medicina Interna. Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello

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

***Médico Gastroenterólogo, coordinador de la residencia de Gastroenterología del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar

UTILIDAD CLÍNICA

Ensayos clínicos recientes han demostrado que una combinación de DAA potentes dirigidos a diferentes etapas del ciclo de vida viral es un enfoque de tratamiento eficaz para pacientes con infección por VHC GT1 sin el uso de interferón. En esta fase 2b, un ensayo clínico internacional multicéntrico en 181 pacientes de Norteamérica y Europa con infección por VHC GT1b, un régimen de ombitasvir, paritaprevir y ritonavir sin interferón y ribavirina dio como resultado tasas altas de RVS a la 12 semanas posterior al tratamiento de 90% a 98% en pacientes sin cirrosis o con cirrosis compensada, incluidos los pacientes que fueron respondedores nulos anteriores.

REFERENCIAS

1. Autores: Eric Lawitz, Mihály Makara, Ulus Salih Akarca, Paul J. Thuluvath, Liliana Lucia Preotescu, Peter Varunok, Rosa M. Morillas, Coleen Hall, Mobashería Niloufar, Rebecca Redman, tami Pilot- Matias, Regis A. Vilchez. Efficacy and Safety of Ombitasvir, Paritaprevir, and Ritonavir in an Open-Label Study of Patients With Genotype 1b Chronic Hepatitis C Virus Infection With and Without Cirrhosis. *Gastroenterology* 2015; 149, (4): 971-980

La OMS eleva la amenaza mundial del coronavirus a un nivel «muy alto»

África es la última región donde se han registrado nuevos casos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elevado este viernes el riesgo de expansión global del coronavirus causante del Covid-19 de «alto» a “muy alto” tras detectarse el primer caso en África, la última región donde por ahora no se habían dado casos. «El aumento continuo en el número de casos y el número de países afectados en los últimos días son claramente preocupantes», ha dicho el director general del organismo, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Las últimas cifras disponibles indican que fuera de China se han detectado hasta ahora 4.351 casos en 48 países, con primeros contagios en Nigeria, Dinamarca, Estonia, Lituania y Países Bajos en las

últimas 24 horas. El riesgo «muy alto» solo había sido establecido hasta ahora en China, donde en los últimos tres días se han diagnosticado menos casos nuevos que en el resto del mundo. «Todavía tenemos la posibilidad de contener la extensión del coronavirus», ha asegurado «La clave es romper la cadena de transmisión».

La máxima autoridad sanitaria ha informado de que se han exportado 24 casos del nuevo coronavirus de Italia a 14 países y que 97 casos se han exportado de Irán a 11 países, mientras que el recuento de nuevas infecciones de China ha alcanzado el nivel más bajo en más de un mes. “Lo que vemos en este momento son epidemias vinculadas con el nuevo coronavirus en varios países, pero la mayoría de los casos todavía no se pueden rastrear a contactos conocidos o grupos de casos”, ha explicado. La OMS espera que un equipo de expertos llegue, en principio, a Irán este in de semana.

Medidas «enérgicas»

Las autoridades de todos los países intentan mandar un mensaje de tranquilidad en sus distintas comparecencias. Ghebreyesus ha asegurado que todavía no tienen evidencia de que el virus se esté propagando «libremente» en las comunidades, por lo que mientras siga así existe, a su juicio, la posibilidad de «contener» la infección, si bien ha enfatizado en que es necesario tomar medidas «enérgicas» con el fin de detectar rápidamente los casos, aislarlos, atender a los pacientes y rastrear sus contactos.

«Como dije ayer, hay diferentes escenarios en diferentes países, y diferentes escenarios dentro del mismo país. La clave para contener este coronavirus es romper las cadenas de transmisión», ha dicho. Por otra parte, el director general de la OMS ha informado de que en las últimas 24 horas China ha reportado 329 casos del nuevo coronavirus, el número «más bajo» registrado en más de un mes. La delegación de la OMS en China ha publicado un informe con una veintena de recomendaciones y un llamamiento a todos los países para que eduquen en medidas de higiene a su población, amplíen la vigilancia, encuentren y aislen a las personas contagiadas con el coronavirus, así como a los contactos que hayan podido tener.

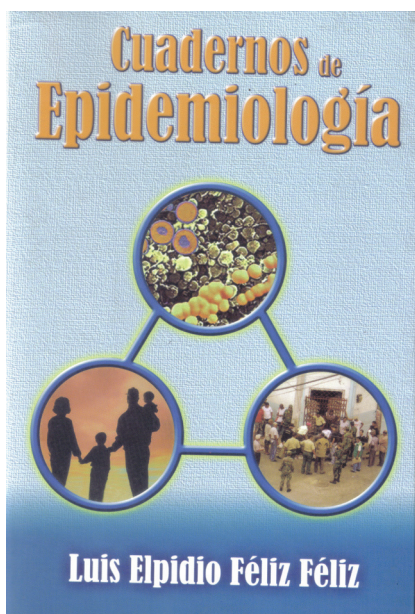
La prevención es imprescindible, pero ante este brote del nuevo coronavirus Covid-19, ha indicado que actualmente se están desarrollando más de 20 vacunas a nivel mundial y hay varias terapias en fase de ensayos clínicos. «Esperamos los primeros resultados en unas pocas semanas. No obstante, no necesitamos esperar a vacunas y terapias, ya que hay cosas que cada persona puede hacer para protegerse a sí mismo y a los que le rodean».

Los principales síntomas del nuevo coronavirus son fiebre y tos seca. El jefe de la OMS ha asegurado que la «mayoría» de los afectados tendrán una enfermedad «leve» y mejorarán sin necesidad

de recibir un cuidado especial. Es importante no colapsar los servicios de emergencias, por eso ha recordado que si se presentan síntomas no se acuda a hospitales sino que se requiera asistencia.

Una de las preocupaciones de la OMS son las poblaciones más vulnerables. Los responsables de la OMS muestran su preocupación por las personas que viven en campos de refugiados en distintos puntos del mundo. Sus condiciones de vida les hacen especialmente vulnerables a los contagios de coronavirus, como ya están más expuestos a la transmisión de otras enfermedades contagiosas, como el sarampión.

LIBROS · LIBROS · LIBROS

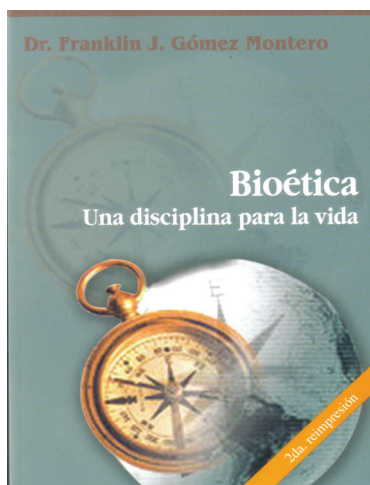


Cuaderno de epidemiología

Autor: Dr. Luis Elpidio Félix

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

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,

CORONAVIRUS



La OMS eleva la amenaza mundial del coronavirus a un nivel «muy alto»

África es la última región donde se han registrado nuevos casos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elevado este viernes el riesgo de expansión global del coronavirus causante del Covid-19 de «alto» a «muy alto» tras detectarse el primer caso en África, la última región donde por ahora no se habían dado casos. «El aumento continuo en el número de casos y el número de países afectados en los últimos días son claramente preocupantes», ha dicho el director general del organismo, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Las últimas cifras disponibles indican que fuera de China se han detectado hasta ahora 4.351 casos en 48 países, con primeros contagios en Nigeria, Dinamarca, Estonia, Lituania y Países Bajos en las últimas 24 horas. El riesgo «muy alto» solo había sido establecido hasta ahora en China, donde en los últimos tres días se han diagnosticado menos casos nuevos que en el resto del mundo. «Todavía

tenemos la posibilidad de contener la extensión del coronavirus», ha asegurado «La clave es romper la cadena de transmisión».

La máxima autoridad sanitaria ha informado de que se han exportado 24 casos del nuevo coronavirus de Italia a 14 países y que 97 casos se han exportado de Irán a 11 países, mientras que el recuento de nuevas infecciones de China ha alcanzado el nivel más bajo en más de un mes. «Lo que vemos en este momento son epidemias vinculadas con el nuevo coronavirus en varios países, pero la mayoría de los casos todavía no se pueden rastrear a contactos conocidos o grupos de casos», ha explicado. La OMS espera que un equipo de expertos llegue, en principio, a Irán este in de semana.

Medidas «enérgicas»

Las autoridades de todos los países intentan mandar un mensaje de tranquilidad en sus distintas comparecencias. Ghebreyesus ha asegurado que todavía no tienen evidencia de que el virus se esté propagando «libremente» en las comunidades, por lo que mientras siga así existe, a su juicio, la

posibilidad de «contener» la infección, si bien ha enfatizado en que es necesario tomar medidas «enérgicas» con el fin de detectar rápidamente los casos, aislarlos, atender a los pacientes y rastrear sus contactos.

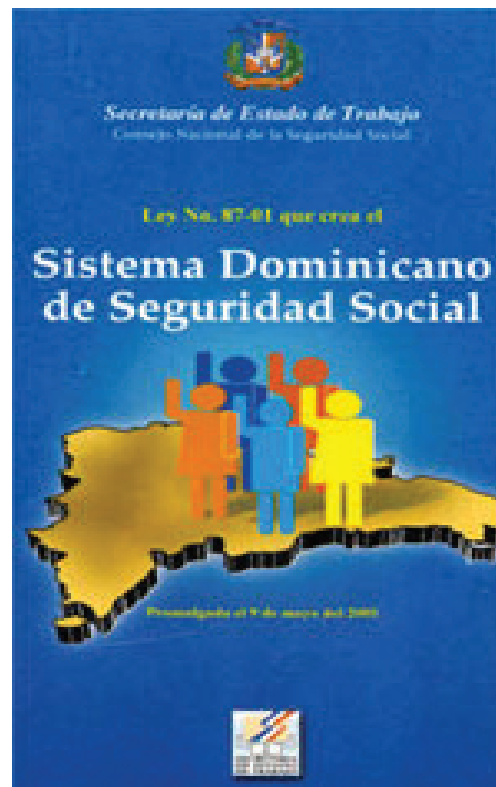
«Como dije ayer, hay diferentes escenarios en diferentes países, y diferentes escenarios dentro del mismo país. La clave para contener este coronavirus es romper las cadenas de transmisión», ha dicho. Por otra parte, el director general de la OMS ha informado de que en las últimas 24 horas China ha reportado 329 casos del nuevo coronavirus, el número «más bajo» registrado en más de un mes. La delegación de la OMS en China ha publicado un informe con una veintena de recomendaciones y un llamamiento a todos los países para que eduquen en medidas de higiene a su población, amplíen la vigilancia, encuentren y aislen a las personas contagiadas con el coronavirus, así como a los contactos que hayan podido tener.

La prevención es imprescindible, pero ante este brote del nuevo coronavirus Covid-19, ha indicado que actualmente se están desarrollando más de 20

vacunas a nivel mundial y hay varias terapias en fase de ensayos clínicos. «Esperamos los primeros resultados en unas pocas semanas. No obstante, no necesitamos esperar a vacunas y terapias, ya que hay cosas que cada persona puede hacer para protegerse a sí mismo y a los que le rodean».

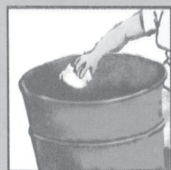
Los principales síntomas del nuevo coronavirus son fiebre y tos seca. El jefe de la OMS ha asegurado que la «mayoría» de los afectados tendrán una enfermedad «leve» y mejorarán sin necesidad de recibir un cuidado especial. Es importante no colapsar los servicios de emergencias, por eso ha recordado que si se presentan síntomas no se acuda a hospitales sino que se requiera asistencia.

Una de las preocupaciones de la OMS son las poblaciones más vulnerables. Los responsables de la OMS muestran su preocupación por las personas que viven en campos de refugiados en distintos puntos del mundo. Sus condiciones de vida les hacen especialmente vulnerables a los contagios de coronavirus, como ya están más expuestos a la transmisión de otras enfermedades contagiosas, como el sarampión.



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.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Revista Médica Dominicana es el órgano científico de la Asociación Médica Dominicana, Inc. Sus oficinas están instaladas en el local de la Asociación Médica Dominicana, calle Paseo de los Médicos esquina Modesto Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. A esta dirección deben enviarse los trabajos y toda la correspondencia.

Revista Médica Dominicana acepta para fines de publicación trabajos de interés médico, que sean rigurosamente inéditos, y que se atengan a las normas de presentación que se indican más adelante.

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

Revista Médica Dominicana está inscrita en el International Standard Serial Number con el número DR-ISSN-0254-4504 y aparece en el Index Medicus Latinoamericano.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos deberán depositarse por triplicado, en original y dos (2) copias, en papel de 8-1/2" x 11", en una sola cara, escritos a máquina convencional y a dos espacios, con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluyendo cuadros y/o figuras (gráficas, diagramas, esquemas, fotografías de radiografías, electrocardiogramas, ecografías, sonografías, tomografías...). Cada parte del manuscrito debe empezar en una página nueva, en la siguiente secuencia: 1) Página inicial o página del título; 2) Resumen y palabras claves; 3) Abstract; 4) Texto; 5) Agradecimientos; 6) Referencias; 7) Cuadros; y/o 8) Figuras.

TRABAJOS INÉDITOS

Los trabajos deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente incluyendo resúmenes, cuadros, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o en jornadas científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

TÍTULOS

Los títulos de los trabajos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente inferior de 80-100 espacios.

AUTORES

El número de autores para un trabajo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos e interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del trabajo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificadas.

RESUMEN

Todos los trabajos deben estar precedidos por un resumen en español de 150 palabras y otro de igual extensión en inglés (abstract). Este resumen debe ser claro y conciso en señalar el alcance, objetivos y resultados más significativos del trabajo. Debajo del resumen escribir de tres a diez palabras claves, subrayadas, que serán utilizadas para elaborar el índice alfabético de temas.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Introducción: Debe incluir una breve revisión de la biografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para entender la esencia del trabajo.

Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, personal, tiempo, pacientes, técnicas y procedimientos, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones ni análisis.

Discusión: Análisis de los hallazgos a luz de los conocimientos actuales, haciendo un análisis crítico al trabajo.

Conclusión: Es opcional, pero deseable, debe ser escueta, clara, y seguir una secuencia según importancia y utilidad de los hallazgos. Puede resumirse e incluirla en un último párrafo de la discusión.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumeradas en el mismo orden que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final de la numeración. El formato será el mismo empleado por el INDEX MEDICUS. Si el número de autores son seis o menos deberán ser escritos, si son más de seis indicar los tres primeros y agregar la abreviatura "y col". Ejemplos:

Libros: Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Publicación Científica 526. Washington, D.C.: Servicio Editorial OPS-OMS, 1990: 1-14.

Revistas: Delmonte-Sanabia F, Carrera M, Hernández-Gutiérrez, AA, Javier D, Hiraldo-Zabala F, López VR, Comportamiento de colesterol y triglicéridos en pacientes hospitalizados. Rev Med Dom 1992; 53(4): ;120-3.

Tesis: Montero HR, Miniel-Sánchez LE, Mejía-Castillo RR, Índice glucémico del plátano verde y maduro en diferentes formas de preparación en una población de individuos sanos. Tesis, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.

CUADROS Y/O FIGURAS

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicarse por sí mismos, deben estar adecuadamente enumerados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los cuadros o de las figuras. Si se remitieran ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

Los gráficos deben ser profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismos; preferiblemente fotografiados en blanco y negro.

Las fotografías deben ser de un máximo de 5x5 pulgadas, en papel brillante y adecuadamente señalizadas con flechas si fuera preciso; en su dorso debe escribirse su identificación y el número secuencial que le corresponde.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIAL

Debe emplearse el nombre químico o genérico, aunque, si se desea, puede ponerse entre paréntesis el nombre de registro comercial.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

ABREVIATURAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las, abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desea abreviar. Cuando use números en el texto, escríbalos en letras los que sean hasta doce.

* De acuerdo a las normas establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas".