MINISTERIO
DE SALUD
SUB REGION DE SALUD TACNA



REVISTA MEDICA

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

VOLUMEN 2 N° 1 ABRIL 1998

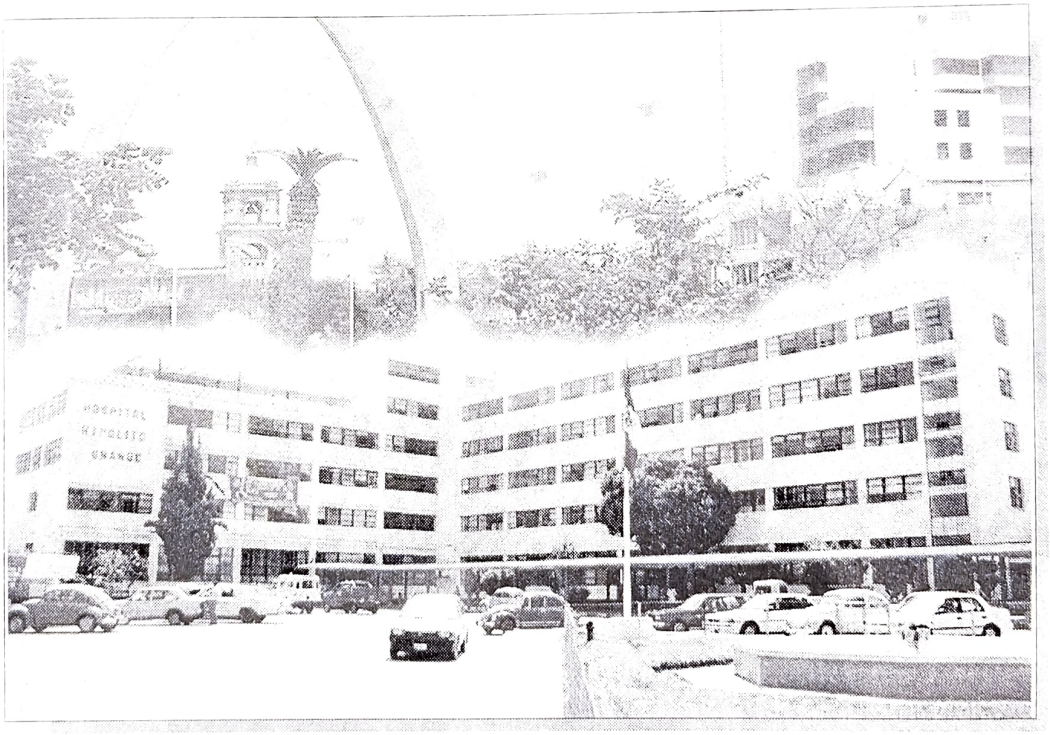


PUBLICACION CIENTIFICA OFICIAL
TACNA - PERU

REVISTA MEDICA

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

VOLUMEN 2 - Nº 1 - ABRIL 1998



HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
XLIII ANIVERSARIO

1955 - 1998

DR. PEDRO SAKURAY SATTO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD - SEDE TACNA

DR. RENAN NEYRA ZEGARRA
DIRECTOR EJECUTIVO ZONADIS

DR. JOSE ALEGRIA PATOW
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

DR. HUGO SANCHEZ
DIRECTOR ADJUNTO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

COMITE CIENTIFICO DEL HOSPITAL "HIPOLITO UNANUE" DE TACNA

MED. JOSE ALEGRIA PATOW
Presidente

MGR. MANUEL TICONA RENDON
Vice-Presidente

LIC. AIDA ANGULO CUADROS
Secretaria

LIC. RAQUEL ZEBALLOS DELGADO
Tesorera

MGR. DIANA HUANCO APAZA
Prensa y Difusión

MGR. LUIS PASTOR YAÑEZ
Organizador de Eventos

COMITE EJECUTIVO DE EDITORES DE LA REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

Editor Principal:

MGR. MANUEL TICONA RENDON

Editores Asociados:

MGR. DIANA HUANCO APAZA
LIC. RAQUEL ZEBALLOS DELGADO
LIC. AIDA ANGULO CUADROS
MGR. LUIS PASTOR YAÑEZ

INDICE

Pág.

EDITORIAL 07

TRABAJOS ORIGINALES

- ***Diagnóstico Bacteriológico e Histológico de la Tuberculosis Pleural en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1996-1997*** 09
  Autores: Dr. Angel G. Rosado Caro, Dr. Antonio R. Sucasaca Rodríguez, Dr. Damaso Tejada Montes, Blgo. Teófilo Flores Lanchipa.

- ***Nivel de aceptación de Métodos Anticonceptivos en el Post Parto, Post Cesárea y Post Aborto en el Hospital Unanue de Tacna Octubre-Diciembre 1997*** 12
  Autores: Obst. Flora Quispe Yujra, Obst. Patricia Ureta Cañari , Dr. Pedro Laguna Heredia , Dr. Telmo Llerena Urrutia.

- ***Rotura Prematura de Membranas en Gestación Pretérmino*** 16
  Autores: Dr. Jaime Vargas Zeballos, Dr. Ramón del Carpio Torres.

- ***Estudio Comparativo de los Efectos Secundarios de la Depoprovera en Adolescentes y no Adolescentes, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.*** 19
  Autores: Lic. Irene Pacheco Vargas , Lic. Elizabeth Rojas Salas, Lic. Magaly Melchor Cohaila.

- ***Diagnóstico Citológico e Histopatológico del Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna*** 23
  Autores: Dr. Angel G. Rosado Caro, Obst. Ssndra Chávez Guzmán, Obst. Marina Choquepuma Ticona, Obts. Carmen Carpio Becerra.

- ***Relación de la Ansiedad con la Presencia de Síntomas de Somatización*** 29
  Autores: Médico Psa. José Revilla Urquizo, As. Soc. Gladys Coaquira Pari, Psicólogo Edgard Romero Mejía

- ***Aborto en Adolescentes Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1996-1997*** 32
  Autores: Dr. Marco Neyra Urquizo, Dr. Víctor García Montenegro.

- ***Morbilidad Neonatal Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1996-1997*** 36
  Autores: Dra. Rosa Cahua Bernales , Dr. Manuel Ticona Rendón, Dr. Javier Gonzales Rivera, Dra. Gina Rossi Bladewelder.

- ***Estudio de Atenciones de Emergencias Gineco-Obstétricas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Enero-Junio 1997*** 42
  Autores: Lic. Ana Paredes Copa, Lic. Patricia Ureta Cañari, Lic. Luzmila Roque Mamani, Lic. Elizabeth Rojas Salas, Lic. Iris Mansilla Málaga.

- ***Proporción de Pérdidas de Pacientes Derivados conDiagnóstico de Tuberculósis Pulmonar BK (+)*** 47
  Autores: Lic. Guadalupe D. Castillo Loza, Lic. Daysi Villarroel.

- ***Mortalidad Perinatal en el Hospital Unanue de Tacna*** 50
  Autores: Dr. Manuel Ticona Rendón, Dr. Jacinto Barcena Quintana, Dr. Luis Salazar Huajardo, Obst. Diana Huanco Apaza.

- ***Estudio de la Demora en la Atención en Salud en Consultorios Externos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna*** 54
  Autores: Dr. Edgardo Belaunde Portugal, Dr. Mario Mimbela Velarde, Dr. Alberto Orellana Zapata, Lic. Sara Ramos Rojas.

CASOS CLINICOS

- **Ofalocele** 61
  Autores: Dr. Manuel Ticona Rendón, Dr. Juan José Carpio, Dr. Bartolomé Inglesias, INT. MED. Daysi Díaz Obregón.

- ***Informe Psicológico*** 65
  Autor: Psc. Luis Pastor Yáñez.

ACTUALIZACIONES

- ***Hipertensión Iducida por el Embarazo, nuevos conceptos*** 68
  Autor: Dr. Ramón Del Carpio Torres.

- ***Factores de Riesgo en el Cáncer de Mama*** 70
  Autor: Dr. Jaime Vargas Zeballos

- ***Asma*** 75
  Autor: Dr. Antonio Raúl Sucasaca.

- ***Endodoncia... ¡Un paso importante en la Atención Hospitalaria*** 78
  Autor: Dr. Manuel Vásquez Medina.

- ***Situación de Salud de la Madre y el Niño en Tacna, Perú y Latino-América*** 80
  Autor: Dr. Manuel Ticona Rendón.

- **Proceso de Atención de Enfermería** 88
  Autor: Enf. Raquel Zevallos Delgado.

RESUMENES

- ***La Resolución de Asfixia severa en el R.N. y su repercusión en la Morbimortalidad Neonatal*** 90
  Autores: Dra. Gina Rossi, Enf. Gloria Marín, Enf. Roxana Salinas, Enf. Margarita Sotelo

- ***Tiempo de espera para la Resolución del Desprendimiento Prematuro de Placenta, Morbimortalidad Materno-Fetal***
  Autores: Dr. José Ferrer Rivera, Obst. Elizabeth Rojas Salas, Obst. Flora Quispe Yujra, Dr. Jacinto Bárcena Quintana

- ***Relaciones Interpersonales y Consejería en Consulta Externa***
  Autores: Lic. Enf. Susana Araníbar Ocola, Lic. Enf. Mery Juana Cahaila Rivera, Lic. Enf. Rosasario del Carmen Jiménez Flores, Lic. Enf. Ruth Paula Medina Barrera, Lic. Efn. Bertha Julia Zúñiga Vargas

- ***Evaluación Diagnóstico Rápido de Necesidades de Comunicación Interpersonal Proveedor-Cliente*** 91
  Autores: Lic. Nérida Pérez Cabanillas, Lic. Alicia Cañari Mamani, Sra. María Julia Ríos Marquezado

- ***Manejo de la Enfermedad Diarréica agua con deshidratación grave en la Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna***
  Autores: Dr. César Caballero Cáceres, Enf. Edy Luz Urquizo Suárez, Enf. Mary Ortíz Suárez, Enf. Matilde Zúñiga Rodríguez, Tec. Enf. Dora Aguilar Castillejo, Tec. Enf. Lucila Quispe Huanacune, Tec. Enf. Yolanda Menautt Del Carpio

- ***Tiempo de Espera en Consulta Externa y Satisfacción del Usuario en el Consultorio Externo de Neonatologia*** 92
  Autores: Dr. Manuel Ticona Rendón, Enf. Haydeé Jiménez, Enf. Armida Vargas, Enf. Ivonne Lewis, Enf. Isabel Pérez

- ***Calidad de Atención en el Consultorio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna***
  Autores: Dr. Mauro Robles, Dra. Juana Arana, Enf. Juana Fernández, Enf. ELizabeth Jiménez, T. Enf. Cirila Quenta, T. Enf. Beatríz Rodriguez

- ***Estudio de los Recursos Humanos en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna*** 93
  Autores: Dr. Edagardo Belaunde Portugal, Lic. Sara Ramos Rojas, Dr. Alberto Orellana Zapata, Dr. Mario Mimbela Velarde

- **Estudio Financiero del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna**
  Autores: Dr. Edagardo Belaudne Portugal, Dr. Mario Mimbela Velarde, Dr. Alberto Orellana Zapata, Lic. Sara Ramos Rojas

- ***Tiempo Transcurrido desde la Aparición de Primeros Síntomas hasta el inicio del Tratamiento de Casos Diagnosticados con TBC Pulmonar BK (+) en Condición de nuevos de Establecimientos de Salud de Tacna***
  Autores: Lic. Luz Mery Torres Pérez, Lic. Guadalupo Castillo Loza, Dr. Antonio Raúl Sucasaca Rodriguez

- ***Estudio de la Evaluación Estratégica del Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna*** 94
  Autores: Dr. Edagardo Balaunde Portugal, Lic. Sara Ramos Rojas, Dr. Mario Mimbela Velarde, Q.F. Mahamad Mahmoud

- ***Estudio Integral del Departamento de Anestesiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna***
  Autores: Dr. Edgardo Belaunde Portugal, Dr. Mario Mimbela Velarde, Dr. Patricio Cruz Méndez, Lic. Sara Ramos Rojas, Dr. Alberto Orellana Zapata

- ***Sexualidad y Embarazo en Adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Febrero a Agosto de 1996*** 95
  Autores: Lic. en Obst.: Nérida Pérez Cabanillas, Lic. en Obst. María Lourdes Sosa Pare., Lic. En Obst. Patricia Ureta Cañari, Obst. Alicia Cañari Mamani

- ***Frecuencia y Factores de Riesgo Maternos y Fetales para el Recién Nacido de muy Bajo Peso***
  Autores: Dr. César Fernando Lanchipa Picoaga, Dr. Javier Oscar Lanchipa Picoaga

- ***Incidencia de la Enfermedad Hipertensiva Materna y su Relación con los Factores de Riesgo Perinatal***
  Autores: Médico Cirujano: Cristina Llosa Rodrigueza

- **Planificación Familiar: Prevalencia de Métodos Anticonceptivos en Leoncio Prado - Tacna 1997** 96
  Autores: Obst. Nancy Velásquez Y., Obst. Gloria Monroy C., Dr. Alberto Flor. Ch., Obst. Alicia Carcausto H., Obst.Rosa Hume G., Obst. Haydeé Carazas F., Obst. Gladys García R., Obst. Isabel Velásquez Y.

- ***Sensibilidad Antibiótica en Gérmenes de Abscesos Dentoalveolares. Pacientes Adultos Arequipa 1996***
  Autores: Alejandro Aldana Cáceres, Cirujano Dentista

- ***Factores Psico Sociales Asociados al Embarazo en Adolescentes*** 97
  Autores: Obst. Janette Rivera Vásquez, Obst. María Maquera Mamani, Obst. Diana Huanco Apaza

EDITORIAL

El Comité Científico de la Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con motivo de celebrar su XLIII Aniversario de Fundación de nuestro Hospital, continuó por segundo año consecutivo con su labor al servicio de la ciencia y la tecnología. En sus páginas se ha tratado de recoger la valiosa experiencia, capacidad científica y conocimientos académicos de nuestros profesionales que laboran en los diferentes departamentos y servicios de nuestro Hospital, constituyendo así un estímulo para la investigación y un efectivo medio de difusión de trabajos y estudios de la problemática de salud de nuestra población con el fin de determinar las principales causas de morbi-mortalidad para luego tomar decisiones adecuadas y acordes para reducir estos índices.

El presente número está dedicado a publicar los trabajos premunidos en el II Concurso de Investigación: "Dr. Oscar Arana Asenjo" querido y recordado médico, quien fue Jefe del Departamento de Cirugía y Director de nuestro Hospital, lamentablemente ya fallecido, en ella han participado 118 investigadores del Area de la Salud; entre los que podemos mencionar: 48 médicos, 33 obstetrices, 26 enfermeras, 5 técnicos de enfermería, 2 psicólogos y 5 profesionales de otras areas de la salud tales como, trabajadora social, biólogo, químico farmacéutico, odontólogo y relacionista pública.

El concurso es sin duda, un poderoso medio de promoción al estudio y al mismo tiempo, una demostración de la alta calidad de los trabajadores de Salud que se esfuerzan no sólo por dispensar su ciencia en beneficio de la población que acude a nuestro hospital, sino también por avanzar en los campos de la investigación.

La realización del Concurso Anual de Investigación Científica en Salud, es una acertada acción del Comité de Investigación, ello constituirá un símbolo para nuestro Hospital, que otorgará la renovación constante de la capacidad científica.

Podemos decir con orgullo "Tarea cumplida", agradecemos por la confianza depositada en vuestro comité cuya labor culmina al entregar esta II Revista Médica en la Ceremonia Central del Aniversario.

COMITE CIENTIFICO

TRABAJOS ORIGINALES

Diagnóstico Bacteriológico e Histológico de la Tuberculosis Pleural en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1996 - 1997

Dr. Angel G. Rosado Caro (1)
Dr. Antonio R. Sucasaca Rodríguez (2)
Dr. Damaso Tejada Montes (3)
Blgo. Teófilo Flores Lanchipa (4)

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital de Apoyo «Hipolito Unanue» de Tacna, se incluyeron 118 pacientes de ambos sexos que entre 1996 y 1997 tuvieron el diagnóstico presuntivo de Tuberculosis Pleural sin evidencia de lesión parenquimal pulmonar; 67 (56.78%) fueron de sexo masculino y 51 (43.32%) fueron de sexo femenino, el mayor porcentaje para ambos sexos fue entre las edades de 15 y 24 añOos, 72 pacientes (61.01%). En el estudio histológico se encontró en 66 casos (55.93%) granulomas tuberculoides con o sin BAAR; en 22 casos (18.64%) se aisló M. Tuberculosis del cultivo de biopsia pleural y en solo 2 casos (1.64%) el cultivo del líquido pleural fue positivo. Lo que evidencia que el diagnóstico de Tuberculosis Pleural requiere de exámenes conjuntos tanto bacteriológicos como histopatológicos por ser la tuberculosis pleural el tipo de tuberculosis extrapulmonar de mas difícil diagnóstico etiológico .

INTRODUCCION

La tuberculosis es una de las enfermedades de mayor incidencia en nuestro medio (Tacna ocupa el cuarto lugar a nivel nacional), y de las formas extrapulmonares, la tuberculosis pleural es la más frecuente y si bién su sospecha clínica es relativamente fácil por anamnesis y examen clínico-radiológico, su confirmación etiológica es difícil

. Existen dos formas distintas de tuberculosis pleural, que difieren en cuanto a patógenia y a importancia clínica; la pleuresía serofibrinosa primaria con derrame puede aparecer sin que haya una afección discernible del parénquima pulmonar, muy a menudo se desarrolla tras la infección primaria. El derrame producido es un exudado característico, al examen directo muy raras veces se observan bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), y en aproximadamente menos de un tercio de casos el cultivo es positivo.

Se debe practicar una biopsia pleural por punción; en la mayoría de los pacientes se obtendrá la evidencia histológica de formaciones granulomatosas y en muchos casos se podrá identificar BAAR en los cortes histológicos y, a menudo, el cultivo de la muestra de biopsia será positivo. El empiema tuberculoso suele ser una complicación crónica y generalmente progresiva de un foco establecido de tuberculosis pulmonar crónica.

La identificación microscópica de BAAR en el líquido pleural y en cortes histológicos de biopsia pleural, es una buena evidencia de presunción diagnóstica; la demostración histológica de la formación de granulomas en la biopsia y también motivo de presunción; el diagnóstico definitivo requiere la identificación del Mycobacterum Tuberculosis por cultivo y puesto que su crecimiento es lento, es posible que no se obtengan resultados hasta después de 3 a 6 semanas.

(1) Jefe del Servicio de Anatomía Patológica
(2) Asistente del Departamento de Neumología
(3) Asistente del Departamento de Medicina
(4) Dpto. de Laboratorio Clínico Area de Microbiología

MATERIAL Y METODOS

Se estudiarón 118 casos de pacientes con sospecha de Tuberculosis Pleural sin evidencia de lesión en el parénquima pleural, a los cuales se les realizó toracocentésis y toma de biopsia pleural entre los años 1996 y 1997 .

El líquido pleural extraviado se remitió al Laboratorio Clínico para el estudio bacilóscopico y cultivo. La biopsia pleural en dos muestras se enviaron una al laboratorio para su cultivo, y la otra al servicio de Anatomía Patológica en formol al 10% para su estudio histopatólogico.

RESULTADOS

CUADRO Nº 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 - 14	3	2.54	1	1.49	2	3.92
15 - 19	38	32.20	20	29.58	18	35.29
20 - 24	34	32.20	21	31.34	13	25.49
25 - 29	7	28.81	5	7.46	2	3.92
30 - 34	6	5.09	5	7.46	1	1.97
35 - 39	5	5.09	4	5.97	2	3.92
40 - 44	6	5.09	2	2.99	4	7.84
45 - 49	1	0.85	-	---	1	1.97
50 - 54	2	1.69	2	2.99	-	---
55 - 59	4	3.39	2	2.99	2	3.92
60 y +	11	9.32	5	7.46	6	11.76
TOTAL	118	100.00	67	56.78	51	43.22

CUADRO Nº 2
HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS DE LA BIOPSIA PLEURAL

HALLAZGOS HITOPATOLOGICOS	TOTAL Nº	TOTAL %
Granulomas y Baar +	52	44.07
Granulomas y Baar -	14	11.86
Inflamación Crónica	38	32.21
Muestra inadecuada	14	11.86
TOTAL	118	100.00

CUADRO Nº 3
RESULTADOS DEL CULTIVO DEL LIGUIDO PLEURAL

DIAGNOSTICO	TOTAL Nº	TOTAL %
Positivo	2	1.69
Negativo	116	98.31
TOTAL	118	100.00

CUADRO Nº 4
RESULTADOS DEL CULTIVO DE LA BIOPSIA PLEURAL

DIAGNOSTICO	TOTAL Nº	TOTAL %
Positivo	22	18.64
Negativo	96	81.36
TOTAL	118	100.00

CUADRO Nº 5
CORRELACION DE LOS HALLAZGOS HISTOLOGICOS, CULTIVO DE LIQUIDO Y BIOPSIA PLEURAL

HALLAZGO HISTOPATOLOGICO	TOTAL Nº	TOTAL %	CULTIVO DE B. PLEURAL POSITIVO Nº	POSITIVO %	NEGATIVO Nº	NEGATIVO %	CULTIVO DE L. PLEURAL POSITIVO Nº	POSITIVO %	NEGATIVO Nº	NEGATIVO %
Granuloma Maar+	52	44.07	14	63.63	38	39.58	1	50.00	51	43.97
Granuloma Baar-	14	11.86	3	13.63	11	11.46	-	---	14	12.07
Infl. Crónica	38	32.21	5	23.34	33	34.38	1	50.00	37	31.89
M. Inadecuada	14	11.86	-	---	14	14.58	-	---	14	12.07
TOTAL	118	10.00	22	18.64	96	81.36	2	1.69	116	98.31

GRAFICO Nº 1
POBLACION EN ESTUDIO SEGUN GRUPO ETAREO

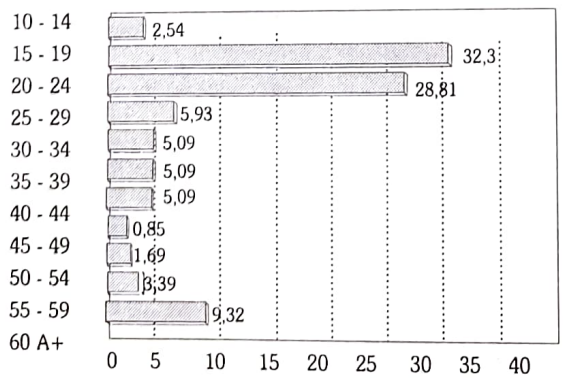


GRAFICO Nº 2
HALLAZGOS HISTOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA PLEURAL

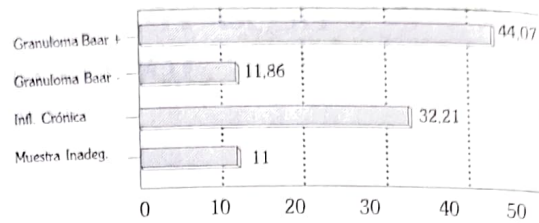


GRAFICO Nº 3
CULTIVO DE LIQUIDO PLEURAL

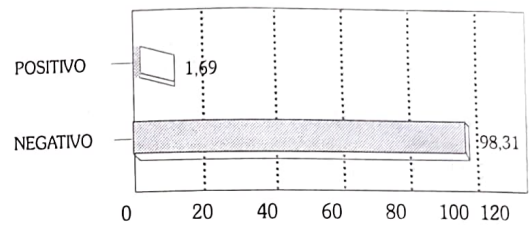


GRAFICO Nº 4
CULTIVO DE BIOPSIA PLEURAL

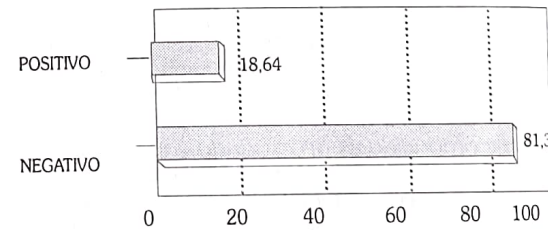
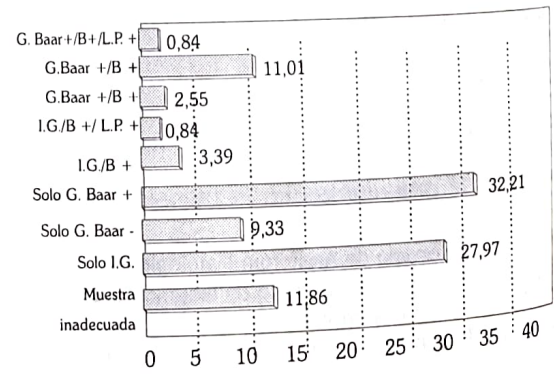


GRAFICO Nº 5
CORREL DE HALLAZGOS HISTOPATOLOG. CULTIV. DE LIQ. PLEURAL Y CULTIV. DE BIOPSIA PLEURAL



DISCUSION Y COMENTARIOS

La población en estudio estuvo conformada por 118 pacientes, 67 (56.78%), de sexo masculino y 51 (43.32%), de sexo femenino con edades que oscilan entre 10 y 78 años, la distribución porcentual para ambos sexos tuvo mayor incidencia entre los 15 y 24 años, 72 casos (61.01%), (Cuadro y Gráfico Nº1).

En cuanto a los hallazgos histopatológicos de la biopsia pleural, en 52 pacientes (44.07%), se encontró granulomas tuberculoides y a la coloración de ZIEHL-NEELSEN se evidencia la presencia de BAAR; en 14 pacientes (11.86%), se evindenció la presencia de granulomas tuberculoides sin BAAR; en 38 pacientes (32.21%), sólo se evindenció inflamación crónica y en 14 pacientes (11.86%), la muestra no fue representativa para el diagnóstico histopatológico (Cuadro y Gráfico Nº2). En cuanto al líquido pleural no se evidenció presencia de BAAR a la baciloscopía directa, al cultivo solamente 2 casos (1.69%), fueron positivos, 116 (98.31%), fueron negativos (Cuadro y Gráfico Nº3).En cuanto a los resultados del cultivo de la biopsia pleural 22 casos (18.64%), fueron positivos y 96 casos (81.36%), fueron negativos (Cuadro y Gráfico Nº3). En cuanto a los hallazgos de los resultados histológicos y de los cultivos de líquido y de biopsia pleural se evindenció la siguiente correlación de éstos, en solo un caso (0.84%), se encontró granulomas y BAAR en el corte histológico de biopsia pleural y fueron positivos los cultivos de líquido y biopsia pleural; 13 casos (11.01%), se evindenció granulomas y BAAR en la biopsia pleural y también fue positivo el cultivo de la biopsia pleural; en 3 casos (2.55%), se encontró granulomas sin BAAR en la biopsia y el cultivo de la misma también fue positivo; en un sólo caso (0.84%), se encontró inflamación crónica en los cortes histológicos y el cultivo del líquido y la biopsia pleural fueron positivos; en 4 casos (3.39%), se encontró inflamación crónica en la biopsia pleural y solamente fue positivo el cultivo de la misma; en 38 casos (32.21%), sólo se encontró granulomas y BAAR en los cortes histológicos de la biopsia pleural, siendo los otros examenes negativos; en 11 casos (9.33%), sólo se encontró granulomas sin BARR en la biopsia, los otros exámenes fueron negativos; en 33 casos (27.97%), sólo se evidenció inflamación crónica en la biopsia pleural y 14 casos (12.07%), la muestra fue inadecuada, mientras los otros exámenes de líquido y biopsia pleural fueron negativos.

CONCLUSIONES.

- En el diagnóstico de Tuberculosis Pleural se debe evidenciar la presencia de BAAR en el líquido y en la biopsia pleural así como la presencia de granulomas en esta última; siendo confirmatorio el diagnóstico si se aísla el M. Tuberculosis mediante cultivo.
- La tuberculosis pleural en nuestro medio es más frecuente en la gente joven entre 15 y 24 años (61.01%).
- Los exámenes baciloscópicos directos de líquido pleural fueron todos negativos, mientras que en el cultivo solo 2 casos fueron positivos (1.69%).
- En el cultivo de la biopsia pleural 22 casos (18.64%) fueron positivos.
- En la biopsia pleural se evidenció granulomas con o sin BAAR en 66 casos (55.93%).
- Todos los resultados obtenidos nos hacen ver que para el diagnóstico presuntivo y definitivo de tuberculosis pleural se necesita evidenciar la presencia de BAAR tanto en líquido como en biopsia pleural y granulomas en esta ultima, así como aislar el M. tuberculosis en el cultivo, lo cual si bien es dificultoso en el presente trabajo se evidencio en forma conjunta estos hallazgos más del 50% de casos; aunque podrán servir de ayuda otros exámenes como la prueba cutánea, sondas de DNA y ADA (Adenosin de Aminasa).

BIBLIOGRAFIA

1.- Archivos de Bronconeumología; Diagnóstico de la Tuberculosis. Vo.31, Nº2 1996; Barcelona España, Febrero 1996.

2.- Harrison; Principios de Medicina Interna; 1ra.Edición; Editorial MC Graw-Hill, México 1987.

3.- Instituto Nacional de Salud; Manual de Normas y Procedimientos en Bactereológia de Tuberculosis,
Normas Técnicas Nº 10 Lima, Mayo 1995.

4.- Lawrence G.,Miller M.D; Manual Clínico de Neumología; Editorial MC. Graw-Hill, México S.A. de C.V. 1985.

5.- Lefkowitch J., Atlas de Histopatológia, Doyma Libros 1992.

6.- Murray P., Pfaller M., Rosenthal K. Microbiología Médica, II Edición , Mosby/Doyma 1997.

7.- Pardo F.J., Anatomía Patológica; Mosby/Doyma Libros, 1997.

8.- Stevens A. y Lowe J., Anatomía Patológica Mosby/Doyma Libros, 1996.

Nivel de Aceptación de Métodos Anticonceptivos en el Post Parto, Post Cesárea y Post Aborto Hospital Hipólito Unanue de Tacna Octubre - Diciembre 1997

Obst. Flora Quispe Yujra (1)
Obst. Patricia Ureta Cañari (2)
Dr. Pedro Laguna Heredia (3)
Dr. Telmo Llerena Urrutia (4)

RESUMEN

En el presente estudio buscamos determinar la aceptación a los métodos anticonceptivos en el post parto (vaginal o cesárea), y post aborto inmediatos así como conocer algunos factores que pueden alterar el nivel de aceptación.

El estudio se realizó en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período de Octubre - Diciembre de 1997, teniendo una población de 754 pacientes, que acudieron a nuestro centro asistencial por parto o aborto de las cuales sólo 339 (muestra) aceptaron algún método anticonceptivo inmediato.

Se encontró que un 45% de nuestras pacientes aceptaron un método anticonceptivo, siendo los más frecuentes: Píldoras (41.59%) y los inyectables (40.70%). Así mismo, las pacientes que no aceptaron método alguno refieren que no lo hacían por temor a afectar su salud (35%) y a una inadecuada inforamción (20%).

Por otro lado tenemos que 58.8% de aceptantes son de estado civil convivientes y el 29.5% tuvieron secundaria completa. En cuanto al nivel de información; el 37,2% obtuvo información sobre anticoncepción o anticonceptivos mdiante charlas en centros de salud y en segundo lugar el 23% durante su control pre natal. En el 47.54% de pacientes tuvieron el antecedente de haber usado algún método anticonceptivo y el 52.5% nunca uso método.

Se concluye de este modo que los métodos anticonceptivos se ven influenciados por diversos factores, y dentro de ellos esta una inadecuada información y/o consejería que no logra combatir y eliminar los mitos ni temores acerca de los métodos anticonceptivos.

INTRODUCCION

La mortalidad materna es actualmente uno de los principales problemas de Salud Pública. Un gran número de mujeres de alta paridad y con intervalos intergenésicos cortos están expuestos a mayor riesgo de muerte; siendo las principales causas directas; hemorragias (23%), infección (18%) e hipertensión inducida por el embarazo (17%) (1,2). Así mismo no deberíamos olvidar que el embarazo no planificado es la causa principal del aborto provocado.

En el presente estudio buscamos conocer la aceptación de los métodos anticonceptivos, así como determinar los factores que pudieran alterar la aceptación, para de esta manera mejorar las estrategias y contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno fetal.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, durante el período de Octubre a Diciembre de 1997. El tipo de investigación es prospectivo transversal, siendo incluidas en el estudio toda gestante que acude al servicio de obstetricia y que terminó en un parto (eutócico o distócico) o en un aborto, y que posterior a la consejería hospitalaria brindada se haya decidido por algún método. Obtuvimos información de los libros de registro de sala de partos y maternidad y entrevista directa a la paciente; datos que fueron obtenidos a través de una ficha encuesta pre elaborada la misma que servirá para generar la base de datos. Los resultados serán expuestos en tablas y figuras.

RESULTADOS

En la tabla Nro. 1 de aceptación de métodos anticonceptivos obsevamos que de la 754 pacientes que acudieron a hospitalización sea por parto (vaginal o cesárea) o por aborto, durante el período octubre- diciembre de 1997 sólo el 45% de pacientes optaron por algún método anticoceptivo un 52% no aceptaron y el 3% fueron referidas, es decir, que se les brindó consejería pero que regresarán en 45 días.

TABLA Nro. 1
ACEPTACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

PACIENTES	Nro.	%
ACEPTANTES	339	44,96
NO ACEPTANTES	394	52,25
REFERIDAS	21	2,79
TOTAL	754	100,00

Referidas: Pacientes que volverán en 45 días

(1) Obstetriz Asistencial del HHUT.
(2) Obst. Programa Planificación Familiar del HHUT.
(3) Médico ex-interno del HHUT.
(4) Médico Gineco-Obstetra del HHUT.

TABLA Nro. 2
GRADO DE INSTRUCCION VS. ESTADO CIVIL

E.C. / G.I.	Soltera		Casada		Conviviente		Otros		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	4	1.2	2	0.6	6	1.8	0	0.0	12	3.54
Primaria Incompleta	2	0.6	9	2.7	26	7.7	0	0.0	37	10.91
Primaria Completa	4	1.2	18	5.3	38	11.2	1	0.3	61	17.99
Secundaria Incompleta	12	3.5	9	2.7	40	11.8	0	0.0	61	17.99
Secundaria Completa	10	2.9	32	9.4	56	16.5	2	0.6	100	29.50
Superior Incompleta	4	1.2	18	5.3	22	6.5	2	0.6	48	13.57
Superior Completa	3	0.9	10	2.9	8	2.4	1	0.3	22	6.49
TOTAL	39	11.5	98	28.9	196	57.8	6	1.8	339	100

El 57.8 % (196 casos) de los que aceptaron un método anticonceptivo son de estado civil convivientes mientras que el 11.5% corresponden a solteras. Asi mismo el 29.5% que constituye el mayor porcentaje de aceptantes tuvieron secundaria completa y el 3.5% no tienen ningún tipo de estudio. Tabla Nro. 2.

TABLA Nro. 3
RELIGION VS. PROCEDENCIA

Relig. / Proc.	Católico		Protestante		Ninguna		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TACNA	175	51.6	43	12.7	12	3.5	230	67.8
PUNO	53	15.6	24	7.1	2	0.6	79	23.4
OTROS	21	6.2	5	1.5	4	1.2	30	8.8
TOTAL	249	73.5	72	21.2	18	5.3	339	100

En lo referente a la procedencia el 67.85% de los que aceptaron un método anticonceptivo son de Tacna y en su mayoría 73.45% (249 casos) son de Religión Católica. Tabla Nro. 3.

FIGURA Nro. 1
RAZONES PARA NO DESEAR UN METODO ANTICONCEPTIVO

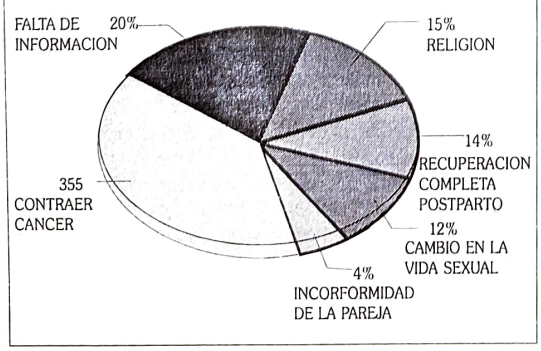


FIGURA Nro. 2
RAZONES PARA EMPLEAR UN METODO ANTICONCEPTIVO

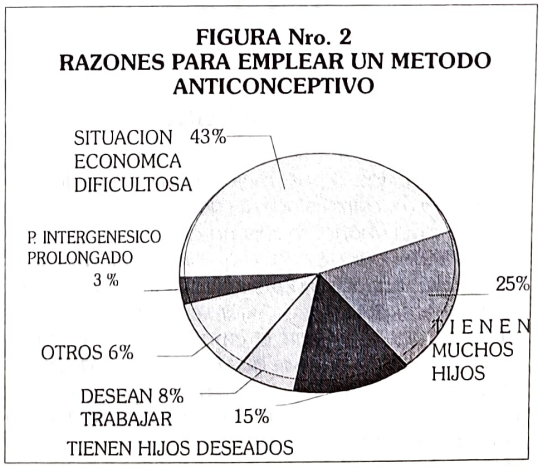


TABLA Nro. 4
NIVEL DE INFORMACION Y ACEPTACION ANTICONCEPTIVA

Medios de Información	Nro.	%
Radio, televisión	47	13.9
Charlas en Centros de Salud	126	37.2
Control Pre natal	78	23
Visita domiciliaria	16	4.7
Comadre, Vecina	31	9.1
Otros (volantes, folletos, etc.)	16	4.7
Ninguno	2.5	7.4
TOTAL	339	100
Antecedentes de Uso Anticonceptivo		
SI	161	47.54
NO	178	52.46
TOTAL	339	100
Inicio del Método (post consejería intrahospitalaria)		
Post Parto Vaginal	239	70.5
Post Cesárea	65	19.2
Post Aborto	35	10.3
TOTAL	339	100

El 37.2% de pacientes obtuvo información mediante las charlas en Centros de Salud el 23% durante su control pre natal. Por otro lado el 47.54% de pacientes refiere haber usado algún método anticonceptivo y el 52.4% nunca usó método alguno (tabla Nº 4).

En cuanto a la aceptación post consejería hospitalaria de algún método anticonceptivo tenemos que el 50.5% de aceptantes fue en el post parto 19.2% post cesáreas y 10.3% en el post aborto.

En la tabla Nro. 5 se observa que el método que con mayor frecuencia se aceptó fue la píldora con un 41.5% y un 40.8% el inyectable, este nivel de aceptación fue mayor entre las primípara y segundíparas en tanto que el tipo quirúrgico fue aceptado mayormente en las multíparas y gran multíparas.

En la Fig. Nro. 1 se observa que de las 394 pacientes que no aceptaron ningún método anticonceptivo, el 35% no lo acepta por temor a desarrollar algún tipo de cáncer, el 14% espera recuperación completa antes de iniciar algún método; el 20% por falta de información adecuada 15% porque su religión no le permite 12% por dudas en la vida sexual y el 4% por inconformidad de la pareja.

En la Fig. Nro. 2 se puede apreciar que la razón más frecuente por la que la paciente opta por algún método es la situación económica deficiente constituída por un 43% y un 25% considera que ya tiene los hijos suficientes.

TABLA Nro. 5
TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO VS. PARIDAD

M.A. / PAR	Píldora		Inyectable		DIU		Met. Barrera		BTB		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	74	21,8	62	18.3	5	1.5	4	1.2	0	0.0	145	42.8
Segundípara	42	12.3	48	14.2	2	0.6	3	0.9	10	2.9	105	31
Multípara	23	6.8	20	5.9	1	0.3	3	0.9	20	5.9	67	19.8
G. multípara	2	0.6	8	2.4	0	0.0	1	0.3	11	3.2	22	6.5
TOTAL	141	41.5	138	40.8	8	2.4	11	3.3	41	12	339	100

DISCUSION Y COMENTARIO

La aceptación de un método anticonceptivo observado en nuestro estudio es del 45% durante el postparto o post-aborto; la misma que es superior a la obtenida por otros estudios que inofrman una aceptación del 39%. Esto nos indica indirectamente que aún existen «factores» (culturales, sociales, económicos, etc) que limitan el empleo de los métodos anticonceptivos, a pesar que el programa de planificación familiar se preocupa en brindar consejería eficiente y por lo tanto tratar de captar la mayor cantidad de aceptantes posible.

Dentro de las características de la mujeres que acep tan un método anticonceptivo están, que lo solicita más las que tienen un estado civil de conviviente (57,81%). Además pareciera que el nivel de instrucción contribuiría a una mayor aceptación, ya que como se observa, el 49,56% formada por mujeres con secundaria completa, superior incompleta completa, fueron dados de alta aceptando un método anticonceptivo. Así mismo es necesario señalar que el 73.45% de las aceptantes son de religión católica; pero no podemos afirmar que la religión católica este a favor de los métodos anticonceptivos.

cuanto al nivel de información y aceptación de anticonceptivos tenemos que en los centros de salud se esta brindando con eficiencia la educación en planificación familiar y anticoncepción. Por otro lado tenemos que en 161 pacientes (47.54%) por lo menos usaron algún método con anterioridad. Así mismo vemos que en el 70.5% de pacientes aceptantes estuvo conformado por puerperas post-parto vaginal mientras que sólo un 19.2% fueron aceptantes post cesariadas; por el temor a que recién estaban intervenidas y esperaban recuperarse antes de iniciar algún método.

Los métodos anticonceptivos más aceptados son las píldoras y los inyectables, especialmente por mujeres hasta con dos hijos. En tanto, que el bloqueo tubárico bilateral (BTB) es mas aceptado entre las multiparas y gran multiparas. En el estudio realizado por la Pathfinder International en los hospitales del Ministerio de Salud de Lima - Perú, encontraron que el método más empleado son los: DIU (T de cobre en 44%, esterilización femenina (30%) e inyectables (12%).

En nuestro estudio encontramos que las pacientes que aceptaron un método, no lo hicieron principalmente por temor de que su salud se viera afectada, basada en la creencia que el método anticonceptivo originaría algún tipo de cáncer; a esto debemos adicionarle la falta de una información adecuada (figura Nro. 1), que finalmente podría conducirnos a la desconfianza de los métodos anticonceptivos. Reforzando aún más este hecho, observamos que las razones frecuentes por las cuales las pacientes acpetaron un método fue, por estar pasando por una situación económica difícil y por tener «muchos» hijos. Sólo un 15% manifestó que aceptaron el método por «tener los hijos deseados», lo cual indirectamente nos orienta a pensar en una planificación familiar producto de una adecuada consejería e información.

Así mismo, existe información que apoya nuestra observación sugiriendo que el principal factor que afecta el nivel de aceptación real parece el escaso tiempo con el que se cuenta para poder brindar consejería a todas las pacientes y la falta de coordinación con los demás profesionales para una mejor calidad de información que se brinda sobre todos los métodos (3,4), permitiendo que continúen los temores, dudas, mitos y creencias erróneas (5).

CONCLUSIONES

1.- La aceptación de un método anticonceptivo es del 45% en el post- parto, pos-.cesárea y post -.aborto, en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
2.- La existencia de mitos y temores a pesar de la preocupación por brindar una buena consejería limitan la aceptación de los métodos anticonceptivos.
3.- La aceptación de los métodos anticonceptivos, son producto de circunstancias no relacionadas con una adecuada planificación familiar la que obedece a una difícil situación económica y el hecho de tener muchos hijos lo que obliga a la aceptación de algún método anticonceptivo.
4.- El nivel de aceptación obtenida en nuestro estudio que es relativamente menor al 50%, nos induce a tener que mejorar en cuanto a consejería se refiere ya que en el periodo convaleciente, por el mismo hecho de haber pasado por un proceso transitorio de estrés la aceptación no estan fácil.

BIBLIOGRAFIA

1.- Ministerio de Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1 996 - 2000 Lima - Perú. 1996

2.- Ministerio de Prevención Social y Salud Pública. Manual de Salud Reproductiva. Bolivia. 1991.

3.- Pathfinder International - Oficina Regional para Latinoamérica Sur. DIU Post-parto en Hospitales del Ministerio de Salud. Lima - Perú. 1994

4.- Federación Internacional de Planificación de la Familia. Declaración del IMAP sobre consejería anticonceptiva. Boletín Médico del IPPF (Londres - Inglaterra). 1994 Tomo 28. Número 3, mes junio.

5.- Sara Keller. El asesoramiento fomenta la elec ción voluntaria. Network en español (North Ca rolina, EE.UU.) 1994. Vol 18, Nro. 1, Pág. 18 - 20.

Rotura Prematura de Membranas en Gestación Pretérmino

Dr. Jaime Vargas Zeballos (1)
Dr. Ramón del Carpio Torres (1)

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo sobre 170 pacientes diagnosticadas de RPM con edad gestacional comprendida entre las semanas 20 y 36 de gestación, sobre un total de 14,450 partos ocurridos en los años de 1,992 y 1,996.

El período de latencia de la RPM fue mayor de 24 horas; siendo la frecuencia de RPM de 30% en la edad gestacinal de 20 a 27 semanas y de 19.2 % en la de 28 a 36 semanas.

Siendo la complicación concurrente durante la gestación que se dio con mas frecuencia la Anemia Crónica en 7.9 % y la infección urinaria con 3%.

La terminación del embarazo fue por vía vaginal en el 75.6 % y la cesárea en el 24.1%. La incidencia de infección puerperal como complicación fue del 3%.

INTRODUCCION

Se denomina Rotura Prematura de Membranas (RPN) a la rotura espontanea de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto. Si esto ocurre antes de la semana 37 de gestación, se habla de RPM Pretérmino, la cual ocurre en el 2 a 3.5% de los embarazos y un 30 a 40% de bebes prematuros nacen de embarazos complicados con RPM.

La incidencia general de RPM oscila entre el 2 y el 18 % de los embarazos y se considera que en un 60 a 80 % de los casos ocurre en gestaciones de termino. La mayoría de los casos de RPM dan a luz en las 48 horas siguientes; así pues, la importancia de esta depende en gran medida de la edad gestacional.

Hay que tener presente que a medida que el período de latencia sobrepasa las 48 aumenta el riesgo de morbilidad infecciosa anteparto o puerperal. Los factores de riesgo se pueden dividir en remediables e irremediables. Entre los primeros de importancia demostrada están las infecciones vaginales, cerclaje cervical; procedimientos diagnósticos (ammiosentesis); otros están por demostrar como la incompetencia cervical, déficit materno de algunas vitaminas y oligoelementos como el cobre o cinc; el coito en el tercer trimestre.

Dentro de los irremediables tenemos la RPM en embarazos anteriores, antecedente de parto pretermino, las hemorragias anteparto, etc.

En el momento actual es improbable que las medidas que empleemos para remediar los factores de riesgo tengan un impacto importante sobre la incidencia global de RPM ya que no se ha identificado un mecanismo único tratable.

La conducta ante la RPM va a ser diferente según la gestación sea a término o antes de término; de las que suceden antes de termino, se considera que más de la mitad de los casos darán parto en el plazo de una semana, bien sea porque se inicie el trabajo de parto o bien porque desarrollen una amnionitis, sin embargo en otros casos el feto se mantiene en el útero hasta una edad gestacional compatible con la viabilidad; hablándose de rotura prolongada de membranas, la cual presenta una serie de complicaciones diferenes a los otros casos de RPM.

Por lo tanto la RPM sigue siendo una de las grandes controversias que existen en la obstetricia.

El propósito de este trabajo es analizar cual fue el desenlace de las gestaciones en las que se produjo RPM entre las semanas 20 a 36 del embarazo.

MATERIAL Y METODOS

Se han estudiado 170 pacientes con diagnóstico de RPM en embarazadas de edad gestacional comprendida entre las semanas 20 y 36, que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años comprendidos entre 1992 y 1996.

Se excluyen del estudio todos aquellos casos en los que el diagnóstico de RPM se realiza encontrándose la paciente en periodo activo de parto.

Se realizó un estudio descriptivo de la población seleccionada valorando curso de la gestación, tiempo de latencia; la forma de la terminación del parto, la evolución durante el puerperio, el tratamiento seguido así como la morbilidad y mortalidad neonatal.

El diagnóstico de RPM se basó en la visualización directa del líquido anmiótico en la vagina, tras la exploración con especulo.

En el momento del diagnóstico de la RPM y cada 48 horas se practicaron hemogramas.

(1) Médicos Gineco-Obstetras del HHUT.

Se realizó exploración ecográfica en un tiempo máximo de 48 hras tras la RPM. Las pautas seguidas en nuestro Departamento para el tratamiento de las gestantes con RPM en gestación pretermino fue la expectante no administrándose tratamiento tocolítico durante el proceso.

Se prescribieron antibióticos en forma profiláctica Ampicilina 1 gr V. O. Cada 6 horas. No se procedió acelerar la maduración pulmonar fetal mediante tratamiento corticoide.

RESULTADOS

La edad de nuestras pacientes arroja un a media de 28 años.

Del total de 14,450 partos, 1,045 fueron complicados con RPM de los cuales 170 corresponden a RPM Pre termino y 875 a RPM a Termino.

La edad gestacional en la que se diagnosticó la RPM fue de 20 a 27 semanas en 39 casos, de 28 a 36 semanas 131 casos.

El 30% de partos de 20 a 27 semanas estuvieron asociados a RPM y el 19.2 % a partos de 28 a 36 semanas.

Las complicaciones concurrentes durante la gestación que se dieron con mayor frecuencia fueron la amenaza de parto prematuro en el 11.6 % de los casos; la anemia crónica en el 7.9 % de casos, la infección urinaria en el 3% de casos, la hemorragia del tercer trimestre en el 2.4 %.

Se encontraron 7 casos de embarazos múltiples que corresponden al 4.3 %. En cuanto a la forma de terminación del parto la vía vaginal ocurrió en 129 casos con un 75.6, frente a un 24.1 % de cesáreas.

En cuanto a la terminación del parto por vía vaginal se evidencio que en el 67.6 % (115) fueron espontáneos e inducido en el 8.2 % (14).

La infección neonatal se presenta en el 15 % de los productos de 20 a 27 semanas de gestación y en el 10.9 % en los productos de 28 a 36 semanas de edad gestacional.

En cuanto al Apgar del RN fue de 4 a 6 en el 13.6 %, y de 0 a 3 en el 17.1 %

RPM EN PRETERMINO
1992 - 1996
INCIDENCIA

MORBILIDAD	CASOS	%
Total de Partos	14,450	100
Total de casos de RPM	1,045	7.23
RPM Pretermino	170	1.17
RPM a Termino	875	6.06

RPM EN PRETERMINO
SEGUN EDAD GESTACIONAL

20 - 27 Semanas	39	22.94
28 - 36 Semanas	131	77.06
TOTAL	**170**	**100.00**

RPM EN PRETERMINO
1992 - 1996

30 % De Partos de 20 - 27 Semanas están asociadas a RPM
19 % De Partos de 28 - 36 Semanas están asociadas a RPM

MORBILIDAD DEL PARTO

MORBILIDAD	CASOS	%
RPM Mayor de 24 horas	95	59.0
Inicio del Parto no Espontáneo	55	32.4
Feto pequeño para Edad Gestacional	13	9.3
Feto Grande para Edad Gestacional	12	8.6
Terminación Espontçanea	115	67.6
Cesárea	41	24.1

MORBILIDAD MATERNA

MORBILIDAD	CASOS	%
Amenaza de Parto Prematuro	19	11.6
Anemia Crónica	13	7.9
Embarazo Múltiple	7	4.3
Infección Urinaria	5	3.0
Retardo de Crecimiento Intrauterino	5	3.0
Hemorragia del 1er. Trimestre	5	3.0
Hemorragia del 3er. Trimestre	4	2.4
Infección Puerperal	5	3.0
Pre-Eclampsia	3	1.8
Desproporción Feto Pélvica	3	1.8
Hemorragia Puerperal	3	1.8
Hemorragia del 2do. Trimestre	2	1.2
VDRL +	2	1.2
Otras Infecciones	1	0.6
Otras Patologías	37	22.6

MORBILIDAD NEONATAL

MORBILIDAD	CASOS	%
Apgar 4 - 6	19	13.6
Apgar 0 - 3	24	17.1
Con Alguna Patología	79	56.4
Membrana Hialina	9	6.4
Otros SDR	19	13.6
Infección	16	11.4
Neurológicas	6	4.3
Defectos Congénitos	5	3.6
Metabólico Nutricional	5	3.6
Hematologico	1	0.7
Otras Patologías	43	30.7

INFECCION NEONATAL

Semanas de Gestación	% General	% Con RPM
20 - 27 Semanas	18.6	15
28 - 36 Semanas	6.2	10,9

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ

Nro. De Casos	Taza
23	164 1,000 N.V.

En cuanto a la complicaciones del RN predomino el SDR con el 20 %, infección en el 11.4 %, neurológicas 4.3 %, defectos congénitos 3.6 %, entre los de mayor frecuencia

En cuanto a la mortalidad neonatal precoz fue del 16.4 % X 1,000 NV.

DISCUSION

Con el constante avance de los cuidados neonatales la viabilidad fetal se sitúa cada vez más en edades gestacionales más precoces porlo que la RPM en etapas tempranas del embarazo ha dejado de ser un problema únicamente materno.

Sigue siendo controvertido el uso de tocoliticos antibióticos y corticoides, nosotros no indicamos tocoliticos ya que no existen datos concluyentes de que mejore él pronóstico fetal.

En cuanto a los antibióticos profilácticos si los indicamos existiendo diferentes posturas en la literatura pero estudios aleatorios han demostrado ventajas en la RPM pretermino disminuyendo la infección materna y prolongando la gestación.

El efecto de este tratamiento sobre la incidencia de infección neonatal esta menos estudiado.

El empleo de corticoides no lo indicamos todavía sigue la controversia en cuanto a su beneficio sobre la maduración pulmonar fetal.

La incidencia de RPM en nuestro centro fue de 1.17 % para la RPM pretermino y de 6.06 % para la RPM a termino valores un poco por debajo de los reportados en la literatura nacional y extranjera: Siendo los valores promedio nacional de 4.5 % a 11 %.

La incidencia de cesárea se encontró en 24.1 % superior a otros trabajos que reportan el 7 % a 15 %.

El embarazo múltiple se reporta en 4.3 % de los casos estudiados inferior a otros estudios revisados.

La complicación más frecuente del puerperio fue la Endometritis en 5 % menor a otros estudios revisados.

BIBLIOGRAFIA

1.- Ludmir G. Abraham. : Obstetricia y Ginecología Concytec 1,996

2.- Gunn GC, Ishell DR, Morton DG. Premature Rupture of de fetal membranes Am J Obstet Gynecol 1,970; 106,469 - 481.

3.- Lucy López: Parto Prematuro, Epidemiología XII Congreso de Gineco-obstetricia.

4.- Ovalle Alfredo. : Parto Prematuro, rol de la infección bacteriana; XII Congreso de Gineco-obstetricia.

5.- Vera Undapilleta.: Parto prematuro, Vías del parto, XII Congreso de Gineco-obstetricia.

6.- Ticona Rendón, Manuel:. - Diagnóstico - Tratamiento - Universidad Jorge Basadre de Tacna 1,997

7.- Ovalle, Alfredo: RPM y Antibióticos. XII Congreso de Ginecología y Obstetricia.

8.- Oliuencia, Mario: RPM Manejo en Pretermino XII Congreso de Gineco-obstetricia.

Estudio Comparativo de los Efectos Secundarios de la Depoprovera, en Adolescentes y no Adolescentes, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Lic. Irene Pacheco Vargas (1)
Lic. Elizabeth Rojas Salas (2)
Lic. Magaly Melchor Cohaila (1)

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue, de la ciudad de Tacna, en el periodo de Marzo a Diciembre de 1997.

Es un estudio descriptivo, prospectivo, de 84 casos en el que se estudió algunas características socio culturales, y los efectos secundarios producidos por los anticonceptivos hormonales de depósito (DEPOPROVERA) en las adolescentes y no adolescentes.

El Grado de analfabetismo es mínimo en las usuarias, el 71.42% de ellas reportan un estado civil de convivencia y/o casadas.

La ocupación que realizan es de ama de casa en primer lugar; las adolescentes en un 28.57% son estudiantes mientras que las no adolescentes son empleadas el 11.90%.

Las adolescentes refieren una tasa de aborto del 26.19% y las no adolescentes 7.14%, los métodos anticonceptivos usados, con anterioridad son los de Barrera y Naturales, el mayor porcentaje de usuarias eligió su método a sugerencia del personal profesional de salud en el 72.62%. Se encontró una tasa incidencia de efectos secundarios del 53 % siendo en las adolescentes 64%, mientras que en las no adolescentes fue el 43%.

Los efectos en frecuencia fueron menores en el grupo de adolescentes. El 100% de las adolescentes fueron controladas una vez iniciado el uso del método.

Los efectos secundarios más comunes en ambos grupos fueron: cefalea, alteraciones en el peso, sangrado, nauseas, etc.

La tasa porcentual de complicaciones fue del 2% (HIPERTENSIÓN)

INTRODUCCION

En nuestro país de acuerdo a la última encuesta demográfica de salud familiar.(ENDES), el 11% de mujeres, entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando, por primera vez. La maternidad precoz, constituye un enorme impedimento para la salud, de la mujer y un obstáculo para sus oportunidades, prioritariamente educacionales. De otro lado, la actividad sexual, en la adolescencia aumenta cada vez más, y es que desde esta perspectiva es importante que las opciones actuales, en materia de anticoncepción sean tomadas en cuenta para la prevención del embarazo.

Pero todo método anticonceptivo presenta, ventajas y desventajas, el condón por ejemplo grandes ventajas para la pareja joven es seguro y de fácil adquisición, no requiere examen médico, ni prescripción. En cambio el uso de anticonceptivos hormonales debe ser evaluado en forma cuidadosa. Tomando como base diversos factores muchos especialistas se preguntan si es prudente prescribir anticonceptivos hormonales, a adolescentes; que pueden estar experimentando ciclos anovulatorios dado que algunos presentan a menudo signos de anovulación, de allí que no pueden ser buenos candidatos para el uso de anticonceptivos hormonales. En los años el número de usuarias adolescentes se ha incrementado. ¿ Qué efectos secundarios se están presentando? No lo sabemos, ya que no existe investigación alguna al respecto, motivo por el cual se realizó el presente estudio.

MATERIAL Y METODOS

El presente, es un estudio comparativo, de tipo descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal, en el que se han estudiado a usuarias, de métodos anticonceptivos hormonales de depósito (DEPOPROVERA), del Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el 1º de Marzo al 31 de Diciembre 1997, de los cuales se seleccionó una muestra al azar de 84 casos, agrupados en adolescentes y no adolescentes. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista pre-estructurada, el control y seguimiento llenando una ficha pre-elaborada, se utilizó como criterios de inclusión: edad, ocupación, estado civil, antecedentes obstétricos, efectos secundarios, controles, complicaciones, uso de anticonceptivos anteriores y de exclusión el que fueran a realizar sus controles en periferia, y uso de otro método anticonceptivo. Con los resultados obtenidos se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias.

Se calcula la incidencia global de efectos secundarios en los dos grupos etáreos.

El análisis estadístico se realizó a través de la prueba de contrastación de hipótesis. El procesamiento de datos se realizó en una PC 486.

(1) Obsts. Asistenciales del HHUT.
(2) Obst. Coordinadora del Programa Materno Perinatal del HHUT

RESULTADOS

CUADRO Nº 1
GRADO INSTRUCCIÓN

	ADOLES-CENTE		NO ADO-LESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANALFABETA	2	4.76	-	-	2	2.38
PRIMARIA COMPLETA	3	7.14	4	9.52	7	8.33
PRIMARIA INCOMP	4	9.52	2	4.36	6	7.14
SECUNDARIA COMP	12	28.57	13	30.95	25	29.76
SECUNDARIA INCOMP.	20	47.62	10	23.81	30	35.71
SUPERIOR COMP.	-	-	6	14.29	6	7.14
SUPERIOR INCOMP.	1	2,38	7	16.67	8	9.52
TOTAL	42	100	42	100	84	100

CUADRO Nº 2
OCUPACIÓN

	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SU CASA	15	35.71	29	69.05	44	52.38
COMERCIO	2	4.76	1	2.38	3	3.57
COSTURERA	-	-	-	-	-	-
AMBULANTE	7	16.67	1	2.38	8	9.52
ESTUDIANTE	12	28.57	3	7.14	15	17,86
DOMESTICA	2	4.76	2	4.76	4	4.76
EMPLEADA	1	2.38	5	11.90	6	7.14
VENTAS	-	-	1	2.38	1	1.19
OBRERA	3	7.14	-	-	3	3.58
TOTAL	42	100	42	100	84	100

CUADRO Nº 3
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTACIÓN	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	38	90.48	19	45.24	47	67.86
2	3	7.14	15	35.71	18	21.43
3	1	2.38	4	9.52	5	5.95
4			4	9.52	4	4.76
TOTAL	42	100	42	100	84	100
PARTOS					TOTAL	
1	29	93.55	26	61.90	55	75.34
2	2	6.45	13	30.95	15	20.55
3	-		3	7.14	3	4.11
TOTAL	31	100	42	100	73	100
ABORTOS					TOTAL	
1	11	100	2	66.67	13	92.86
2			1	33.33	1	7.14
TOTAL	11	100	3	100	14	100

CUADRO Nº 4
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS

	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
H. ORALES	-	-	5	13.51	5	7.25
DIU.	2	6.25	4	10.81	6	8.69
BARRERA	4	12.5	4	10.81	8	11.59
NATURALES	5	15.62	11	29.73	16	23.19
BARRERA NATURAL	15	46.88	3	8.11	18	26.09
HORMONALES - DIU	3	9.38	2	5.40	2	2.89
HORMONALES-BAR	2	6.25	4	10.81	7	10.19
HORMONALES-NAT.	1	3.13	2	5.41	4	5.8
HORMO.BARRE.NAT.			2	5.41	3	4.35
TOTAL	32	100	37	100	69	100

GRAFICO Nº 1

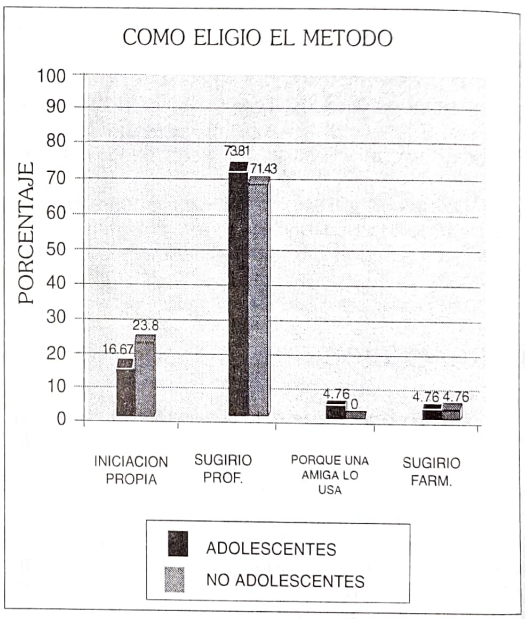
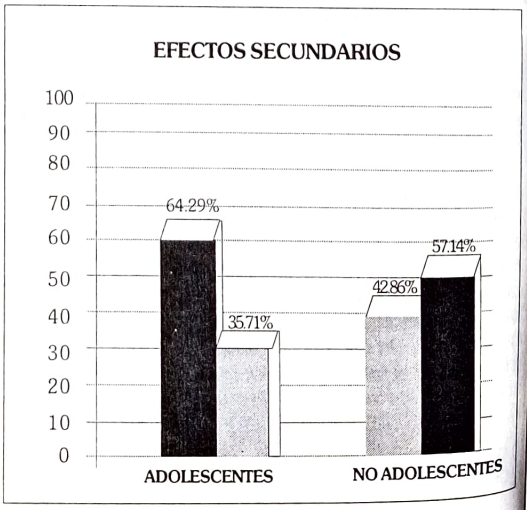


GRAFICO Nº 2



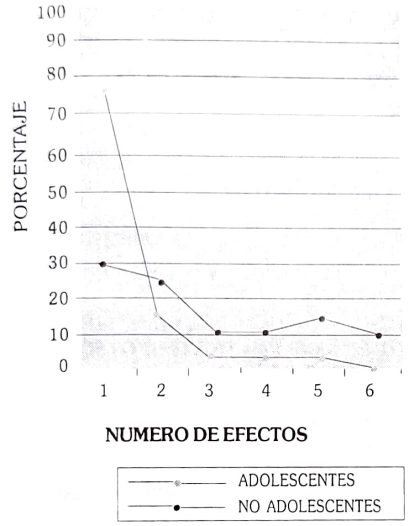
CUADRO Nro. 5

PRESENCIA EFECTOS SECUNDARIOS

	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CON	27	64.29	18	42.86	45	53.57
SIN	15	35.71	24	57.14	39	46.43
TOTAL	42	100	42	100	84	100

GRAFICO Nº 3

FRECUENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS



CUADRO Nº 6
PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS

ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES
1. CEFALEAS 2. SANGRADO PESO O PESO 3. NAUSEA, C. PIEL, P. FALTANTE IRRITABILIDAD, ITU. 4. DISM. ALIVIDOS	1. CEFALEAS 2. AUMENTO DE PESO 3. IRRITABILIDAD 4. P. FALTANTES SANGRADO 5. TURG. MAMAS - DEPRE - SION 6. NAUSEAS 7. DISMINUCION ALIVIDOS 8. ITU

CUADRO Nº 7
CONTROLES - SEGUIMIENTO INICIADA EN EL METODO

	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CON	42	100	36	85.71	78	92.86
SIN	-	-	6	14.29	6	7.14
TOTAL	42	100	42	100	84	100

CUADRO Nº 8

PRESENCIA DE COMPLICACIONES

	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CON COMPL.	-	-	1	2.38	1	1.19
SIN COMPL.	42	100	41	97.62	83	98.80
TOTAL	42	100	42	100	84	100

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el estudio encontramos en relación al grado de instrucción que el 50% de ambos grupos tienen nivel secundario; a nivel local similares porcentajes nos reporta G. Concori en su estudio sobre anticoncepción en el IPSS, Calana Tacna.

A diferencia del nivel internacional, que México, nos ofrece en un estudio de adolescentes, donde su mayor porcentaje sólo tenían como grado de instrucción la primaria.

En este mismo estudio México reporta que el 28.1% de las adolescentes son casadas el 52.36% convivientes y sólo 181% solteras, en nuestro estudio el porcentaje de convivencia es mayor en las adolescentes que en las no adolescentes, por la literatura consultada a nivel nacional, predominada esta característica propia de nuestra cultura como es el SERVINACUY.

Las repercusiones socioeconómicas del entorno, hacen que la adolescente deba realizar ocupaciones fuera del hogar, algunas conservan su condición de estudiantes.

En los antecedentes obstétricos de las usuarias, en nuestro estudio en comparación con las de G. F. Gonzales a nivel nacional, son similares ya que ellos nos reportan antecedentes con 1 gestación 63.6% 2(26.4%) 3(66%) en las adolescentes y en las no adolescentes, son mayores los porcentajes de multigestas.

Es probable que la edad y la estabilidad conyugal influyan en el número de gestaciones ya que lo que se observa a mayor edad mayor número de gestaciones.

El grupo de no adolescentes tienen una paridad mayor, mientras que las adolescentes, en el 94% eran primíparas, la incidencia de abortos en adolescentes fue 3 veces mayor que las no adolescentes, en quienes encontramos 7.14%.

Los métodos anticonceptivos usados anteriormente fueron los poco seguros como los de barrera y naturales.

El 100% de la población en estudio ya usó algún método, a diferencia del estudio de G. Concori quien

reporta a 90.6%.

Respecto al tiempo de uso de la DEPOPROVERA, en ambos grupos es en su mayor porcentaje de 1 - 6 meses, la forma que eligieron el método fue por sugerencia de un profesional de salud, quien les dio la orientación en el 72.62% hay que resaltar que en el grupo de no adolescente el 23.8% eligieron el método por iniciación propia.

Los efectos secundarios, presentados en nuestro estudio, difieren de los reportados por G. Concori, quien reporta en 1er. lugar a las leucorreas con el 21.1% mientras que en nosotros son las cefaleas.

La tasa de incidencia de efectos secundarios en nuestro estudio es de 53.%, en las adolescentes es mayor 64% y menor en las no adolescentes 43%.

Iniciado el uso del método, el 100% de adolescentes se controló mientras que las no adolescentes tuvo un 14.89% de inasistencia.

Las complicaciones por el uso del método fue mínima 1.19% (*HIPERTENSIÓN*).

CONCLUSIONES

1.- El 98% de usuarias en estudio tiene algún grado de instrucción, existió un 2.38% de analfabetismo; en ambos grupos el grado de instrucción que primó fue el nivel secundario.
2.- Es relevante el hallazgo encontrado, en el grupo de adolescentes, quienes reportan un 71.42% de estado civil que son conviviente y/o casadas.
3. El estudio nos demuestra que en primer lugar en ambos grupos la ocupación de usuarias son amas de casa.
   El segundo lugar en: Adolescentes, la ocupación es de estudiantes y en las no adolescentes, son empleadas.
4.- Es probable que, la edad y estabilidad conyugal, influyen en número de gestaciones. A mayor edad, mayor número de gestaciones.
5.- La primiparidad, predomina, en ambos grupos, con el 93.55% y 61.90%, respectivamente.
6.- La tasa de incidencia de antecedentes de aborto en los adolescentes es 3 veces mayor que en las no adolescentes.
7.- Los métodos anticonceptivos más usados, fueron barrera, métodos naturales (poco seguros). Especialmente en el grupo de adolescentes, 50%.
8.- El 50% de usuarias adolescentes y no adolescentes tienen como tiempo promedio, de uso de la DEPOPROVERA de 1-3 meses.
9.- El 70% de usuarias eligió el método después de haber recibido consejería y orientación de un profesional de la salud, es significativo el número de usuarias que en un 30% lo hacen por iniciativa propia, porque se lo sugirieron en una farmacia o porque una amiga lo usa.
10.- El 53.57% de usuarias en general, presenta efectos secundarios, teniendo mayor incidencia en las adolescentes.
   La Tasa de Incidencia de efectos secundarios en las adolescentes es 64%, y en las no adolescentes 43%.
11.- El 92%, del grupo de estudio recibió control una vez iniciado el método, la totalidad de adolescentes se controlaron a diferencia de los no adolescentes que tuvieron un 14.29% de inasistencia y/o abandono.
12.- La presencia, de complicaciones son mínimas, en el grupo de estudio 2% (1 caso), Hipertensión en el grupo de no adolescentes.
13.- El efecto, secundario común en ambos grupos son en 1er lugar las cefaleas y en segundo lugar los cambios de peso.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el seguimiento y control de usuarias de métodos anticonceptivos.
2. Potencializar actividades de planificación familiar dirigidas a adolescentes específicamente.
3. Realizar capacitación de adolescentes, a nivel extra mural en los colegios e institutos, dado el porcentaje significativo de estudiantes encontradas en el estudio.
4. Establecer un programa de educación sexual, permanente para adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1.- G.F. Gonzales "LA ADOLESCENCIA EN EL PERÚ" Instituto Investigación de la Cultura - Universidad Cayetano Heredia - 1994

2.- La Rosa Liliana "SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES " Centro de Salud Pública Universidad Peruana Cayetano Heredia 1996

3.- Hatcher - Ronal - Guest "TECNOLOGIA - ANTICONCEPTIVA Edición Internacional Acep Bogotá Colombia - 1988

4.- Family Health International "Network en Español" Introducción a los anticonceptivos Vol. 4 Octubre 1995

5.- Oxford Clínica "DEPOPROVERA" Comunications - 1993

6.- R. Natiña "ADOLESCENCIA SEXUALIDAD Y EMBARAZO" Centro de Investigación y Extensión Bionera - 1991

7.- UNJBG "REVISTA MATERNO INFANTIL" Vol. 3

8.- International Programs Population R. "RIESGOS Y CONSECUENCIAS" - La Actividad Sexual y la Maternidad entre las Adolescentes de América Latina y del Caribe 1992.

9.- International Programs Population R. "Riesgos y consecuencias" La Actividad Sexual, La Maternidad entre las adolescentes de América Latina y el Caribe. 1992

Diagnóstico Citológico e Histopatológico del Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Angel G. Rosado Caro (1)
Obst. Sandra Chávez Guzmán (2)
Obst. Marina Choquepuma Ticona (3)
Obts. Carmen Carpio Becerra (4)

RESUMEN

Se revisaron 14,428 muestras de PAPANICOLAOU, recepcionadas en le Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de apoyo «Hipólito Unanue» de Tacna, de los cuales 60 (0.41%), fueron positivas, el 60% de éstos correspondieron a mujeres mayores de 35 años. La distribución para cada diagnóstico específico fue LIE de bajo grado/NIC I 28.33%, LIE de alto grado/NIC II 41.67%, LIE de alto grado/NIC III 20% y carcinoma epidermoide invasivo 10%. El 90% de casos iniciaron las relaciones sexuales antes de los 20 años y el 20% antes delos 14 años. El 95% de casos correspondieron a mujeres con estado civil estable, casadas o convientes, asi mismo 66.6% son multigestas y el 325% tuvieron más de 6 gestaciones. Solamente se realizó toma de muestra para la confirmación histopatológica del diagnóstico citológico al 38.33%. En cuanto a las muestras para exámenes histopatológicos el 58.06% fueron por bipsia no dirigida, 34.41% por biopsia dirigida (colposcopia); 4.30% por cono diagnóstico y 3.23% por histerectomía. Los hallazgos del diagnóstico histopatológico fueron 12.90% displasia leve; 2151% displasia moderada; 12.90% displasia severa; 6,46% carcinoma in situ; 5,3% carcínoma microinvasivo y 38.81% carcinoma invasivo, lo cual hace un porcentaje elevado de cáncer de cuello uterino en estadios avanzados que podría evitarse con un diagnóstico temprano mediante el uso correcto del depistaje por diagnóstico citológico (PAPANICOLAOU).

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino, es la neoplasia maligna que causa mayor número de muertes en mujeres adultas de países subdesarrollados. En el Perú, es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, siendo la tasa de mortalidad de 19.81 por 100,000 habitantes, representando un problema de salud pública, como sucede en muchos otros países de América Latina y El Caribe. Al elevado riesgo de enfermar y morir por esta causa se agregan los efectos de tipo psicosocial, ya que se da en una edad en que la mujer se constituye en el núcleo de la familia, agregándose al desequilibrio familiar que ocasiona este mal, la actitud de rechazo por parte de la pareja que en muchos casos produce la ruptura de la integridad familiar.

Por otra parte, ha sido demostrada la efectividad del PAPANICOLAOU (Diagnóstico de citología exfoliativa cervico-vaginal), como método de detección temprana de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, debiéndose asegurar condiciones de calidad así como una alta cobertura a la población de mujeres en edad fertil a nivel nacional.La confirmación del diagnóstico mediante estudios histopatológicos y el tratamiento de los casos detectados nos permitirá disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino. Según un estudio realizado en 1995 por el INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas), sólo el 7 % de mujeres mayores de 20 años se realizaron el examen de PAPANICOLAOU a nivel nacional ; además que el Programa de detección de cáncer de cuello uterino, no está formalmente llevado por lo que las informaciones estadísticas están sesgadas. En el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna, se recepcionan un promedio de 9,000 muestras para diagnóstico de PAPANICOLAOU, provenientes del mismo Hospital y de los Centros y Puestos de Salud Perifericos tanto peri-urbanos como rurales, de todo el Departamento de Tacna ; los casos positivos son derivados al Departamento de Ginecología y Obstetricia de este Nosocomio y también se recepcionan de éste muestras biópsicas, conos para diagnóstico y piezas operatorias obtenidas por histerectomía.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 14,428 muestras de PAPANICOLAOU recepcionadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue " de Tacna entre los años de 1996 y 1997, de las cuales 60 (0.41 %) fueron positivas para algún tipo de diagnóstico de citología exfoliativa cervico-vaginal; asimismo se revisaron 93 muestras que fueron remitidas para el diagnóstico histopatológico; los datos obtenidos se tabularon de acuerdo a la edad, al diagnóstico citológico , (se utilizó la nomenclatura del Sistema Bethesda), al diagnóstico histopatológico (se utilizó la nomenclatura de Displasia y diferentes grados de carcinoma invasivo) y a los factores de riesgo consignados en las solicitudes para exámenes de PAPANICOLAOU.

(1) Jefe del Servicio de Anatomía Patológica
(2) Obst. Asistencial HHUT.
(3) Obst. Unidad de Investigación e Informática del DGO.
(4) Obst. Consultorio Materno.

RESULTADOS

CUADRO Nro. 1

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES (Dx CITOLOGICO)

INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN AÑOS	TOTAL	
	Nº	%
10 - 14	12	20.00
15 - 19	42	70.00
20 - 24	6	10.00
TOTAL	60	100.00

CUADRO Nro. 2

ESTADO CIVIL (Dx CITOLOGICO)

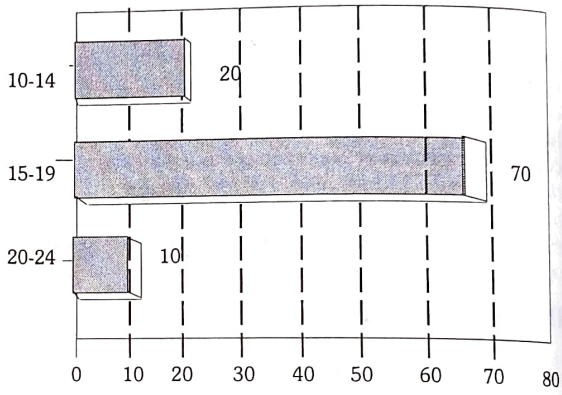
ESTADO CIVIL	TOTAL	
	Nº	%
CASADA	35	58.33
CONVIVIENTE	22	36.67
VIUDA	1	1.67
SOLTERA	2	3.33
TOTAL	60	100.00

CUADRO Nro. 3

NUMERO DE GESTACIONES (Dx CITOLOGICO)

NUMERO DE GESTACIONES	TOTAL	
	Nº	%
1	5	8.33
2	15	25.00
3	13	21.67
4	7	11.67
5	5	8.33
5 Y +	15	25.00
TOTAL	60	100.00

GRAFICO Nro. 1
EDAD DE INICIO DE R.S. (DX CITOLOGICO)



CUADRO Nro. 4

DIAGNOSTICO CITOLOGICO POR EDADES

EDAD EN AÑOS	DIAGNOSTICO CITOLOGICO									
	TOTAL		LIE DE BAJO GRADO NIC I		LIE DE ALTO GRADO NIC II		LIE DE ALTO GRADO NIC III		CANCER EPIDERMOIDE	
	Nª	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 - 24 años	6	10.00	3	17.65	3	12.00	-	---	-	--
25 - 29 años	5	8.33	1	17.65	3	12.00	-	---	-	--
30 - 34 años	7	11.67	3	17.65	2	8.00	2	16.67	.	--
35 - 39 años	21	35.00	5	29.41	12	48.00	3	25.00	1	16.67
40 - 44 años	9	15.00	1	5.88	2	8.00	3	25.00	3	50.00
45 - 49 años	5	8.33	3	17.65	2	8.00	-	---	-	---
50 - 54 años	4	6.67	1	5.88	1	4.00	1	8.33	1	16.67
55 - 59 años	-	---	-	---	-	----	-	---	-	---
60 y + años	3	5.00	-	---	1	4.00	1	8.33	1	16.67
TOTAL	60	100.00	17	28.33	25	41.67	12	28.00	6	10.00

GRAFICO Nro. 2
ESTADO CIVIL
(DX CITOLOGICO)

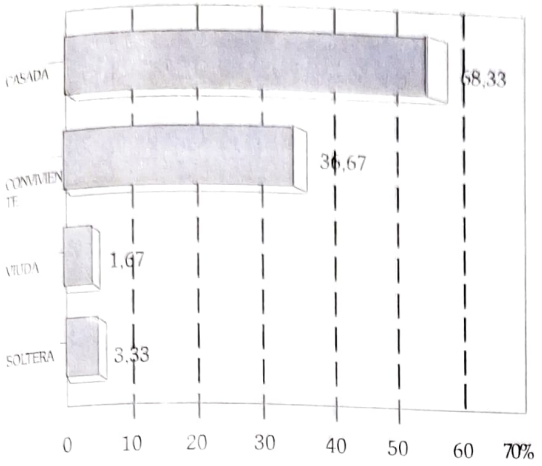


GRAFICO Nro. 3
Nº DE GESTACIONES
DX CITOLOGICO

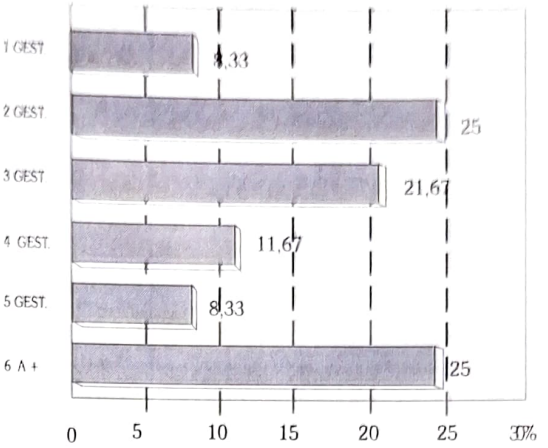


GRAFICO Nro. 4

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

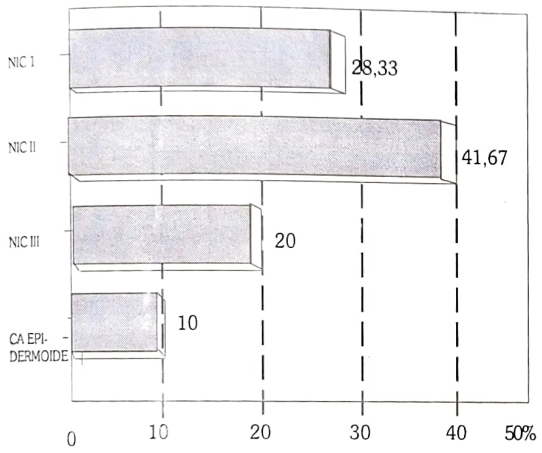


GRAFICO Nro. 5
LIE DE BAJO GRADO / NIC I
POR EDADES (DX CITOLOGICO)

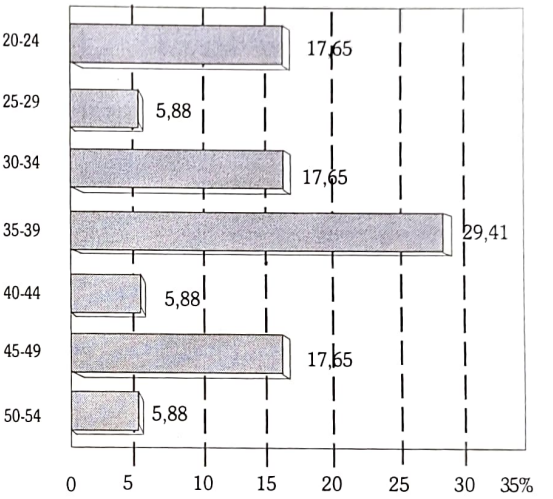


GRAFICO Nro. 6
LIE DE ALTO GRADO / NIC II
POR EDADES (DX CITOLOGICO)

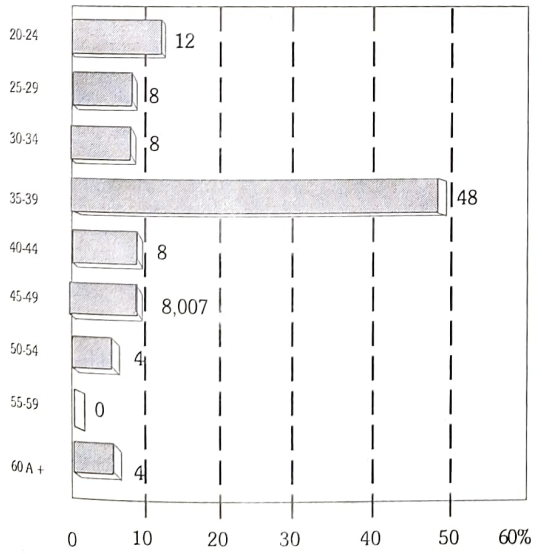


GRAFICO Nro. 7
LIE DE ALTO GRADO / NIC III
POR EDADES (DX CITOLOGICO)

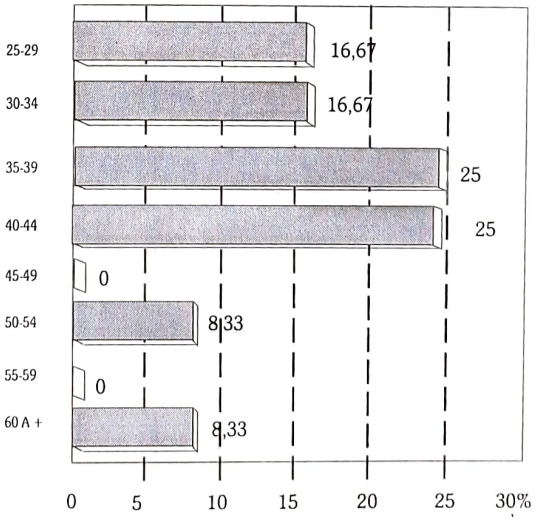


GRAFICO Nro. 8
CA EPIDERMOIDE
POREDADES (DX CITOLOGICO)

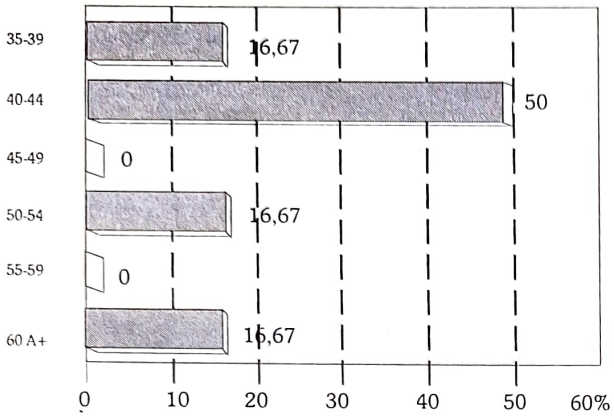


GRAFICO Nro. 9
OBETENCION DE LA MUESTRA
PARA DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

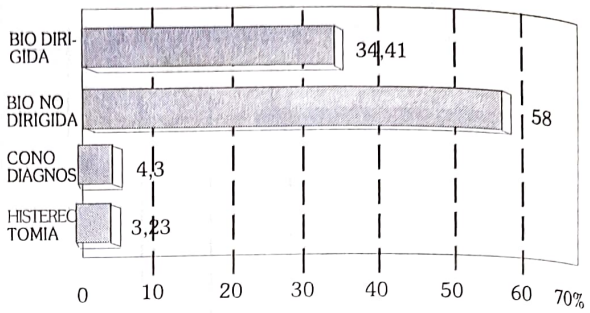


GRAFICO Nro. 10
DISPLASIA LEVE
POR EDADES (DX HISTOLOGICO)

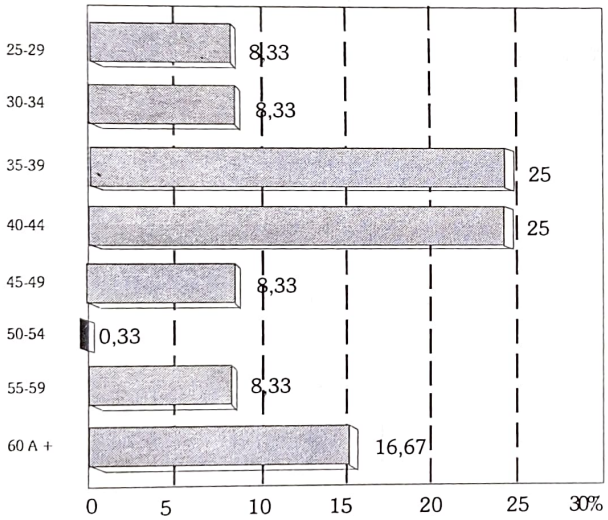


GRAFICO Nro. 11
DISPLASIA MODERADA
POR EDADES (DX HISTOLOGICO)

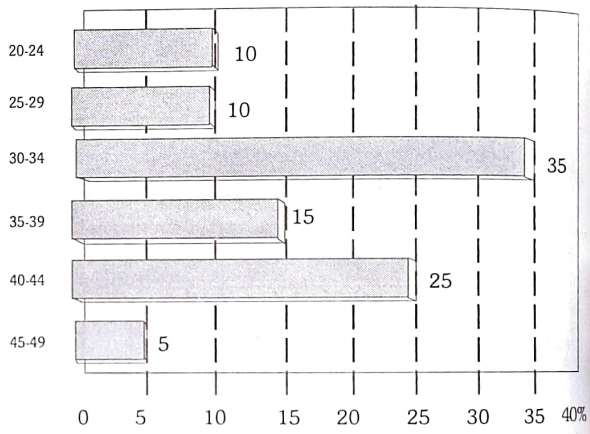


GRAFICO Nro. 12
DISPLASIA SEVERA
POR EDADES (DX HISTOLOGICO)

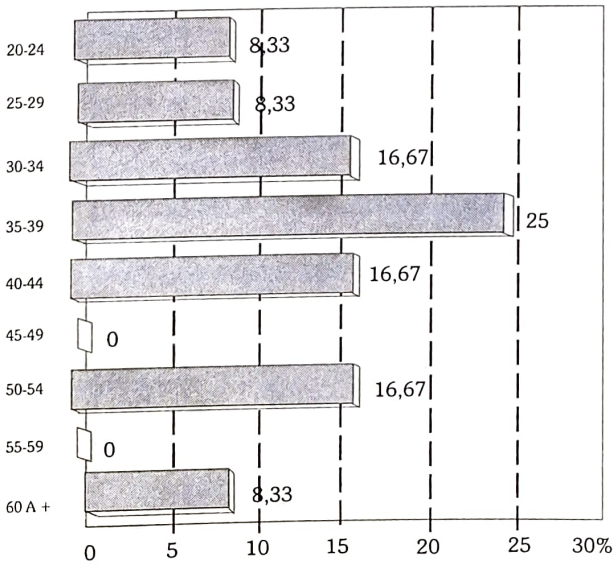


GRAFICO Nro. 13
CA INSITU
POR EDADES (DX HISTOLOGICO)

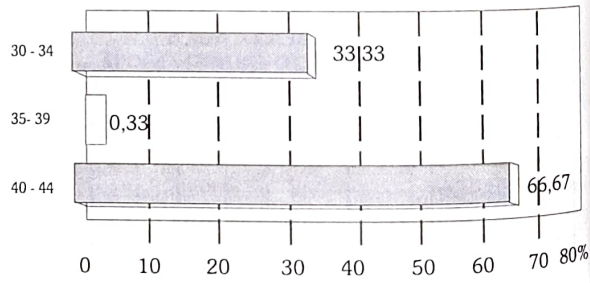
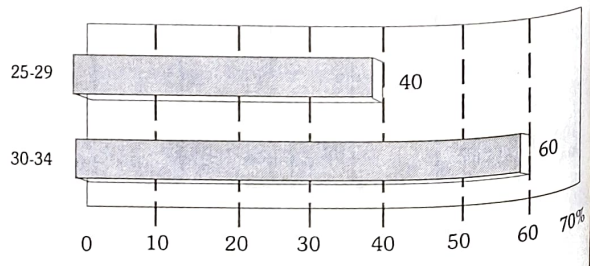


GRAFICO Nro. 14
CA MICROINVASIVO
POR EDADES (DX HISTOLOGICO)



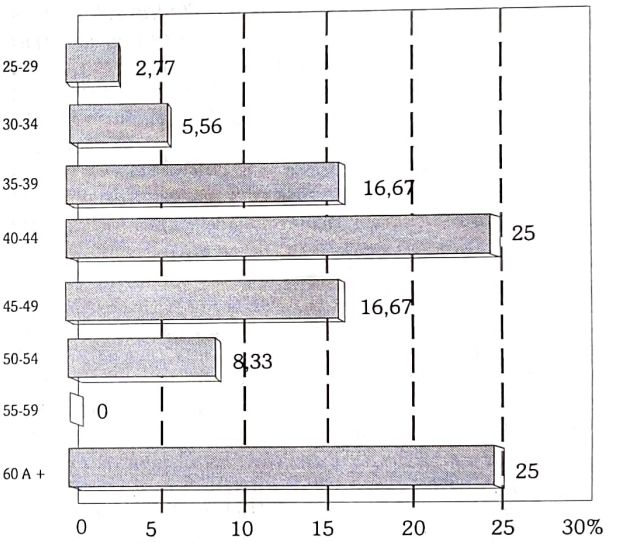
EDAD EN AÑOS	TOTAL		DIAGNOSTICO HISTOLOGICO													
			DISPLASIA LEVE		DISPLASIA MODERADA		DISPLASIA SEVERA		CANCER IN SITU		CA. MICRO INVASOR		CANCER INVASOR		MUESTRA INSUF.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 - 24 AÑOS	3	2.23	-	--	2	10.00	1	8.33	-	--	-	--	-	--	-	--
25 - 29 AÑOS	7	7.53	1	8.33	2	10.00	1	8.33	-	--	-	--	-	--	-	--
30 - 34 AÑOS	18	19.35	1	8.33	7	35.00	2	16.67	2	33.33	3	60.00	2	5.56	1	50.00
35 -39 AÑOS	15	16.32	3	25.00	3	15.00	3	25.00	-	--	-	--	6	16.67	-	--
40 - 44 AÑOS	23	24.73	3	25.00	5	25.00	2	16.67	4	66.67	-	--	9	25.00	-	--
45 - 49 AÑOS	9	9.68	1	8.33	1	5.00	-	--	-	--	-	--	6	16.67	1	50.00
50 - 54 AÑOS	5	5.37	-	--	-	--	2	16.67	-	--	-	--	3	8.33	-	--
55 - 59 AÑOS	1	1.07	1	8.33	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--
60 Y + AÑOS	12	12.90	2	16.67	-	--	1	8.33	-	--	-	--	9	25.00	-	--
TOTAL	93	100.00	2	12.90	25	41.67	12	12.90	6	6.46	5	5.37	36	38.71	2	2.15

CUADRO Nro. 5

OBTENCION DE LA MUESTRA PARA DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

FORMA DE OBTENCION DE LA MUESTRA	TOTAL	
	Nº	%
BIOPSIA DIRIGIDA (COLPOSCOPIA)	32	34.41
BIOPSIA NO DIRIGIDA	54	58.06
CONO DIAGNOSTICO	4	4.30
HISTERECTOMIA	3	3.23
TOTAL	93	100.00

GRAFICO Nro. 15
CA INVASIVO
POR EDADES (DX HITOLOGICO)



DISCUSION Y COMENTARIOS

En cuanto a la evaluación de los factores de riesgo consignados en las solicitudes para exámenes de PAPANICOLAOU , vemos en lo referido a la edad de la primera relación sexual, que el 90 % (54 casos), iniciaron las relaciones sexuales antes de los 20 años y un 20 % (12 casos) antes de los 14 años.(Ver cuadro y Gráfico No 1). El estado civil y la multiparidad nos dan un indicio sobre la actividad sexual de la población en estudio , en este caso el 95 % (57 casos), tienen un estado civil estable (casadas o convivientes); de igual forma el 66.67 % (45 casos) son multigestas y el 25 % (15 casos), tienen más de 6 gestaciones. (Ver cuadros y Gráficos No 2 y 3).

En lo referido al diagnóstico citológico por edades, se puede observar que la mayoría (43 casos), se dió en mayores de 35 años con el 60%, siendo el porcentaje de casos para cada diagnóstico de 28.33 % (17 casos), con LIE (Lesión Intraepitelial Escamosa) de bajo grado / NIC I ; 41.67 % (25 casos), para LIE de alto grado / NIC II, el 20 % (12 casos) para LIE de alto grado / NIC III y el 10 % (6 casos) para carcinoma epidermoide invasivo. En cuanto a cada diagnóstico específico por edades, vemos que LIE de bajo grado /NIC I se presenta entre los 20 y 54 años, LIE de alto grado / NIC II entre los 20 y más de 60 años, LIE de alto grado / NIC III entre 25 y más de 60 años y el carcinoma epidermoide invasivo entre los 35 y más de 60 años (ver Cuadro No 4 y Gráficos del No 4 al No 8).

De los 60 casos positivos para diagnóstico citológico solamente al 38.33% (23 casos) se le tomo algún tipo de muestra para su comprobación histopatológica.

De las 93 muestras recibidas para diagnóstico histopatológico, 54 (58. 06 %), fueron por biopsia de cervix no dirigida; 32 (34.41 %) , por biopsia diri-

gida por colposcopia; 4 (4.30%), por cono diagnóstico, y 3 (3.23 %), por histerectomía (Ver Cuadro No 5 y Gráfico No 9). Los hallazgos del diagnóstico histopatológico nos hacen ver que 12 casos (12.90%) fueron de Displasia leve, 20 casos (21.51%), Displasia moderada, 12 casos (12.90%), Displasia Severa; 6 casos (6.46%), carcinoma in situ ; 5 casos (5.37 %); carcinoma microinvasivo y 36 casos(38.71 %) con carcinoma invasivo ; solamente en 2 casos (2.15 %) la muestra no fue representativa para el diagnóstico histopatológico.

El mayor número de diagnósticos se dieron entre las edades de 30 y 44 años ,56 casos (60.40 %). (Ver Cuadro No 6 y Gráficos del No 10 al No 15).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El porcentaje de casos positivos para el diagnóstico citológico (PAPANICOLAOU), fue de 0.41 %; a nivel nacional oscila entre 0.2 y 1.6%.

Siendo factores factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino la edad de inicio de las relaciones sexuales (a más temprana edad mayor riesgo), y la actividad sexual (más frecuente en casadas que en solteras); vemos que el 90 % de la población en estudio inició las relaciones sexuales antes de los 20 años y 20 % antes de los 14 años; así mismo el 95 % tienen un estado civil estable (casadas o convivientes); el 66.67 % son multigestas y el 25 % tienen más de 6 gestaciones lo cual indirectamente nos indica que es una población sexualmente activa.

Los hallazgos del diagnóstico citológico nos permitió evidenciar lesiones premalignas LIE de bajo grado/ NIC I 28.33% ; LIE de alto grado /NIC II 41.67 %; LIE de alto grado /NIC III 20% y cáncer invasivo 10 %; actualmente se está utilizando el Sistema Bethesda para los informes de etiología exfoliativa cervico-vaginal, que es el sistema de información utilizado a nivel internacional el mismo que nos permite evaluar la calidad de la muestra y otros parámetros para mejorar la perfomance de este exámen; del mismo modo, se coordina y capacita al personal encargado de la toma de muestras para el diagnóstico citológico, en el mejor uso de los instrumentos para la toma de ésta, y así obtener una muestra más representativa para el diagnóstico.

Solamente al 38.33 % de casos positivos se les realizó toma de algún tipo de muestra para la comprobación histológica del diagnóstico y posterior tratamiento, lo cual es un porcentaje bajo que puede repercutir en la aparición a posteriori de estados más avanzados de esta neoplasia; se debe realizar un seguimiento a todas las pacientes con diagnóstico citológico positivo para que este sea confirmado y el tratamiento posterior sea el más eficaz y así poder disminuir la morbimortalidad por esta neoplasia.

La forma de obtención de muestras para el diagnóstico histopatológico nos evidencia que el 58.06 % fueron por biopsia no dirigida; 34.45 % por biopsia dirigida (colposcopía); 4.30 % por cono diagnóstico y 3.23 % por histerectomía . El porcentaje de toma de biopsia " a ciegas " es muy elevado, el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue " cuenta con un colposcopio y con personal médico capacitado para la toma de biopsia dirigida y debería obtenerse el mayor número de biopsias de cuello uterino por este método.

En cuanto a los resultados del diagnóstico histopatológico es preocupante que los hallazgos de casos de carcinoma epidermoide invasivo sea del 38.71% de los casos estudiados lo cual hace que el tratamiento posterior se realice en un Centro Hospitalario más especializado (INEN), con un costo económico elevado y una tasa de sobrevida muy baja.

Con los resultados obtenidos podemos concluir que el diagnóstico del cáncer de cuello uterino debe ser multidisciplinario; debe implementarse a nivel nacional un programa de detección temprana de ésta neoplasia bien llevado y coordinado, con énfasis en acciones preventivo-promocionales; de detección, diagnóstico y tratamiento a la población en riesgo, solo asi podremos disminuir la morbimortalidad que causa esta neoplasia.

BIBLIOGRAFIA

1. NATIONAL CENTER INSTITUTE WORKSHOP; THE 1988, Bethesda Sustem for reporting cervicl/vaginal cytologic diagnosis. Acta Cytol 33. 567-574. 1989.
2. PAPANICOLAOU, G.N.; New cáncer diagnosis. Proceedings 3. Race Betterment COnference, Battle Creek, Michigan, 1928.
3. PARDO F.J. Anatomía patológicua general y especial, Mosby/Doyma Libros, 1997.
4. RICHART, R.M. Cervical intraepithelial neoplasia. Pathol. Annu 8:301 - 328, 1993.
5. RICHART R.M. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet. Gynecol 75: 131 - 133. 1990.
6. SOCIEDFAD PERUANA DE CITOLOGIA, Boletín Nro. 1, Vol. 1, Junio de 1997.
7. STEVENS A y LOWE J., Anatomía patológicua, Mosby/Doyma Libros, 1996.
8. TAKAHASHI M.; Atlas de citología dle cáncer, segunda edición, Editorial Médica interamericana 1993.

Relación de la Ansiedad con la Presencia de Síntomas de Somatización

Médico Psq. José Revilla Urquizo (1)
As. Soc. Gladys Coaquira Pari
Psicólogo Edgard Romero Mejía

RESUMEN:

Para el presente trabajo de investigación «La relación de ansiedad con la preencia de síntomas de somatización en consultorio externo de medicina» realizado los meses de Enero, Febrero, Marzo de 1997 se consideró como muestra a 283 pacientes cuyas edades fluctúan entre 16 y 50 años de ambos sexos, siendo divididos en tres grupos adolescentes, jóvenes, y adultos, siendo exceptuados menores de 16 años, mayores de 50 años y pacientes con trastornos mentales psicóticos.

. Encontrándose diferencias estadísticas significativas entre las categoríade somatización en relación al sexo.
- Diferencias estadisticas significativas entre ansiedad, estado, rasgo, rasgo y edad.
- Diferencias significativas entre ansiedad, rasgo, estado y el grado de instrucción, primaria, secundaria, superior.
: Diferencias significativas entre categorías e indicadores de somatización y el grado de instrucción.

INSTRUCCION:

La ansiedad en nuestra sociedad se ha convertido en un factor condiconante y motivador de muchos efectos secundarios en los seres humanos. Dentro de los más resaltantes encontramos a los Trastornos de somatización, que en muchas ocasiones pasan desapercibidos durante la atencion médica dentro de los diferentes consultorios del Sector Salud. Lo cual motiva que los pacientes que acuden a las mismas se enfrenten a una serie de evaluaciones alfinal de las cuales no logran obtener un diagnóstico específico y una atenciòn que brinde una recuperación completa sus síntomas que en muchas ocasiones son de orden Psicosomático.

MATERIAL Y METODOS:

Para la presente investigación se utilizó dos instrumentos de Evaluación uno, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spierberger (IDARE)) estandarizado en la ciudad de Arequipa y el Cuestionario de Criterios para el Diagnóstico de Trastornos de Somatización basado en DSM IIIR.

La población considera en este estudio está conformada por todo los pacientes qeu asistieron a los consultorios de medicina general del Hospital de Apoyo Nro. 1 «Hipólito Unanue» de Tacna, durante el período de Enero a Marzo de 1997.

La selección de los mismos fue de carácter intencionado ya que se excluyeron a los mayores de 50, los que presentaban sospecha de Retardo Mental, Medicado conPsicofármacos, con enfermedades terminales, analfabetos y psiquiátricos.

La muestra quedó conformada por sujetos cuyas edades fluctúan entre los 16 y 50 años, las cuales se distribuyeron en tres etapas: Adolescente, Jóvenes y Adultos, de ambos sexos, de distintos grados de instrucción y tiempo de enfermedad. Quedando conformada por 283 pacientes a los cuales se les aplicó ambas evaluaciones.

RESULTADOS

3.1.- Existen diferencias significativas entre las categorías de Somatización en relación al sexo así como también en los indicadores y el mismo.
3.2.- No existen diferencias significativas entre la ansiedad Rasgo y estado y el Sexo.
3.3 Existen diferencias significativas entre las Ansiedad Estado y Rasgo y la Edad.
3.4 Existen Diferencias significativas entre las categorías e Indiciones de Somatización y la Edad.
3.5.- Existen Diferencias significativas entre la Ansiedad Rasgo y Estado y el Grado de Instrucción.
3.6.- Existen diferencias significativas entre las categorías e Indicadores de Somatización y el grado de instrucción.

DISCUSION Y COMENTARIOS:

encontramos que las mujeres presentan mayor tendencia a la Manifestación de trastornos de Somatizacion que los varones tanto adolescentes como adultas, no siendo igual en las jóvenes. Pudiéndose deber a que en nuestra sociedad se le inculca desde muy pequeña a la mujer que la Menstruacion y los síntomas que se asocian son una «enfermedad» lo cual repercute en la presencia de mayor número de queja de orden físico sin base orgánica.

Enla relación al grado de instrucción podemos obsevar que mucho depende del nivel socio cultural

(1) Médico Psiquiátra, Jefe del Servicio de Psiquiatría

para la presencia de niveles de ansiedad y los trastornos de SOmatización ya que a menor nivel socio cultural mayor incidencia en estos últimos.

CONCLUSIONES:

Es necesario que en los Centros hospitalarios y de salud se proceda al diagnóstico en forma primaria y la presencia de ansiedad en los pacientes que acuden a consulta y el grado de influencia que esa pueda tener en la enfermedad de los mismos.

Es de igualimportancia la Evaluación de los síntomas de Somatización de Categoría e indicaciones de los Pacientes que acuden a ser examinados.

Es de vital importancia el actuar multidisciplinario dentro del sector salud, para poder brindar unamejor atención y diagnóstico a nuestros pacientes.

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA TOTAL EN

RELACION A LA EDAD Y SEXO

	TOTAL		SEXO			
			H.		M.	
TOTAL	F	%	F	%	F	%
16 - 22	75	26,5	24	8,48	51	18
23 - 35	122	43,1	46	16,3	76	26,9
36 - 50	86	30,4	25	8,83	67	21,6
	283	100	95	33,6	188	66,4

	POBLACION								SEGUN CRITERIOS DE EXCLUSION								MUESTRA							
	TOTAL		16-22		23-35		3650		TOTAL		16-222		3-35		35-50		TOTAL		16-22		16-35		36-50	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ENERO	551	46,11	104	8.70	411	34.4	36	3,01	373	40.0	55	5,9	98	10,5	220	23,6	178	63	40	14	85	30	53	19
FEBRERO	282	23,6	80	6,70	180	15,1	22	1,84	210	22,5	72	7,73	113	12,1	25	2,68	72	25	22	7,8	28	8,9	22	7,8
MARZO	362	30,29	87	7,28	249	20,8	26	2,18	349	37,5	142	15,2	108	11,6	99	10,6	33	12	13	4,5	9	3,2	11	3,9
	1195	100							932	100							283	100						

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA TOTAL SEGUN LA EDAD, SEXO

Y SU RELACION CON LA ANSIEDAD ESTADO

	TOTAL		ADOLESCENTES						JOVENES						ADULTOS					
			Sub Total		M		F		Sub Total		M		F		Sub Total		M		F	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SEVERO (Sv)	44	15,55	2	0,71	1	0,35	1	0,35	20	7,07	9	3,18	11	3,89	22	7,77	9	3,18	13	4,59
Marcado (Mc)	91	32,15	25	8,83	9	3,18	16	5,65	35	12,37	15	5,3	20	7,07	31	10,95	9	3,18	22	7,77
Moderado (Md)	133	47,00	43	15,19	13	4,59	30	10,6	62	21,91	20	7,07	42	14,84	28	9,90	5	1,77	23	8,13
Mínimo (Mn)	15	5,70	5	1,76	1	0,35	4	1,41	5	1,77	2	0,71	3	1,06	5	1,77	2	0,71	3	1,06
No hay Ansiedad (Na).	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	283	100																		

BIBLIOGRAFIA

1.- BARCLAY, Martín 19995 Psicología Anormal Editorial Internacional. 2da. Edición México.

2.- BELLOCH, Amparo 1995 manual de Psicolo gía Editorial. Interamericana España.

3.- GRAIG, Grace 1994 Desarrollo Psicopatológico Editorial Hispano americana 6ta. Edición Méxi co.

4.- DARLEY, John y otros 1990 Psicopatología Editorial Prentice- Hall Hispanoamericana Méxi co.

5.- LOGRE, B.J. Psiquiatrica Clínica Editorial Tro quel 5ta. Edición Argentina.

6.- PACHEDRI, Paolo 1990 Manual de Psiquiatría Clínica Editorial Trillas. 2da. Edición México.

7.- PICHOT, Pierre 1996 Manual Diagnóstico y Es tadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) Editorial Masson S.A. 6ta. Edición España.

8.- REVISTA, 1995 Focus Depresión and anxiety Volumen V PMSI Bugamor BV Argentina.

9.- REVISTA, 1005 Focus Depresión and Anxiety Volumen VI PMSI Bugamor BV Argentina.

10.- SPILBERGER Charles 1980 Tensión y Ansiedad Editorial Tierra firme S.A. México.

Aborto en Adolescentes Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1996 - 1997

Dr. Marco Neyra Urquizo (1)
Dr. Víctor García Montenegro (2)

RESUMEN

El Objetivo fue determinar las características del aborto en adolescentes en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, en el período comprendido entre el 1.de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 1997.

Se revizó 80 casos de menores de 20 años con diagnóstico de aborto. Se excluyeron 22 casos por no encontrarse en el archico o no corresponder al criterio de inclusión. Se utilizó el Sistema informativo Perinatal y el archivo de Estadística.

El 97.51 % de casos tuvo una edad comprendida entre 15 y 19 años. El 75 % de pacientes realizó estudios secundarios, siendo solteras el 53.75 %. El 90 % de casos eran primigestas y la mayoría de ellas, 87.5 % no tuvo control pre - natal. En 7.5 % hubo el antecedente de un parto previo. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue de aborto incompleto con 76.25 %. Concomitantemente al aborto, 13.75 % tuvieron infección urinaria.

Concluímos que el aborto en la adolescencia es más frecuente en la etapa tardía y en mujeres solteras con estudios secundarios, sin control pre- natal.

INTRODUCCION

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o cuando el producto pesa menos de 500 gr. (2, 12, 13. La Organización Mundial de la Salud define al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y 19 años (7). Se la divide, siguiendo la clasificación dada por Monroy de Velasco, en adolescencia temprana (11 a 15 años) y adolescencia tardía (16 a 19 años) (8); pero la cuestión es que en realidad, la adolescencia tiene límites poco definidos.

El embarazo no deseado en adolescentes sería producto de la interacción de tres factores :

1) Magnitud de la población adolescente, según la ENDES representan el 23.5 % de la población total;
2) El escenario o entorno socio cultural en que se desenvuelven;
3) Las particularidades de su desarrollo psico emocional y sexual (5), eventualmente podría terminar con un aborto ilegal y lo que es más grave, en la muerte de la adolescente.

Es importante destacar que en el estudio de Cervantes y col. (9) sobre mortalidad materna, el 11 % de muertes ocurrió en mujeres de 15 a 19 años, siendo la causa directa de la misma el aborto, en más del 50 % de los casos.

La gestación en adolescentes se ha descrito en los últimos años como un problema de Salud Pública, debido a las consecuencias adversas que conlleva sobretodo las de origen socio económico y en el área de la Salud Mental (11).

La tasa real del aborto en el Perú es desconocida (3) debido a que en su manejo se involucran aspectos médicos, sociales y legales. Las cifras encontradas por nosotros en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue son el fiel reflejo de la realidad local y difieren en algunos aspectos de otras publicadas a nivel nacional.

Por las consideraciones anteriormente mencionadas, pretendemos realizar una revisión sobre las características del aborto en adolescentes, ya que no existen publicaciones locales y luego plantear algunas recomendaciones que estimamos serán de utilidad.

MATERIAL Y METODOS

Se ha escogido un periodo de estudio que va desde el 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 1997, durante el cual se han atendido en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna un total de 5280 partos y 722 abortos registrados en nuestro banco de datos del Sistema Informatico Perinatal. Durante este período se atendieron 102 casos de aborto en mujeres comprendidas entre 10 y 19 años.

Se seleccionó las Historias Clínicas de las pacientes admitidas a nuestro Servicio con la impresión diagnóstica de aborto en sus diferentes variedades y que tuvieron una edad comprendida de 10 a 19 años. Identificados estos casos a través de nuestro sistema informático y mediante las Historias Clíni-

(1) Médico Gineco-obstetra. Coordinador de la Unidad de Salud Reproductiva de la Adolescencia del DGO.
(2) Médico Gineco-obstetra. Coordinador de la Unidad de Investigación e Informática del DGO.

cas en el servicio de Estadística, se seleccionaron 80 casos. No se encontraron 17 Historias Clínicas y 5 no correspondían a este grupo etáreo.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 80 casos de aborto en adolescentes. La mayor parte de las pacientes fueron admitidas al Servicio de Obstetricia por Emergencia.

FRECUENCIA : Desde el lero de Enero de l996 al 31 de Diciembre de l997 se atendió en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue un total de 5,280 partos y 722 abortos. Durante este periodo se atendió, además, 102 casos de abortos en adolescentes que representan una frecuencia de l9.69 por 1,000 nacidos vivos y 1.93 % en relación al total de partos (Tabla 1).

EDAD : La mayor incidencia correspondió al grupo etáreo comprendido entre 15-19 años, que comprende la adolescencia tardía con 97.5 % (Tabla 2)

GRADO DE INSTRUCCIÓN : La mayoría de las pacientes tenía o cursaba estudios secundarios (75%) 1 paciente (1.25 %) era analfabeta y el 8.75 % tenía estudios superiores (Tabla 3).

ESTADO CIVIL : El 53.75 % de los casos ocurrió en solteras, siendo el 41.25 % convivientes o unión estable y 5 % casadas (Tabla 4).

GESTACIONES PREVIAS : La mayor parte de pacientes (90 %) cursaba su primera gestación y en el 10 % de casos había el antecedente de una gestación anterior (Tabla 5).

PARTOS PREVIOS : El 92.5 % de todas las adolescentes comprendidas en el estudio eran nuliparas, sin embargo el 7.5 % tenía un parto anterior. (Tabla 6).

CONTROL PRE NATAL: Entre el total de adolescentes sólo hubo control pre natal en el 12.5 % y predominantemente un control (6.25 %), la gran mayoría no tuvo control pre natal (87.5 %). (Tabla 7).

TIPO DE ABORTO : El mayor porcentaje de casos (76.25 %) ingresó con diagnóstico de aborto incompleto; en segundo lugar, aborto séptico con 10 % y aborto retenido con 8.75 %. (Tabla 8)

COMPLICACIONES DEL ABORTO : La mayoría de adolescentes no presentó ninguna complicación (70%). 15% de pacientes tuvieron concomitantemente infección urinaria y 13.75 % anemia aguda. No se presentaron complicaciones que hubieran requerido cirugía mayor. (Tabla 9)

DISCUSION

Diversas publicaciones han informado que la frecuencia de embarazos en adolescentes han venido en aumento, lo que estaría en relación con la mayor actividad sexual de los adolescentes (9, (18).

La atención del aborto y sus complicaciones es una de las causas más importantes de Morbilidad y Mortalidad Materna en el Perú. (4 , 6)

El presente estudio analiza las características del aborto en adolescentes en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, habiéndose revisado un total de 80 casos. Los resultados de este trabajo son coincidentes en muchos aspectos con otro realizado a nivel nacional. (1)

Así tenemos, que la tasa de Abortos en Adolescentes es de 19.69 por mil nacidos vivos y de 1.93 % sobre el total de partos, resultados no comparables por no existir datos a nivel nacional o local.

El Aborto es más frecuente en la segunda década de la vida, lo que refleja el mayor potencial reproductivo de la mujer en esta etapa, sin embargo difiere de la experiencia brasileña (l4) donde el mayor porcentaje está en mujeres adolescentes.

En el presente estudio el 97.5 % de casos estuvo comprendido en la adolescencia tardía, lo que se aproxima a un estudio realizado a nivel nacional. (1)

En cuanto al grado de instrucción, notamos que el 75 % de casos tenía estudios secundarios y 8.75 % universitarios, lo que representa la realidad local donde la tasa de analfabetismo es una de las más bajas a nivel nacional.

La mayor cantidad de adolescentes, (53.75 %) eran solteras y 41.25 % convivientes, siendo primigestas el 90 %, lo que difiere de estudios realizados a nivel nacional. (1, 16)

Un 7.5 % de pacientes tenía el antecedente de un parto anterior, lo que refleja la falta de Planificación Familiar o que el grupo adolescente no tiene el acceso apropiado hacia dichos Programas. Por otro lado, la mayoría de adolescentes, 87.5 % no tenía control pre natal, lo que puede significar que eran embarazos no deseados o embarazos ocultos sin acudir a los servicios de salud, por temor.

Predominantemente el tipo de aborto más frecuente fue el incompleto con 76.25 % y por otra parte, en el 70 % de los casos no se presentó ninguna complicación, comparables con los hallazgos de Acosta en Lima; sin embargo, creemos que muchos de estos casos fueron abortos producto de algún tipo de maniobra y que afortunadamente no requirieron de procedimientos quirúrgicos mayores.

Pensamos que la solución a este problema debería darse en el nivel primario, esto es, evitar o pospo-

ner el embarazo para la segunda década mediante educación (11), así como proveer el Programa de Planificación Familiar.

CONCLUSIONES

1.- La mayoría de abortos en adolescentes se presenta en al adolescencia tardía.
2.- La mayor cantidad de pacientes tenía estudios secundarios.
3.- Predominantemente las adolescentes con diagnóstico de aborto, son solteras.
4.- El mayor número de adolescentes con aborto son primigestas, nulíparas y sin control pre natal.
5.- El tipo de aborto más frecuente es el Incompleto.
6.- El mayor porcentaje de pacientes no presentó ninguna complicación.

RECOMENDACIONES

1.- Promover el Programa de Planificación Familiar, haciéndolo más oportuno y accesible a la población adolescente.
2.- Centralizar el manejo de la adolescente embarazada en la Unidad del Hospital de Apoyo.
3.- Mejorar el sistema de referencia de los Centros de Salud hacia el Hospital de Apoyo , en adolescentes embarazadas.
4.- Mejorar y promover la información sobre Educación Sexual en población escolar.
5.- Crear consultorios o fichas de consejería personalizada en colegios, para alumnos adolescentes.

TABLA 1
FRECUENCIA

Total de Partos (> 500 gr.)	5280	(96 - 97)
Total de RN vivos (> 500 gr.)	5179	
Total abortos adolescentes	102	
Tasa Incidencia (x mil Nac. Vivos)	19.69	
Sobre total de partos	1.93 %	

TABLA 2

EDAD	Nº	%
10 - 14	02	2.5
15 - 19	78	97.5

TABLA 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Ninguno	01	1.25
Primaria	12	15.00
Secundaria	60	75.00
Universidad	07	8.75

TABLA 4

ESTADO CIVIL	Nº	%
Casada	04	5.00
Unión estable	33	41.25
Soltera	43	53.75

TABLA 5

GESTACIONES PREVIAS	Nº	%
Ninguna	72	90.00
1	08	10.00
2	—	—

TABLA 6

PARTOS PREVIOS	Nº	%
0	74	92.5
1	06	7.5
2	-	—

TABLA 7

CONTROL PRE NATAL	Nº	%
0	70	87.5
1	05	6.25
2	04	5.0
3	01	1.25

TABLA 8

TIPO DE ABORTO	Nº	%
Incompleto	61	76.25
Séptico	08	10.0
En curso	02	2.5
Retenido	07	8.75
Inevitable	02	2.5

TABLA 9

COMPLICACION	Nº	%
Shock Hipovol.	-	—
Shock Séptico	-	—
Sepsis	01	1.25
Peluiperitonitis	-	—
Infección Urinaria	12	15.0
Anemia Aguda	11	13.75
Ninguno	56	70.00

BIBLIOGRAFIA

1.- APARICIO J. Col. : Características del aborto en adolescentes. Hospital 2 de Mayo. Revista de la Sociedad Peruana de Gineco - Obstetricia. Lima - Perú . 1996.

2.- BENSON R. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico.. Manual Médico Moderno. México. 1979.

3.- CARDICH R. y CARRASCO F. : Visiones del Aborto Pág. 149. Manuela Ramos y Pop., Council. Lima - Perú. 1993.

4.- CERVANTES R., WATANABE T., DENEGRI J.: Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Lima Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y ginecología. OPS/OMS. Lima - Perú. 1988

5.- CERVANTES R. , WATANABE T. : La adolescencia como problema de salud reproductiva. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima - Perú . 1994

6.- CHUMBE O. y Col. : El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. Ginecología y Obstetricia. Lima - Perú. 1994.

7.- DONAS S. : Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OMS/OPS. San José - Costa Rica. 1996

8.- GONZALES, O. : La adolescencia en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto de Investigaciones de Altura. Lima - Perú. 1994.

9.- LOLI, A. : Sexualidad en la adolescencia. Servicio Médico Materno Infantil "San Alfonso". Lima - Perú. 1988

10.- MILLAN, T. y Col. : Salud reproductiva en adolescentes escolares: Conocimiento, actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. Rev. Méd. Santiago de Chile . 1995.

11.- MOLINA, R y Col. : Adolescencia, sexualidad y embarazo. Centro de extensión biomédica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago de Chile. 1991.

12.- PRITCHARD, J and HELLMAN, L. WILLIAMS : Obstetricia. México. Ediciones Salvat. México. 1978.

13.- SCHWARZ, R y Col.: Obstetricia. Buenos Aires. El ateneo . Buenos Aires - Argentina. 1986

14.- SCHOR, N : Aborto como problema de Salud Pública. Estudio de demanda de mujeres que recurran al hospital por complicaciones de aborto. Circulo Cultural Médico. Sao Paulo - Brasil. 1984.

15.- TANG, L. y Col. : El aborto en el Perú. Ginecología Obstetricia. Lima - Perú. 1992.

16.- TANG, L. : Embarazo en adolescentes. UPCH. Facultad de Medicina "Alberto Hurtado". Lima - Perú. 1991

17.- TAVARA, L. : Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos. Revista de la Sociedad Peruana de Ginecología Obstetricia. Lima - Perú. 1995

18.- THE ALAN TUTHMACKER INSTITUTE : Million teen agers. The Planned Parent Hood Federation Of América. New York - EE.UU. 1975.

Morbilidad Neonatal Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1996 - 1997

Dra. Rosa Cahua Bernales (1)
Dr. Manuel Ticona Rendón (2)
Dr. Javier Gonzales Rivera (3)
Dra. Gina Rossi Bladewelder (3)

RESUMEN

Se realizó el estudio «MORBILIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA (1996-97)» con la finalidad de determinar la frecuencia, porcentaje y tasa de morbilidad neonatal del Servicio de Neonatología, e investigar los factores de riesgo maternos y propios del recién nacido y las posibles causas relacionadas con la morbilidad durante este período.

Durante los años 1,996-1997 nacieron 5,323 productos de 500 grs. a más. Evaluándose 466 RN que presentaron alguna patología durante su hospitalización. La Tasa de Morbilidad Neonatal encontrada es 87.54 por mil nacimientos vivos.

La morbilidad neonatal fue más frecuente en los casos de edades maternas extremas, madres solteras, sin instrucción, primíparas, sin control prenatal, patologías durante el embarazo y parto como: Hemorragia del 3er. trimestre y embarazo gemelar; parto con forceps y podalico vaginal, peso menor de 2500 grs., edad gestacional menor de 37 semanas, Pequeño para la Edad Gestacional, y Apgar menor de 7 al minuto y a los 5 minutos.

El mayor tiempo de estadía (48.1%) fue de 48 horas a menos de 7 días.

Las principales causas de morbilidad neonatal fueron: las malformaciones congénitas y cromosomiales, enfermedades del aparato respiratorio, infecciones, prematurez y retardo de crecimiento intrauterino (RCIU).

Los factores de riesgo más frecuente de morbilidad neonatal fueron: a) Factores Maternos: parto con forceps, hemorragia del 3er. trimestre, podálico vaginal, edad de 10-14 años, y embarazo gemelar. b) Factores del recién nacido: RN PEG, peso del RN de 500 a 2,499 gr., apgar de 0-3 y de 4-6 a los 5 minutos y de 20-36 semanas de gestación.-----

INTRODUCCION

El conocimiento de la Morbilidad Neonatal es un hecho de gran importancia porque nos da una imagen del nivel de desarrollo de la salud de un pueblo; nos permite conocer la evolución del feto hasta llegar al recién nacido, todo ello asociado a las condiciones socio-económicas de la madre y su entorno geográfico que configuran un diagnóstico clínico-social de gran utilidad; la calidad de atención del embarazo y parto dependiendo principalmente de los sistemas de salud brindados a la población y durante el primer mes de vida; su pronóstico será más o menos favorable dependiendo por una parte, del número e intensidad de las causas que actuaron sobre él y, por otra, de los cuidados ante y postnatales que haya recibido.

Durante el período neonatal el producto de la concepción está sometido a una serie de riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla, y del ambiente exterior (que puede ser tan favorable o no como el ambiente materno). Las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad.

La morbilidad del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unánue de Tacna por su naturaleza y sus características, constituye más o menos fielmente, un indicador importante a nivel regional por ser el único, hasta hace poco, de tener un servicio especializado de neonatología, ya que es un servicio de referencia de RN de alto riesgo de ciudades cercanas tales como Ilo, Moquegua y en algunos casos de Puno.

MATERIAL Y METODOS:

El presente es un estudio epidemiológico y analítico. Se escogió el período del 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 1997, durante el cual se atendió en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna un total de 5,323 nacimientos de los cuales 466 presentaron alguna patología.

(1) Jefe del Servicio de Neonatología del Dpto. de Pediatría.
(2) Pediatra Perinatólogo del Servicio de Neonatología.
(3) Pediatras del Servicio de Neonatología.

Para el análisis estadístico se utilizó el cálculo de tasas de incidencia y tasas de morbilidad. Así mismo se obtuvieron los riesgos relativos de algunas patologías.

El instrumento que se utilizó fue la Historia Clínica Perinatal Base, así como las Historias Clínicas de los Recién Nacidos con patología del Servicio de Neonatología, y el procesamiento de los datos se realizó con los programas del Sistema Informático Perinatal (CLAP OPS/OMS).

DISCUSION Y COMENTARIOS:

En el año 1996-1997 se encuentró 5,323 nacimientos de 500 grs. a más de peso. El número de RN con alguna patología fue de 466, siendo la tasa de morbilidad neonatal hospitalaria de 87.54 por mil RNV, tasa discretamente menor a estudios anteriores realizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unánue de Tacna (HHUT). A pesar de una mejor preparación del personal médico y de enfermería, no se ha avanzado en cuanto a tecnología médica ni de laboratorio, entre otros, que hubieran contribuido a disminuir más la Morbilidad Neonatal, ya que entre las principales causas de morbilidad del RN hospitalario son las malformaciones congénitas y cromosomiales y el síndrome de dificultad respiratoria (siendo la más frecuente la membrana hialina); para la prevención y manejo de estas patologías se requiere tecnología moderna que nuestro hospital no cuenta, tales como: diagnóstico intrautero durante las primeras semanas de malformaciones congénitas y/o cromosomiales; ni equipos de ventilación mecánica asistida y/o surfactante exógeno pulmonar, para prevención y tratamiento de membrana hialina.

Las Tasa de Morbilidad Neonatal (TMbN) según edad materna, son mayores en los extremos de edad fértil, puesto que a edades extremas del período reproductivo, ésta se encuentra peor preparada biológicamente. Así, la edad de 25 a 29 años es la que presenta menor riesgo de morbilidad neonatal. Los RN de madres de 10-14 y de 40-44 años tienen el más elevado riesgo de enfermar su RN y presentan 5 y 2.2 veces mayor riesgo de enfermar que las de 25 a 29 años. Los RN de madres adolescentes (10-19 años) y añosas (35 a más) tienen 2 veces más probabilidad de enfermar en comparación a las madres de edad adecuada para el embarazo (20-34 años). (gráf. Nº 1).

No se encuentra mayores diferencias entre las Tasas de Morbilidad Neonatal comparando el estado civil de la madre. (gráf. Nº 2).

Las TMbN según nivel de instrucción materna fueron mayores cuando estas no presentaron ningún grado de instrucción. Los RN de madres analfabetas tienen 2.3 veces mayor riesgo de enfermar que las que tienen algún grado de instrucción. (gráf. Nº3).

La TMbN es mayor en las madres sin control prenatal. Según la OMS más de la mitad de las mujeres del mundo no reciben supervisión prenatal. En nuestro país la situación ha mejorado, pues según un estudio a nivel nacional (ENDES, 1996) el 67% de las gestantes, por lo menos, recibió un control prenatal. Así, un adecuado control permite detectar los embarazos de alto riesgo y tomar las medidas pertinentes para llevar a buen término el embarazo y reducir la incidencia de bajo peso al nacer y el índice de prematuridad. Así encontramos que los RN de madres sin control prenatal tienen la posibilidad de enfermar 2 veces más que las que tienen control prenatal. (gráf. Nº 4).

En relación a *paridad*, las primíparas presentan 2.5 veces más probabilidad de enfermar su RN que las multíparas o grandes multíparas. (gráf. Nº 5).

El 25.96% de los RN presentaron sus madres, algún tipo de *patología durante el embarazo y parto*, las Tasas de Morbilidad Neonatal fueron más elevadas en las hemorragias del 3er. trimestre, embarazo gemelar, ITU, preeclampsia y/o eclampsia. Los RN de madres que presentaron hemorragias en el 3er. trimestre tienen 5.6 veces mas riesgo de enfermar que los que no tuvieron. Los RN de madres con embarazo gemelar, ITU y preeclampsia y/o eclampsia, tienen 4.5, 2.9 y 2.7 veces mayor riesgo de enfermar que los RN cuyas madres no tuvieron estas patologías, respectivamente. (gráf. Nº 6).

El 45% de partos eran de tipo distócico; por lo que podemos indicar que la distocia de parto es frecuente en nuestro medio hospitalario. La cesárea se realizó en el 31.9% de partos, seguidos por el podálico vaginal con 6.2%. Las Tasas de Morbilidad Neonatal más elevadas fueron en orden decreciente: en el parto con forceps, podálico vaginal, gemelar y cesárea. Los RN de madres con parto con forceps, podálico vaginal, parto gemelar y cesárea tienen 11.7, 6.3, 5.9 y 3 veces mayor riesgo de enfermar que los RN cuyas madres no tuvieron estos tipos de partos distócicos respectivamente. (gráf. Nº 7).

En cuanto al sexo del recién nacido, no se encontró diferencias de morbilidad.

Encontramos que la mayor *TMbN se produce en productos de bajo peso*. Los Recién Nacidos de peso adecuado y de alto peso tienen una morbilidad semejante y muy baja en relación al grupo anterior. Los RN de bajo peso tienen una probabilidad de enfermar 16 veces mayor que los de peso adecuado. (gráf.Nº 8).

La mayor TMbN se encuentra en el grupo de pretérminos. Los postérminos y los a término presentan tasas semejantes. Los RN de madres con embarazo pretérmino tienen 10 veces mayor riesgo de enfermar que los RN cuyas madres tuvieron embarazo a término o postermino. (gráf. Nº 9).

La morbilidad neonatal es mucho mayor en los Pequeños para la Edad Gestacional (PEG) que en los Adecuados para la Edad Gestacional (AEG). No

existe diferencia significativa al comparar el riesgo de enfermar de los RN con peso adecuado y alto peso. Los RN PEG tienen 14 veces mayor riesgo de enfermar que los RN AEG (gráf. Nº 10).

La Morbilidad Neonatal según Apgar al minuto, presenta una relación inversamente proporcional, así la probabilidad de enfermar de un RN con apgar al minuto de 0-3 y 4-6 es de 5 y 3.5 veces mayor que si hubiese tenido un puntaje de 7 a 10, respectivamente.(gráf. Nº 11).

La Morbilidad Neonatal según Apgar a los 5 minutos, se comporta semejante al Apgar al minuto, así la probabilidad de enfermar un RN con apgar a los 5 minutos de 0-3 y de 4-6 es de 9 veces mayor que si hubiese tenido un puntaje de 7 a 10. Es un hecho aceptado que los niños que nacen con un puntaje de Apgar bajo, tienen menos probabilidad de supervivencia y altas probabilidades de quedar con algún tipo de daño cerebral (gráf. 12).

Al analizar las causas de morbilidad neonatal encontramos que la más importante son las malformaciones congénitas y cromosomiales con 19.74%, siendo las más frecuentes dentro de estas: el síndrome de Down, cardiopatías congénitas, malformaciones del sistema nervioso, malformaciones de pies y labio leporino simple y/o complicado con paladar hendido. Las enfermedades del Aparato Respiratorio (17.6%) constituyen la segunda causa de morbilidad, dentro de los cuales la membrana hialina, síndromes aspirativos y taquipnea transitoria fueron las más frecuentes, seguidas de la bronconeumonía. En tercer lugar las infecciones (15.24%) siendo las más frecuentes la infecciones urinarias, infecciones inespecíficas y septicemia clínica. La prematurez fue la cuarta patología más frecuente con el 11.59%, seguidas de RCIU (10.94%), bajo peso al nacer (6%), síndrome neurológico e injuria cerebral (5.15%) y trauma obstétrico (4.72%) siendo la más frecuente la fractura de clavícula. (cuadro Nº 1).

Los factores de riesgo más frecuente de morbilidad neonatal fueron: a) Factores Maternos: parto con forceps, hemorragia del 3er. trimestre, podálico vaginal, edad de 10-14 años, y embarazo gemelar. b) Factores del recién nacido: RN PEG, peso del RN de 500 a 2,499 gr., apgar de 0-3 y de 4-6 a los 5 minutos y de 20-36 semanas de gestación.

RESULTADOS:

GRAFICO Nro. 1
MORBILIDAD NEONATAL SEGUN EDAD MATERNA

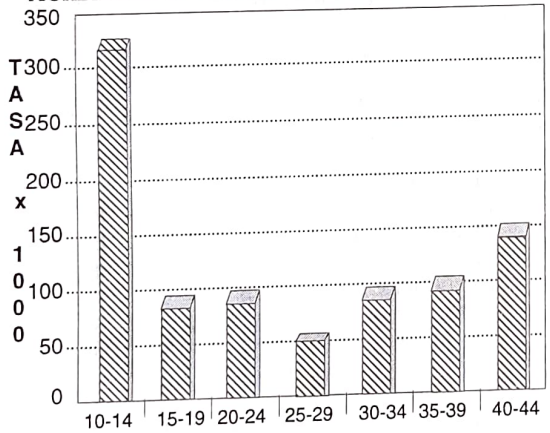


GRAFICO Nro. 2
MORBILIDAD NEONATAL SEGUN ESTADO CIVIL

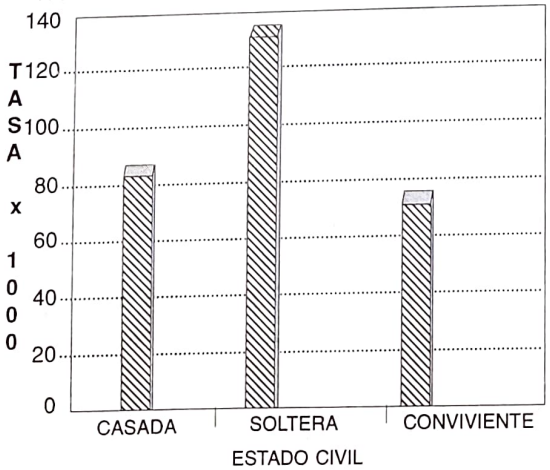


GRAFICO Nro. 3
MORBILIDAD NEONATAL SEGUN NIVEL INSTRUCCION

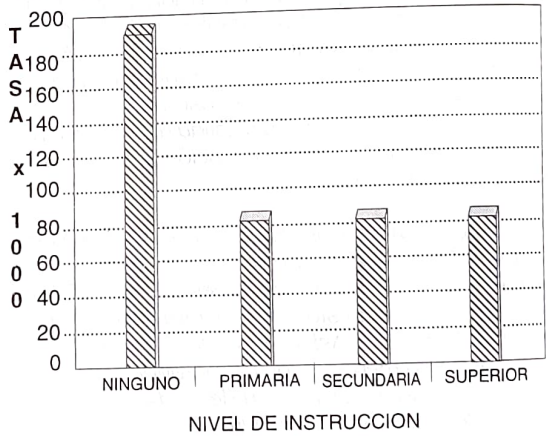


GRAFICO Nro. 4
MORBILIDAD NEONATAL SEGUN CONTROL PRENATAL

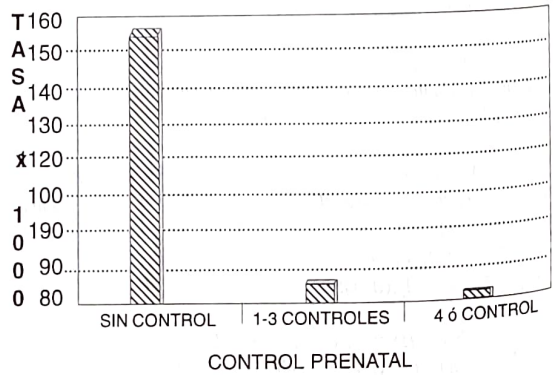


GRAFICO Nro. 5
MORBILIDAD PERINATAL SEGUN PARIDAD

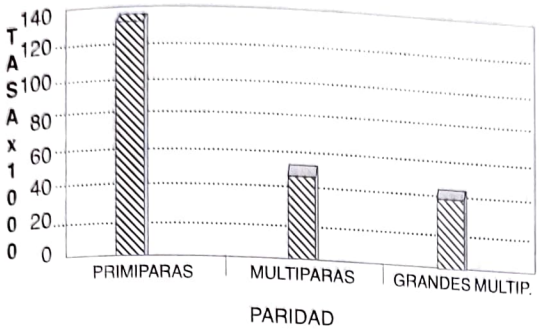
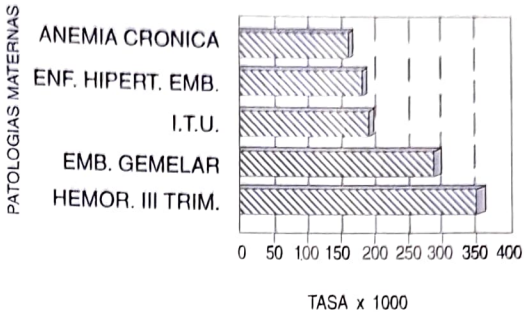


GRAFICO Nro. 6
MORB. NEONATAL SEGUN PATOLOG. MATERNAS



CAUSAS DE MORBILIDAD NEONATAL (1996 - 1997)

DIAGNOSTICOS:	466	100.00%
1. MALFORMACIONES CONGENITAS	*92*	*19.74%*
- Sindrome de Down	16	
- Cardiopatía congenita	13	
- Malf. del Sistema Nervioso	09	
(Meningocele lumbo-sacro: 7)		
(Encefalocele + Hidrocefalia: 1)		
(Meningocele + Hidrocefalia: 1)		
- Malformaciones de pies:	09	
(Polidactilia: 2)		
(Sindactilia: 3)		
(Pie Equino-varo: 2)		
(Pie Bot: 2)		
- Labio leporino simple o complicado	08	
- Malf. Anorectales	06	
- Polimalformado	05	
- Obstrucción intestinal	04	
(Diafragma Duodenal)		
(Atresia de Intestino Grueso)		
(Atresia duodenal + pancreas anular)		
(Atresia ileal + Diverticulo de Meckel)		
- Malformación de Genitales:	04	
(Criptorquidea bilateral: 2)		
(Genitales ambiguos:	1)	
(Cordapeneana:	1)	
- Displasia de Cadera	04	
- Malformaciones de Ombligo:	02	
(Onfalocele: 1)		
(Gastrosquisis: 1)		
- Malformaciones de Cráneo	02	
(Microcefalia: 1)		
(Hidrocefalia: 1)		
- Fistula del Conducto Tirogloso	01	
- Tumoración retroauricular	01	
- Sindrome de Edward	01	
- Hipertrofia congenita del píloro	01	
- Sindrome de «Vientre en Ciruela	01	
- Malf. Condrocostal de Parrilla costal d.	01	
- Agenesia de Pabellón Auricular	01	
- Poliotias Preauriculares Múltiples	01	
- Síndrome de Cri-Du-Chat	01	
- Hemangioma Gigante Parieto-occipital	01	
2. SIND. DIFICULTAD RESPIRATORIA	*82*	*17.60%*
- Membrana Hialina	26	
- Síndromes Aspirativos:	20	
(Sind. Aspirativo meconial: 18)		
(Sind. aspirativo de leche: 1)		
(Sínd. Aspirativo de sangre: 1)		
- Taquipnea transitoria	20	
- Bronconeumonia:	14	
(Congénita: 13)		
(Posinatal: 1)		
- Congestión nasal	01	
- Atelectasia Pulmonar Primaria 01		

3. INFECCIONES	*71*	*15.24%*
- Infección urinaria	26	
- Infección inespecífica	15	
- Septicemia Clínica	08	
- EDA	07	
- Dacriocistitis	03	
- Meningoencefalitis	02	
- HIV	02	
- Sífilis Congénita	02	
- Conjuntivitis Purulenta	02	
- Onfalitis	02	
- Absceso de tobillo	01	
- Piodermitis ampollar	01	
4. PRETERMINO	*54*	*11.59%*
5. R.C.I.U.	*51*	*10.94%*
- Simetrico	33	
- Asimetrico	18	
6. BAJO PESO AL NACER	*28*	*6.00%*
7. SIND. NEUROLOGICO E INJURIA CEREBRAL	*24*	*5.15%*
- Encefalopatia hipoxica isquemica	24	
8. TRAUMA OBSTETRICO	*22*	*4.72%*
- Fractura de clavicula	09	
- Elongación de plexo braquial	06	
- Cefalohematoma gigante	03	
- Equimosis de miembro superior	02	
- Luxación atlas-axial + hemorragia mediastinal	01	
- Paralisis facial	01	
9. INMADUREZ GENERALIZADA	*13*	*2.79%*
10.SINDROME ICTERICO	*09*	*1.93%*
- Multifactorial	06	
- Inespecifica	02	
- Incompatibilidad ABO	01	
11. ALTERACION METABOLICA	*08*	*1.72%*
- Hipoglicemia	08	
12. TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS	*06*	*1.29%*
- Anemia Aguda	05	
- Hiperviscosidad Sanguínea	01	
13. OTRAS:	06	1.29%
- Postérmino	01	
- Gastritis	01	
- Fetopatía Diabética	01	
- Quemadura de Miembro Superior	01	
- Sínd. Convulsivo de causa no determ.	01	
- Hipotiroidismo Congénito	01	

GRAFICO Nro. 7
MORBILID. NEONATAL SEGUN TIPO DE PARTO

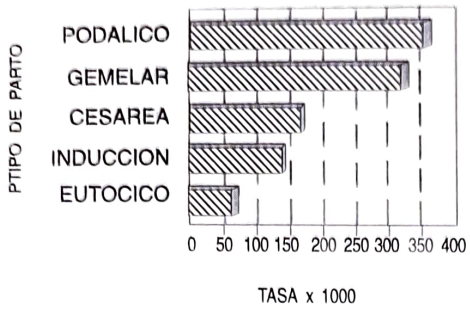


GRAFICO Nro. 8
MORBILIDAD NEONATAL SEGUN NIVEL INSTRUCCION

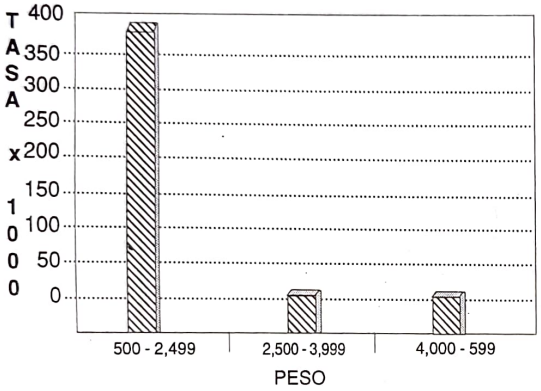


GRAFICO Nro. 9
MORB. NEONATAL SEGUN EDAD GESTACIONAL

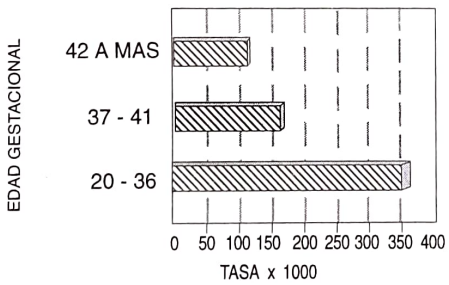


GRAFICO Nro. 10
MORB. NEONATAL SEGUN E.G./PESO

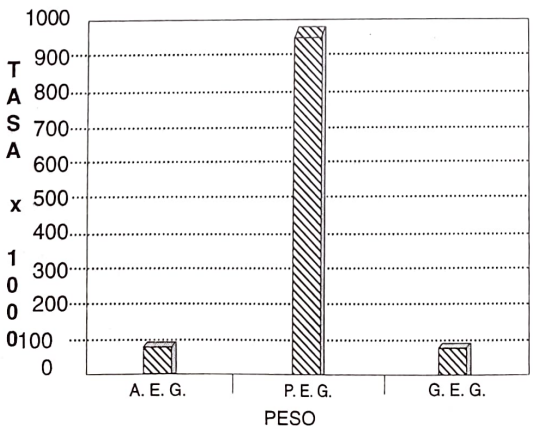


GRAFICO Nro. 11
MORB. NEONATAL SEGUN APGAR AL MINUTO

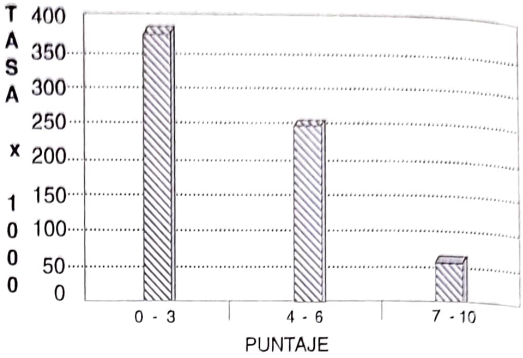
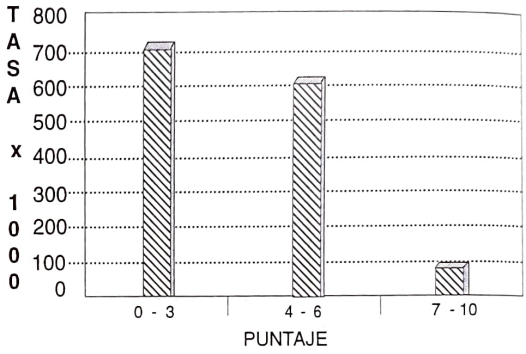


GRAFICO Nro. 12
MORB. NEONATAL SEGUN APGAR 5 MINUTOS



CUADRO Nº 2

MORBILIDAD NEONATAL SEGUN FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO	*T x 1000*
A.FACTORES MATERNOS	
1.Tipo de parto: Forceps	*667*
2 .Patología Materna: Hemorragia III Trim.	*375*
3.Tipo de parto: Podalico Vaginal	*362*
4.Edad Materna: 10 - 14 años	*343*
5.Patología Materna: Embarazo Gemelar	*341*
6.Patología Materna: I.T.U.	*196*
7. Nivel de Instrucción: Analfabeta	*195*
8.Patología Materna: Preeclampsia	*183*
9.Tipo de Parto : Cesarea	*173*
10.Patología Materna: Anemia Aguda	*166*
11.Control Prenatal: Ninguno	*160*
12.Edad Materna: 40 - 44 años	*148*
13. Estado Civil: Soltera	*138*
14.Edad Materna: 35 - 39 años.	*107*
B.FACTORES DEL RECIEN NACIDO	
1.Relación E.G./Peso : P.E.G.	*1000*
2.Peso : 500 - 2499 grs.	*950*
3. Apgar Cinco Minutos : 0 - 3	*733*
4.Apgar Cinco Minutos : 4 - 6	*669*
5.Edad Gestacional : 20 - 36 semanas.	*422*
6.Apgar al Minuto : 0 - 3	*368*
7.Apgar al minuto : 4 - 6	*256*
8.Peso : 4500 ó +	*177*

BIBLIOGRAFIA

1. ALDANA, C.: «Complicaciones en Neonatos de Término con Asfixia Perinatal Severa». Ginecol. Obstet. Méx. 63(3): 123-7. 1995.

2. BERLANGA y Cols: «Morbimortalidad en una sala de Neonatologías de segundo nivel» Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. Vol 47 Nº 1, 1991.

3. CAM, Y.: «Puntaje de Riesgo al Nacer según Lubchenco y Morbilidad Neonatal». Rev. Méd. Inst. Perú. Segur. Soc. 2(3):35-42. Jul.-Sept. 1993.

4. CEREZO, R.: «Control Prenatal, Bajo Peso al Nacer y Morbi-Mortalidad Neonatal». Guatem.Pediatr. 10(2):87- 92. 1988.

5. CERUTI, B.: «Morbilidad Neonatal en los Recién Nacidos en Presentación Podálica». Arch. Pediatr. Urug; 53(3): 135-40. 1982.

6. DIAZ, M.: «Incidencia y Morbilidad Neonatal en RN de menos de 1500 grs». Rev. Cuba. Pediatr. 65(2):81- 7. 1993.

7. GOMEZ, M.: «Morbimortalidad en un Servicio de Prematuros». Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 43(5):294-9. 1986.

8. RIVERA, S.: «Letalidad y Morbilidad en Neonatos con Peso Menor de 1,000 grs». Rev.Méx.Pediatr. 62(3):88- 93. 1995.

9. RIVERA: «Morbilidad y mortalidad en neonatos de bajo peso al nacer» Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. Vol 48 Nº 2, Feb. 1991.

10. TICONA, MANUEL: «Morbi-mortalidad perinatal en recién nacidos de bajo peso en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, 1982-1986» Tesis para optar el grado de Magister en Medicina, UPCH. Lima-Perú. 1987.

11. TICONA, MANUEL: «El Recién Nacido. Morbi-Mortalidad». Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Primera Edición. 1995.

12. TICONA, MANUEL: Perinatología. Diagnóstico-Prevención-Tratamiento. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. 1ra. edición. 1997.

Estudio de Atenciones de Emergencias Gineco-Obstétricas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Enero- Junio 1997

Lic. Ana Paredes Copa (1)
Lic. Patricia Ureta Cañari(1)
Lic. Luzmila Roque Mamani (1)
Lic. Elizabeth Rojas Salas (1)
Lic. Iris Mansilla Málaga (1)

RESUMEN:

El presente es un estudio descriptivo, prospectivo de corte lingitudinal, realizado en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, en el Servicio de Emergencia, concultorio de Gineco-Obstetricia en el período de Enero- Junio 1997.

La demanda de usuarios fue de 2227 atenciones. El 87.97% fueron obstétricas y el 12.03 Ginecológicas. Se hospitalizaron el 74.76%. De las cuales el 70.77% fueron obstétricas.

El tiempo promedio de atención fue de 30 min. El transporte utilizado para acudir al hospital fue taxi., el 18.45%. Fueron referencias de los centros y puestos de salud de Tacna. Los centros de Salud Ciudad Nueva, Leoncio Prado y San Francisco realizaron mayor número de referencias.

Las causas de hospitalización en pacientes obstétricas fueron: Trabajo de parto, Aborto incompleto y/o en curso y periodo expulsivo y RPM entre otros. Entre las cusas ginecológicas tenemos la Metrorragia Uterina Disfuncional, Cáncer de Cérvix y Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Del 25.24% de pacientes que no hospitalizaron, fueron en obstetricia por Pródomos y/o inicio de Trabajo de Parto, Amenaza de Aborto y/o gestación normal. De las gincológicas la Metrorragia Uteima Disfuncional, I.T.U. y menstruación normal.

INTRODUCCCION:

Aún cuando la mujer se encuentra en el periodo de capacidad reproductiva, por lo general, joven y sana, pueen producirse repentina e inesperadamente situaciones de urgencia obstétrica y/o ginecológica que requiere de atención médica especializada donde se formalarán planes de Diagnóstico y Terapéuticos; sin embargo no toda consulta de urgencia supone una crisis que supone un riesgo para la vida de lamujer como es el caso de un trabajo de parto.

El hospital de Apoyo Hipólito Unanue es el establecimiento de referencia del Ministerio de Salud de Tacna, por lo que motivo a realizar una evaluación de todas las atenciones que se realizan en el servicio de Emergencia Consultorio de Gineco-Obstetricia.

MATERIAL Y METODOS

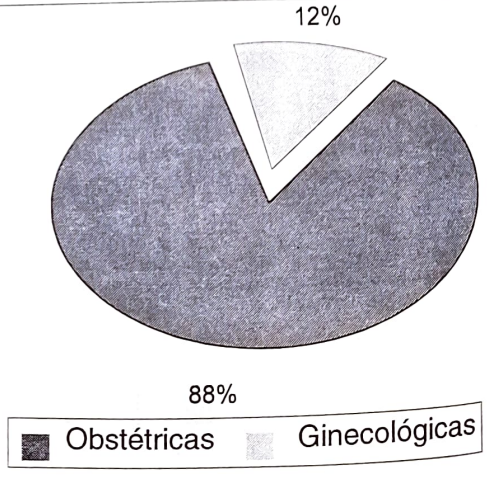
El presente trabajo de investigación es un estudio prospectivo que fue realizado en el servicio de emergencia-consultorio de Gineco-Obstetricia del hospital de Apoyo Hipólito Unanue. La población de estudio es el 100% de atenciones ocurridas en el periodo de Enero a Junio de 1997. El instrumento utilizado fue la ficha pre.-elaborada, la información se obtuvo directamente mediante entrevista. El procesamiento de datos se realizó mediante cuadros de Distribuciones de Frecuencias.

Se realizó en programas computarizados del EPI-INFO. Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias y gráficos representativos.

RESULTADOS

CUADRO Nro. 1
ATENCIONES EN EL CONSULTORIO DE EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA SEGUN ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	Nº	%
Obstétricas	1959	87,97
Ginecológicas	268	12,03
TOTAL	**2227**	**100,00**

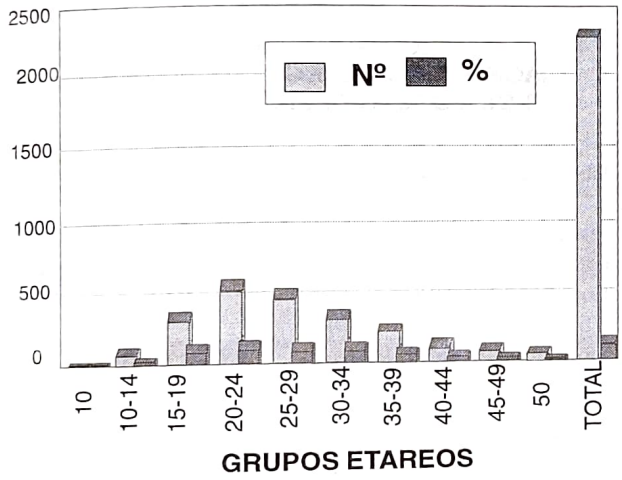


(1) Obstetrices Asistenciales del HHUT.

CUADRO Nro. 2

ATENCIONES GINECO-OBSTETRICAS SEGUN EDAD

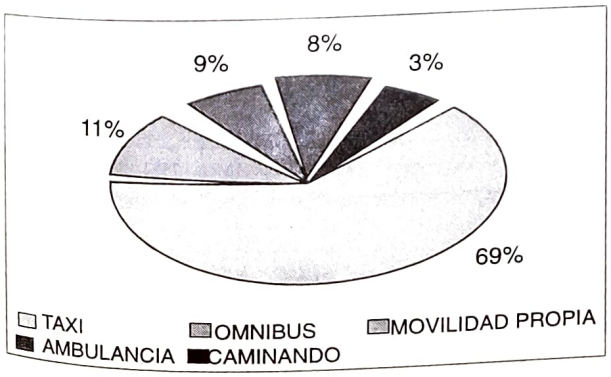
Grupo Etáreo	Nº	%
10	3	0,13
10 - 14	35	1,57
15 - 19	371	16,66
20 - 24	618	27,75
25 - 29	560	25,15
30 - 34	359	16,12
35 - 39	171	7,68
40 - 44	56	2,51
45 - 49	39	1,75
50	15	0,67
TOTAL	2227	100,00



CUADRO Nro. 3

MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS PARA ACUDIR AL HOSPITAL

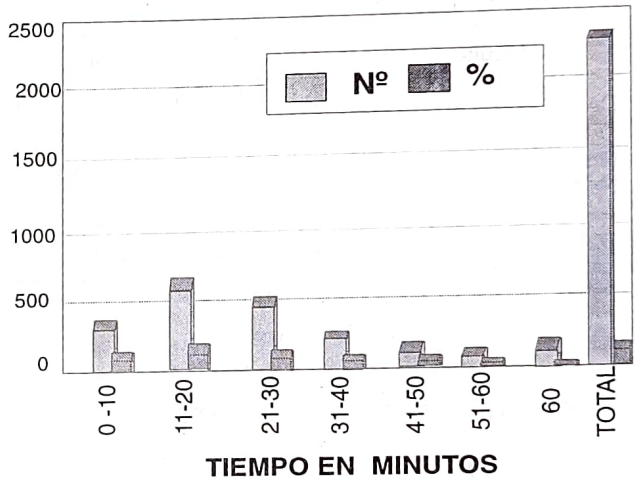
Medios de transporte	Nº	%
Taxi	1536	68.97
Omnibus	238	10,69
Movilidad propia	198	8,89
Ambulancia	189	8,49
Caminando	66	2,96
TOTAL	2227	100,00



CUADRO Nro. 4

TIEMPO DE ATENCION EN EL CONSULTORIO DE EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICIA

Tiempo en minutos	Nº	%
0 - 10	375	16,84
11 . 20	765	34,35
21 - 30	621	27,89
31 - 40	189	8.49
41 - 50	85	3,82
51 - 60	59	2,65
60	133	5,97



CUADRO Nro. 5

PACIENTES REFERIDAS SEGUN CENTRO DE SALUD

Centros de Salud	Nº	%
Ciudad Nueva	69	16,79
Leoncio Prado	59	14,36
San Francisco	59	14,36
Alto Alianza	38	9,25
Bolognesi	38	9,25
Leguía	23	5,60
La Esperanza	23	5,60
Natividad	20	4,87
Pocollay	18	4,38
28 de Agosto	9	2,19
Candarave	9	2,19
Locumba	5	1,22
Tarata	5	1,22
Otros	36	8,76
TOTAL	411	100,00

CUADRO Nro. 6
DERIVACION DEL PACIENTE

Derivación a:	Nº	%
Hospitalización	1677	75,30
Alta	401	18,01
Observación-alta	54	2,42
Retiro voluntario	51	2,29
Interconsulta médica	28	1,26
Observación-hospitalización	16	0,72
TOTAL	2227	100,00

CUADRO Nro. 7
TIPO DE ATENCION Y DERIVACION DEL PACIENTE

Consulta / Derivación	Obstétricas		Ginecológ.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospitalizadas	1576	70,77	89	4,00	1665	74,76
No hospitalizadas	383	17,20	179	8.04	562	25,24
TOTAL	1959	87,97	268	12,03	2227	100,00

CUADRO Nro. 8
DIAGNOSTICO DE INGRESO EN PACIENTES OBSTETRICAS HOSPITALIZADAS

Diagnóstico	Nº	%
Pródomos,inicio y trabajo de parto	1082	63,61
Aborto incompleto y/o encurso	142	8,35
Periodo expulsivo	88	5,17
Ruptura prematura de membranas	88	5,17
Amenaza de aborto	50	2,94
Amenaza de parto prematuro y/o inmaduro	33	1,94
Pre.ecolampsia	26	1,53
Aborto frustro	26	1,53
Infección del tracto urinario	17	1,00
Hiperemesis Gravídica	16	0,94
Hwmorragias del II trismestre	16	0,94
Embarazo porlongado	16	0,94
Embarazo extópico	10	0,59
Endometritis	10	0,59
Periodo de alumbrado	9	0,53
Retención de restos placentarios	8	0,47
Sufrimiento fetal agudo	8	0,47
Senescencia placentaria	6	0,35
Obito fetal	6	0,35
Otros	52	0,35
TOTAL	1701	100,00

CUADRO Nro. 9
DIAGNOSTICO EN ATENCIONES OBSTETRICAS

Diagnóstico	Nº	%
Prodomos y/o inicio de T. de parto	202	52,74
Amenaza de aborto	43	11,23
Gestación normal	38	9,92
No trabajo de parto	33	8,62
Infecciones del tracto Urinario	20	5,22
Puerperio normal	11	2,87
Aborto frustro	8	2,09
Otros	28	7,31
TOTAL	383	100,00

CUADRO Nro. 10
DIAGNOSTICO DE INGRESO EN PACIENTES GINECOLOGICAS: HOSPITALIZADAS

Diagnóstico	Nº	%
Metrorragia	22	24,72
Ca. de Cervix	16	17,98
Enfermedad If. Pélvica E:I:P:	10	11,24
Fibromatosis	7	7,87
Síndrome Dobne Abdominal	6	6,74
Otros	28	31,46
TOTAL	89	100,00

CUADRO Nro. 11
DIAGNOSTICO EN ATENCIONES GINECOLOGICAS: NO HOSPITALIZADAS

Diagnóstico	Nº	%
Hemorragia Uterina Disfuncional	28	15,64
ITU	26	14,53
Menstruación Normal	14	7,82
Enf. Inf. Pélvica	11	6,15
Ginecológicamente Normal	10	5,59
Síndrome Abdominal Doloroso	8	4,47
Ca. De Cérvix	7	3,91
Vaginitis	6	3,35
Otros	69	38,55
TOTAL	179	100,00

DISCUSION Y COMETARIOS

El Hospital de Apoyo Hipólito Unanue es el único hospital de referencia poseedor de todas las funciones esenciales obstétricas. Recepción a la población de usuarias d ela jurisdicción y de la periferie del Departamento de Tacna.

En el año 1997 la jurisdicción del hospital tuvo una población de 18480 MEF, 1601 de ellas gestantes esperadas. Por su nivel de especialidad el hospital debe cubrir también el 30% del resto de la población departamental, de allí que el total de gestantes esperadas eran 3001, siendo de alto riesgo obstétrico 2004.

En nuestro estudio encontramos que durante el primer semestre el consultorio de emergencias gineco-obstétricas realizó 2227 atenciones, de las cuales el 87.97% fueron obstétricas.

En relación a la edad de las pacientes se observó que el 69,02% de ellas tenían una edad reproductiva adecuada, el 18,235 fueron adolescentes.

El medio de transportes más utilizado para acudir al hospital fue el taxi, es probable que esto se deba a que existe un gran parque automotor en la ciudad, lo que favorece la accesibilidad para recibir la atención.

El 79.08% de las atenciones se realizó en un tiempo promedio de 30 minutos teniendo en cuenta que el tiempo promedio para una atención es de 15 minutos, creemos que es un tiempo óptimo que se logra por la ubicación estratégica del consultorio y los profesionales que brindan la atención.

Se recepcionó 411 referencias de los centros de salud periurbanos y rurales. El mayor porcentaje d eellas fueron referidas de los centros de slaud piloto donde ya se realizan atención de partos, como son el de Ciudad Nueva, Leoncio Prado y San Fracisco.

Respecto a la derivación de la paciente el mayor porcentaje de ellas fueron hospitalizadas 75.31%. La relación de las hospitalizadas obstétricas con las ginecológicas es de 17 a 1 respectivamente.

Durante el primer semestre se atendieron 1339 partos de los cuales se hospitaliaron por el consultorio de emergencia el89.9% en trabajo de parto, el 80.68% de abortos incompletos, el 76.49% de preeclampsia; el 34,69% de infecciones del tracto urinario, y el 100.00 % de hemorragias desde el tercer trimestre.

Las patologías ginecológicas que demandan mayor número de atenciones fueron las hemorragias disfuncionales de las cuales el 78.6% fueron hospitalizadas.

La demanda de atenciones en el consultorio de Emergencias gineco-obstétricas es significativa dada la afluencia demostrada en el presente estudio, en el año 1997 se realizó 4673 atenciones.

CONCLUSIONES

1.- En el servicio de Consultorio de Gineco-obstetricia en el periodo Enero-Junio 1997 se regis traron 2227 atenciones de las cuales 87.9% fueron obstétricas y el 12.03% ginecológicas.

2.- El 52.9% de las pacientes tuvieron entre 20 y 29 años de edad.

3.- El medio de transporte utilizado para acudir al hospital fue en taxi con 68.99%.

4.- El 79.08% de atenciones se realizó en los prime ros 30 minutos.

5.- El 18.45% fueron referencias de los centros de salud donde Ciudad Nueva envió el 1 6.79%. Leoncio Prado y San Francisco 14.36% cada uno.

6.- Las derivaciones realizadas fueron: hospitalización 75.31% alta 18%, observación.alta 2.42%.

7.- De las atenciones realizadas el 75.76% se hospitalziaron de las cuales 70.77% fueron obstétricas y el 3.99% ginecológicas.

8.- Los diganósticos más frecuentes motivo de hospitalización en pacientes obstétricas fueron: gestantes en pródromos y/o inicio de trabajo de parto con 60.64%; aborto incompleto y/o aborto en curso fue de 9.01%, gestantes en periodo expulsivo 5.58% y RPM. 5.58%.

9.- Los diagnósticosmás frecuentes en pacientes obstétricas no hispitalizadas fueron: gestantes enprñodromos y/o inicio de trabajo de partocon el 52.74&, gestantes con amenaza de aborto con el 11.23%.

10.- Los diagnósticos más frecuentes de hospitali - zación en pacientes ginecológicas fueron metrorragia con el 24.73%, Ca. de Cervix con el 17.98% y EIP. con 11.245.

11.- Los diagnósticos más frecuentes en pacientes ginecológicas no hospitalizadas fue hemorragia uteirna disfuncional con el 15.64%, ITU con 14.53%.

BIBLIOGRAFIA

1.- JONES, H. Tratado de Ginecología de Novak, Onceava Edición . Nueva Editorial Interamericana. México 1988.

2.- MONGRUT S. Tratado de Obstetricia Tercera Edición. Perú 1989

3.- PEREZ SANCHEZ, A. Obstetricia. Segunda Edición. 1992. Chile

4.- SCHAWARCZ. Obstetricia. Tercera Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.

5.- Clínicas e Investigación Ginecológica y Obstétrica. Volumen 21 Nº 07.

6.- Sociedad Peruana de Obstetricia y ginecología VOl 42 Nº 02

7.- Diccionario de Ciencias Médicas. Dorland.

Proporción de Pérdidas de Pacientes Derivados con Diagnóstico de Tuberculósis Pulmonar BK (+)

Lic. Guadalupe D. Castillo Loza (1)
Lic. Daysi Villarroel (1)

RESUMEN

El presente trabajo de investigación permitirá determinar el número de pacientes atendidos en elHospital Hipólito Unanue de Tacna- Consultorio de Neumología, diagnosticados con Tuberculosis, derivados a otros estabecimientos de Salud en el periodo de Enero a Diciembre de 1997.

Se hace necesario conocer cuan significativo es elporcentaje de pérdidas en este grupo de pacientes y el periodo de tiempo que demora enllegar el paciente derivado al establecimiento de salud que le corresponde, ya que pueden constituir un abandono previo al inicio del tratamiento y así determinar elimpacto que puedan tener sobre las acciones del Programa de OCntrol de la Tuberculosis tanto a nivel de la Sub-Región de Salud de Tacna como a nivel nacional se ha deteminado trabajar con pacientes diagnosticados conTBC Pulmonar BK (+) por consituir el grupo de mayor prioridad epidemiológica.

INTRODUCCION

El Programa de Control de la Tuberculosis en el Perú, ha logrado significativos avances durante el quinquenio 1991 - 1997 para el control de enfermedad, triplicando la capacidad de diagnóstico y tratamiento particularmente en 1993 - 1997 e incorporando al 75% de los servicios de salud a actividades del PCT., que haora garantizan el acceso a un diagnóstico y tratamiento gratuito antituberculoso.

De los casos encontrados el mayor número corresponde a pacientes con TBC pulmonar BK + considerando que la tasa de morbilidad general por Tuberculosis del 340.27 x 100 hab. y la tasa de incidencia de TBC PBK (+) 203.06 x 100 Hab. (Fuente: PNCET - PNCT) constituye una de las metas más importantes en esta etapa de consolidación del Programa de OCntrol de la Tuberculosis, incrementar sostenidamente la identificación y examen dle sintomático respiratorio, a través de la búsqueda de casos entre las atenciones que brindan enlos servicios generales de salud, expecialmente aquellos que tienen elevado número de consultantes.

Aún teniendo población asignada y atender a la demanda, los consultantes que acuden al hospital, lo hacen motivados por factoes relacionados con la idiosincracia de los demandantes, quienes proceden en su mayoría de distintas zonas periféricas, así como de diferentes ciudades cercanas como Puno, Moquegua e Ilo, ocn quienes tenemos elevado índice de migración e intercambio comercial. Propiciando que sea el hospital quien realice el mayor número de derivaciones.

MATERIAL Y METODO:

<u>Selección de la muestra:</u>

Criterio de Inclusión:
* Pacientes diagnosticados y derivados con TBC Pulmonar BK + en el periodo Enero - Diciembre 1998.

Criterio de Exclusión:
* Pacientes diagnosticados y derivados con TBC Pulmonar BK (-); cultivo (+) y formas extrapulmonares.

Instrumentos:
* Libro de Registro de Sintomático Respirato rio
* Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes.
* Registro de Derivaciones del Hospital Unanue de Tacna.
* Notificación de los casos.

Los resultados se consolidarán en cuadro anexo.
Tipo de Estudio:
Descriptivo - Transversal.

DISCUSION Y COMENTARIOS

* Durante el proceso de capacitación y diagnóstico, la atención al cliente debe ser de calidad y con la calidez necesaria, para lograr que el paciente sea conciente de su enfermedad y acuda en el menor tiempo posible a su establecimiento de salud destino.

* Es muy importante tener en cuenta la consulta médica y la entrevista de Enfermería en la cual al paciente se le brinda una atención integral, con la calidad y calidez necesaria para lograr que la respuesta dle paciente frente al diagnóstico y tratamiento sea aceptado con responsabilidad y

(1) Enfermeras del Programa de Tuberculosis Pulmonar del HHUT.

pleno conocimiebto de su enfermedad.

* El trabajo en equipo es un pilar indispensable para el seguimiento y la vigilancia de los pacientes derivados y por consiguiente en la confirmación inmediata de los mismoa así como la búsqueda oportuna en caso de no llegar al establecimiento destino.
* Constinuar trabajando sostenidamente ymejorar el sistema de derivaciones en lo que se refiere a derivadiones externas, que sin dejar de ser un porcentaje significativo es relevante para el impacto de las acciones de salud del Programa de Control de la Tubercuosis del Hospital Hipólito Unanue y de la Sub- Región de Salud de Tacna.

RESULTADOS

CUADRO Nro. 1
PROPORCION DE PERDIDAS EN PACIENTES DERIVADOS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO	DERIVACION DE PACIENTES			TOTAL	
	CONFIRMADAS CON RESP.	CONFIRMADAS SIN RESP.	NO CONFIRMADA	Nº	%
CENTRO DE SALUD PERIURBANO	214	1	1	215	78
CENTROS DE SALUD RURALES	41	0	0	41	15
DERIVACIONES EXTERNAS	3	15	15	18	7
TOTAL	258	16	15	274	100%

El presente cuadro evidencia que el 78% de derivaciones fue hacia los C.S. Periurbanos con 99.5% de derivaciones confirmadas y con respuesta, hay un caso derivado que no llegó a el C.S. a pesar de haber hecho la búsqueda respectiva.

Es notable también que existe un 7% de derivaciones fueron realizadas a otras ciudades como Puno, Arequipa, Ilo, Moquegua y Lima de las que sólo se confirmaron (3) 17% el 835 (15) no se logró confir-

CUADRO Nro. 2
PROPORCION DE PERDIDAS EN PACIENTES DERIVADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+) HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

ENERO . DICIEMBRE 1997

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO	DERIVACION DE PACIENTES			TOTAL	
	CONFIRMADAS CON RESP.	CONFIRMADAS SIN RESP.	NO CONFIRMADA (*)	Nº	%
CENTRO DE SALUD PERIURBANO	161	0	0	161	82
CENTROS DE SALUD RURALES	25	0	0	25	13
DERIVACIONES EXTERNAS	3	7	7	10	5
TOTAL	189	7	7	196	100%

Se observa que deltotal de casos diagnosticados con TBC Pulmonar (+) (189) el 82% corresponde a C.S. Periurbano, el 13% a C.S. rural con el 100% de derivaciones confirmadas continua evidenciándose que de las derivaciones externas el 70% no son confiramdas y solo el 30% tuvieron confirmación con respuesta.

(*) Número no adicional

CUADRO Nro. 3

TIEMPO QUE DEMORA EL PACIENTE DERIVADO EN LLEGAR A SU ESTABLECIMIENTO DE SLUD DESTINO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO	TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR A ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
	0.24HRS	*	43 HRS.	*	72	%	TOTAL	*
CENTRO DE SALUD PERIURBANO	148	92	12	7	1	1	161	97
CENTRO DE SALUD RURAL	20	80	2	8	3	12	25	13
TOTAL	149	80	33	18	4	2	186	100%

Del presente cuadro podemos observar que dada la cercanía de los Centros de Salud Periurbanos los pacientes llegan a su C.S. destino dentro de las 24 hrs. en un 92%, otro porventaje (7%) espera al día siguiente. De igual manera obsevamos que el 80% de derivación a zona rural llega a su C.S. destino.

Ello dondicionado a la distancia y facilidades de transportes hasta llegar a el establecimiento de salud cercano a su domicilio.

** no se consider la derivación externa por no tener fecha de confirmación*

CUADRO Nro. 4

DERIVACION DE PACIENTES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA SEGUN DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS

ENERO - DICIEMBRE 1997

DIAGNOSTICO DE DERIVACION DESTINO	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA PROGRAMA DE CONTROL LA TBC	
	Nº	%
TURBECULOSIS PULMONAR BK (+)	196	72
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR CULTIVO (+) Y BK(-)	78	28
TOTAL	274	100%

El presente cuadro evidencia que sobre N total de 274 pacientes derivados del Hospital Hipólito Unanue de Tacna a losCentros de Salud el 72% correspondiente al Diagnóstico de tuberculosis pulmonar BK (+) y un 28% a otras formas de TBC.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación, referente a la proporción de pérdidas en pacientes derivados con Tuberculosis Pulmonar BK +, se concluy en lo siguiente:

** Que del total de derivaciones 274, el 99,5% son confirmadas con respuestas, existe una derivación considerada como no confiramda y que a pesar de haber hecho la búsqueda respectiva no se pudo ubicar al paciente considerándolo como abando no.*

Observamos también que el 83% de derivaciones externas no son confirmadas, aún haciendo el seguimiento de las mismas.

Este aspecto es significativo ya que condiciona el impacto de las acciones de salud del Programa de Control de la Tuberculosis.

** Se ha determinado que el100% de pacientes derivados con Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar BK (+) han llegado a su establecimiento destino, considerando solo la derivaciones internas de la Sub-Región de Salud de Tacna.*

Es necesario resaltar que el 70& de derivaciones externas no son confirmadas.

** El 80% de pacientes con Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar BK (+) legan entre las 24hrs. de ser derivadas.*
Una sustancial demora de 48hrs. en el 18% de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1.- *Tubercuosis en el Perú. Informe 1995 Situación de la Tuberculosis en el Mundo Dr. Fabio Luelmo 91 - 93*

2.- *Doctrina - Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú - Octubre 95 (60-95)*

Mortalidad Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Manuel Ticona Rendón (1)
Dr. Jacinto Barcena Quintana (2)
Dr. Luis Salazar Huaijardo (3)
Obst. Diana Huanco Apaza (4)

RESUMEN

Se realizó el estudio «MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA» con la finalidad de determinar la frecuencia, porcentaje y tasas de mortalidad perinatal, así como de sus componentes fetal tardío y neonatal precoz y las causas relacionadas con la muerte durante este período.

Para ello se revizó el banco de datos del Sistema Informático Perinatal (CLAP-OPS/OMS) y los registros del Servicio de Neonatología, durante los años 1992-1997 se presentaron 15,991 nacimientos, de las cuales se evaluaron 308 muertes perinatales, 207 fueron óbitos fetales tardíos y 101 neonatales precoces.

La Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) encontrada es 19.26 por mil nacimientos, correspondiendo 12.94 al fetal tardío (TMFT) y 6.32 al neonatal precoz (TMNP).

Las principales causas de muerte fetal tardía fueron complicaciones de la placenta, cordón umbilical o membranas, otras afecciones y las mal definidas, hemorragias, hipoxia intrauterina y asfixia neonatal, y malformaciones congénitas. Las causas de muerte neonatal precoz más frecuentes fueron las enfermedades del aparato respiratorio y dentro de éstas la membrana hialina; luego las malformaciones congénitas, infecciones y el síndrome neurológico e injuria cerebral.

Comparando con estudios anteriores, se concluye que la tendencia de la mortalidad perinatal va en descenso y es una de las más bajas a nivel nacional.

INTRODUCCION

El conocimiento de la Mortalidad Perinatal es un hecho de gran importancia porque nos da una imagen del nivel de desarrollo y la calidad de salud de los pueblos, además nos permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina.

Durante este período, el producto de la concepción está sometido a una serie de riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla, y del ambiente exterior (que puede ser tan favorable o no como el ambiente materno). Las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad. La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil aunque publicaciones más recientes indican que las afecciones originadas en el período perinatal representan el 0.9% del total de fallecimientos y el 55% de la mortalidad infantil (Estados Unidos); 2.7 y 35.8% (Chile); 3.8 y 55% (Argentina); 4.5 y 39.2% (Colombia); 5.0 y 29.8% (México); y 7.2 y 28.3% (Perú) respectivamente.

En el presente siglo, las tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados han disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7.3 (Suiza), 7.9 (Alemania), 8.58 (Suecia), 8.7 (Japón) y 10.8 (Estados Unidos). Mientras que en América Latina las tendencias son diferentes, encontrándose tasas elevadas como 24.4 (México) y 31.9 (Brasil). En nuestro país se reporta tasas de 53.55 (Trelles), 65.0 (Castello) y Cervantes y cols. encontraron una TMP Hospitalaria de 19.1.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio epidemiológico, analítico. Se escogió el período del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1997, durante el cual se atendió en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna un total de 15,991 nacimientos, de los cuales 308 fueron muertes perinatales.

Para el análisis estadístico se utilizó el cálculo de Tasas de incidencia y Tasas de Mortalidad

El instrumento que se utilizó fue la Historia Clínica Perinatal Base y los registros estadísticos del Servicio de Neonatología.

(1) Pediatra Perinatólogo del Servicio de Neonatología del HHUT.
(2) Gineco-obstetra del HHUT.
(3) Jefe del Dpto. de Gineco-obstetricia.
(4) Obstetriz Asistencial del HHUT.

RESULTADOS

En el período de estudio (1992-1997) de 15,991 nacimientos, 308 fueron muertes perinatales, cuya TMP fue de 19.26, de los cuales 207 fueron muertes fetales tardías obteniendo una TMFT de 12.94 y 101 muertes neonatales precoces con una TMNP de 6.32. Comparando estas tasas con tres estudios anteriores encontramos que han disminuido, siendo entre estas, la más notoria la TMNP. (Gráfico Nº 1).

Las causas más frecuentes de Muerte Fetal Tardía fueron las complicaciones de la placenta, cordón umbilical o membranas (33.4%), seguidas de otras afecciones y las mal definidas (18.6), luego las hemorragias (15.9%), hipoxia intrauterina y asfixia al nacer (13.5%) y malformaciones congénitas (6.8%). (Cuadro Nº 1).

Las causas de muerte neonatal precoz encontramos como la más importante a las enfermedades del Aparato Respiratorio (41.58%), dentro de los cuales la enfermedad de Membrana Hialina alcanza el 30.69% del total; luego las Malformaciones Congénitas (37.62%); en tercer lugar las infecciones (9.90%) y el Síndrome Neurológico e Injuria Cerebral (6.94%). (Cuadro Nº 2).

Comparando nuestras tasas de mortalidad en relación a las encontradas en otros hospitales a nivel nacional, fueron una de las menores. (Cuadro Nº 3).

DISCUSION Y COMENTARIOS

En nuestro estudio, la relación entre la Mortalidad Fetal Tardía y Mortalidad Neonatal Precoz, es de 2 a 1. Pero en países desarrollados la relación es de 1 a 1.

Se ha encontrado 308 casos de muertes ocurridas en el período perinatal, lo cual nos dá una TMP de 19.26. En el hospital Hipólito Unanue de Tacna se han realizado tres estudios previos, así Ticona en 1980 reporta 37.76 y Belaúnde-Cahua en 1982, 34.29, Ticona reporta un estudio posterior, de 1983-91 con una tasa de 23.79. Esto indica una disminución de esta tasa.

En otros hospitales de nuestro país se encuentran tasas menores a la nuestra tales como las reportadas por Rejas con 11.95 en el Hospital Militar Central, 13.40 en el Hospital San Bartolomé de Lima y Hospital Rebagliati del IPSS con 14.46; y mayores a nuestra tasa tales como; 25.4 en un estudio de 10 Hospitales de Lima y de provincias con el Sistema Informático Perinatal (SIP); 32.70 reportado en Informe estadístico en la Maternidad de Lima; 31.8 en el Hospital Alcides Carrión del Callao; y 35.0 en el Hospital Maria Auxiliadora de Lima. Se han realizado tres grandes estudios sobre Mortalidad Perinatal en el Perú: el primero por Castello en 1967 que reporta 49.9; luego por Freyre en 1988 con 54.0, ambos en hospitales del MINSA, y, finalmente Cervantes y Cols. en el año 1988 en hospitales del MINSA e IPSS con 19.1. Podemos concluir que nuestra mortalidad es menor a la reportada por la mayoría de estudios nacionales.

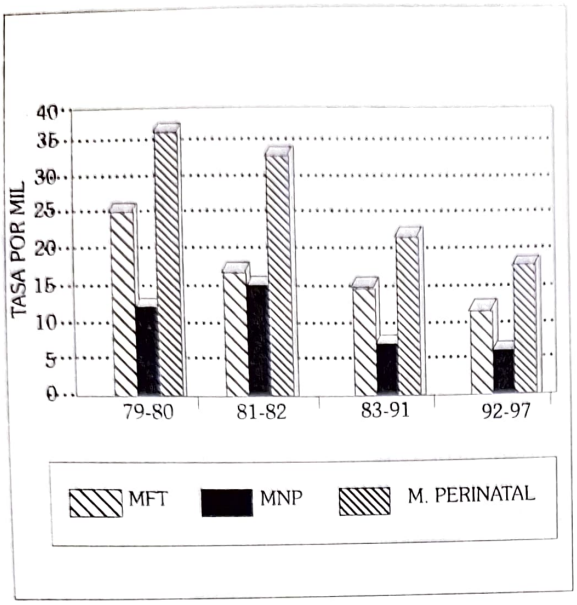
La Tasa de Mortalidad Fetal Tardía en nuestro estudio fue de: 13.63. En 1980 Ticona reportó 25.35, Belaunde-Cahua en el año 1982, 18.48; Ticona reporta un estudio posterior, de 1983-91 con una tasa de 15.87; por lo que señalamos que la Mortalidad Fetal Tardía en nuestro medio ha disminuido.

En otros hospitales de nuestro país se encuentran tasas menores a la nuestra tales como en el Hospital Alcides Carrión del Callao con 7.8; en el Militar Central de Lima Rejas reporta 7.94; Oliveros en el Rebagliati de Lima 7.52; San Bartolomé con 9.7. Y mayores a nuestra tasa, son reportados por el Hospital Docente de Huacho 14.20; Rodríguez en el Cayetano Heredia de Lima reporta 14.26; en la Maternidad 19.1; en el estudio de 10 Hospitales por el SIP se encontró 18.7; en Maria Auxiliadora de Lima 19.7; y en el Hospital III de Sullana con 33.5. Deducimos que nuestra Mortalidad Fetal Tardía es menor a la mayoría de los estudios realizados a nivel nacional.

La Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz encontrada es de 6.32 y al comparar con estudios anteriores encontramos que nuestro resultado es menor que el encontrado por Ticona en 1980 que reporta 12.41, por Belaúnde-Cahua en 1982 con 15.82 y Ticona reporta un estudio posterior de 1983-91 con una tasa de 7.77, evolucionando positivamente debido a una mejor preparación del personal médico y de enfermería, ya que no se ha avanzado en cuanto a tecnología médica ni de laboratorio, entre otros, que hubieran contribuído a disminuir más la Mortalidad Neonatal.

Dentro de las instituciones hospitalarias del país, encontramos que la TMNP es mayor al reportado por Rejas en el Hospital Central Militar de Lima con 4.01 y en el Hospital de San Bartolomé con 3.8 y menor a los publicados por el estudio del SIP en 10 Hospitales con 6.7; en el Rebagliati con 6.94; en el Hospital Cayetano Heredia con 9.60; en el Hospital IPSS del Cuzco con 14.0; en el Hospital Maria Auxiliadora con 15.3; en la Maternidad de Lima con 17.78 y en el Hospital Alcides Carrión del Callao con 24. Por lo cual concluimos que nuestra TMNP es una de las más bajas del país.

El examen Anatomopatológico que es importante para todo diagnóstico de causa de muerte, solamente se realizó en el 20% de muertes perinatales (6% fetales y 60% neonatales). Las necropsias se realizan con más frecuencia en otros estudios como los reportados con Carrasco 55% en el Rebagliatti, Rejas 71.2% en el Militar Central y Kobayashi 100% en la Maternidad de Lima; ejemplos dignos de imitar. La evaluación cuidadosa del óbito perinatal para diagnosticar la causa de muerte, es importante para una asesoría genética oportuna para la familia.



CUADRO Nro. 1

MORTALIDAD FETAL TARDIA POR CAUSA DE MUERTE

CAUSA DE MUERTE	CASOS	%
1. Com. Placenta, Cordón Umbil. o membranas	65	33.40
2. Otras afecciones y las mal definidas	38	18.60
3. Hemorragias	33	15.90
4. Hipoxis Intrauterina y Asfixia al nacer	28	13.50
5. Malfomaciones congénitas	14	6.80
6. Complicac. del Parto y Trauma al nacer	12	5.80
7. Enf. Maternas Relac. con el embarazo	11	5.20
8. Infec. Perinatales y sifilis congénita	6	2.80
TOTAL	207	100.00

CUADRO Nro. 3

TABLA COMPARATIVA DE MORTALIDAD PERINATAL

CENTRO HOSPITALARIA	AÑOS	M.F.T.	M.M.P.	T.M.P.
Hosp. Hipólito Unanue de Tacna	79-80	25.35	12.41	37.76
	81-82	18.48	15.82	34.29
	83-91	15.87	7.77	23.79
	92-97	12.94	6.32	19.26
Hosp. María Auxiliadora	88-89	19.70	15.30	35.00
	95	21.50	5.40	27.00
SIP (10 Hospitales) (*)	88-92	18.70	6.70	25.40
Hosp. Central Militar de Lima	80-89	7.94	4.01	11.95
Hosp. San Bartolomé de Lima	85	---	---	15.17
	96	9.70	3.80	13.40
Hosp. Docente de Huacho	95	14.20	---	
Hosp. d ela Maternidad de LIma	79-87	14.41	11.33	25.74
	94	17.00	14.00	31.00
	95	19.10	13.60	32.70
	96		17.78	
Hosp. Apoyo III Sullana	94-95	33.50		
Hosp. Rebagliati de IPSS Lima	70-89	9.71	10.12	19.43
	85-90	9.90	---	---
	92-95	7.52	6.94	14.46
Hosp. Cayetano Heredia de Lima	85	14.26	---	---
	94		9.50	
Hosp. Alcides Carrión. Callao	94-95	7.80	24.00	31.80
Hosp. IPSS Cuzco	95		14.00	
123 Hospitales (MINSA-IPSS)	85	9.60	9.50	19.10

* Hospitales: María Auxiliadora, San Bartolomé,A. Loayza, Maternidad, Cayetano Heredia, César López, Tahuantinsuyo Bajo de Lima. H. Unánue Tacna, El Carmen de Huancayo, UTES Imperial de Cañete e IPSS de Piura.

CUADRO Nro. 2

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ POR CAUSA DE MUERTE

CAUSA DE MUERTE	Nº CASOS	%
1. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	42	41.58
Membrana Hialina	32	
Bronconeumonía	06	
Aspirativo meconial	04	
2. MALFORMACIONES CONGENITAS	38	37.62
Polimalformado	9	
Cardipatía Congénita	7	
Anencefalia	4	
Síndrome de Down	4	
Hernia Diagragmática	3	
Acondroplasia	3	
Hipoplasia pulmonar + AngenesiaRenal	2	
Síndrome de Turner	1	
Síndrome de Pierre-Robin	1	
Encefalocele	1	
Gastrosquisis	1	
Síndrome de Vientre en Ciruela	1	
Onfalocele	1	
3. INFECCIONES	10	9.90
Septicemia Clínica	7	
Sífilis Congénita	3	
4. SINDROME NEUROLOGICO E INJURIA CEREBRAL	07	6.94
Encefalopatía Hipóxica Isquémica	5	
Hemor ragia Cerebral	2	
5. INMADUREZ GENERALIZADA	03	2.97
6. TRAUMA OBSTETRICO	01	0.99
Luxación Atlo-Axial	1	
TOTALES	101	100.0

Las causas más frecuentes de muerte fetal tardía fueron las Complicaciones de la placenta, cordón umbilical o membranas (33.4%), seguidas de otras afecciones y las mal definidas (18.6%), hemorragias (15.9%), hipoxia intrauterina y asfixia al nacer (13.5%) y malformaciones congénitas (6.8%). Al comparar con otros estudios, como Barahona en México, y Cervantes en el Perú; encuentran la asfixia y malformaciones congénitas como las causas más importantes de muerte fetal tardía.

Al analizar las causas de muerte neonatal precoz encontramos como la más importante a las enfermedades del Aparato Respiratorio (41.58%), dentro de los cuales la enfermedad de Membrana Hialina alcanza el 30.69% del total, luego las Malformaciones Congénitas (37.62%), en tercer lugar las Infecciones (9.9%) seguido por el Síndrome Neurológico e Injuria Cerebral (6.94%). Comparando con otros estudios, nuestros resultados son semejantes a los reportados por Rejas en el Hospital Central Militar, y por Berlanga en México.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVARADO, R.: «Estudio Descriptivo de los factores asociados maternos relacionados a la mortalidad perinatal en el Hospital Arzobispo Loayza, 1982-1991». Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1992.

2. BARA, M.: «Mortalidad Perinatal: Magnitud del Problema». Niños. (9); Enero 1990.

3. BECERRA, J.: «Tasa de Mortalidad Asociados a Proceso Originados en el Período Perinatal en Estados Unidos, 1986-1987». Pediatrics Vol 22; (6); Junio 1992.

4. BERLANGA y Cols: «Morbimortalidad en una Sala de Neonatologia de Segundo Nivel». Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. Vol 47; (1). 1991.

5. CABRERA, L.: «Muerte Fetal: Incidencia y Causas Asociadas». Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú. 1990.

6. CARRASCO, N.: «Muerte Fetal». Revista de la Asociación Peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima, Perú, 1991.

7. CERON, P.: «Causas de Muerte Perinatal en Instituciones de Salud de la Ciudad de México». Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. Vol 48; (11). Nov. 1991.

8. CERVANTES, R.: «Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú». Ministerio de Salud y la . 1988.

9. DENEGRI, J.: «Mortalidad Perinatal». En: Ludmir A. Ginecología y Obstetricia. Sección I, Capítulo 14, Tema 52. CONCYTEC. Primera Edición. Lima, Perú. 1996.

10. FANOROFF A.: «Neonatal Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infants». 5ta. Edición. Mosby Year Book. 1992.

11. FOSTER, A.: «The Impact of Prenatal care on Fetal and Neonatal death, 1961-1988». Obstetrics and Gynecology. Vol 79. Jan 1992.

12. OLIVEROS, M.: «Analisis de la Mortalidad Perinatal durante dos Decadas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 1970-1990». Diagnostico. (32); 22-26. 1993.

13. REJAS, R.: «Mortalidad Perinatal en el Hospital Central Militar Luis Arias S, en el período 1980-1989». Tesis para optar el grado académico de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú. 1991.

14. RIVERA: «Morbilidad y Mortalidad en Neonatos de Bajo Peso al Nacer». Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. Vol 48; (2). Feb, 1991.

15. RODRIGUEZ, E.: «Muerte Fetal y Factores Asociados en el Hospital de Apoyo Cayetano Heredia». Tesis para optar el grado académico de Bachiller en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 1990.

16. TICONA, M.: «Morbi-Mortalidad Perinatal en Recién Nacidos de Bajo Peso en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, 1982-1986». Tesis para optar el grado de Magister en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 1987.

17. TICONA, M.: «Mortalidad Perinatal. Hospital Hipólito Unánue de Tacna 1983-91». El Recién Nacido. Morbi- Mortalidad. Primera Edición. Universidad Nacional Jorge Basadre G. de Tacna. 1996.

18. TICONA, M.: «Mortalidad Perinatal. Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 1992-1995». Revista Materno Infantil. Vol.3; (3). Setiembre 1996. Universidad Nacional Jorge Basadre G. de Tacna.

19. TICONA, M.: «Mortalidad Perinatal. Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 1992-1996». Revista Fronteras en Medicina. Vol.5; (2). 1997.

Estudio de la Demora en la Atención en Salud en Consultorios Externos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Edgardo Belaunde Portugal (1)
Dr. Mario Mimbela Velarde (2)
Dr. Alberto Orellana Zapata (3)
Lic. Sara Ramos Rojas (4)

RESUMEN

La demora en la atención de Salud del Hospital de Apoyo Nro. 01 Hipólito Unanue de Tacna, después de analizarse a través de los procesos, diagramas y fluxogramas apropiados para tal fin nos abren la posiblidad de realizar las correcciones respectivas para aplicar mejor las actividades y los tiempos, disminuyendo las distancias en los casos necesarios, facilitando al paciente su atención sea cada vez menor y la efectividad del Servicio sea de alta calidad.

Después de examinar todas estas causas de quejas o reclamos, se ha realizado el exámen respectivo de acuerdo al cuadro y gráfico del análisis de Pareto, para valorar cada una de las quejas; de este modo poder hacer las correcciones respectivas dando verdadera importancia a cada uno y dar solución a los problemas planteados.

Durante el exámen de las quejas podemos observar tanto en el Cuadro como en el Gráfico de Pareto que corrigiendo las 5 primeras causas o quejas se habran solucionado el 63.83% de los problemas. Consideramos estas causas como las principales y que es necesario corregirlas enelmenor tiempo posible, sin dejar de atender el resto de problemas que evaluaremos de segundo orden al hacer prioridad de resolución de las quejas o reclamos por demora en la atención de Salud en el Hospital Nro. 01 Hipólito Unanue de Tacna.

INTRODUCCION

Considerando la atención integral de Salud con calidad, como objetivo fundamental para recuperar y elevar el estado de prevención, curación recuperación y rehabilitación del paciente.

Es necesario proporcionar estos servicios de Salud, integrando su función, mejorando permanentemente la calidad de la atención, brindando los esfuerzos a todos los grupos, tanto de proveedores como usuarios, tratando de que los servicios prestados con calidéz se apoyen mutuamente para brindar una atención con eficiencia, que tenga como resultado la satisfacción total del paciente.

Uno de los tópicos o puntos importantes a considerar, para poder cumplir con nuestros objetivos; entre otros se destaca como un permanente problema el de LA DEMORA EN LA ATENCION DE SALUD. Esta demora se produce en diferentes momentos durante la atención del paciente; desde el momento en que se presenta al Hospital hasta haber terminado su atención, y pueda retirarse a su domicilio.

MATERIAL Y METODOS

Para el efecto de realizar el trabajo se han utilizado y destacado algunos puntos claves en esta demora de Atención de Salud:

1.- INFORMACION:

1.1 Desde la información que no se realiza adecuadamente por falta de personal capacitado e incentivado para cumplir adecuadamente su función; se produce una pérdida de tiempo muy difícil de calcular, pero si en sus efectos.

1.2 Luego de esto, el paciente se desplaza a triaje cubriendo una distancia madianamente larga.

2.- DURANTE EL TRIAJE:

2.1 La distancia desde el ingreso al Hospital hasta el lugar del triaje es largo y se forman colas que son mas extensas los días lunes, viernes y días después de un feriado.

2.2 Durante los datos y referencias que se proporcionan en el triaje, también se producen demoras, ya que es una sola persona quien realiza esta función.

3.- EN EL LUGAR DONDE FUNCIONA CAJA:

3.1 Se forman colas para la cancelación de atención o consulta.

3.2 Si el paciente es indigente, debe desplazarse una distancia larga, hasta ser atendido en la oficina de Servicio Social para el estudio respectivo.

3.3 Después de realizado el pago, se traslada a Admisión con una distancia relativamente mediana.

(1) Jefe del Departamento de Pediatría
(2) Médico Anestecista
(3) Jefe del Departamento de Medicina
(4) Enfermera de HHUT.

4.- EN LA OFICINA DE ADMISION:

4.1 Nuevamente, se forman colas para realizar la identificación y la búsqueda de la Historia Clínica.

4.2 Si es necesario hacer una Historia Clínica nueva, se realiza una nueva espera, para la identificación de otros datos del paciente.

4.3 El paciente después de esto, se desplaza al consultorio externo respectivo, cubriendo una larga distancia.

5.- ATENCION EN CONSULTORIOS EXTERNOS:

5.1 Llegando el paciente al consultorio donde debe ser atendido, hace una espera demasiado larga, mientras se transporta la historia clínica, se realiza la atención médica y se dan las indicaciones respectivas.

5.2 Si el paciente necesita reclamar lo incompleto de su historia clínica u otras condiciones, el paciente debe desplazarse nuevamente a admisión, para que se de solución al problema planteado.

6.- ATENCION DEL PACIENTE POR PERSONAL PROFESIONAL:

6.1 El paciente ingresa al consultorio externo, para tomársele funciones vitales y otros datos.

6.2 El paciente espera la atención médica respectiva luego de la cual se desplaza a farmacia o a su domicilio.

6.3 Si es necesario realizar exámenes auxiliares, el paciente debe trasladarse a laboratorios o rayos X, cubriendo una larga distancia.

7.- ATENCION PARA EXAMENES AUXILIARES (LABORATORIO, RX, OTROS):

7.1 El paciente, debe esperar según el examen auxiliar solicitado que se le dé la atención respectiva (tiempo muy variado y muy difícilmente de calcular).

7.2 El paciente se retira a su domicilio.

8.- OFICINA DE ARCHIVO:

8.1 Después de ser atendido el paciente, las historias clínicas son registradas y tabuladas.

8.2 La Historia Clínica se archiva.

CONCEPTOS IMPORTANTES A TENERSE EN CUENTA ENLA ATENCION AL PACIENTE QUE ASISTE AL HOSPITAL DE APOYO NRO. I HIPOLITO UNANUE DE TACNA.

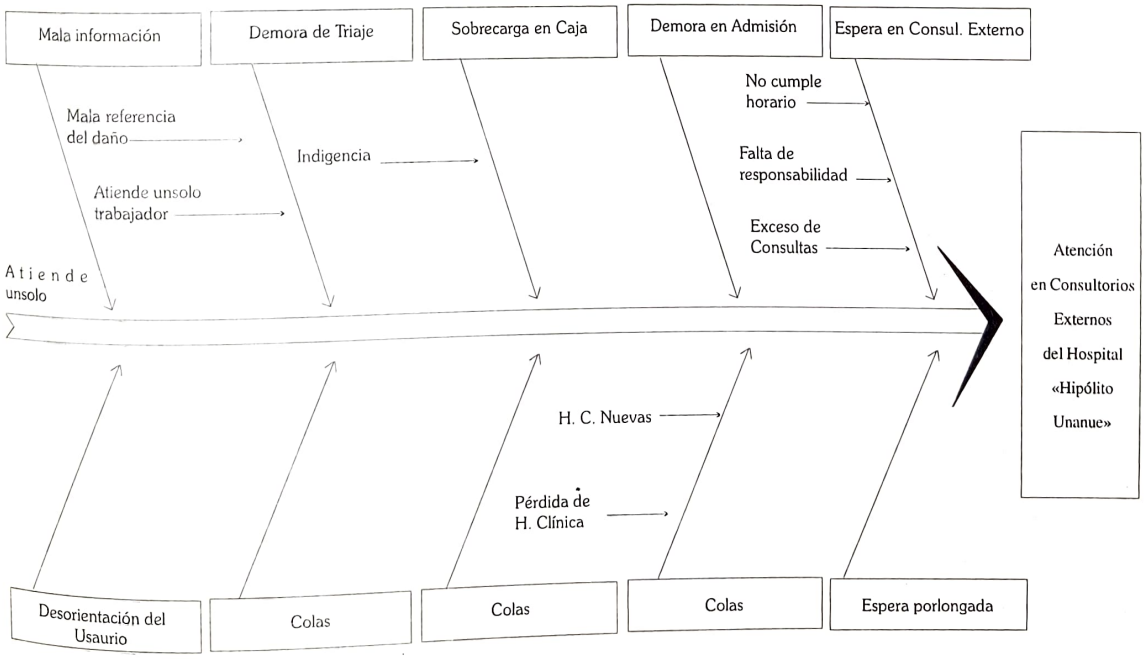
CONCEPTO DE CALIDAD:

Calidad, es el cojunto de atributos o funciones de un servicio que cubre las exigencias de un cliente, con rápidez, efectividad y que se deben realizar desde la primera vez que asiste el paciente a nuestros servicios; que incluye los esfuerzos de todos los componentes de salud, en la mejora continua de los procesos de calidad para que el servicio recibido por nuestros usuarios sea constantemente cálida y acorde con las necesidades del paciente.

CONCEPTO DE NO CALIDAD:

La no calidad es no poder satisfacer adecuadamente las necesidades de salud del paciente cuando éste lo requiere y sin brindar calidez y eficiencia.

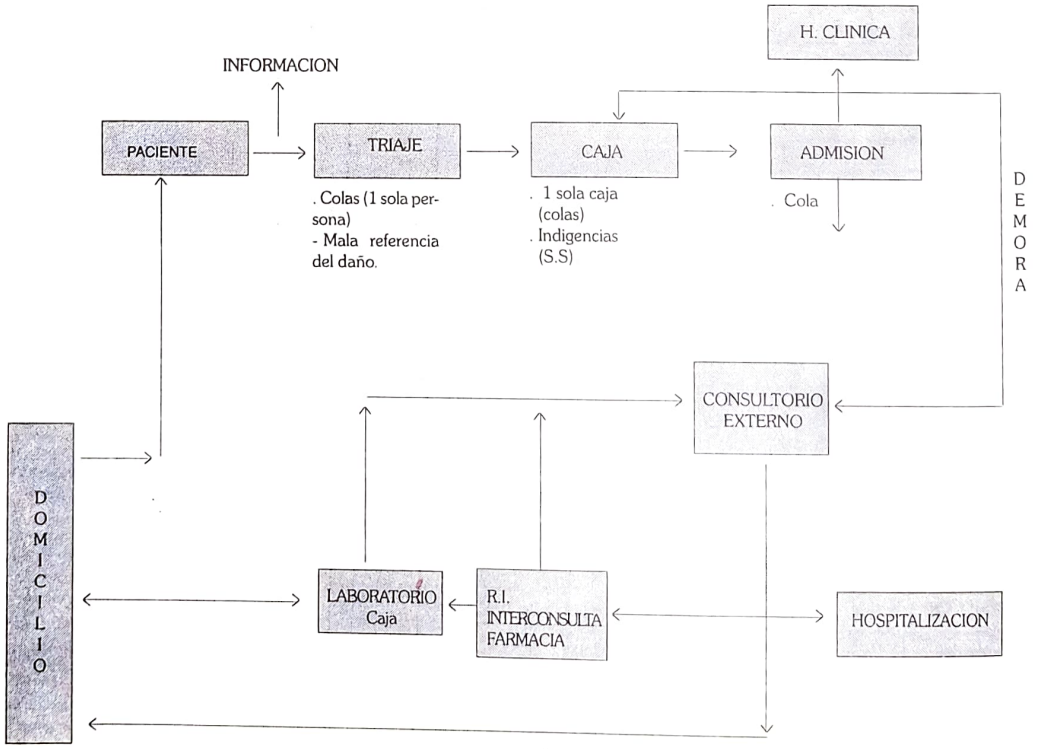
DIAGRAMA DE ICHICAWA CAUSAS Y EFECTOS



TECNICAS DE PROCESO

Nro.	ACTIVIDADES	DISTANCIA	TIEMPO	○	□	→	D	▽
1.-	TRIAJE	10 Metros	12 Minutos					
	Formar Cola		10 Minutos					
	Datos y Referncia		2 Minutos					
2.-	CAJA	7 Metros						
	Formar COla		5 Minutos					
	Indigencia	80 metros	10 Minutos					
	Pago Ticket		2 Minutos					
	Traslado a Admisión	5 Metros	1 Minuto					
3.-	ADMISION							
	Formar Cola		5 Minutos					
	Busqueda de Hist. CLín.		4 Minutos					
	Nueva Hist. Clín.		10 Minutos					
4.-	H.C. CONSULTORIO							
	EXT.	25 Metros						
	Sala de espera		120 Minutos					
	Reclamo y Transp. H.C.	50 Metros	5 Minutos					
5.-	ATENCION PACIENTE		15 Minutos					
6.-	EXAMEN AUXILIAR	80 Metros	60 Minutos					
7.-	ARCHIVO							

FLUOGRAMA DE ATENCION EN CONSULTORIOS EXTERNOS



RESULTADOS

ANALISIS DEL PROCESO

PREGUNTAS		QUE?	COMO?	POR QUE?
ELIMINAR	DESINFORMACION	Todo	Personal de Información Maquetas Señales, etc.	Mejorar la Atención y descongestionar.
CAMBIAR	ADMISION	Sistema	Tecnología de Punta	Para agilizar el funcionamiento
COMBINAR	LABORATORIO, RX, FARMACIA CON CAJA	Ubicación	Uniendolos	Porque facilita atención y disminuye tiempo y distancia
MEJORAR	. TRIAJE . CONSULTA EXTERNA	Tiempo	. Aumento de Personal . Sistema Citas . Cumplir horarios	. Insuficiente. . Acumula pacientes.
SIMPLICAR	CAJA	Ubicación	Junto a Triaje	Ahorro de tiempo

TECNICAS DE PROCESO MEJORADO

Nro.	ACTIVIDADES	DISTANCIA	TIEMPO	⬭	▭	⇨	D	▽
1.-	INFORMACION	5 Metros	2 Minutos				x	
2.-	TRIAJE Y CAJA	5 Metros	7 Minutos				x	
	Formar Cola y pago						x	
3.-	ADMISION	5 metros						
	Formar Cola		5 Minutos				x	
4.-	CONSULTORIO EXTERNO	25 Metros						
	Sala de espera		60 Minutos				x	
5.-	ATENCION PACIENTE		15 Minutos				x	
6.-	EXAMENES AUXILIARES							
	FARMACIA - CAJA	80 Metros	30 Minutos				x	x
7.-	ARCHIVO							
	TOTAL	110 Metros	1Hrs. 59 Min.					

DIAGRAMA DE FLUJOS CORREGIDOS

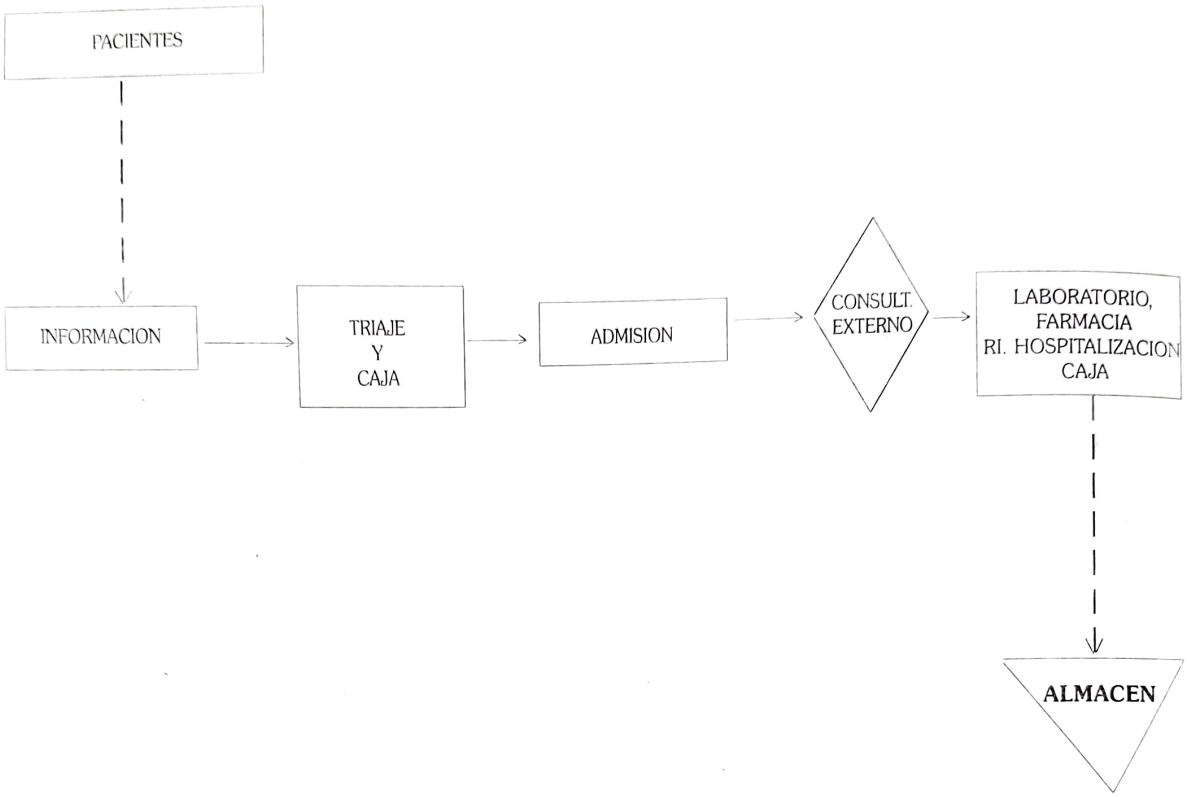
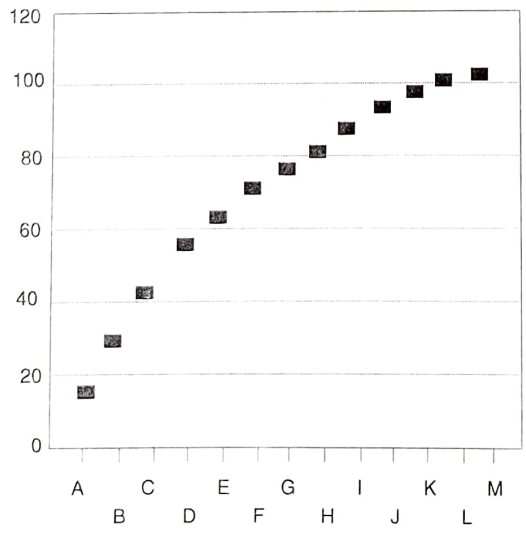
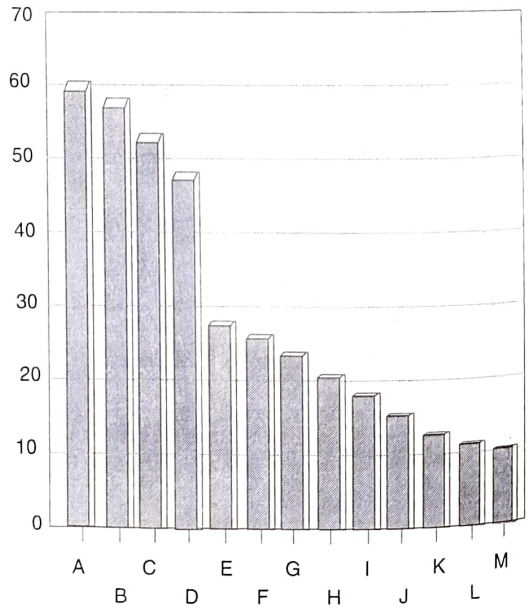


GRAFICO DE LAS CAUSAS DE RECLAMO POR DEMORA EN LA ATENCION DE SALUD



CAUSAS DE DATOS DEL ANALISIS

GRAFICO DE LAS CAUSAS DE RECLAMO POR DEMORA EN LA ATENCION DE SALUD



CAUSAS DE DATOS DEL ANALISIS

CUADRO CON CAUSAS DE RECLAMO POR LA DEMORA EN LA ATENCION DE SALUD ANALISIS DE PARETO

DATOS O CAU.	DEMORA EN LA ATENCION DE SALUD	Nros. DE QUEJAS	TOTAL %	% ACUMU-LADO
A	Trámite estadístico demoroso	60	15.97	15.97
B	Mala información (desinformación)	56	14.89	30.86
C	Demora en el curso de la His. Cli.	52	13.83	44.69
D	Mal trato, Falta calidez	46	12.23	56.92
E	Insensibilidad del personal	26	6.91	63.83
F	Incoordinación administrativa	24	6.38	70.21
G	Burocracia Administrativa	22	5.86	76.07
H	Personal no capacitado	20	5.32	81.39
I	Ampliación de horario	18	4.78	86.17
J	Horarios inadecuados (mala Prog.)	16	4.26	90.43
K	Falta de Integración dle personal	14	3.72	94.15
L	Horarios programados no se cumplen	12	3.19	97.34
M	Abandono de Consult. por Profesional	10	2.66	100
TOTAL 13		376	100%	100%

DISCUSION Y COMENTARIOS

Para los efectos de tener unconcepto completo de lo que significa el Reclamo por la Demora en la Atención de Salud en el Hospital de Apoyo Nro. 1 «Hipólito Unanue» de Tacna por parte de los usuarios ha sido necesaria una encuesta en la que se han considerado muchos parámetros o quejas que se producen comúnmente por los pacientes que asisten a solicitar atención médica u otros en nuestro nosocomio.

Las cuales más comúnes han sido agrupadas por similitud o relación directa entre ellas, para los efectos de hacerlas más evidentes y claras para el análisis respectivo. Son las siguientes:

A.- El paciente se da perfecta cuenta que existe un trámite enlos datos y registro estadístico que es muy demoroso.

B.- La mala información que recibe el paciente, para la orientación de los servicios que necesita y solicita, con las respectivas pérdidas de tiempo.

C.- Se produce una gran demora en el curso que se da a la Historia Clínica, que saliendo de estadística hace un recorrido largo, sobre todo si ha sido necesario hacer alguna gestión en Laboratorio, Rx. u otros.

D.- Los pacientes generalmente asisten al hospital a solicitar un servicio angustiados, en stress y esperan un trato adecuado; sin embargo muchas veces encuentran, poca amabilidad, mala atención, falta de calidez y otros mal trato..

E.- Insensibilidad enla atención del paciente, cuando asisten o lo aqueja algún dolor sin que el personal muestre preocupación, por elcontrario son indiferentes al problema.

F.- El paciente observa que se presencia falta de coordinación y aún desorganización administrativa, para el efecto de dar solución a los problemas que requieran participación directa administrativa.

G.- Burocracia administrativa; junto al punto anterior el usuario ve un exceso del personal, y que muchos de ellos aparentemente no realizan ninguna función.

H.- Dentro del contexto general de salud existe la opinión de los pacientes que hay personal no calificado o no capacitado para la función que desempeñan.

I.- Por motivos generalmente de trabajo en los pacientes, los horarios son inadecuados y solicitan una ampliación de horas de atención ya que no les acomoda el ya existente.

J.- Para los efectos de la atención de los especialistas,los horarios al parecer de los usuarios son mal programados, ya que muchas veces la atención se tiene que derivar o posponer días para recibir la consulta.

K.- Otro de los motivos de observación de los pacientes es la no integración del personal entre ellos, ya que nadie quiere tomar la responsabilidad de loscasos y el paciente sufre la demora respectiva.

L.- Los horarios programados algunas veces no se cumplen, por ausencia del personal profesional o por falta de elementos para realizar algunos exámenes auxiliares.

M.- Otras veces el paciente se queja que después de haber iniciado la consulta el profesional abandona el consultorio para realizar otras actividades y la espera es mayor de lo normal.

CONCLUSIONES

Para la corrección diremos que las soluciones son:

A.- Agilizar el trámite para la obtención de datos en el registro estadístico.

B.- Implementar una oficina o lugar de información adecuado, con señalización,avisos, etc.

C.- Abreviar el curso de la historia clínica y los informes de laboratorio yRx para ser ubicados en le consultorio respectivo.

D.- Realizar cursos de Relaciones humanas y públicas al perosnal profesional y auxiliar, etc.

E.- Responsabilizar a cada uno de los componentes del personal de Salud sobre sus funciones, para que no haya descuido con los pacientes.

F.- Coordinar acciones entre el personal asistencial y administrativo, para el mejor logro de facilitar al paciente los documentos y otros de su necesidad.

G.- Disminuir la burocracia administrativa y agilizar la atención del paciente.

H.- Capacitar al personal sobre cada una de las funciones de Salud, educando al personal sobre todas y cada una de las acciones que deben desarrollarse para brindar una atención eficiente al paciente.

I.- Ampliar los horarios de atención en todos los ambientes y consultorios, para ayudar a los pacientes, y familiares que trabajan y no pueden asistir enlos ya existentes.

J.- Programar mejor los horarios de los especialistas, para evitar posponer citas que muchas veces son inconvenientes y abandono del tratamiento por los usuarios.

K.- Preparar al personal sobre las responsabilida-

des que a cada uno le compete sobre el cumplimiento de sus labores, asegurando al paciente evitar pérdida de tiempo que muchas veces es vital para su recuperación.

L.- Hacer cumplir los horarios programados por los profesionales e implementar los servicios de exámenes auxiliares para evitar demoras o nuevas citas, que incomodan al paciente.

M.- Recomendar a los profesionales que no abandonen sus consultorios, sino después de haber concluído con las consultas

* Es necesario destacar que a pesar de todas estas quejas por la demora en la atención de Salud, el público usuario de nuestro nosocomio, comprende que muchas veces pese a la buena voluntad del personal profesional y no profesional, no es posible corregir en un tiempo muy corto lo problemas. Sin embargo nos hemos propuesto hacer lo imposible para corregirlos, sobre todo las cinco primeras causas de quejas.

BIBLIOGRAFIA

1.- Calidad total en los Servicios de Salud, tomado dle Foro Internacional de Administración de la Salud 1993, Robert Bradburg.

2.- Enfoque Sistémico enla Administración de los Servicios de Salud, Hernán García Cabrera, es pecialista en Salud.

3.- Manual de Herramientas Básicas para el Análi sis de datos, Herramientas para el Mejoramien to Continuo, Michael Brassard.

4.- Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad, de los concepto a las acciones, Enrique Ruelas Barajas.

5.- El tiempo de espera en la Consulta Externa, a la satisfacción dle usuario enel Centro de Salud Tahuantinsuyo bajo (Cono Norte de lima), Matilde Hernández y Colb.

6.- Tiempo de espera enla Consulta Externa y la satisfacción de la gestante, Hospital Ma terno Infantil César López Silva, Carolina Luján y Colb.

7.- Diseño de un Sistema de Monitoria para el desarrollo de Programas de Garantía de Calidad, Luis Miguel Vidal Pineda.

CASOS CLINICOS

Onfalocele

DR. Manuel Ticona Rendón (1)
DR. Juan José Carpio (2)
DR. Bartolomé Inglesias(3)
INT. MED. Daysi Díaz Obregón (4)

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Antecedentes Socio-económicos: Se trata de un recién nacido proveniente de una madre de 23 años de edad, que cursa sexto año de educación superior, de estado civil soltera.

Antecedentes Personales y Familiares: No hay patología de malformaciones congénitas.

Antecedentes obstétricos: se trata de una nulípara, que por FUM y ecografía tiene 39 semanas de gestación.

Embarazo Actual: Se trata de un producto deseado; en relación a antecedentes patológicos durante el embarazo, no refieren teratógenos durante el primer trimestre ni radiaciones, ni infecciones. Presentó un buen control prenatal (6 controles) realizado por médico obstetra particular y en el informe ecográfico 15 días antes del parto informa sin alteraciones estructurales fetales, VDRL negativo, Hb: 12.2 gs.

Parto: 15 de febrero de 1998, de inicio espontáneo, termina por vía vaginal. Atendido por médico Obstetra.

Recién Nacido: Sexo femenino, nace en buenas condiciones, con llanto espontáneo, no requiere maniobras de reanimación, con Apgar al minuto y a los 5 minutos de 9, con un peso de 3,120, talla 53 cms. Y perímetro cefálico de 35 cms.

Examen Físico

Se trata de un RN, activo , llanto enérgico, piel rosada y tibia en semiflexión de extremidades,no cianosis.

Polo Cefálico: Normocéfalo, suturas y fontanelas normales, no caput, ni cefalohematoma.

Cara: simétrica, pabellones auriculares bien implantados, boca simétrica.

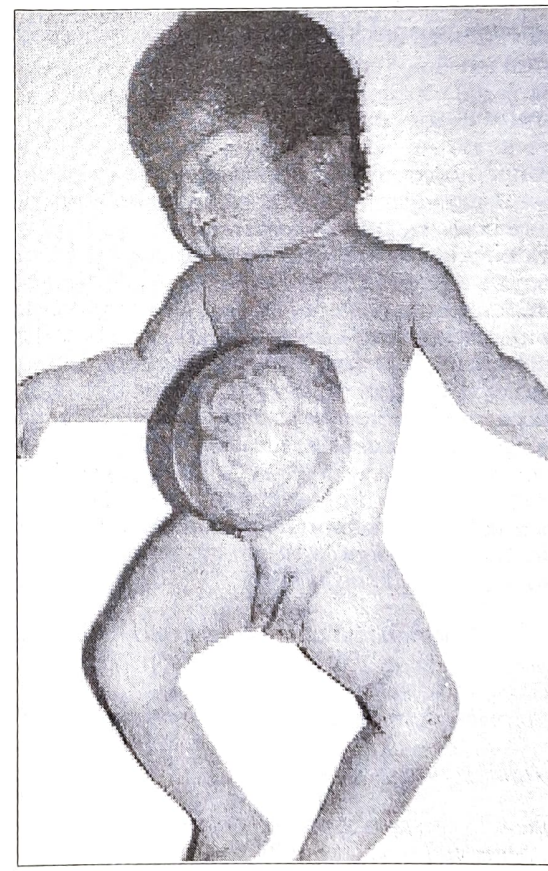
Cuello: mouil, no tumoraciones.

Torax: cilindrico, móuil, F.R. 46 por minuto, no presenta dificultad respiratoria, buena uentilación, no estertores.

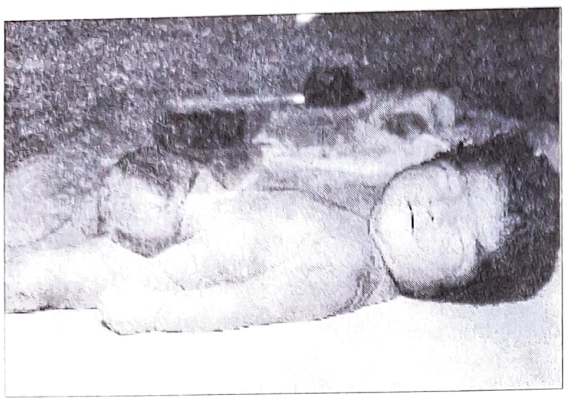
Cardiovascular: F.C. 148 por minuto, tonos cardiacos de buena intensidad, no soplos.

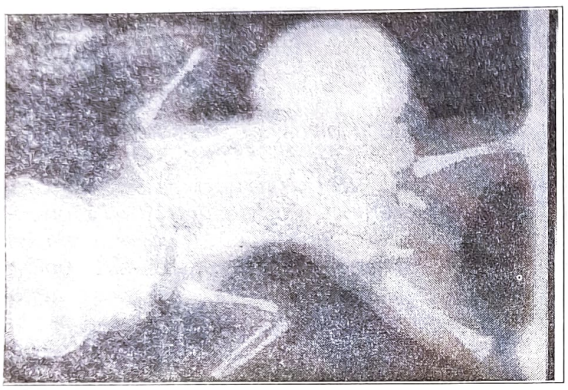
Abdomen: Se evidencia protución uisceral de 18 x 8 x 8 cms. recubierto por membrana peritoneoamniótica, indemne, con leve adelgazamiento en cuadrante inferior izquierdo de 3 x 3 cms, se uisualiza en su interior asas intestinales, hígado y estómago (Fig. 1 y 2). Ruidos hidroaereos presentes. Cordón umbilical normal.

Ano permeable.
Genitales externos femeninos normales.
Extremidades: de conformación normal.



(1) Médico Pediatra Perinatólogo, del Servicio de Neonatología del HHUT.
(2) Médico Cirujano Pediatra del Servicio de Cirugía Pediátrica y Quemados.
(3) Médico Cirujano Pediatra. Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica y Quemados.
(4) Interna de Medicina de la Universidad San Agustín de Arequipa.





Neurológico: reflejo de Moro completo.

Se traslada al Servicio de Neonatología para los cuidados especiales y tratamiento quirúrgico respectivo.

Evolución:

Estuvo hospitalizado 15 días antes de la operación Estuvo activo, llanto energico, normotérmico, no cianosis, no presentó dificultad respiratoria, sus funciones biológicas dentro de límites normales, con vómitos alimenticios esporádicos, y deposiciones semilíquidas verdosas en número de 4 a 6 por día, se descartó infección intestinal por reacción inflamatorias negativas en heces, asi como coprocultivo negativo, sus examenes hematológicos estuvieron dentro de límites normales (Hb. Varió de 14 a 13 su fórmula leucocitaria, dentro de límites normales (entre 7,,000 a 12,000 leucocitos sin desviación izquierda), glucosa en sangre normal,.recuento plaquetario entre 120,000 a 240,000. PCR negatico, sedimento urinario sin patología, urocultivo negativo.

La piel circundante al onfalocele creció 1.8 cms desde su ingreso, con topicaciones con Isodine solución y mercurio cromo todos los días.

Su peso osciló de 3,020 a 3,040 grs.

Tratamiento:

Se trató con soluciones glucoalcalinizantes en las primeras 48 horas y luego hidroelectrolíticas.

Se usó topicaciones de mercurio cromo y soluciones salinas

Se usó Cefotaxima y Amikacina por 11 días por VE.

Se realizó el acto quirúrgico a los 15 días de nacido, ante la eminencia de ruptura del saco, tratándolo 48 horas antes con Ceftriaxona y Clindamicina, se extirpo el saco envoltura del onfalocele, liberación de bridas y adherencias, colocando una malla ventral tipo Mariex, cobertura del defecto, cierre de pared, incisiones de descarga laterales. Se usó anestesia general inhalatoria.

Evolución Post-operatoria:

Aparentemenrte fue buena, pero a las 32 horas presenta súbitamente paro cardiorespiratorio, irreversible, falleciendo.

No se realizó la autopsia respectiva por decisión de los familiares.

DEFINICION

El Onfalocele es una herniación o protusión del contenido abdominal en la base de implantación del cordón umbilical. Deriva del vocablo griego: onfalos, ombligo y cele, exposición. Ocurre en aproximadamente uno de cada 5,000 a 10,000 nacidos vivos.

EMBRIOGENIA

Hacia la cuarta semana de vida embrionaria, el intestino medio crece y se alarga más rápidamente que el embrión, se aloja en el saco vitelino fuera del celoma embrionario. Hacia la décima semana, a medida que la cavidad del abdomen se agranda, el intestino medio regresa rápidamente al embrión y experimenta rotación y fijación. A la par de dichos acontecimientos y hacia fin de la tercera semana de desarrollo embrionario, aparecen cuatro pliegues somáticos que definan las paredes torácica y abdominal anteriores: un pliegue cefálico, dos laterales y uno caudal. Estos pliegues migran en dirección central para fusionarse en el anillo umbilical: fenómeno que bajo situaciones normales se completa hacia las 18 semanas de gestación. La integridad final de la pared del abdomen depende del retorno del intestino medio junto con el crecimiento apropiado y fusión de los cuatro pliegues corporales.

ANATOMIA PATOLOGICA

El defecto aponeurótico puede ser muy pequeño, 2 cms, o tan grande como 15 cms. El tamaño del saco es, asimismo, variable y no relacionado necesariamente con el defecto aponeurótico. El saco está constituído por amnios en la parte externa y el peritoneo parietal en la parte interna, con una capa de tejido conectivo mesenquimatoso (Gelatina de Wharton) interpuesta; lo que da un saco completo, avascular, transparente y con el cordón umbilical insertado sobre él. Ahora bien, cuando el defecto aponeurótico y el saco son pequeños, tan sólo es herniada una porción mínima del instestino. Por otra

parte, cuando existe una gran abertura aponeurótica y un saco externo de gran tamaño, se observa protuberancia masiva de intestino medio, estómago, hígado y bazo con un cavidad peritoneal diminuta, subdesarrollada. Como indicó Gross "Las vísceras herniadas han perdido su derecho de domicilio en la cavidad peritoneal". Sin embargo existen todos los músculos abdominales.

ANOMALIAS ASOCIADAS

Los pacientes con onfalocele tienen tendencia alta de anomalías asociadas al tubo gastrointestinal, así como en otros sistemas, los cuales contribuyen a la morbimortalidad. Como por regla, todos los onfaloceles tienen mal rotación intestinal, habiéndose observado divertículos de Meckel y atresias intestinales. En 48% de los pacientes se aprecia defectos cromosómicos (trisomía 13 o 18), en un 28% cardíacas (tetralogía de Fallot, defectos septales) 20% genitourinarios y 12% anomalías diafragmáticas.

El onfalocele es determinante en la integración de diversos síndromes: el de la línea media inferior (hendidura vesico-intestinal y malformaciones anorectales), pentalogía de Cantrell (defecto esternal, diafragmático, pericárdico y cardíaco), así como el síndrome de Beckwith-Wiedemann (Macroglosia, gigantismo e hipoglicemia).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de onfalocele suele efectuarse con ultrasonografía prenatal. Cuando se detecta antes del nacimiento, deben buscarse con sumo cuidado otros defectos estructurales y obtenerse muestras de sangre para análisis de cromosomas. En el momento del parto, el defecto por lo general es bastante obvio, salvo por el raro caso de un onfalocele con saco roto, que debe diferenciarse de la Gastrosquisis (de cordón umbilical unido a la pared casi siempre a la izquierda, defecto de pared pequeño, generalmente solo protuye intestino delgado y el hígado es abdominal, con asas edematosas). Es crucial un examen físico exaustivo combinado con valoración radiográfica (tórax y abdomen). Otras pruebas incluyen glicemia y bateria preoperatoria. También un ecocardiograma y ultrasonografía abdominal.

TRATAMIENTO

El tratamiento en el onfalocele genéricamente es el siguiente:

Cubrir el defecto con compresas húmedad, tibias y suaves a fin de evitar hasta donde sea posible la infección, hipotermia y evaporación.

Colocar al niño en un ambiente térmico y húrnedo adecuado.

Asegurar una posición satisfactoria durante el traslado, evitando compresión vascular por tracción.

Colocar sonda orogástrica.

Asegurar vía permeable.

Administrar antibióticos endovenosos.

Identificar las anomalías asociadas y reconocer las complicaciones.

El tratamiento del onfalocele es tema de múltiples debates, pues mientras que algunos autores recomiendan tratamiento conservador (creación de una hernia ventral), otros lo quirúrgico. La hernia ventral se obtiene mediante la pincelación con agentes esclerosantes (mercuriocromo, sales argenticas, neomicina y bacitracina en polvo, yodopouidona y mertiolate), los que aplicados localmente contribuyen a que el defecto sea cubierto por piel atrófica. Pueden haber problemas importantes por la absorción sistemática de esos fármacos a través de la membrana. Este tipo de tratamiento no operatorio se aplica a los pacientes que tienen problemas médicos fundamentales graves.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la reparación primaria por lo general es posible en los defectos menores de 4 cms. de diámetro. Cuando los defectos son más grandes los intentos de cierre primario pueden dar por resultado complicaciones hemodinámicas y respiratorias (aumento de la tensión diafragmática, compresión de la cava con circulación venosa disminuída hacia el corazón y compresión vascular mesentérica que suscita isquemia o necrosis intestinal). Si el recién nacido no tolerara el cierre primario, el cirujano tiene dos opciones: El método descrito por Gross que consiste en dos etapa. La primera, en la que se desprenden dos colgajos cutáneos laterales y se afrontan en la línea media, dejando una hernia ventral residual; la segunda etapa, la reparación de la hernia 6 a 12 meses después. La otra opción es el uso de mallas (Silastic), con la cual se construye un silo temporal que después se comprime a diario. Cuando el contenido del silo se reduce por completo hacia la cavidad abdominal, se efectúa cierre fascial primaria, por lo general 7 a 10 días después de la construcción inicial del silo.

Las complicaciones no inmediatas son: Hernia inguinal, Criptorquidea, hernia hiatal y reflujo gastroesofágico.

BIBLIOGRAFIA

1.- Aschcraft, MD: Onphalocele, Atlas of Pediatric . 179-182. 1994.

2.- Baeza, Carlos: Onfalocele y Gastrosquisis, Patología Quirúrgica del Recién Nacido, 93-113. 1990.

3.- Barlow, B.; Cooper A.; et. al.: External silo reduction of tha inrupted giant omphalocele, J. Pediatric Suergery. 22: 75-76 1987.

4.- Brun, M.: Malforations de la Paroi Anterieure du Foetus: Lapaschisis et Omphalocele, L'echogtaphie "de premier niveau". Setiembre de 1996.

5.- Chen , CP: Perinatal features of omphalocele-imperforate anus-spinal defects asocciated with meningomielocele and sever limb defects: Am J Perinatologi: 275-279. 1997.

6.- Dillon, Pto: Urgencias quirúrgicas en el recién nacido: anomalías gaastrointestinales, defectos de la pared abdominal: Clínicas Pediatricas de Norteamerica. 6/1407-1412, 1993.

7.- Gray, SW: Embriolgy for Surgerons 1972.

8.- Holder TM: Onfalocele y Gasytrosquisis. Cirugía Pediatrica. 627-644, 1991.

9.- Mayo Healt; Talk with the exper: My grandsoon was born with onphalocele . March 1998.

10.- Rafferspring, J.: Onphalocele: Pediatric Surgery. 1992.

Informe Psicológico

Psc. Luis Pastor Yáñez (1)

I.- DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES : N.N.
FECHA DE NACIMIENTO : 28-05-1964
EDAD : 33 años. 10 meses
GRADO DE INSTRUCCION : Superior
LUGAR DE LA EVALUACION: Servicio de Psiquiatría "San Ramón del Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna.
FECHA : Marzo 1998
EXAMINADOR : Psic. Luís Alberto Pastor Yáñez

II.- TECNICAS PSICOLOGICAS EMPLEADAS

OBSERVACION Y ENTREVISTA
HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA
EXAMEN MENTAL
PRUEBAS PSICOLOGICAS .-
ORGANICIDAD: Bender, Benton, Hiperventilación Cerebral.
INTELIGENCIA: Factor "G" de Cattell, BARSIT
PERSONALIDAD: Rorschach, Machover, Survey Of personality Hostillity.

III.- MOTIVO DE LA EVALUACION PSICOLOGICA

La Jefatura del Servicio de Psiquiatría atendiendo el pedido del Poder Judicial solicita interconsulta al Servicio de Psicología, para evaluar al paciente Juan Carlos; derivado del CRASS de Pocollay acusado por el delito de violación sexual.

IV.- NIVEL DESCRIPTIVO

Paciente de 33 años de edad cronológica, de 1.62 aprox. Biotipo Picnico, tez blanca, apariencia en higiene y vestido ligeramente descuidado, con excoriaciones en el rostro, denota expresión de ansiedad, se encuentra vestido con pantalón de buzo y polera, sandalias y calcetines multicolor, permanentemente recluido en su habitación la cual está ordenada y limpia, generalmente se encuentra postrado en cama aferrado a un crucifico, el cual coge con sus dos manos, se le aprecia ligeramente hipoabulico en su psicomotricidad, con signos manifiestos; de conducta deficiente en lo físico, de apatía, vacilación y lentitud; conducta psicomotriz que modifica, cuando se le solicita realizar alguna indicación propia de la evaluación psicológica, la cual cumple con buena disposición, e incluso con movimientos que llegan a producir hilaridad (Forma de marchar, respirar, jadear etc..) Así mismo se aprecia en su conducta interpersonal una actitud de simpatía forzada, deseo de aprobación de aceptación en las entrevistas, en las cuales se torna evasivo en momentos cruciales de las mismas, manifestando incomodidad, ambigüedad y cautela, evidencia preocupación por la situación que atraviesa utilizando mecanismos defensivos; negando el delito por el que es acusado y llenándose de ansiedad ante la posibilidad de volver a la penitenciaria, se muestra aprensivo y desconfiado con respecto a los pacientes del Hospital; sumiso; y educado con el personal del mismo, pretendiendo proyectar una imagen de sensible, incomprendido y severamente deprimido amenazando incluso que se va a suicidar porque "recibe órdenes" de un Militar para hacerlo, según refiere el paciente.

Su área de orientación autopsíquica y alopsíquica es adecuada, sin embargo su orientación temporal y de lugar se encuentra alterada. En cuanto al curso del pensamiento no se aprecian ninguna patología como tampoco en sus áreas de raciocinio, atención, comprensión y Juicio, así mismo su capacidad de cálculo, capacidad de construcción y semejanzas se encuentran en un nivel de normalidad, mientras que sus áreas psíquicas que se encuentran afectadas son: la de percepción con alucinaciones de tipo auditivo imperativo en la forma de fonemas, en el área de pensamiento con ideas delirantes sistematizadas ya que se desarrollan con orden, coherencia, claridad y permanencia. Pero a partir de una premisa falsa y con gran carga afectiva, y tendencia al relato histriónico, presenta amnesia parcial de tipo lacunar que es la pérdida de la capacidad de evocar y reconocer, referida a un periódo de la vida, falsa orientación en tiempo, lugar y el área de afectividad con manifestaciones de labilidad afectiva y ansiedad; acto suicida caracterizado por la ingesta de agua jabonada para luego expulsarla en forma de espuma en un ataque de tipo histriónico, finalmente el área de la voluntad se aprecia ligeramente disminuida con una pereza volitiva que estriba en falta de energía que es producto de la situación en que se encuentra el paciente.

V.- EVALUACION DE ORGANICIDAD

De acuerdo a la valoración psicométrica y ante la estimulación perceptual de la bateria de pruebas que evalúan el área de organicidad, se aprecia un trabajo grafo-motor adecuado sin compromiso de la función tisular del cerebro, con ausencia de signos y conductas definidas que pudieran indicar lesión neurológica

(1) Psicólogo del Dpto. de Medicina del HHUT.

VI.- EVALUACION DE INTELIGENCIA

En la evaluación cualitativa, el paciente obtiene un C.I. de 90 que corresponde a un diagnóstico de inteligencia normal, termino medio. Cualitativamente se aprecia capacidad intelectual superior al término medio lo que se evidencia en el buen número de respuestas originales en la prueba de RORSCHACH y por la observación clínica.

VII.- EVALUACION DE LA PERSONALIDAD

Presenta desorden de la personalidad de tipo histriónico con rasgos psicopáticos.

Presenta como rasgos de personalidad en cuanto a el :

ÁREA DE RELACIÓN CON EL AMBIENTE.

Un nivel energético débil que se asocia a sujetos inseguros en su relación con el medio (ansiedad defensa y protección ante un ambiente que se considera amenazador.

ÁREA DE RELACIONES INTERPERSONALES.

Falta de confianza, culpabilidad con relación a impulsos instintivos, represión de la hostilidad, agresión infantil, fuerte tendencia a la participación social, pero reprimida por lo que su interés y preocupación está centrada en sí mismo.

ÁREA EMOCIONAL

Presenta rasgos histéricos, agresividad psicopática comportamiento infantil, inestabilidad emocional, deseo de aprobación, agresividad, vanidad ostentación, opresión, dependencia, depresión, desvaloración de la realidad natural, deshumanización, disgregación, instintividad, despersonalización, retraimiento.

ÁREA PSICOSEXUAL

El paciente está seriamente afectado ya que presenta perturbación sexual aguda, impulsos sexuales intensos, primitivismo, impulsos desordenados, tensión masturbatoria, inmadurez psicosexual, preocupación con respecto a la masculinidad, conducta sexual desviada, inadecuación.

AREA DE AUTOCONCEPTO

El paciente presenta una imagen inadecuada de sí mismo oscilando entre una imagen disminuida y sobre valorada. Asimismo podemos añadir que el paciente presenta comportamiento hipocondríaco, personalidad psicopática con características como el de ser altamente rebelde e inconformista, caprichoso con sentimientos y lealtades superficiales, y serias perturbaciones en el área sexual y en sus relaciones familiares y sociales, asimismo presenta resentimiento y suspicacia hacia los demás, sentimientos de irrealidad, pensamiento y conducta confusa con actitudes extrañas y falsas creencias.

VIII.- NIVEL EXPLICATIVO

Los conflictos del paciente se inicia en su niñez, cuando presencia la violación de uno de sus diez hermanos por su tío, ante lo cuál se quedo paralizado sin ninguna reacción según refiere el paciente, posteriormente decide seguir estudios de teología para ser misionero de la iglesia Católica, sin embargo su vocación religiosa no estaba bien definida, ya que sentía mayor inclinación por ser Militar, ello se manifiesta por su constante alusión de su experiencia en la fuerza Naval de anfibios de su País que de algún modo sentó huella en su personalidad del paciente, posteriormente en el año 1996 llega al Perú. Al año de estar ocupando un cargo importante en un colegio religioso, es el centro de la noticia y la atención de la colectividad al ser denunciado por padres de familia de haber intentado en un caso, y de haber violado en otro a niños del colegio, la primera denuncia es desestimada por falta de pruebas contundentes, posteriormente se suscitan nuevas denuncias con lo que el paciente queda detenido en el CRASS de Pocollay, en donde después de algunos días de internamiento desarrolla trastorno emocional, mental y nervioso por lo que es internado en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, de donde es derivado al servicio de Psiquiatría el 15-12-97., presentando cefaleas, alteraciones perceptivas y delusivas, desorientación en espacio y tiempo sin conciencia de enfermedad, y con una impresión diagnóstica de S.O.C y Síndrome psicótico secundario, al día siguiente ya se encontraba orientado, con curso de lenguaje adecuado, ansiedad y sin alteraciones perceptivas y recibe la impresión diagnóstica de S.O.C. y de simulación, posteriormente recibe otros diagnósticos como epilepsia psicomotora, trastorno de la personalidad, síndrome compulsivo, cefalea tensional , convulsiones atípicas y psicosis crónica entre otros, creando confusión y contradicciones entre los especialistas de psiquiatría y neurología según constan en la historia clínica del paciente.

IX.- REGISTRO DE EVALUACION MULTIAXIAL SEGUN EL DSM-IV

EJE I	*: TRANSTORNO CLINICO*
TRANSTORNO DISOCIATIVO F44.9	
CONCIENCIA	*: Disociada*
ATENCION	*: Variable*
MEMORIA	*: Amnesia Lacunar*
ORIENTACION	*: Desorientación parcial en el tiempo y lugar.*
SENSOPERCEPCION	*: Alucinaciones auditivas, imperativas de tipo fonemas.*
PENSAMIENTO	*: Curso coherente y conte nido: en Super ficialidad, ideas sistematizadas, temas variados con tendencia al relato histrió- nico.*

AFECTIVIDAD : Ansiedad, tedio, variable.
CONDUCTA : Facies : normal, actitud variable.

Psicomotricidad : inhibiciones funcionales, afonía, ataques Pseudoconvulsivos, insomnio, desorden psicofisiológico de la piel.

EJE II: TRANSTORNO DE LA PERSONALIDAD: DE TIPO HISTRIONICO CON RASGOS PSICOPATICOS. (DIAGNOSTICO PRINCIPAL) V71.09

CARACTERICTICAS:

Comportamiento reactivo y expresado con búsqueda de atención, demandando apoyo y aprobación, con expresiones emocionales que denotan superficialidad, siendo un individuo egocéntrico ya que sus acciones están dirigidas a obtener inmediata satisfacción, con escasa tolerancia a la frustración, evasión dependencia, inmadurez emocional, sugestionalidad, inquietud, impulsibilidad, histrionismo, labilidad emocional difusa, conducta infantil, excitabilidad con propensión a desarrollar sentimientos de despersonalización y disociación bajo severo estréss (acusación por violación sexual e internamiento en el CRASS de pocollay), ha desarrollado síntomas psicóticos transitorios de insuficiente severidad y duración para garantizar un diagnóstico adicional.

EJE III. ENFERMEDAD MEDICA: NINGUNO

EJE IV. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES: PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCION CON EL SISTEMA LEGAL.

Este eje nos señala que el paciente sufre un Estréss psicosocial y junto al trastorno de personalidad ha permitido que se desarrolle el trastorno disociativo, ya que el agente provocador de Estréss (privación de la libertad por acusación de violación sexual a niños),ha modificado la vida del paciente y teniendo encuenta el trastorno de su personalidad, el impacto aún es mayor por su vulnerabilidad al Estréss y sus conflictos internos (desordenes sexuales), lo que dificulta su adaptación a la nueva situación que tiene que enfrentar.

La escala de severidad de los estresantes psicosociales corresponde al código 5, grado extremo, y las circunstancias persistente es la de estar cautivo en un hospital psiquiatrico, donde prefiere estar y no regresar al CRASS .

EJE V: ESCALA DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO GLOBAL. ESCALA GAF.

1.- ACTUAL.-
Código 45: Síntomas serios, entre ellos ideas suicidas, delito contra el Honor sexual que deteriora seriamente el funcionamiento social con privación de la libertad, con cierto deterioro en el test de realidad y déficit en varias áreas (percepción, memoria, orientación, afectividad, voluntad, pensamiento) que repercuten en el funcionamiento global del paciente.

2.- PUNTUACION DEL GAF EN EL ÚLTIMO AÑO.-
Código 60: Con síntomas moderados, ataques de pánico ocasionales y dificultad moderada en el funcionamiento social y ocupacional.

EN CONCLUSION: Se trata de un paciente adulto con formación religiosa durante ocho años de estudios Universitarios que presenta una frágil evolución psicológica con dificultades sexuales, las cuales terminan siendo la causa de la situación actual que atraviesa y que lo tiene privado de su libertad acusado de intentar y de violar a niños que se encontraban bajo su supervisión en un colegio religioso, factor estresante que aunado al tipo de personalidad han desencadenado un trastorno clínico de disociación por el cuál en la actualidad recibe medicamentos antipsicóticos.

Finalmente resumimos la impresión diagnóstica:

EJE 1. Trastorno Clínico de Disociación
EJE 2. Trastorno de personalidad de tipo histrionico
EJE 3. Ninguno
EJE 4. Problema Psicosocial relativo al tema legal
EJE 5. GAF. actual (45) GAF. Del año pasado (60)

PRONOSTICO:

El pronóstico del paciente es reservado y dependerá del medio. El cual si se torna estresante, dificultará la adaptación del paciente a la nueva situación y forma de vida que deberá afrontar.

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES:

Psicoterapia dinámica
Sugestioterapia, hipnoterapia
Ergoterapia (Terapia Laboral)
Apoyo Psicosocial
Evaluación Psiquiátrica y Neurológica
Participación en dinámicas grupales
Asistencia religiosa.

Tacna, 23 de Marzo de 1998.

ACTUALIZACIONES

Hipertensión Inducida por el Embarazo nuevos conceptos

Dr. Ramón Del Carpio Torres (1)

INTRODUCCION

Bajo esta denominación se agrupan los casos de HTA materna que aparecen durante el embarazo en mujeres previamente normales y que presumimos tienen su origen en una alteración de la función placentaria, suelen aparecer después de la semana 20 de amenorrea. (Pero creemos que la Pre- Eclampsia aparece antes en realidad, con la placentación, de tal forma que estos conceptos debieran ser revisados y hacernos meditar sobre el manejo de esta enfermedad); mejoran tras el parto y desaparecen al finalisar el puerperio y puede o no aconpañarse de edema y proteinuria.

En el Perú la incidencia de HIN esta entre el 3 a 10%, es la tercera causa de muerte materna; 17 a 215% de las muertes maternas y 17 a 25% de causas de muertes perinatales, así como la principal causa de retardo de crecimiento intrauterino.

CLASIFICACION

La HIE está incluida en la clasificación de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

A). -Hipertensión inducida por el embarazo

1. - Pre-eclampsia leve cuando:
   Presión arterial sistólica es menor de 160 mmHg
   Presión arterial diastólica menor de 110 mmHg
   o un incremento de la PAS de 30 mmHg o más
   o una presión arterial media (PAN)
   o un incremento de la PAD de 15 mmHg o más
   Proteinuria menor de 3 gr/1
   Edema ligero

2. - Pre eclampsia severa cuando:
   - Presión arterial sistólica es mayor de 160 mmHg
   Presión arterial diastólica es mayor de 110 mmHg
   O un incremento de la PAS de 60 o más
   O un incremento de la PAD de 30 mmHg o más
   O una presión arterial media mayor de 126 mmHg
   Proteinuria mayor de 5 gr en orina de 24 Hs. O su equivalente albuminuria de tres o cuatro cruces.
   Edema anasarca
   Oliguria menor de 500cc/24 hs
3. - Eclampsia hipertensión más convulsiones o coma
4. - Síndrome de Hellp anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia.

B). -Hipertensión crónica preexistente al embarazo de cualquier causa: P.A. mayor De 140/.90 mmHg. detectada antes de la veinte semana de gestación en ausencia de Enfermedad del trofoblasto

C). -Hipertensión crónica con pre-eclampsia sobreañadida: hipertensión crónica que en la segunda mitad del embarazo se complica con proteinuria y edema

D). -Hipertensión tardía o transitoria: hipertensión que aparece al final del embarazo en el Parto o puerperio y que puede ser leve P.A. menor de 110mmHg. y severa P.A. mayor de 110 mmHg. la presión arterial diastólica en uno y otro caso

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

En el embarazo normal el volumen plasmático materno y gasto cardiaco aumentan en un 40 a 50 % por encima de los valores normales, incremento que beneficia la circulación uteroplacentaria y renal.

El flujo elevado entre las vellocidades de 700 a 900 ml/min al final del embarazo es posible gracias a los cambios morfológicos que tienen lugar en las arterias uteroplacentarias a lo largo del primer trimestre. Las células del trofoblasto invaden las paredes de las arterias espirales desde el espacio intervelloso a través del tercio interno del miometrio y destruyen la capa muscular lisa y su enervación adrenergica. Estos cambios provocan un aumento del diámetro vascular hasta unas cuatro veces su tamaño original permitiendo un elevado flujo uteroplacentario a baja presión a través de canales vasculares rígidos que no responden a sustancias vasoconstrictoras maternas.

¿Qué desencadena estos acontecimientos adaptativos fisiológicos en el embarazo? Existen

(1) Médico Gineco-Obstetra del HHUT.

cada vez mas datos que estos acontecimientos en parte son inducidos por la interacción inmune compleja entre el trofoblasto y el tejido decidual materno. El trofoblasto constituye un semialoinjerto, contiene productos genéticos de herencia paterna y antigenos de diferenciación titular específica que son reconocidos como inmunológicamente extraños para su huésped materno.

El reconocimiento inmunológico del trofoblasto por las células deciduales maternas y los macrofagos parece actuar como un estimulo para la liberación de citocinas, mediadores péctidicos.

Las citocinas se consideran esenciales para el establecimiento y mantenimiento de un embarazo normal, incluyen la interleucina I, el factor de necrosis tumoral alfa, interferón gamma y el factor estimulante de las colonias de granulocitos macrófagos.

Parece probable que la citocinas en colaboración con factores hormonales forman el enlace de interacción inmunológica feto materna y los cambios adaptativos del embarazo.

En la gestación una multitud de sistemas enzimaticos bioquímicos maternos experimentan una activación fisiológica.

El fuerte aumento de la actividad vasodilatadora de la prostaglandina PGI 2 endotelial quizás apoyada por el oxido nítrico el cual es responsable de la actividad biológica del factor relajante de endotelio (EDRF) supera los efectos vasoconstrictores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y el tromboxano A 2 plaquetario (TX A2) que también se activan, como consecuencia del predominio de la PGA 2 se instaura la vasodilatacion fisiológica del embarazo necesario para mantener la PA normal o baja a pesar del aumento del gasto cardiaco y la refractariedad vascular a la sustancia vasoconstrictora como la angiotensina II .

Algunas mujeres sanas generalmente nulíparas no pueden generar o mantener repuesta de adaptación adecuada a la presencia del trofoblasto fetal. La invasión trofoblastica a las paredes de las arterias uteroplacentarias no se produce o es incompleta, los vasos no se dilatan y algunas arterias no ocluyen con material fibrinoide y trombos rodeados por células espumosas, provocando infartos placentarios e insuficiencia circulatoria uteroplacentaria.

Los mecanismos bioquímicos antes mencionados se activan en forma adecuada y desarrollan un déficit generalizado de PGI 2 que junto a un aumento concomitante de la acción del TXA 2 plaquetario y una perdida de la refractariedad vascular fisiológica a la angiotensina II lleva al aumento de la reacctividad vascular periférica, vasoconstriccion y a una perfucion sistemica disminuida.

Las pacientes con Pre-eclampsia la desadaptación circulatoria pude asociarse a un amplio espectro de lesiones orgánicas y sistémicas debido a la perfusión inadecuada y quizá debido a efectos directos del desequilibrio de la citocina.

Destaca por su importancia la lesión endotelial extensa que provoca la perdida de integridad del compartimiento vascular, modifica las respuestas contractiles del músculo liso vascular induce la liberación de sustancias vaso activas y procuagulantes.

Se activan las plaquetas y se forman trombos en la microcirculación sistémica y el lecho vascular uteroplacentario, las células endoteliales dañadas y los neutrófilos activados liberan radicales libres de oxigeno que producen la peroxidación de los lípidos de menbrana, lisis celular, permeabilidad vascular aumentada y vasoconstricción adicional.

Por lo tanto la lesión endotelial activa el circulo vicioso en el que intervienen las plaquetas, el sistema de coagulación y los neutrofilos; agravando el deterioro de los sistemas y órganos maternos.

COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

1. -Complicaciones Maternas
   - a). -Neurológicas: Eclampsia; Edema Cerebral; Hemorragia Cerebral
   - b). -Cardio-Pulmonares: Edema Pulmonar; Derrame Pleural; Derrame Pericardico; Colapso Cardiovascular
   - c). -Renales: Glomeruloendoteliosis; Necrosis Cortical; Insuficiencia Renal Aguda; Síndrome Nefrótico
   - D). -Hematologicas: Volumen Plasmatico Disminuido; Trombocitopenia; Hemólisis Microangiopatica; Coagulación Intravascular Diseminada
   - e). -Hepáticas: Trastornos Funcionales; Hemorza Subcapsular
   - f). -Visuales: Desprendimiento de Retina
   - g). -Placentaria: Desprendimiento Pre - maturo de Placenta

2. - Complicaciones Perinatales
   - a). -Retardo del crecimiento Intrauterino
   - b).-Prematuridad
   - C). -Sufrimiento Fetal
   - D). -Muerte fetal
   - e). -Muerte Neonatal

EXAMENES AUXILIARES DE UTILIDAD

Hematocrito incrementado debido a disminución del volumen plasmático.

Creatinina que puede estar aumentada si hay un daño renal.
Acido Urico que si se eleva se correlaciona con mal pronóstico.
Proteínas en sangre generalmente disminuidas
Perfil de la coagulación disminuidas, siendo la disminución de plaquetas de mal pronóstico.
Aumento de las proteínas totales en orina normal en el embarazo menor de 300mg/24 hs
Urocultivo puede revelar infección urinaria
Fibrinogeno puede estar disminuido
Pruebas Hepáticas pueden estar alteradas
Bilirrubinas pueden estar aumentadas síndrome de Hellp
Ecografia bienestar fetal puede estar alterado

MANEJO

Objetivos:
Diagnóstico y manejo precoz
Prevención de las Convulsiones
Prevención de la Hipertensión residual materna

El tratamiento de la HIE es el nacimiento del feto y la placenta, los tratamientos antihipertensivos no mejoran el pronóstico; el feto esta mejor fuera que dentro.

La terminación del embarazo si el feto esta maduro y si el cuello uterino esta maduro se inducirá el parto; si hay sufrimiento fetal o (RCIU) retardo del crecimiento intrauterino se evitara la inducción y se preferirá la cesárea.

Si el feto no esta maduro, se determinara la condición fetal, valorar perfil biofísico, monitorización electrónica

MANEJO DE ACUERDO A LA EVOLUCION DE LA PRE-ECLAMPSIA LEVE

Evolución en 48 Hs
Si hay mejoria, continuar con monitoreo tres veces por semana hasta las 37 semanas

Si se presentan signos de Alarma, iniciar manejo de pre.eclampsia severa

Estacionaria, evaluar edad gestacional; si es mas de 37 semanas, evaluar la terminación del embarazo; si es menor de 37 semanas establecer madurez pulmonar fetal y perfil biofisica
Manejo de la Pre - eclampsia Leve

Tratamiento ambulatorio, si el caso lo amerita hospitalizar

Reposo
Dieta Hiperprotéica normosódica
Peso Diario en Ayunas
Observación de los Movimientos Fetales
Ecografía
Velocimetria Dopler
Control Ambulatorio Semanal
Hospitalizar si presenta síntomas

MANEJO DE ACUERDO A LA EVOLUCION DE LA PRE-ECLAMPSIA SEVERA

Se terminara la gestación en toda paciente que tenga 35 semanas o más.

Si no mejora dentro de las 48 hs interrumpir la gestación independientemente de la edad gestacional.

Si la gestación es menor de 35 semanas y mejora dentro de las 48 hs revaluar madurez pulmonar, perfil biofísica(en embarazo entre 28 y 32 semanas)

Manejo de la Pre-eclampsia Severa

Hospitalizar
Todo lo indicado para la Pre-eclampsia Leve
Terminar el Embarazo
Reposo gástrico (puede necesitar anestesia, cesárea)
Control de PA, frecuencia respiratoria, y RPT cada 30 minutos
Sedantes:
Diazepan 10 mg IM cada 8 hs si no se prevee terminar el embarazo
Sulfato de magnesio 4 gr al 20 % en 100 cc de dextrosa al 5 % SA pasar en 10 minutos como dosis inicial; y como mantenimiento 1 gr por hora
Antihipertensivos.

- Nifedipino 10 mg sublingual repetir a los 20,40 y 60 minutos de acuerdo a PAD (110 O más) y como mantenimiento 10 mg cada 6 hs.
Metildopa 750 a 2 gr vía oral en 24 hs.
Clonidina (catapresan) 750 microgranos (5 amp) en 500 cc de dextrosa al 5 % SA.
Diuréticos furosemida 20 mg IV en caso de edema pulmonar, insuficiencia cardiaca, oliguria mar cada.
Análisis correspondientes
Ecografia
Intreconsultas a Cardiologia,Nefrologia, Oftalmología

MANEJO DE LA INMINENCIA DE ECLAMPSIA

Será manejado en UCI
Reposo absoluto aislamiento y silencio
Colocar sonda foley Nro 14
Presión venosa central de ser posible
Manipulaciones mínimas
Vias aéreas permeables con cánula de Guedell
Aspiración de secreciones
Administración de Oxigeno permanente
Balance hídrico
Valorar: numero y duración de crisis convulsivas, estado de coma, diuresis horaria, presencia o no de cianosis, hidratación adecuada.

Anticonvulsivantes, diureticos y antihipertensivos igual que en pre-eclampsia severa.

Estabilizar al paciente en 30 minutos y terminar el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1- Ludmir G. Abraham: Obstetricia y ginecología

2- Perez Sanchez A: Obstetricia 1995

3. - William: Obstetricia 4ta edición 1996

4. - Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia 1995,Vol 4, Nro 1

5. - Topen Silva Luis, Iyo Shiguyama: X congreso Peruano de Ginecologia y Obstetricia

6. - CLAP (ops/oms) Nro 1317, 1995, Estados hipertensivos del embarazo

7. - Estol P: Diagnostico de la maduración pulmonar Fetal. Tecnologías Perinatales. Publicación cientifica del CLAP Nro 1202, 1990

8.- López Jaramillo: Hipertensión inducida por el embarazo, fisiopatologia y prevención, Ediciones científicas UNICEF, Quito, E cuador 1993

9. - Pacheco J: Mnual de Obstetricia 1992 .

Factores de Riesgo en el Cáncer de Mama

Dr. Jaime Vargas Zeballos (1)

INTRODUCCION

El cáncer mamario en éstos últimos tiempos ha venido incrementando su incidencia sobre todo en estadíos avanzados , y, según los últimos reportes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas , ha alcanzado la incidencia del cáncer de cuello uterino que hasta hace dos años era el tipo de cancer más frecuente en la mujer. Sin embargo de acuerdo a los estudios realizados el cáncer de mama se constituye en la primera causa de muerte por cáncer en la mujer.

Los adelantos habidos en las ciencias básicas e investigación sobre el cáncer de mama nos han llevado a un punto en que existen innumerables oportunidades para mejorar nuestra capacidad de evitar i tratar el cancer de mama. Estudios epidemiológicos en E.E.U.U. han advertido que entre 1990 y el año 2000, ésta neoplasia afectará a 2 millones de estadounidenses, de los cuales fallecerán 460,000.

Una comisión especial bajo la dirección del National Cáncer Institute (NCI), planteó dos metas primarias: 1ero. Hacer progresos substanciales en la creación de métodos eficaces para curar y evitar el cáncer mamario, y 2do permitir el acceso universal a los métodos actuales i futuros de detección temprana, tratamiento y prevención. También se consideró prioridad importante a la investigación sobre las causas y prevención del mismo; sin embargo se señala que no existen métodos probados para prevenir el cáncer de mama; se necesita identificar causas alimentarias, hormonales, ambientales, genéticas i de otra índole a fin de integrar estrategias para evitarlo.

El riesgo permanente de cáncer de mama es de 1/9 y en incidencia guarda correspondencia con el consumo de carne. Así mismo las mastopatías previas como las alteraciones quísticas, las displasias o ambos cuadros podrían agravar el peligro de cáncer mamario. Del mismo modo se ha planteado que existen dos tipos de cáncer a estudiar, uno en relación con la insuficiencia reproductiva que se observa en los últimos años de la procreación , i otro por alteraciones en el entorno hormonal producido por la conversión de los andrógenos suprarrenales, en estrógeno en los años postmenopáusicos.

Sin embargo a la hora de considerar la epidemiología del cáncer de mama , hay que tener en cuenta que si bien es posible identificar a las poblaciones de riesgo, la mayor parte de los cánceres de mama aparecen en en mujeres cuyos únicos factores de riesgos claros son la edad avanzada y el sexo.. El 85% de todos los cánceres de mama se producen en mujeres sin historia familiar significativa de éste cáncer. Parece ser que el cáncer de mama tiene una etiología compleja, actuando muchas de sus causas y factores preventivos durante largos períodos.

FACTORES DE RIESGO

La predisposición hereditaria al cáncer de mama desempeña un papel importante en el 5% de todos los cánceres de mama en Estados Unidos. En el cuadro que a continuación presentamos detallamos los factores de riesgo que se han estudiado , sin considerar los factores de tipo familiar. Sin embargo en la literatura se han sugerido varios factores protectores, dentro de los que tenemos:

a.- Embarazo temprano (antes de los 18 o después de 35 años 1/3)
b.- Lactancia prolongada (efecto discutido)
c.- Castración (antes de los 35 años).
d.- Ejercicio (Mujeres activas tienen menos ciclos ovulatorios, por tanto menor riesgo).
e.- Abstinencia del alcohol
f.- Dieta pobre en grasas (discutido).
g.- Quimiopreventivos (experimental)

Cuadro No. 1

FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE MAMA

1. Sexo (99% en mujeres)
2. Edad (85% más de 40 años)
3. Alteraciones fibroquísticas proliferativas con y sin atipia (2-5/1)
4. Cáncer previo en una mama. (5/1)
5. Nulípara en comparación con multípara. (3/1)
6. Primer parto después de los 34 años (4/1)
7. Menarquia antes de los 12 años (1.3/1).
8. Menopausia después de los 50 años (1.5/1).
9. Exposición exagerada de radiaciones en la mama.
10. Judíos en comparación con no judíos (2/1).
11. Familiares de 1º grado con cáncer de mama.
12. Climas fríos en comparación con climas cálidos (1.5/1).
13. Estrés psicológico crónico (2/1).
14. Obesidad (2/1).
15. Triada obesidad, hipertensión y diabetes (3/1).
16. Ingestión elevada de grasas en la dieta (3/1).
17. Raza blanca en comparación a raza asiática (5/1).

(1) Médico Gineco-Obstetra del HHUT.

1.- ANTECEDENTES FAMILIARES Y FACTORES GENETICOS

La predisposición familiar heredable está íntimamente ligada a la presencia de genes susceptibles de cáncer mamario, el cual sería heredado por un mecanismo dominante, i que según estudios estaría localizado en el cromosoma 17, aunque no ha podido ser aislado el oncogen específico para el cáncer de mama. Se han hecho estudios probabilísticos para determinar el riesgo de cáncer de mama en parientas de primer grado a diferentes edades , sin embargo hay factores adicionales que se van agregando i que modifican los valores de riesgo calculados.

Es importante precisar que muchas mujeres con parientas cercanas que sufran cáncer mamario, no están expuestas a un mayor riesgo. Incluso aquellas con múltiples parientas afectadas ,diagnosticadas desde jóvenes y donde es imperativo un estudio genético predictivo.

Desde un punto de vista práctico es importante obtener datos precisos de antecedentes familiares. La edad temprana en que comenzó, y si afectó ambas mamas, lo que agrava el riesgo para la mujer.

2.-FACTORES DE LA REPRODUCCION.

Bajo ésta denominación se agrupan algunos factores como multiparidad, la Menarquia temprana, la edad de la menopausia, la madre añosa, si fue castrada a edad temprana, etc.. La Menarquia temprana guarda relación con el estado socioeconómico alto y la añosidad en el primer parto. Lo contrario ocurre en países subdesarrollados por diferentes factores. El uso de anticonceptivos como factor de riesgo está más identificado con el atraso en la primera gestación, que por el uso intrínseco de los mismos. Del mismo modo la incidencia de cáncer se duplica en la menopausia natural después de los 55 años que la que se da antes de los 45 años.

La nuliparidad i la edad tardía del primer embarazo eleva de 3 a 4 veces el riesgo en relación a las multíparas o madres más jóvenes. En relación al aborto espontáneo o inducido algunos autores piensan que el riesgo aumenta por la estimulación de las células mamarias indiferenciadas por los estrógenos; sin embargo otros autores no lo aceptan i solo sería un factor no significativo estadísticamente.

En relación a la lactancia una revisión de varios estudios concluyó que el efecto protector de la lactancia es sólo para las premenopáusicas i que las posmenopáusicas que amamantaron el riesgo fue el mismo. Los procesos de mitosis de las células mamarias se producen después de la ovulación , es decir, después de la producción de progesterona. Los niveles de dichas hormonas merman durante la lactancia , y en consecuencia éste podría ser un efecto protector. Pero el factor de protección más importante de la lactancia sería la menor exposición a la hormonas ováricas a edades tempranas.

3.- ADMINISTRACION DE HORMONAS EXOGENAS

Se han hecho muchos estudios para ver si la administración exógena de estrógenos aumenta el riesgo de cáncer i los resultados son controversiales, por lo que se están haciendo estudios con asignación aleatoria sobre el reemplazo de estrógeno, para ver si aumenta o no el riesgo de cáncer mamario.

En relación a los anticonceptivos orales, hay dos metaanálisis que sugieren de modo global, que al parecer no aumenta el peligro de cáncer en la mama; sin embargo, aquellas que los utilizaron por largo tiempo están expuestas a un mayor peligro de sufrirlo desde la etapa premenopáusica. Esto está más en relación con el uso de anticonceptivos antes de su primer parto. Un segundo estudio vio el comportamiento en las diferentes edades i se encontró que las que los recibieron entre los 20 y 34 años tenían un riesgo levemente mayor que las que no los consumieron. Entre los 35 a 44 años no se observó incremento del riesgo, pero entre los 45 a 55 años había un riesgo levemente menor. Este último hallazgo no había sido publicado anteriormente. Finalmente casi todos los trabajos últimos destacan la inocuidad y los beneficios de los anticonceptivos ingeribles en dosis pequeñas que superan cualquier riesgo potencial de cáncer.

4.-MASTOPATIAS BENIGNAS.

Existen un cúmulo de publicaciones sobre la Enfermedad fibroquística», de donde se conocen los cambios que ocurren en etapas intermedia i tardía de los años de la reproducción, en las glándulas mamarias, siendo sus signos y síntomas menos precisos; se ha revisado la participación de los estrógenos y otras hormonas, así como el contenido de los quistes que se han estudiado y no se ha encontrado una participación en el aumento del riesgo de cáncer de mama en forma clara. Tampoco se le ha encontrado correlación con la prolactina, andrógenos ni prostaglandinas que se pensó pudieran tener un efecto real. Del mismo modo los estudios epidemiológicos más recientes atribuyen que el riesgo aumentado en las lesiones benignas son de las lesiones proliferativas, como se demuestra en estudios biópsicos bien llevados de mastopatías fibroquísticas .

Dupont y colaboradores indicaron que en el riesgo de cáncer mamario intervienen varios factores de índole reproductiva, genética e histológica, y que no constituye riesgo el uso de estrógenos en mastopatías cuyo estudio no revela componente proliferativa.

5.- OBESIDAD

Existen varios estudios prospectivos de casos/testigos en que se advierte que la obesidad guarda relación con el riesgo de cáncer de mama, si sobre todo se relacionan con otros factores de riesgo agregados.

6.- GRASAS DE LA DIETA Y EL PELIGRO DE CANCER MAMARIO

Se ha encontrado que la ingesta alta de grasas en la dieta está relacionada con la aparición de tumores en las mamas en EEUU a tal punto que la American Cáncer Society i otras Instituciones, han sugerido disminuir los lípidos al 30% de las calorías de la dieta. Se han estudiado a los ácidos grasos y su relación con el peligro de dicho cáncer donde algunos estimulan, otros inhiben y otros permanecen neutros en la génesis de dicho cáncer. Otros estudios resaltaron que el estrógeno se sintetiza en el tejido graso en forma local; así se sabe que en las posmenopáusicas el cerebro y el tejido graso sintetizan estrógenos, con el auxilio de la enzima aromatasa, por lo que algunos investigadores estudiaron piezas de mastectomía encontrando niveles de aromatasa aumentadas en las zonas de neoplasia mamaria.

Otro factor importante son las vitaminas, donde las vitaminas C y E y los carotenoides poseen propiedades antioxidantes i la vitamina A es reguladora de la diferenciación celular por lo que la ingesta de cantidades apropiadas de vitamina A reducen la aparición de cáncer mamario, no encontrándose efecto protector de las otras vitaminas mencionadas.

Diversos estudios epidemiológicos han indicado la relación entre el consumo de alcohol i el cáncer mamario, sin embargo se requieren más estudios al respecto. Del mismo modo el consumo de cafeína y metilxantinas afines se las ha relacionado con la aparición de la enfermedad fibroquística, que en todo caso sólo es de riesgo si es de tipo proliferativo.

7.- CANCER MAMARIO INDUCIDO POR RADIACIÓN

Diversos estudios hechos en Japón, tratadas de mastitis pos parto y otras que se hicieron múltiples fluoroscopías como parte de su evaluación en el tratamiento de la tuberculosis han aportado datos de que existe una relación entre las dosis altas de radiación ionizante y el cáncer mamario. Otros estudios han obtenido resultados semejantes, y hay otros que han buscado la relación con la edad de la primera exposición y han encontrado que a edades más tempranas de exposición el riesgo es mayor.

RESUMEN

No se han definido con claridad los factores de riesgo de cáncer mamario cuya modificación sea culturalmente aceptable. Las nuevas estrategias incluyen la prevención y la elaboración de programas Quimiopreventivos eficaces. Están en marcha estudios clínicos en fase III para valorar la utilidad de los retinoides y el tamoxifén. También se continúan los estudios en fases I y II para evaluar la posibilidad de tratamientos más específicos que inhiban factores de crecimiento importantes para perpetuar el fenotipo canceroso

BIBLIOGRAFIA

1.- *American Cancer Society Facts and Figures, 1994*

2.- *Clínicas de ginecología obstetricia temas actuales 4/1994*

3.- *Registro de Cáncer Lima Metropolitana 1990-91, 1995*

4.- *Oncología ginecológica Clínica Disaia P. 1994.*

Asma

Dr. Antonio Raúl Sucasaca (1)

Dentro de las enfermedades respiratorias. El asma es una de las enfermedades más frecuentes, siendo su frecuencia mayor en la infancia, aunque puede presentarse a cualquier edad. Se viene observando que su tendencia va en aumento no sólo a nivel local sino mundial probanblemente porque se hace un mejor diagnóstico así como porque los factores desencadenando han aumentado.

En los últimos años se ha avanzado en conocer mejor su fisiopatología y medicamentos que pueden brindar al paciente una mayor calidad de vida.

DEFINICION

- Es difícil encontrar una definición que abarque todos los aspectos del asma y se tiene una gran variedad de definiciones que destacan ciertos aspectos..

Consideramos para el caso la definición del CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE ASMA.

- «El asma es un desorden inflamatorio crónico de las vías áreas en el cual muchas células juegan su papel incluyendo las células cebadas y los eosinofilos. En individuos susceptibles esta inflamación causa síntomas los cuales están comunmente asociados conuna obstrucción amplia pero variable del flujo aéreo, que frecuentemente es reversible tanto espontáneamente como con tratamiento, y causa un incremento asociado en la reactividad de la vía área ante una variedad de estímulos».

- «O podemos considerar lo siguiente «enfermedad crónica caracterizada por inflamación de la mucosa bronquial y una obstrucción reversible de las vías aéreas ya sea en forma espontánea o con tratamiento.

EPIDEMIOLOGIA

- Su prevalencia varía de acuerdo a los autores y los medios donde se realizan los estudios, se considera en general una prevalencia promedio del 5% y de la población en general que va del 0.3% a 7.3%, aunque algunos autores la considera hasta 10 incluso a 15% de acuerdo a la población estudiada.

- Su prevalencia es mayor en Países desarrollados.
- Es mayor en la infancia,con cierto predominio en los varones.
- No tenemos muchos datos sobre prevalencia ennuestro medio.

- La mortalidad por asma es baja: 0.01 a 3.46 x 100,000.

FISIOPATOLOGIA

- Son los dos mecanismos fisiopatológicos básicos que intervienen en el asma:

1) Contracción del músculo liso por mecanismos neurológicos.

2) Inflamación a través de células y mediadores liberales.

- La hiperreactividad bronquial es la broncoconstrucción exagerada frente a diversos estímulos específicos (alergenos) y frente a estímulos inespecífico y afecta a la mayoría de sujetos con asma.
- La inflamación de las vías pueden desencadenar de forma directa o indirecta hiperreactividad bronquial.
- Dentro de los mecanismo nerviosos tenermos:

a) Sistema parasimpático a través de los receptores presinápticos nicotinicos y muscarinicos que intervienen en la contracción muscular y secreción mucosa.

b) El sistema siopático a través de sus recpetores de membrana alfa 1 y alfa 2 que intervienen enla contracción muscular y los beta 2 que intervienen enla relajación muscular.

c) Sistema no adrenérgico no colinérgico, a través de neurotransmisores (deferentes polipépticos).
- Dentro de los mecanismos inflamatorios encontramos las diferentes células como: mastocitos, basofilos, eosinofilos, macrofagos alveolares, neutrofilos, linfocitos, célular epiteleales, células de Langerhans y también tenemos los mediadores como las aminas (ejemplo: histamina, lípidos bioactivos - PAF aceter, Acido araquinódico-), peptidos y proteínas (ECF-A. VCF-A, radicales libres de oxígeno. TOdos éstos mecanismos se van ha conjugar para dar 3 fases fisiopatológicas del asma.

1) Reacción Precoz o Aguda
2) Reacción Tardía o subaguda
3) Reacción crónica.

DIAGNOSTICO

. Se basa en la sintomatología que obtenemos por el interrogatorio de síntomas (Tos, Disnea, etc), así como determinar los factores desencadenantes (frío, ejercicios, emocioles, alergias, cambios estacionales, noches, etc, etc), Es imprescindible analizar también los antecedentes.

- El examen físico será variable de acuerdo al esta-

(1) Médico Neumólogo del Dpto. de Medicina del HHUT.

do clínico del paciente, algunas veces no encontramos mayores alteraciones y en otras una abundancia de ruidos agregados como roncantes y sibilantes. Además se puede encontrar disnea, cianosis, etc.

- Como ayuda diagnóstica para asma es muy importante la Espirometría, así como la flujometría.
- También ayuda al diagnóstico:
. Las Pruebas de provocación
específica
Inespecífica
- AGA
- Rx tórax
- Hoy dosaje de Ig Específica

TRATAMIENTO

- Hecho el diagnóstico, deben emprenderse el tratamiento que tienen los siguientes obejtivos:

1) Que el paciente no tenga síntomas o ellos sean mínimos (control de síntomas).
2) Que la función pulmonar este dentro de límites normales o lo más cerca posible.
3) Que el paciente pueda desempeñarse sin limitaciones en sus labores habituales.
4) Que pueda realizar ejercicios (esfuerzo físico sin limitaciones)
5) Prevenir el desarrollo de obstrucción irreversible
6) Prevenir la mortalidad.

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

1.- EDUCACION
- El paciente debe conocer su enfermedad, los factores desencadenantes su medicación, para que sirve y como se usa.
- Debería saber controlar con medios objetivos su estado o evolución, con el uso del flujómetro y medida del P.F.
- Debe saber decidir cuando acudir a su médico tratante y modificar su tratamiento.
- Debe saber que medidas tomar en una crisis.

2.- MANIOBRA DE EVITACION
- Evitar uso o ingesta de alimentos desencadenantes
- Evitar factores desencadenantes como animales domésticos (perros, gatos, etc.) vestidos, etc.

3.- TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA

A) BRONCODILATADORES
a) Beta 2 adrenérgicos
De acción corta tenemos:
- Salbutamol
- Fenorenol
- Orciprenalina
- Etc.
De acción prolongada:
- Salmeterol
b) Anticolinérgicos:
- Bromuro de Ipratropio

B) METILXANTINAS:
Entre ellos tenemos:
- Aminofilina
- Teofilinas de acción corta y larga

C) ANTIFLAMATORIOS PROFILACTICOS:
- Cromoglicato disódico
- Nedoromil Sódico
Estos se estabilizan el Mastocito y por lo tanto impiden la liberación de mediadores e inhiben la broncodilatación precoz como tardía.

D) DROGAS INHIBIDORAS DE LA INFLAMACION

Entre ellos tenemos los Corticoides que pueden ser Sistémicos (E.V.- Orales) o Tópicos en Aereosoles (Beclometasona, Budesonide, Flumisolide, Fluticasona).

El Tratamiento debe ser de acuerdo a la evaluación y estado clínico del paciente, debe hacerse una adecuada evaluación del Patrón Real del Asma.

- Si diagnosticamos ASMA LEVE INTERMITENTE, que son los pacientes que presentan episodios una vez por semana o por mes; se indicará beta2 inhalados por períodos cortos (hasta que ceda la sintomatología) y de acuerdo a la evolución se considerará el uso de Cromoglicato, Nedocromil o Corticoides inhalados.
- Si el diagnóstico es ASMA GRAVE INTERMITENTE indicaremos Beta2 agonistas en aerosol o nebulización y se agregará Cromoglicato, Nedocromil o Corticoides inhalados. De acuerdo a la evolución (idealmente Monitorizar con Flujometría), se agregará el Tratamiento Corticoides orales por cortos períodos (3-10 días), o se incrementará las dosis de corticoide inhalado; Se evaluará también la posibilidad de agregar otros broncodilatadores.
- Si diagnoticamos Asma Crónica se indicará Cromoglicato, Nedocromil o Corticoides inhalados más beta2 inhalados por tiempo más prolongado y de acuerdo a evolución, esta nos dirá si debemos agregar otro broncodilatador (Oral o inhalado y/o si debemos usar o no COrticoides orales (Curso corto) o aumentar el Corticoide inhalado.
- Si nuestro diganóstico es ASMA CRONICA SEVERA deberemos descartar enfermedades asociadas, se monitorizará con Flujometría e indicaremos Corticoides Oralesy Cursos cortos, altas dosis de Corticoides inhalados además de beta2 agonista, a los que se evaluarán la posibilidad de agregar Brmuro de Igratropio y/o Broncodilatadores orales, si el caso lo requiere se usará nebulizaciones.
- Si el paciente está en crisis será atendido en emergencia, con altas dosis de beta2 agonistas por Nebulización o aerocámara, Corticoides E.V. u orales y Oxígeno húmedo.
- Si después de la 1ra., 2da. o 3ra. nebulización haya buena respuesta se indicará alta y se retomará progresivamente la terapia de mantenimiento debiéndose mantener los Corticoides sistémicos por un corto período. Si hay infección agregada se indicará tratamiento antibiótico y se reeducará al paciente.

. Si después de la 3ra. Nebulización no hay buena respuesta se indicará hospitalización del paciente y al tratamietno con beta2 agonistas por nebulización y Corticoide sistémico se agragará aminofilina E.V. y/o bromuro ipratropio con manitoreo y observación clínica constane, para evaluar la posibilidad de ventilación mecánica si hay agotamiento del paciente.

Se debe considerar que el beta2 agonista se usará mientras halla sintomatología y/o signología y el corticoide inhalado deberá usarse por un tiempo prolongado (meses) como preventivo.

BIBLIOGRAFIA

1- Rica Torrent, J._ ASMA BORNQUIAL. Ediciones Doyma 1993, Barcelona - España.

2- Murray, Jhon Nadel, Jay,: RESPIRATOR Y MEDICINE. II Edición Philadelphia Pennsylvania - 1993

3- Bone, Roger.: PULMONAR Y AND CRITICAL CARE MEDICINE. Mosby Chicago. 1992

4- Wyngaarden - Smith - Bennett.: CECIL TTRATADO DE MEDICINA INTERNA XIX Edición, Interamericana Mac Graw Hill. 1994.

5- Meneguhello R., Julio; Fanta, Enrique; Paria, Enrique; Roselot V., Jorge.: PEDIATRIA. IV Edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago de Chile. 1992.

6- Malagon Londoño y Col.: MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS. Editorial Médica Panamericana. Bogotá - Colombia, 1992

7- Cogan, Jhon; Cosio, Sissi; Vega, Luis.: Chiarella, Pascual. ENCUESTA SOBRE USO DE INHALADORES PARA EL MANEJO DEL ASMA EN NIÑOS.- DIAGNOSTICO. 1997; 36;4; 46.

8- Global Initiative for Asthma: Global Strategy for asthma management and prevention. National Insitutes of Institutes of Health - National Heart, Lung and Blood Institute. Publication Number 95-3659. Hanuary, 1995.

9- Colegio Médico del Perú.: Consenso Nacional: NORMAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE OBSTRUCCION BRONQUIAL. Lima- 1997.

10- Colegio Médico del Perú. Consenso Nacional: NORMAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE ASMA EN PEDIATRIA, Lima - 1997

11- García Aguila, A; Chiarella Ortigosa, P; Rázuri Balarezo, A ; Ugarte Taboada, C ; Whu Whu, R ; Zegarra Rojas, O,: FENOTEROL NEBULIZADOR VERSUS FENOTEROL INHALADOR EN EL MANEJO DE LA CRISIS ASMATICAS EN NIÑOS. Acta Médica Peruana 1993 - ZVIII (3-4); 72-81.

12- Chiarella Origosa, P; Rázuri Balarezo, A ; García Aguila, a ; Ugarte Taboada, C ; Whu Whu, R ; Zegarra Rojas, O,: COMPARACION DE DOS TERAPIAS INHALATORIAS. Acta Médica Peruana 1993 - XVIII (1-2): 27-36.

13- Huamán, R ; Velasco, J ; Vargas, R; Díaz, A ; García, A ; Chiarella P ; et al,: EFECTO BRONCODILATADOR DE FENOTEROL Y SALBUTAMOL ASOCIADOS A UN CORTICOIDE EN NIÑOS CON CRISIS CON ASMA. Rev. Med. Hered. 1996: 7 (1) : 4-10.

Endodoncia... ¡Un paso importante en la Atención Hospitalaria

Dr. Manuel Vásquez Medina (1)

Origen de la Endodoncia:

En este siglo y parte del pasado, la Endodoncia era conocida como terapeutica de los conductos radiculares y también como Patodoncia, Harry B. Hohnston D.D.S., de Atlanta, Georgian fue bien conocido a comienzos de este siglo como renombrado conferencista y clínico enla terapeútica de los conductos radiculares. Demostraba una versión modificada (propia) de la técnica de Callahan de tratamiento y obturación radicular, que fué conocida con el nombre de HONSTON-CALLAHAN.

En 1928, concluyó su asociación con un inminente dentista de esos tiempos conquientrabajaba en función de los canales radicualres, cuyo nombre era Thomas Hinman, D.D.S. y es por esta razón que el Dr. Jonston comenzó el ejercicio independiente y fué la primerà práctica limitada a la Endodoncia. Se le atribuye también al Dr.Honston el nombre de Endodoncia proveniente del griego: Endos, adentro; ondos, diente; y el sufijo ia, que significa trabajo u ocupación.

Conocimiento actual de la Endodoncia:

Al evaluar la posición presente de la Endodoncia, como arte de curar, uno se siente impresionado por la forma diferente con que se la entiende y practica de país a país, de ciudad a ciudad y hasta de consultorio a consultorio enla misma ciudad de Tacna. Existe una información excelente han sido perfeccionadas técnicas precisas. Se pueden alcanzar índices de éxito verificables de casi el 100%. Pero la realidad clínica dominante es que esta información, estos métodos racionales de la práctica, estas técnicas son comprendidos y apreciados solo exporádicamente por la profesión odontológica. La terapeútica endodóntica, que podría ser agradable por rutina, a menudo está llena de reales e irreales temores de dolor, resultados inconstantes, malentendidos y confusión.

Esta confusión, está irregularidad, si bien lamentalbe, es por lo menos comprensibles. Es el resultado del dinamismo en sí del desarrollo Endodóntico, por el frecuente empirismo de pasado y por los agregados de mala información y mitos que se fueron estableciendo a medida que se generaba nueva información.

Nada fué totalmente aceptado, nada fué plenamente descartado. El futuro de la Endodoncia requiere más que nada la consolidación y codificación del conocimiento fundamental ya adquirido. Lo que este momento menos necesitamos son nuevos materiales y tácticas.

Los progresos más significativos en Endodoncia, en los años inmediatos por venir, estarán en la identificación y en la información Universal de lo mejor que ya existe y en la incorporación de las técnicas más exitosas de hoy al cuerpo común de aptitudes odontológicas.

Papel de la Endodoncia dentro de la Odontología en la actualidad:

Al converstirse al endodoncia en un procedimiento agradable y predecible para pacientes y odontólogos por igual, se realizarán muchos tratamientos endodónticos más. La cantidad de dientes beneficiados con el tratamiento endodóntico, comenzará a aproximarse a la cantidad de dientes que necesitan ese servicio.

Todos los profesionales reconocerán la seguridad inherente del diente bien tratado y obturado endodónticamente. Cuando se aprecie la normalidad del aparato de inserción de los dientes tratados, la raíz conservada naturalmente será reconocida como «el mejor implante». Las extracciones, excepto en casos de enfermedad periodontal sin remedio, quedarán casi eliminadas. Habrá grandes cambios en cuanto a las exodoncias, prótesis fija y removible e implantología. Se podrá esperar entonces un gran progreso en la interrelación endo-periodontal y en la restauración de los dientes tratados con endodoncia.

ENDODONCIA EN LA PRACTICA HOSPITALARIA.

El nuevo enfoque de la salud, está cambiando los esquemas tradicionales de la prestación de servicios en los hospitales del país. En Odontoestomatología, se han dado estos cambios gracias al apoyo del Gobierno y a convenios multisectoriales y extranjeros, que han permitido la elaboración de proyectos teratológicos, cuyos frutos los vemos en la actualidad.

En la ciudad de Tacna, el servicio de Endodoncia, se está prestando a la comunidad Tacneña como una alternativa de conservar la pieza dentaria, bajo el principio de la no mutilación, fantasma que hemos arrastrado desde comienzos de este siglo. Tenemos en la acutalidad, el gran reto, de la conservación de las piezas dentarias siendo estas incisivos, premolares y molares superiores e inferiores.

Como dijimos anteriormente, para salir del empirismo, debemos tener todas las condiciones

(1) Odontólogo del HHUT.

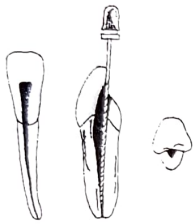
para efectuar un tratamiento de calidad en todo el sentido de la palabra, para ello debemos contar con las siguientes características:

- Buena higiene y una esterilización adecuada.
- Instrumentales nuevos y esterelizados.
- Equipo de alta y baja velocidad, así como succionadores de saliva.
- Aislamiento absoluto del campo operativo para evitar contaminación.
- Irrigaciones con sustancias germicidas.
- La presencia de los rayos X,. deberá, ser fundamental en el tratamiento endodónico.

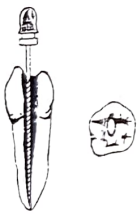
En el Hospital HipólitoUnanue de Tacna, la calidad total se está tratando de conseguir gracias a la implementación de varios servicios, que modernamente debería contar un centro hospitalario como el nuestro estos son:

- Cirugía Maxilo Facial.
- Ortodoncia Social
- Odontopediatría
- Endodoncia.

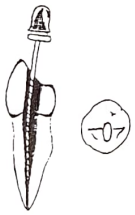
De esta manera, la región José Carlos Mariátegui, se verá beneficiada con la prestación de servicios especializados, para el beneficio de toda la colectividad. Deberá ser nuestro compromiso, el fomento de estos servicios, ya que de esta forma nuestra profesión se verá fortalecida con el conocimiento del siglo XXI.



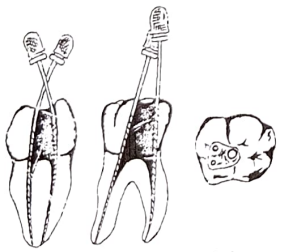
Apertura en incisivo inferior



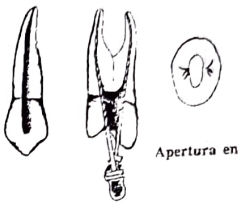
Apertura en bicúspide inferior



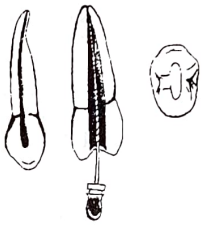
Apertura en 2° bicúspide inferior



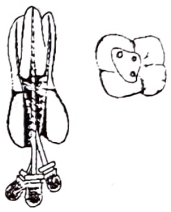
Apertura para un molar inferior



Apertura en bicúspide superior



Apertura en 2° bicuspide superior



Apertura en molar superior

Situación de Salud de la Madre y el Niño en Tacna, Perú y Latino-América

Dr. Manuel Ticona Rendón (1)

En el ámbito latinoamericano, Perú es el país que presenta los más marcados contrastes estructurales. Confronta la más grave crisis económico social de su historia. No se trata únicamente del narcotráfico y del terrorismo; la referencia apunta fundamentalmente al trasfondo de las manifestaciones coyunturales, a la estructura económico social que se ha ido sedimentando a través de generaciones, presentando contornos cada vez más agudos.

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que «el patrón de crecimiento adoptado por la sociedad peruana ha privilegiado tipos de explotación y organización productiva ajenos a las necesidades nacionales y a su rural potencial productivo». Su funcionamiento se expresa en un proceso concentración-marginación que excluye de su dinámica a vastos sectores de la población y a una gran proporción de los recursos y espacios geo-económicos del país, especialmente de la sierra y selva.

Como consecuencia del irracional modelo de desarrollo, desde hace cinco décadas se inicia una intensa migración del campo a la ciudad que ha motivado la inadecuada distribución de la población trocando al Perú en un monstruo macrocefálico y cuerpo pequeño. Sólo el 10% de la población se apropia del 52% del ingreso, mientras 40% de los peruanos sobreviven únicamente con el 10% del ingreso.

Más de la mitad de la población, es decir, 13 millones de habitantes de las áreas urbanas y rurales viven en situación de pobreza y por ello, en forma especial las madres y los niños, se encuentran expuestos en mayor grado al riesgo de enfermar y morir.

Si tomamos como ejemplo la *Mortalidad Infantil* que es el indicador más sensible para establecer rangos comparativos en este campo. En el Perú, entre las más importantes causas o factores determinantes de esta alta mortalidad están las infecciones agudas respiratorias y gastrointestinales, propias de las comunidades atrasadas.

Lamentablemente, estando más expuestas a ellas, son precisamente estas poblaciones marginales y en situación de pobreza absoluta las que no se benefician de los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades o lo hacen muy limitadamente. Como se puede apreciar, es la crítica situación de pobreza de estas poblaciones la que condiciona esta deplorable situación de alto riesgo en que se encuentran.

(1) Pediatra Perinatólogo delServicio de Neonatología.

Para Perú, en la década del 70, se estimó un consumo de 1,900 calorías y 50 gramos de proteínas por persona/día. Era, más o menos, el promedio de consumo de las naciones latinoamericanas. Actualmente nos encontramos en rangos de consumo de 1,400 calorías y 30 gramos de proteínas, por debajo del límite catalogado por la FAO como de inanición.

Estos indicadores promedio para nuestro país, de por sí alarmantes, enmascaran una realidad más dramática aún, la del marcado contraste existente entre el consumo calórico protéico en las zonas de extrema pobreza y el que se realiza en los exclusivos barrios residenciales de la capital.

La *Desnutrición Infantil*, lógica consecuencia de esta injusta realidad, es la que más debe preocuparnos considerándola no sólo el principal factor causal de alta tasa de mortalidad que exhibimos sino un verdadero peligro para el futuro ya que, cuando se presenta en los primeros meses de vida, marca indeleblemente a las generaciones que sobreviven con bajos niveles de inteligencia.

La vivienda de nuestra poblaciones marginales es absolutamente insalubre.

En el campo educativo, de acuerdo a investigaciones realizadas por el Banco Mundial, los niveles de analfabetismo no han disminuído en la medida esperada y la deserción escolar se ha incrementado alarmantemente.

La población económicamente activa ocupada (PEAO) no sólo es pequeña sino que se ha reducido alarmantemente en los últimos años, como consecuencia de las medidas destinadas a disminuir el gasto fiscal y preparar la privatización del aparato productivo del Estado. Más de 600,000 trabajadores han perdido su empleo sumiendo a igual número de hogares en la miseria.

EN RESUMEN, de acuerdo a cifras absolutas y relativas de procedencia oficial y de organismos internacionales, como el Banco Mundial, UNICEF y OMS, la magnitud de estos verdaderos bolsones de miseria no ha disminuido, al contrario, continúa incrementándose en magnitud alarmante, como una expresión más de la aguda crisis que afecta al país.

Se define Pobreza Absoluta como la condición de vida caracterizada por un ingreso menor de 270 dólares USA de 1986 por persona/año; inferior al que se necesita para asegurar una dieta diaria de 2,150 calorías. El Perú se encuentra conformando el primer grupo, entre los países de latinoamérica, con más del 60.3% de su población en situación de pobreza. En efecto, sobre una población total de 22'420,000 habitantes, 13 millones se encuentran en esa situación. «Por otra parte los bajos ingresos,

la alta mortalidad infantil y la falta de educación de los pobres, corren paralelos y contribuyen a los altos niveles de fecundidad, con todas sus desventajas».

SITUACION DE LA MADRE Y DEL NIÑO EN EL PERU Y TACNA - ENDES 1996

INDICADORES DEMOGRAFICOS	*PERU*	*TACNA*
Población Total (en miles)	23,947	246.076
Mujeres en edad fértil (en miles)	6,259	71.072
Menores de 15 años (%)	38	31
Tasa de crecimiento de la población (%)	1.8	3.1
Tasa de Natalidad (por 1,000 habitantes)	25.7	21.3
Esperanza de vida al nacer (años)	67.9	72.4
Mujeres de 15-49 años analfabetas (%)	9.6	3.6
CARACTERISTICAS BASICAS		
Porcentaje Urbano	73.5	92.5
Hogares con agua a menos de 15 minutos	71.9	87.2
Hogares con desague	47.5	72.5
FECUNDIDAD		
Tasa global de Fecundidad	3.5	2.5
CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		
Mujeres unidas que conoce algún MAC moderno (%)	97.8	99.8
Mujeres unidas que actualmente usa un método (%)	64.2	52.6
Abstinencia periódica	18.0	20.8
DIU	12.0	20.7
Esterilización femenina	9.5	10.9
Inyecciones	8.0	11.4
Píldora	6.2	4.6
MORTALIDAD Y SALUD MATERNO-INFANTIL		
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil n.v.)	43	26
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años	59	33
Tasa de Mortalidad Materna (por 10,000 n.v.)	26.5	8.26
ATENCION MATERNA		
Madres con control prenatal por personal salud	67.3	87.0
Nacimientos con control prenatal en primeros 3 meses	43.8	67.6
Atención de parto por personal de salud	56.4	75.1
Nacimientos (últimos 5a.) con intervalo < 24 meses	24.3	17.1
Nacimientos con riesgo elevado de mortalidad	52.7	36.0
NUTRICION MATERNA		
Porcentaje de madres con talla menor de 1.45 mts.	15.4	7.5
Madres con bajo índice de masa corporal	1.2	0.3
SALUD INFANTIL		
Vacunación		
Niños 12-23 meses con al menos 1 dosis de vacuna(%)	98.3	100.0
Niños 12-23 meses que ha recibido:		
BCG	94.3	98.8
DPT (las 3 dosis)	77.0	98.8
Polio (las 3 dosis)	71.4	83.3
Antisarampionosa	85.8	91.7
Todas las vacunas	63.0	77.4
Tratamiento de la Diarrea con Terapia de Rehidratación Oral (TRO)		
< 5a.con diarrea (últimas 2 sem) tratadas con TRO	60.2	28.2
Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en Servicio de Salud		
< 5a.con IRA (últimas 2 sem) en Serv. de Salud	45.7	52.0
LACTANCIA INFANTIL Y NUTRICION EN LA NIÑEZ		
Duración Media de la lactancia (en meses)	19.2	22.4
Niños menores de 4 meses con lactancia exclusiva	61.1	
% niños < 5 a. con desnutrición crónica	25.8	10.1
% niños < 5 a. con desnutrición aguda	1.1	0.8
% niños < 5 a. con desnutrición global	7.8	1.3
Niños con bajo peso al nacer	5.8	4.8

MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU

Definición de Mortalidad Materna

Las ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio, independientemente de la duración y lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas incidentales o accidentales.

Las condiciones de salud de la mujer en la región de las Américas continúan siendo causa de gran preocupación. No sólo porque las mujeres constituyen aproximadamente la mitad de la población, sino también porque el progreso que se logre en su condición de salud es uno de los requisitos básicos del desarrollo. Millares de mujeres mueren anualmente en las zonas rurales, en los tugurios y cinturones de pobreza de las ciudades ya sea durante el embarazo, parto o puerperio, como consecuencia de su pobreza, bajo nivel de instrucción, escasos niveles de ingreso, marginación social, deplorable estado de salud y limitado acceso a los servicios de salud.

Esta tragedia no es ajena a nuestro país que, como consecuencia de la crisis económica, política y social, por la que atravesamos ya varias décadas, altas proporciones de pobladores viven en situación de pobreza, el 35% de las mujeres en edad fértil tienen un nivel de instrucción de primaria o menos, la tasa de natalidad de los pobladores rurales y de sectores marginales de las ciudades alcanza todavía al

35 por mil al año.

Cada año mueren 585,000 mujeres en el mundo (1 por minuto) por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio. Según los informes de la OMS, en los países en desarrollo, donde residen el 77% de las mujeres en edad fértil, se producen el 99% de las muertes maternas, correspondiendo únicamente el 1% a los países desarrollados.

En América Latina mueren cerca de 34,000 mujeres por causas maternas de las cuales aproximadamente 1,600 corresponden al Perú. En términos cuantitativos, aparentemente estas cifras no tienen mayor relevancia, sin embargo si se tiene en cuenta que la mayoría de estas muertes pueden ser evitadas, desde que están asociadas a la situación de pobreza y falta de acceso a los servicios de salud, el problema de la mortalidad materna se convierte en tema de alta prioridad en los programas y acciones de Política de Salud.

Nuestra realidad de salud, muestra como una mujer peruana tiene 15 veces más posibilidades de morir que otra mujer porque le tocó ser pobre y nacer en Ayacucho o Puno.

Las tres primeras causas de defunción materna son: aborto, infecciones y enfermedad hipertensiva del embarazo o toxemia, todas ellas susceptibles de evitarse como, de hecho, lo han logrado países desarrollados como Suecia y Japón cuyas tasas de mortalidad materna bordean el 2 por diez mil nacidos vivos.

TABLA: RIESGO DE MUERTE MATERNA EN EL CURSO DE VIDA DE UNA MUJER, POR REGION.

Riesgo de muerte materna en el curso de una vida	
Africa	1 en 21
Asia	1 en 54
Sudamérica	1 en 73
Caribe	1 en 140
Norteamérica	1 en 6,366
Europa del Norte	1 en 9,850

MORTALIDAD MATERNA EN LA REGION DE LAS AMERICAS.

En América Latina se observa que en el transcurso de los años las tasas han ido descendiendo en todos los países. Sin embargo, se notan entre países de la región diferencias enormes.

La tasa de mortalidad materna en el Perú es de 24.7 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos (n.v.), una de las tasas más altas en América Latina, sólo superada por Bolivia (390). Esto significa que, por la situación de embarazo, parto o puerperio, una mujer peruana tiene, aproximadamente 80 veces más riesgo de morir que una mujer canadiense o de 7-8 veces más que una chilena.

LA MORTALIDAD MATERNA SEGUN LA ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD FAMILIAR (ENDES) III 1996

Características de la Población en estudio.

Al 30 de junio de 1996 se estimó que la población del Perú era de 23.9 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento demográfico de 1.8% anual, en Tacna es de 3.1 (la mayoría es por movimiento migratorio). El 73.5% de la población está concentrada en áreas urbanas y en Tacna es de 92.5%. La población del Perú es joven, el 38% tiene menos de 15 años de edad. Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) constituyen el 24% de la población total y el 49% de la población femenina del país.

A nivel nacional en 1994, el 49.5% de la población femenina viven en situación de pobreza y de éstas el 40.4% viven en extrema pobreza. El analfabetismo en el Perú es un fenómeno fundamentalmente femenino y rural, las mujeres son analfabetas en un 18.3% frente a los hombres que lo son en 7.1%, y de ellas las dos terceras partes viven en el campo.

Los años de estudio promedio es de 7.7 años (en la zona urbana es 9 y en la rural de 4.1 años).

La Tasa global de fecundidad (TGF) es de 3.5 hijos por mujer. La TGF del área rural (5.6) es el doble que la del área urbana (2.8); así a nivel de departamentos, los mayores niveles se presentan en Huancavelica (6.9) y Apurimac (5.9), contrariamente se presentan los menores niveles en Tacna (2.5) y Lima (2.6). En las que tienen educación superior se observa una tasa de 2.7 frente a las que no tienen educación alguna (7.1). La fecundidad tambien se relaciona con la pobreza; en los hogares pobres la TGF es de 5.5, en relación a los hogares no pobres con 2.2 hijos por mujer. El número ideal promedio de hijos es de 2.5 a nivel nacional.

El 11% de las mujeres entre 15 y 19 años ya han sido madres. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres se presentan entre las mujeres sin educación que residen en la selva o en el área rural.

Casi dos de cada tres mujeres en unión (64%) están usando algún método anticonceptivo, el 41% moderno y el 23% natural. El DIU y la esterilización femenina continúan siendo los métodos modernos de mayor uso: 12 y 10% respectivamente. La demanda total de planificación familiar entre las mujeres en unión se estima en 81%: 57% para limitar el tamaño de la familia y 24% para espaciar los nacimientos. En el país, el 85% tiene demanda satisfecha de planificación familiar. Este nivel, es mayor entre las mujeres con estudios superiores (94%), siendo mayor en los departamentos de Tacna (95%), Moquegua (94%) y Lima Metropolitana (91%).

La Tasa de Natalidad en el país es de 25.7 por 1,000 habitantes, en Tacna en los últimos 4 años ha disminuído de 22.9 (1994) a 17.4 (1997).

PROBABILIDAD DE MORIR POR CAUSA MATERNA

La tasa de muerte materna debe considerarse como expresión de la situación socio-económica, cultural y sanitaria de un país, expecialmente como indicador de la calidad de atención obstétrica.

Existen grandes diferencias de Mortalidad Materna en relación al lugar de residencia y a nivel de instrucción de las mujeres. Las mujeres del área rural tienen una probabilidad dos veces mayor de morir por causas maternas en comparación con las mujeres del área urbana. La mortalidad materna en el área

rural es de 44.8 por 10,000 n.v. en comparación con 12.9 en Lima Metropolitana y 20.3 en otras áreas urbanas. En Tacna se registraron unas tasas de 8,26 y 9,07 para 1996 y 1997 respectivamente. Igualmente las mujeres sin educación, tienen una tasa de 48.9, con primaria 37.3, secundaria 18 y superior 4.9.

Otros aspectos son los riesgos asociados al embarazo y parto. El 67.3% de los nacimientos recibieron cuidado prenatal de profesionales de la salud, a diferencia del año 1992 con 64% y 1986 que solo se alcanzó al 55%; en Tacna esto ocurrió en el 87%. Respecto a la atención del parto también se incrementó del 50% (1986) al 53% (1992) y en el 1996 fue de 56.4%. En Tacna fue del 75.1%. El hecho que todavía cerca del 50% de los partos son domiciliarios indica que los establecimientos de salud aún no son asequibles, sea por distancia o por costo, para el grueso de la población. En los departamentos de Tumbes, Tacna, Arequipa e Ica, más del 65% de los nacimientos ocurrieron en un servicio de salud, en comparación con Puno, Amazonas, Cajamarca y Huancavelica, donde los favorecidos fueron menos del 18% de los nacidos. El 70% de embarazadas recibieron vacuna antitetánica.

Un 17.3% de las gestantes a nivel nacional presentan algún nivel de desnutrición. Las diferencias por nivel de educación y lugar de residencia son acentuadas. En las áreas rurales las gestantes desnutridas son el 23%, mientras que en las áreas urbanas son el 14%. Entre las mujeres sin educación la desnutrición es de 30% y si presentan educación superior es sólo de 6.2%.

PERU: MORTALIDAD MATERNA DIFERENCIAL, SEGUN GRUPOS DE MADRES MAS EXPUESTAS

GRUPOS DE MADRES	TASA DE MORTALIDAD MATERNA 10,000 RN vivos
EN GENERAL	24,7
En Grandes-multíparas	70,0
En solteras	60,0
En mujeres > de 35 años	50,0
En primíparas	30,3
En casadas	25,0
En menores de 20 años	25,0
En mujeres de 20 a 29 años	10,0
En mujeres de 2 y 4 hijos	10,0

LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGION DE LAS AMERICAS

MORTALIDAD INFANTIL (MI): Indicador Privilegiado de Salud

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), es la referida a la muerte de niños menores de 1 año de edad por mil nacidos vivos. Es un magnífico indicador de los niveles socio-económicos y de salud, tal vez el mejor indicador de salud en el nivel de vida.

Sólo una comunidad sana es capaz de lograr el desarrollo socio-económico que asegure la prosperidad de los pueblos. Para ello se requiere de un clima de justicia social que valore y dignifique la vida de cada ser humano.

Los adelantos más significativos en salud, durante las últimas décadas, han hecho posible el descenso de la MI, alcanzando tasas muy bajas en los países desarrollados, como 5.5 x 1,000 n.v. (Japón); 6.3 (Finlandia); 6.8 (Suecia); 9.3 (Inglaterra) y 10.6 (Estados Unidos). En los países en vías de desarrollo la situación es diferente, pues en ellos las tasas han disminuido en forma lenta: se reporta las siguientes tasas de mortalidad infantil: Cuba 9.4, Chile 15, Venezuela 20, Argentina 22, Perú 46, Ecuador 47, Brasil 54, Bolivia 80 y Haiti 87 (UNICEF-1994).

En relación a la Mortalidad Infantil en el Perú, la UNICEF encontró, como principales causas, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, a las enfermedades del aparato respiratorio, disenterías y gastroenteritis, enfermedades inmunoprevenibles y a las deficiencias de la nutrición con el 32.5%, 21.1%, 16.2% y 4.5% respectivamente. Estas causas varían ostensiblemente con los países desarrollados y en países donde se ha dado prioridad a la salud infantil como en Cuba, donde las dos principales causas de mortalidad fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal y anomalías congénitas con un 70% del total de causas. En Costa Rica, las principales causas son: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas y tumores malignos.

Las 5 principales causas de MI en Tacna en 1997 fueron: Enfermedades del Aparato respiratorio (29.17%), disenterías y gastroenteritis (16.67%), Inmaturidad (13.54%), Anomalías Congénitas (11.46%) y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (11.46%).

Según ENDES III (1996): De 770,000 nacimientos al año: 39,000 mueren antes del año de vida: 16,000 antes de cumplir un mes y 23,000 entre el primer mes y 12 meses.

Los factores condicionantes son de tres tipos: biológicos, socio-económicos y los relacionados con los servicios de salud.

Factores Biológicos: Como natalidad, sexo, edad y madurez al nacer.

Factores Socio-económicos: Entre estos el nivel de vida, ingesta calórico-protéica que tiene que ver con el nivel de alimentación y nutrición, nivel de educación, saneamiento básico, agua potable, desagüe y los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de la población, fundamentalmente en la madre de familia.

Servicios de Salud: Con el sistema de salud y la organización de las madres de familia.

La salud como resultado integra los factores políticos, económicos y sociales, siendo el 80% factores extra-sectoriales. En lo referente a MI eso se agudiza, tiene un peso más fuerte.

La elevada TMI en América Latina y el Caribe, salvo algunas excepciones, viene experimentando una importante reducción. El descenso de la MI en América se ha logrado fundamentalmente a expensas del componente postneonatal (28 días a 1 año de vida).

La mortalidad neonatal (0 a 27 días de vida), proporcionalmente se modificó menos que la postneonatal y lo hizo fundamentalmente por reducción del componente neonatal tardío (7 a 27 días de vida) con escasos o nulos cambios en la Mortalidad Neonatal Precoz (0 a 6 días de vida). Por ello este último es el componente duro de la mortalidad infantil y pasa a ser, en muchos países, proporcionalmente mayor.

La franca caída de la mortalidad post-neonatal esta vinculada al efecto de las acciones dirigidas principalmente al saneamiento ambiental, inmunizaciones y control de las diarreas. La TMI en el Perú fue de 46 por 1,000 n.v en 1994 habiendo disminuído a 43 en 1996, cifras que se encuentran en el promedio de los países latinoamericanos.

MORTALIDAD INFANTIL EN AMERICA LATINA
(Tasa por mil RN vivos)

Haiti	87	Paraguay	28
Bolivia	80	México	28
Guatemala	55	Argentina	22
Nicaragua	54	Venezuela	20
Brasil	54	Uruguay	20
El Salvador	47	Panamá	18
Ecuador	47	Colombia	17
Perú	46	Chile	15
Honduras	45	Costa Rica	14
R. Dominicana	42	Cuba	9

Fuente : Estado Mundial de la infancia, 1994, UNICEF

MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERU SEGUN LA ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 1996 (ENDES III)

Características asociadas a la mortalidad infantil

De cada 1,000 niños que nacieron en el Perú durante 1991-1996, 43 de ellos murieron antes de cumplir su primer año de vida. La reducción de esta mortalidad ha sido mayor en el período post-neonatal (después del primer mes de vida). La mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad infantil subió del 51 al 56%. En Tacna de cada 1,000 niños que nacieron, 26 murieron antes de cumplir su primer año de vida, es mayor en el área rural (49 por mil) en relación al área urbana (23 por mil); y la mortalidad neonatal es el 58% de la mortalidad infantil.

La ENDES 1996 permite estimar en que medida la mortalidad infantil en el Perú se asocia a alto riesgo reproductivo (edades extremas de la madre, menores de 18 o de 35 ó más años), intervalos cortos entre nacimientos (menos de 24 meses) y orden de nacimiento mayor de 3. Más de la mitad de nacimientos ocurren en alguna condición de alto riesgo reproductivo, estos niños tendrían el doble de riesgo de morir en el primer año de vida con respecto a los hijos de madres sin riesgo reproductivo. Si al orden alto y el intervalo corto se agrega edad materna de 35 años y más, la razón de riesgo se eleva a 4.

Mortalidad Infantil por características demográficas:

La tasa de mortalidad infantil (TMI) de los niños es mayor que el de las niñas (56 versus 44 por mil).

Respecto a la Edad Materna, la MI es más alta en los grupos de edad materna que están en los extremos. Así el riesgo de MI es alto para los niños de madres adolescentes (59 por mil) pero es más alto cuando la madre tiene entre 40 y 49 años de edad (81 por mil). Dado que el 84% de los nacimientos se producen entre los 15 y 40 años, los datos son alentadores porque significan que si seguimos invirtiendo en educación y mejorando la calidad de la misma, indudablemente el resultado a obtener con esta generación serán aún más favorable; de lo dicho se desprende que en políticas de población deberá ser importante incorporar a los programas de planificación familiar el componente de educación complementaria.

En cuanto al Orden de Nacimiento, aumentan los riesgos con el número de orden de los nacimientos. Así cuando el nacimiento es de cuarto o sexto orden, el riesgo de muerte durante el primer año de vida es un 53% mayor que el riesgo de un nacimiento que sea el primero (58 versus 38 por mil).

Otros cambios que guardan estrecha relación con el descenso de la MI son el espaciamiento de los embarazos a por lo menos dos años. Cuando el Intervalo Intergenésico es corto el riesgo de mortalidad es casi 3 veces mayor si es de por lo menos 4 años o más (88 versus 32 por mil).

Otro aspecto es el referido a la importancia de la Atención Médica y los Servicios de Salud; si el niño obtuvo el beneficio de contar con la atención prenatal a la madre y la asistencia en el parto por un profesional, la TMI es 25 por mil, en cambio si aquellos cuidados estuviesen ausentes la probabilidad de muerte infantil aumenta a 70 por mil.

Cuando el tamaño del niño al nacer fue pequeño, su probabilidad de morir antes de cumplir su primer año de vida es el doble que la de los niños con peso promedio (35 versus 67 por mil).

PERU: MORTALIDAD INFANTIL POR CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Tasas de mortalidad infantil, por características demográficas. ENDES III (1996)

Característica	Mortalidad neonatal	Mortalidad post neonatal	Mortalidad infantil
Sexo			
Hombre	29	27	56
Mujer	23	20	43
Edad de la madre			
Menor de 20	26	33	59
20 - 29	23	20	43
30 - 39	30	24	54
40 - 49	50	31	81
Orden de nacimiento			
1	21	17	38
2 - 3	20	22	42
4 - 6	32	26	58
7 a +	47	37	84
Duración del Intervalo			
< 2	44	44	88
2 - 3	23	22	45
4 a +	20	12	32
Atención prenatal y parto			
Ningún cuidado	38	32	70
Alguna de los dos	29	21	50
Las dos	14	11	25
Tamaño al nacer			
Pequeño, Muy pequeño	37	30	67
Promedio o grande	20	15	35
Total	26	24	50

Mortalidad Infantil por Lugar de Residencia y Educación:

Un factor de mayor importancia es el proceso de concentración de la población en zonas urbanas; la proporción de personas que vive en centros poblados mayores a los dos mil habitantes había aumentado al 73.5%. Partimos de constatar que el Perú es un país muy diverso, así las cifras de MI en el área rural es casi el doble que en el área urbana: 71 versus 35 por mil. Los mayores niveles de MI se presentan en la Sierra, en el área rural y en los departamentos de Ayacucho, Apurimac, Cusco, Puno y Huancavelica. En estos ámbitos poblacionales, de cada mil nacidos vivos, entre 69 y 109 niños fallecen antes de alcanzar su primer año de vida. Los departamentos con menores niveles de MI son Tacna y Lima con 26 por mil.

Uno de los factores mas importantes en la generación de diferencias en la mortalidad infantil es el nivel de educación de las madres. Los niños sin educación materna presentan un riesgo de mortalidad infantil (79 por mil), tres veces mayor al de los niños de madres con educación superior (26 por mil). De acuerdo al aumento del grado de instrucción de las madres la tendencia de la MI desciende. Las Naciones Unidas calcula que cada grado de incremento de educación materna disminuye en 3.4 por ciento la TMI.

PERU: MORTALIDAD INFANTIL POR LUGAR DE RESIDENCIA Y EDUCACION

Tasas de mortalidad infantil por lugar de residencia y educación. ENDES 1996.

Características	Mortalidad neonatal	Mortalidad post neonatal	Mortalidad infantil
Area de residencia			
Urbana	19	16	35
Rural	36	35	71
Región administrativa			
Amazonas	27	24	51
Ancash	21	19	41
Apurimac	43	30	73
Arequipa	25	25	50
Ayacucho	40	29	69
Cajamarca	32	26	58
Cusco	42	36	78
Huancavelica	69	40	109
Huánuco	28	31	59
Ica	20	19	39
Junin	30	27	57
La Libertad	20	23	43
Lambayeque	18	16	34
Lima	15	11	26
Loreto	24	26	50
Madre de Dios	22	18	40
Moquegua	22	30	52
Pasco	41	26	67
Piura	24	32	56
Puno	41	41	82
San Martín	20	27	47
Tacna	15	11	26
Tumbes	22	25	47
Ucayali	30	34	64
Nivel de Educación			
Sin educación	39	40	79
Primaria	32	30	62
Secundaria	17	15	32
Superior	17	9	26
Total	30	34	64

Vacunación

La inmunización protege contra varias enfermedades que pueden causar deficiencias e incapacidades que pudiesen llegar hasta la muerte. En los últimos 5 años la proporción de niños que recibió todas las vacunas recomendadas (BCG, Sarampión, tres de DPT y tres contra la Polio) se incrementó al pasar del 56% en 1991 al 63% en 1996 (meta de cobertura superior al 80%). En Tacna recibieron todas las vacunas el 77.4% de los niños. Habiéndose alcanzado en 1994 la erradicación de la Poliomielitis del país, la mayor cobertura de vacunación a permitido afrontan la epidemia de sarampión de 1992 y ha contribuído a disminuir la tasa de mortalidad infantil. Las menores proporciones de niños con todas las vacunas se presentan entre los niños de madres sin educación y residentes en el área rural.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

El 20% de los menores de 5 años presentó IRA. Los mayores porcentajes de niños, se presentan de madres sin nivel educativo y residentes del área rural. En Tacna el porcentaje de niños enfermos con IRA es del 6.1%.

Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea

El 18% de los niños menores de 5 años tuvo diarrea (el 3% con sangre)

Para el caso de la información sobre conocimiento y uso de las Sales de Rehidratación Oral (SRO), en 1986 encontramos que el 62% de madres señalaban que conocían las SRO; ese porcentaje a aumentado al 72%. En el caso del uso el incremento a sido sustancial de 1986 a 1996, subiendo del 4 al 26% de uso.

Lactancia y Nutrición

Lactancia

Las costumbres alimentarias del niño afectan su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido la práctica de la lactancia materna provee a los niños de nutrientes adecuados y de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez. La duración y la intensidad de la lactancia, influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, lo que condicionan las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros y de las madres.

La duración media de la lactancia alcanzó a 13 meses el 1978, 16 meses el 1986, 18 meses en 1991 y 19.2 en 1996. Además, hemos encontrado que por debajo de los dos meses de edad el 99.6% de los niños está lactando, en forma exclusiva lo está haciendo el 52%. Hasta los seis meses de edad como se recomienda, el 94.9% está lactando, una quinta parte (20%) lo hace de forma exclusiva. La duración promedio de la lactancia exclusiva es de 4.1 meses.

Sin embargo, la suplementación alimenticia se inicia a edades tempranas, en los dos primeros meses el 27% de los niños y entre los 4 y 5 meses a más de la mitad de ellos (55%)

Nutrición de los Niños

El estado nutricional de los niños, está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la ENDES 1996, se han calculado los siguientes índices:

- Talla para la edad o desnutrición crónica: una cuarta parte de los niños menores de 5 años en el Perú (26%) adolecen de desnutrición crónica, nivel que es menor al observado en 1991 (34%). Afecta con mayor intensidad, más del 40% a los niños del área rural y a los residentes en los departamentos de Cusco, Ayacucho, Apurimac. Este nivel es 4 veces mayor al observado en los niños de Tacna, Moquegua y Lima (10%).

- Peso para la talla o desnutrición aguda: Sólo afecta al 1% de los niños en el país, es un indicador de desnutrición reciente por efecto del deterioro de la alimentación y/o de la presencia de enfermedades.

- Peso para la edad o desnutrición global: Es muy útil para detectar cambios en el estado nutricional de niños que están siendo vistos en forma contínua. El 8% de los niños menores de 5 años lo padece, evidenciando una disminución respecto a la cifra observada en 1991 (11%).

Por último, los aspectos referentes a la disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados, tales como agua, electricidad, servicio de alcantarillado y condiciones de higiene se asocia con mejores condiciones de supervivencia de la población y de los niños en particular. El 70% de los hogares cuentan con energía eléctrica en 1996 (desde 55% del 1986), este es un factor de gran trascendencia para el desarrollo familiar. Así mismo, a nivel nacional el 72% accede a alguna manera de agua potable (en Tacna 87.2%), el 47% de las viviendas cuenta con la conexión a la red pública de desagüe (en Tacna 72.5%).

BIBLIOGRAFIA

1.- *Barsallo, José.:* Obstetricia Social. Lima-Perú. 1992.

2.- *Becerra, Armando.:* La Salud en el Perú. 1992. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

3.- *Cervantes, Watanabe y Denegri.:* Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud. 1988.

4.- *Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).* Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/ 1992. Setiembre de 1992.

5.- *Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).* Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996. . Junio de 1997.

6.- *Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).* Perfil Socio Demográfico de la Mujer en Tacna. Agosto de 1997.

7.- *Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).* Población, Mujer y Salud 1996 de Tacna. Agosto de 1997.

8.- *Meneghello, J. y Cols.:* Pediatría. Cuarta Edición. Volumen I. 1992. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile.

9.- *Naciones Unidas:* Estado de Salud de Población Mundial. 1997.

10.- *Pérez, Alfredo.:* Obstetricia. 2da. Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 1992.

11.- *PROMUDEH:* Día Mundial de Población. Perú 11 de Julio de1997.

12.- *PROMUDEH:* Las Mujeres en el Perú de Hoy. Lima, Diciembre de 1996.

13.- *REGION DE SALUD MOQUEGUA-TACNA-PUNO:* Estadísticas Vitales e Indicadores de Salud 1997. Dirección de Estadística e Informática.

14.- *Revista de la Federación Médica.* Nº1 Año 1. Junio 93 Peruana Mortalidad Infantil en el Perú: a propósito de los resultados ENDES 91-92.

15- *Salud Materna y Perinatal.* Segunda Jornada Nacional de Salud Materna y Perinatal. Noviembre 1992.

16- *Tecnologías Perinatales.* Public. Cient. CLAP Nº1255. Montevideo Uruguay. Marzo 1992.

17.- *Vallenas, G.:* Mortalidad Materna en el Perú. Lima Agosto 93.

Proceso de Atención de Enfermería

Enf. Raquel Zevallos Delgado (1)

Se acepta que el Proceso de Atención de Enfermería es la base de la Profesión

Se trata de un método intencionado y sistemático de solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería del sistema cliente/familia.

DEFINICION:

Se puede definir al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en relación con tres importantes dimensiones : Propósito, Organización y Propiedades.

Propósito:

El principal propósito del PAE es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individuales del cliente, familia o comunidad para conservar su estado de salud óptimo o en caso de que se pierda éste, brindarle la cantidad y calidad de ciudados de Enfermería que requiera su estado para recuperar su salud, o para contribuir a la calidad de vida posible.

Organización:

Se basa en cinco fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Propiedades:

El PAE tiene seis propiedades:

* Resuelto: porque tiene un objetivo que es proporcionar cuidados de calidad centrados en el cliente.
* Sistemático: porque utiliza un enfoque organizado para lograr su proceso.
*Dinámico: Es un proceso continuo que se centra en las respuestas cambiantes del cliente, Implica un cambio continuo.
* Flexible: Ya que se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier área o especialización en forma individual, por grupos o comunidades y también puede usar sus fases en forma sucesiva o concurrrente.
* Interactivo: Ya que hay relaciones recíprocas que ocurren entre enfermera y cliente, familia y otros miembros del equipo de salud.
* Base teórica: donde se incluye las ciencias y humanidades.

IMPORTANCIA.

El PAE es importante en primer lugar para el cliente ya que lo beneficia a él y a su familia, ya que tomará parte activa durante las cinco fases del proceso, porque es él quien nos brinda datos de valoración, convalida el diagnóstico de enfermería, ayuda en la ejecución y confirma los resultados e intervenciones.

El PAE es importante también, ya que evita errores, repeticiones en los cuidados, descoordinación en la atención del cliente y además fomenta la individualización de los cuidados.

Es importante para la enfermera, ya que le permite ahorrar tiempo en la programación de la atención y aumenta el crecimiento profesional, fomentando el desarrollo de las capacidades cognoscitivas, técnicas y relaciones interpersonales de la enfermera para garantizar la asistencia de calidad.

ETAPAS.

El PAE consta de cinco etapas sucesivas e interrelacionadas y son:

1.- Valoración: Es la evaluación sistemática del cliente para determinar su grado de bienestar general, identificar problemas de salud reales o potenciales.

Los datos se recogen de fuentes primarias (cliente) o de fuentes secundarias (familiares, equipo de salud, historia clínica, etc) en forma sistemática, se pueden usar diferentes técnicas, tales como la entrevista o anamnesis de enfermería, el examen físico, los exámenes auxiliares, entre otras.

Esta etapa incluye también el análisis y la interpretación crítica de los datos, comparándolos con la base bibliográfica para comprobar si son realmente problemas para el cliente.

2. Diagnóstico: De los datos analizados en la primera etapa, se extraen conclusiones de necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente, pueden ser reales o potenciales y que están sujetas a resolución por medio de acciones de enfermería.

3. Planificación: En ésta etapa se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en los Diagnósticos de Enfermería, se deben priorizar los problemas a solucionar, fijar los resultados esperados con relación al cliente y no a la comodidad de la enfermera, escribir las intervenciones de enfermería dentro del Plan de Cuidados.

4. Ejecución: No viene a ser sino la ejecución del Plan de Cuidados mediante la intervención de enfermería o supervisión para que otros hagan lo mismo.

5. Evaluación: Es un proceso continuo para determinar las respuestas del cliente a las intervenciones de enfermería y a la extensión con que se hayan logrado las metas trazadas en los resultados esperados.

(1) Enf. de la Unidad de Cuidados Intensivos del HHUT.

BIBLIOGRAFIA

1.- BRUNER Y SUDDARTH, Enfermería Médico Quirúrgica 7ma. Edición Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1994.

2.- CARPENITO, L. Diagnóstico de Enfermería, 5ta. edición Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid 1995

3.- DUGAS B. W. Tratado de Enfermería Práctica 4ta. edición Editorial Interamericana México, 1995

4.- IYER P. TAPTICH, BERNOCCHI, D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería 2da. edición Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México 1993.

5.- TIPACTI, Elide, MALDONADO Elba. «El Proceso de Atención de Enfermería». Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 1998.

RESUMENES

La Resolución de Asfixia Severa en el Recién Nacido y su Repercusión en la Morbimortalidad Neonatal

Dra. Gina Rossi, Enf. Gloria Marín, Enf. Roxana Salinas, Enf. Margarita Sotelo

Se realizó una investigación operativa sobre las condiciones perinatales de 15 R.N. que nacieron con asfixia severa, es decir que tuvieron un APGAR de 5 ó menos a los 5 minutos de vida. De éstos pacientes, el 60% de las madres tuvo un control pre natal insuficiente y el 47% de las madres llegó al hospital en período expulsivo, es decir que tuvieron un control de trabajo de parto insuficiente. El 50% de éstos niños tuvo presentación podálica y de éstos el 70% nació de parto vaginal en lugar de cesárea.

El 26.6% de los pacientes fue inmaduro, el 26.6% fue prematuro, y el 66.6% fue a término. De éstos 15 R.N. sólo el 26% salió de alta aparentemente sano, el 20% salió con daño cerebral y el 53% falleció.

Tiempo de Espera para la Resolución del Desprendimiento Prematuro de Placenta, Morbimortalidad Materno-Fetal

Dr. José Ferrer Rivera, Obst. Elizabeth Rojas Salas, Obst. Flora Quispe Yujra, Dr. Jacinto Bárcena Quintana

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo definitivamente constituyen parámetros de riesgo tanto materno como fetal, por lo tanto representa una emergencia, y siendo el Desprendimiento Prematuro de Placenta una de las patologías que afectan los índices de Morbi-mortalidad materno-perinatal, es que nuestro principal motivo de estudio es conocer el tiempo de espera para la resolución de esta patología, y las complicaciones de la misma.

La metodología empleada es de tipo Retrospectivo Descriptivo. Se encontraron 41 casos que ingresaron al servicio de gineco-obstetricia con hemorragias, de las cuales sólo 16 casos obedecen al D.P.P. El 87.5% de casos fueron diagnosticados como tal al ingreso el 12.5% después del parto. El 62.5% de pacientes tuvo control Pre-natal. El 8.5% presenta sangrado al ingreso. En cuanto al estado fetal al ingreso en el 50% hubo sufrimiento fetal, en el 25% aparentemente normal (sin registro en H. Cl) y el 25% orbito fetal o Muerte fetal intraútero es decir llegaron ya con ese diagnóstico, no se produjo durante su evolución intrahospitalaria, que fueron 4 casos de los cuales por la gravedad de la complicación se tuvo que optar por la Histerectomía en 3 casos.

La complicación más frecuente fue la anemia con un 43.75% seguida de apoplejía uteroplacentaria con un 18.75%.

Finalmente tenemos que el tiempo de espera para la resolución en un D.P.P. no es muy aceptable ya que el 50% de casos se terminan en un tiempo mayor a 2 horas.

A menor tiempo de resolución el APGAR es relativamente mejor. Aunque no existe valor estadístico también se observa que a mayor tiempo de resolución (mayor de 1 hora) más se asocia a anemia.

Relaciones Interpersonales y Consejería en Consulta Externa

Lic. Enf. Susana Araníbar Ocola, Lic. Enf. Mery Juana Cahaila Rivera, Lic. Enf. Rosasario del Carmen Jiménez Flores, Lic. Enf. Ruth Paula Medina Barrera, Lic. Efn. Bertha Julia Zúñiga Vargas

El presente trabajo de Investigación se realizó en los consultorios externos de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante la primera semana del mes de febrero de 1998. Con la finalidad de observar la comunicación interpersonal entre el proveedor de servicios y usuarios e identificar el grado de satisfacción.

Se realizaron 25 observaciones a diferentes profesionales y 25 encuestas a usuarios, aplicándose dos tipos de métodos de Investigación. La observación y la encuesta.

Los resultados obtenidos fueron: sólo dos de las consultas tuvieron una duración entre 11 y 15 minutos, el 96% de los profesionales observados no se identifican con el cliente o usuarios, y el 56% saluda al cliente. En la consulta de niño sano, el 88 de los clientes si se le explica con lenguaje sencillo y al 92% de los clientes no se les pide que haga un resumen de la conducta o tratamiento a seguir.

A ninguno de los clientes se le hace entrega del material de I.E.C. (Información, educación y consejería).

En la encuesta al usuario se obtuvo como resultado que, la consulta es buena con tendencia a ser regular.

Evaluación Diagnóstico Rápido de Necesidades de Comunicación Interpersonal Proveedor-Cliente

Lic. Nérida Pérez Cabanillas, Lic. Alicia Cañari Mamani, Sra. María Julia Ríos Marquezado

El trabajo de Investigación Cualitativa «Evaluación Diagnóstico Rápido de necesidad de Comunicación Proveedor- Cliente». Desarrollo en el marco de la asistencia técnica del proyecto 2000 en convenio entre la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohomann y la universidad Jhon Hopkins (EE.UU.); tuvo como Objetivo General conocer la situación en que se encontraba el accionar de la consulta prestador-usuario, respecto al proveedor, al servicio y a sí mismo, e identificar espacios o vacíos para reforzar.

El diseño de la Evaluación Diagnóstico Rápido utilizó en su metodología de trabajo la triangulación para evitar sesgos de investigación, con la aplicación de diferentes técnicas de investigación. (entrevista a profundidad, grupo focal y observación de consulta).

Los establecimientos observados fueron: El Hospital de Apoyo Hipólito Unánue, 3 centros de salud, profesionales observados 4 Médicos, 6 Obstetrices, 2 Técnicos.

Con los resultados se elaboró el mundo de las imágenes, imagen que el prestador tiene del usuario (de un paciente ideal vs. Paciente no ideal) el espejo del prestador que se ve amigable, paternal, razonable.

Imagen que el usuario tiene del prestador: «Muchas veces nos ven diferentes a ellos...

Los médicos conservan su distancia».

Se encontró una referencia médica y en cuanto a competencia técnica, confianza, empatía) baja ausencia y desconfianza por ruptura de confidencialidad y sentimiento de ser engañado.

Las recomendaciones para la currícula son:

Gerenciar IEC.

- Comunicación comunitaria, Marketing en salud diseño y estrategias de calidad.
- Planteamiento estratégico y en atención de Actividades de IEC.

Manejo de la Enfermedad Diarréica Aguda con Deshidratación Grave en la Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. César Caballero Cáceres, Enf. Edy Luz Urquizo Suárez, Enf. Mary Ortíz Suárez, Enf. Matilde Zúñiga Rodríguez, Tec. Enf. Dora Aguilar Castillejo, Tec. Enf. Lucila Quispe Huanacune, Tec. Enf. Yolanda Menautt Del Carpio

Se realizó una investigación operativa con la finalidad de evaluar el manejo de le Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) con deshidratación grave. Para ello se revisaron 17 historias clínicas con diagnóstico de EDA más deshidratación grave en niños menores de 3 años, que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 1997.

Encontramos que el 70.5% se examinaron una sola vez en emergencia y no se volvieron a evaluar hasta el día siguiente ya hospitalizado.

EL 41% permanecieron una hora o menos en emergencia, pasaron a hospitalización sin haberse estabilizado su estado de hidratacion y el 11.1% no tenía registrado el peso a su ingreso a Emergencia ni en la hoja del Médico, ni en la hoja de enfermería, ni se describió los signos de deshidratación al examen inicial, en el 17.6% no se registró frcuencia cardíaca, ni frecuencia respiratoria al examen de ingreso a Emergencia.

El 70.5% presentó desnutrición de I o II grado y el 11.7% de III grado asociados.

Finalmente el grupo que fue reevaluado (29.5%) por el médico pediatra de Emergencia tuvo una permanencia hospitalaria promedio de 7.6 días y el grupo que no tuvo reevaluaciones tuvo una permanencia hospitalaria promedio de 11.2 días.

Tiempo de Espera en Consulta Externa y Satisfacción del Usuario en el Consultorio Externo de Neonatología

Dr. Manuel Ticona Rendón, Enf. Haydeé Jiménez, Enf. Armida Vargas, Enf. Ivonne Lewis, Enf. Isabel Pérez

Esta investigación operativa se realizó en el consultorio externo de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante la segunda semana de Enero de 1998, con la finalidad de medir el tiempo de espera y ver su repercusión en la satisfacción del usuario además se observó la calidad en el triaje.

Se evaluaron 21 usuarios, se utilizó dos tipos de diseño de investigación operativa, la Observación Participativa y la encuesta en establecimiento.

Los resultados más importantes fueron: El mayor tiempo se da en Espera de Turno a la Consulta Médica con un promedio de 80 minutos. El tiempo toal de espera esde 214.38 minutos. Sólo el 57.1% se sintieron satisfechos de la atención que brindó el Hospital. La mejor apreciación del usuario está enTriaje con 90.4% y en Consulta Médica con 85.7% y el 75% de los usuarios recomendaría a sus familiares o amigos que vengan a éste establecimiento.

Calidad de Atención en el Consultorio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Mauro Robles, Dra. Juana Arana, Enf. Juana Fernández, Enf. ELizabeth Jiménez, T. Enf. Cirila Quenta, T. Enf. Beatríz Rodriguez

Se realizó una investigación operativa con la finalidad de evaluar la calidad de atención brindada en Consultorios Externos de Pediatría dle Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Para ello se observaron 14 atenciones durante el mes de Enero de 1998.

Encontramos que la duración de la atención fue en promedio de 17.3 minutos, siendo el 64.3% atendido de 10 minutos a menos.

El 17.3% de niños fueron menores de 6 meses y 82.7% mayores de 6 meses hasta 6 años. El motivo de la consulta fue en el 35.7% de los casos por Diarreas y otro 35.7% por tos.

En casos de Diarrea, en el 66.7% se preguntó cuántos días estaba con diarrrea, en todos se preguntó sobre la consistencia y número de deposiciones en 24 horas, sólo 16.7% preguntó si había sangre. En el 66.7% se buscó el signo del pliegue y sólo en el 16.7% se ofreció Sales de Rehidratación Oral.

En casos de tos, en todos se preguntó por la duración de la tos, presencia de respiración rápida o agitación y fiebre. En ningún caso se tomó la frecuencia respiratoria.

En relación a la alimentación, a los menores de 6 meses, el personal preguntó si el niño tomaba pecho y si éste era exclusivamente. En niños de 6 meses a más, el personal averiguó en el 50% si el niño recibe papillas o segundos, en el 57.1% averiguó que vacunas se ha puesto hasta el momento.

Con respecto a las indicaciones dadas a la madre, en el 64.3% el personal comentó acerca de la evolución del peso. En niños menores de 6 meses en todos se indicó que debe seguir con lactancia materna y en el caso de niños de 6 meses a más en el 75% indicó que debe darle papillas o segundos. En el 50% indicó que se coloque la vacuna que le faltaba. En el 85.7% el personal de salud explicó cuál era el diagnóstico del niño.

En relación a la interacción Proveedor-Usuario; En el 100% de los casos el personal prestó atención a las preguntas o inquietudes de la madre, en el 71.4% utilizó un lenguaje técnico o poco entendible e indicó cuándo debe regresar el niño por una nueva consulta, en el 85.7% alentó a la madre a regresar. Durante la consulta en el 35.7% la madre hizo preguntas que no fueron resueltas.

Estudio de los Recursos Humanos en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Edgardo Belaunde Portugal, Lic. Sara Ramos Rojas, Dr. Alberto Orellana Zapata, Dr. Mario Mimbela Velarde

Se realiza el Estudio de los Recursos Humanos en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Para tal efecto se han realizado acciones y programas que apoyen y ayuden a lograr dicho Objetivo dentro de los que consideramos a través de los diagramas de Ishikawa: La Selección de personal realizando una convocatoria a los posibles miembros que comprondrían este Servicio. Además entrevistas personales, pruebas de conocimientos, evaluaciones curriculares y contratación o nombramiento si fuera necesario.

Se ha propuesto un Progma de Capacitación con metas específicas resaltando la metodología de capacitación, adiestramiento y finalmente la forma de financiamiento para la misma programación.

Se destaca la eficiencia del personal existente, por medio de la evaluación del desempeño laboral hasta el momento de determinar los recursos humanos necesarios.

Se revisan los antecedentes de recursos humanos del Servicio desde el años 1955 a 1995.

Se hacen las recomendaciones respectivas para implementar y completar las necesidades de recursos humanos de dicho servicio.

Estudio Financiero del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Edagardo Belaunde Portugal, Dr. Mario Mimbela Velarde, Dr. Alberto Orellana Zapata, Lic. Sara Ramos Rojas

Considerando que el Servicio de Emergencia es uno de los servicios más importantes más importantes y primordiales de todo el hospital, es que ha sido necesario realizar un Estudio financieron para determinar con precisión los recursos y gastos que este importante servicio presta. El análisis dle cuadro de gastos y costos determina que:

El total de remuneraciones del personal que labora en el servicio al año es de 343,596 soles oro m/n.

Elcosto de los insumos que se utilizan al año es de 319,593 soles oro m/n.

Teniendo como resultado un costo operativo total anual de 663,198 soles oro m/n a estos totales se debe restar la depreciación de los equipos que alaño suman 75,331 soles oro m/n.

Siendo el costo Total Anual de 587,858 soles oro m/n.

Los gastos generales se han considerado en oro nivel y estos son de 195,704 soles oro m/n.

El total de ingresos es de 351,467 soles oro m/n, lo que hace una diferencia al año DE 236,391 SOLES ORO M/N.

Haciendo una diferencia anual de 236,391 soles oro m/n. Estas cantidades indican a las claras que el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna se encuentra grandemente subvencionado.

Para ejecutar o cirstalizar dicho trabajo se han considerado toda las actividades que se realizan en dicho servicio.

Tiempo Transcurrido desde la Aparición de Primeros Síntomas hasta el inicio del Tratamiento de Casos Diagnosticados con TBC Pulmonar BK (+) en Condición de nuevos de Establecimientos de Salud de Tacna

Lic. Luz Mery Torres Pérez, Lic. Guadalupe Castillo Loza, Dr. Antonio Raúl Sucasaca Rodriguez

Es un estudio de investigación transversal y descriptivo, fue llevado a cabo para determinar si el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta el inicio de tratamiento de los casos diagnosticados con TBC pulmonar BK (+) en condición de nuevos de los establecimientos de salud de la Provincia de Tacna, en el período comprendido de Enero a Diciembre del año 1997; es el adecuado.

De los 40 pacientes diagnosticados con TBC pulmonar BK (+), sólo ingresaron al estudio 340, debido básicamente a la ausencia de datos en las historias clínicas.

En los resultados que en alto porcentaje (55%) acude a los Establecimientos de Salud después de los 30 días de la aparición de los síntomas.

Los resultados en los otros períodos son aceptables, salvo algunos en que hay una demora prolongada, generalmente por problemas administrativos.

Estudio de la Evaluación Estratégica del Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Edgardo Balaunde Portugal, Lic. Sara Ramos Rojas, Dr. Mario Mimbela Velarde, Q.F. Mahamad Mahmoud

Después de realizar el análisis de la Evaluación Estratégica del Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en cinco diferentes Areas de recursos con que se cuenta y se desempeña la función asistencia y administrativa desde el punto de vista médico.

El trabajo se concluye en que en las áreas de recursos humanos, se ha alcanzado casi la totalidad de personal, faltando una secretaria nombrada y personal para adecuar la sala de Cuidados Intensivos del Servicio.

En referencia a los recursos físicos y materiales, se cuenta con los elementos y equipos más importantes, quedando por complementarse algunos equipos sofisticados pero necesarios para el desempeño que se espera.

Se cuenta con una buena planificación y estratégica de administración además de la buena calidad humana del personal profesional y no profesional.

Se expone un plan Operativo con metas, actividades y objetivos que deben alcanzarse, fijando plazos para el cumplimiento de los mismos.

Efectos alcanzados con medidas correctivas: haciendo uso de las medidas correctivas queremos alcanzar un servicio funcional, eficiente, con calidad humana, sensibilizado y seguro en la atención y recuperación del paciente pediátrico.

Estudio Integral del Departamento de Anestesiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Edgardo Belaunde Portugal, Dr. Mario Mimbela Velarde, Dr. Patricio Cruz Méndez, Lic. Sara Ramos Rojas, Dr. Alberto Orellana Zapata

Han sido necesario evaluar con un estudio integral el Departamento de Anestesiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; para tal fin se han revisado los procedimiento en el uso de los anestésicos, la selección del agente anestésico para brindar seguridad al paciente, proporcionar óptimas condiciones quirúrgicas, tener un bajo índice de toxicidad de acuerdo a la intervención programada con disponibilidad inmediata del producto anestésico.

Se revisa el diagnóstico actual de Sala de Operaciones del Hospital, como centro referencial de toda la Sub-Región de Salud de Tacna. Así mismo la población estimada tanto de la Sub-Región como del Hospital de Apoyo, en referencia al tipo de Anestésico.

Se considera el tipo de anestésico según uso sea este de tipo general inhalatoria, general endovenosa, epidural, raquidea o local, y con las cantidades utilizadas durante todo un año (sólo se tienen datos del año 1995).

Se determinan las limitaciones para la compra de los fármacos, el movimiento de los mismos, haciendo cuadros comparativos de los diferentes fármacos a utilizarse.

Se plantea un cuadro de programación de necesidades y de adjudicaciones de compra de los medicamentos, con lista de proveedores, destacando la clase de adquisiciones, programando la distribución en almacenes y Dpto. de Anestesiología

Se concluye con una propuesta técnica de selección y protocolo para utilizarse en el Dpto. de Anestesiología según la actividad que se desea desarrollar y el producto respectivo que se va a utilizar.

Sexualidad y Embarazo en Adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue Febrero a Agosto de 1996

Obst. Lic. Nérida Pérez Cabanillas, Lic. María Lourdes Sosa Pare., Lic. Patricia Ureta Cañari, Obst. Alicia Cañari Mamani

El embarazo en la Adolescencia es un fenómeno que emerge en todos los grupos sociales, sus características, causas y consecuencias difieren de un grupo social a otro, siendo en los estratos económicos desfavorecidos mayores las implicancias negativas tanto para la madre, su hijo y su entorno.

El objetivo del trabajo es analizar las características de las adolescentes embarazadas y la relación con su sexualidad.

El Tipo de Trabajo de investigación es descriptivo de corte transversal. La muestra constituido por 250 adolescentes que acudieron al Hospital Hipólito Unanue de Febrero a Agosto de 1996 a las que se aplicó el instrumento de investigación.

Se obtuvieron los siguientes resultados; la mayoría de jóvenes se encuentran en edades de menor riesgo, habiendo gran porcentaje de convivencia en 62%, alta dependencia económica de la adolescente que no trabaja con 70%, la mayoría 69.2% tuvo acceso a educaciòn secundaria. La mayoría son primiparas, 27.6% no usarán ningún método anticonceptivo por diversos motivos. En relación al deseo del embarazo 45.2% si lo deseaba contra 54.8% que no lo quería. La mayoría de adolescentes ya había dejado de estudiar antes de este embarazo siendo 75.2%. En cuanto a la Educación Sexual recibida 36% no la recibió nunca, el resto la recibió de su maestra en 48.8% y por otros el 12%.

Frecuencia y Factores de Riesgo Maternos y Fetales para el Recién Nacido de muy Bajo Peso

Dr. César Fernando Lanchipa Picoaga, Dr. Javier Oscar Lanchipa Picoaga

Objetivos.- Determinar la frecuencia de RNMBP; identificar los factores de riesgo asociados a RNMBP, dependientes de: madre (biológicos y sociales) y feto.

Diseño.- Estudio de tipo analítico y diseño de casos y controles.

Ambiente.- Hospital de Apoyo "Hipólito Unánue" de la ciudad de Tacna, perú.

Participantes.- 136 (casos) Historias Clínicas de RNMBP y las de sus respectivas madres y 680 (controles) Historias Clínicas de RN con peso adecuado durante el período 1992 – 1995.

Conclusiones.- La frecuencia de RNMBP en el período de estudio (1992 – 1995) fue de 1,25%. Los factores de riesgo asociados al RNMBP son estadísticamente significativos: biológicos maternos (multiparidad, ausencia de controles prenatales, infección materna, ruptura prematura de membranas, hemorragias del 3er trimestre, sociales maternos (ocupación desfavorable) y fetales (embarazo múltiple); y su significación estadística: biológicos maternos: edad (<18 - > 35), talla (<1,45 mts.), bajo peso, intervalo intergenésico de 5 años, anemia materna, hipertensión arterial del embarazo; condición socio-economica (regular/baja) y fetales: sexo femenino y malformaciones congénitas.

Palabras claves.- recién Nacido de Muy Bajo Peso (RNMBP), factores de Riesgo.

Incidencia de la Enfermedad Hipertensiva Materna y su Relación con los Factores de Riesgo Perinatal

Médico Cirujano: Cristina Llosa Rodriguez

Se efectúa un estudio de la incidencia y los factores de riesgo perinatal en gestantes con H.I.E., en elHispital «Hipólito Unanue» de Tacna de enero de 1994 a mayo de 1996. La incidencia de H.I.E. fue de 2.17% correspondiendo a preeclampticas 2.57 y Eclampsia con 0.20 concordante con la incidencia de otros estudios a nivel nacional. Dentro de la hipertesnion, en cuanto a factores de riesgo, vemos que hay significancia estadística en mujeres jóvenes y nulíparas (preeclampsia), al igual eue la culminación del embarazo era por cesárea en más de la mitad de la población expuesta. El S.F.A: tiene una alta incidencia con un 17.33% en Preeclampsi, 13.33% en eclampsia con alto riesgo en lapoblación expuesta. En cuanto a la morbilidad Neonatal la incidencia fue de 15.34% en Preeclampsia y en Eclampsia 30.33% encontrándose diferencias en cuanto al orden de frecuencia enlas dos entidades; Así tenemos que en la preeclampsia el orden de frecuencia fue: Asfixia neonatal 18.67% desnutrición fetal 13.33%, prematuros 12.00% en la exlampsia el orden fue: Asfixia neonatal 38.46%, prematuros 23.08%, no hubo ningún caso de desnutrición fetal. Vemos que la causa principal de morbilidad en ambas presentaciones de H.I.E. fue de 2.48%, las causas más frecuentes: prematuridad, y asfixia neonatal.

Planificación Familiar: Prevalencia de Métodos Anticonceptivos en Leoncio Prado - Tacna 1997

Obst. Nancy Velásquez Y., Obst. Gloria Monroy C., Dr. Alberto Flor. Ch., Obst. Alicia Carcausto H., Obst.Rosa Hume G., Obst. Haydeé Carazas F., Obst. Gladys García R., Obst. Isabel Velásquez Y.

El objeto del trabajo fue recoger la información sobre Planificación Familiar en lo referente a laprevalencia de Métodos Anticonceptivos (MAC), en la población de Mujeres en edad fértil de Leoncio Prado de la Provincia de Tacna.

El estudio es de carácter transversal-analítico, se aplicó una encuesta de Planificación Familiar a una población de 2082 mujeres, los resultados del estudio fueron los siguientes:

Según la edad, un tercio de la población estudiada no usan métodos, el método Ritmo- Calendario es el más usado entodos los grupos etáreos; los métodos anticonceptivos modernos preferidos son: a) D.I.U., b) EL método parenteral (Inyectable), c) La Ligadura de Trompas.

En relación a las variables MAC y nivel de instrucción, la población indistintamente entodos lo niveles educativos prefieren el método tradicional (Ritmo); sin embargo el D.I.U. tiene mayor aceptación en mujeres con educación Secundaria y Superior.

El método del Ritmo es preferido tantopor casadas y convivientes en segundo lugar los MAC modernos.

En las mujeres que usan el método del Ritmo se nota una tendencia creciente a tener más de 1 embarazo, lo que no sucede enquellas mujeres que usan un método anticonceptivo moderno. Las mujeres con nivel de educación Secundario registm mayor número de embarazos y en las mujeres de nivel superior la tendencia es decreciente con predominio de 1 sólo embarazo.

El método del D.I.U. en nuestro estudio tuvo una aceptación de 14,36%.

«Sensibilidad Antibiótica en Gérmenes de Abscesos Dentoalveolares. Pacientes Adultos» Arequipa 1996

Alejandro Aldana Cáceres, Cirujano Dentista

La presente investigación tiene como propósito fundamental determinar la frecuencia de grupos bacterianos en los abscesos Dentoalveolares así como determinar y comparar el grado de sensibilidad de estos gérmenes frente a antibióticos empleados comúnmente en nuestro medio. Esto en pacientes ambulatorios que concurren al servicio odontológico del Centro de Salud de Alto Selva Alegre, en el año de 1996.

Con tal objetivo se han elegido 60 pacientes adultos de ambos sexos con diagnóstico de abscesos Dentoalveolares ya sean agudos o sea de formación reciente y naturaleza grave, o bien crónicos es decir, de larga duración, escasa virulencia y relativamente asintomáticos.

En 60 pacientes con abscesos Dentoalveolares efectuados los cultivos tanto para gérmenes aerobios como anaerobios con sus respectivos antibiogramas, se encontró que tanto los casos agudos y crónicos están representados por el Estreptococo viridans (alfa hemolítico), el Micrococus sp. El Estreptococo sp. (anaerobio) y los Bacteroides en mayor proporción, siendo estos gérmenes causantes de los abscesos dentoalveolares predominantemente.

Respecto a la sensibilidad antibiótica los gérmenes aerobios y anaerobios de casos agudos como crónicos muestran alta sensibilidad a las Cefalosporinas y dentro de las cuales la más efectiva es la Ceftriaxona.

Según el presente estudio, concluimos que el único antibiótico del grupo de las Penicilinas que muestra cierta efectividad es la Amoxicilina, en cambio la Ampicilina (la más empleada en nuestro medio) y penicilina V, son casi en su totalidad ineficientes en el tratamiento de los abscesos Dentoalveolares.

Factores Psico Sociales Asociados al Embarazo en Adolescentes

Obst. Janette Rivera Vásquez, Obst. María Maquera Mamani, Obst. Diana Huanco Apaza

Este estudio epidemiológico de casos y controles, se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los meses de Octubre de 1996 a Febrero de 1997. Se entrevistó a 150 adolscentes (12 a 19 años) cuya edad gestacional fue mayor de 27 semanas (Casos) y a 150 adultas (20 a 34 años) cuyo parto fue el siguiente al de una adolescente teniendo la misma paridad del caso (Controles). El objetivo fue determinar las características psico-sociales asociadas al embarazo en adolscentes comparándolas con las adultas.

Las Adolescentes presentan asociación significativa con características socio.culturales más desfavorables que las adultas: Baja escolaridad, estado conyugal inestable, alta deserción escolar y son migrantes (Puno).

La pareja de la adolescente, es joven principalmente adolescente (20%). Comparando con la pareja de la adulta, presenta menor escolaridad, situación laboral inestable y también son mayoritariamente migrantes.

La relación afectiva de sus padres es poco adecuada o inadecuada (49%). Un 20% sufrió abandono o separación de sus padres. El 30% tiene por jefe de hogar a la madre u otra persona. El 68% de sus madres tuvo su primer embarazo también en edad adolescente.

El 52% inicia su actividad sexual entre los 15 y 16 años. El 64% tiene poco o nada conocimiento de educación sexual, siendo sus profesores la principal fuente de información.

El 78.7% de adolescentes no planificó su embarazo, ni pensó embarazarse. El 64.7% de sus parejas no deseaba este embarazo. El 38.7% no comunicó de su embarazo a sus padres, ellos se enteraron por otra fuentes; incluso el 18.7% aún no lo sabe. Al enterarse el padre de la adolescente, en 32% muestra rechazo y la madre lo hace en un 28.7%. Existe buena proporción de padres que se conforman con la noticia (30-35%).

La actitud de la embarazada se modificón desde elinicio del embarazo hasta después del parto. Al nicio el 20.7% se sentía feliz, al finalizar el 48% y despuès del parto el 76.7%, mostrando una buena actitud al conocer a su niño. El conformismo disminuyó sólo despuès del parto y el rechazo que mostraron algunas adolescentes, disminuyó grandemente de 35.3% a 2% despuès del parto.

La pareja de la adolescente mostro felicidad al inicio del embarazo en un 30% siendo del 54 % después del parto. El conformismo presente en el 30% se mantuvo en 22.7% en el post-parto. El rechazo fue proporcionalmente más bajo (16%) y algunos de ellos se mantuvieron negativos hasta el port-parto (10%).