

Revista Médica

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Volumen 3 • Número 1 • Octubre 2000



TEMAS ORIGINALES

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO EN UCI
PERCEPCION MASCULINA DE LAS NECESIDADES Y SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA
COSTOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
MANCHA MONGOLICA EN EL RECIEN NACIDO CON RESPECTO A FRECUENCIA, EXTENSION, COLOR Y RAZA SEGUN EG
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DEL CANCER EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 1995 - JUNIO 2000
CLIMA ORGANIZACIONAL EN LOS DEPARTAMENTOS DE GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRIA DEL HHUT
EVOLUCION DE LOS INDICADORES MATERNO PERINATALES DEL HOSPITAL UNANUE DE TACNA 1980 - 1999
INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES PARA INFECCION RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
FRECUENCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJAS ASOCIADO AL TIPO DE PERSONALIDAD Y PATRON DE CONDUCTA REACCIONAL

CASOS CLINICOS

PANCREATITIS AGUDA Y DISLIPIDEMIA
DIABETES MELLITUS
ACONDROPLASIA

TEMAS DE REVISION

DIAGNOSTICO DE LA MADURACION PULMONAR FETAL
RIESGO MATERNO PERINATAL
SIETE LECCIONES PARA LIDERAR EL VIAJE AL FUTURO

Revista Médica

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Volumen 3 • Número 1 • Octubre 2000

INDICE

3

editorial

Comité Editorial

5

temas originales

Algunos aspectos epidemiológicos de los pacientes con diagnóstico de Sepsis Severa y Shock Séptico en la UCI
Med. Regina Rivera Delgado

11

Percepción Masculina de las Necesidades y Servicios de Planificación Familiar en el Distrito Alto de la Alianza.
Lics. Obst.t. Carmen Carpio Becerra, Marina Choquepuma Ticona, Rosario Basurco Chambilla, Sandra Chavez Guzman

16

Estimado de Costos del Departamento de Pediatría.
Meds. Gina Rossi B., Mauro Robles, Lourdes Lombardi, Leonardo Torres, Javier Gonzáles, Alberto Cornejo.

20

Relación porcentual de la Mancha Mongólica en el recién nacido con respecto a frecuencia, extensión, color, raza, según edad gestacional
Lics. Enf. Rosario Jimenez, Isabel Perez, Roxana Sallnas, Margarita Sotelo, Armida Vargas,

25

Diagnóstico Histopatológico del Cáncer en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
Méd. Angel Rosado Caro

28

Clima organizacional en los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría.
Lics. Obst. Irene Pacheco Vargas, Elizabeth Rojas Salas, Diana Huanco Apaza, Med. Luis Salazar Huajardo

32

Evolución de los indicadores Materno Perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 1980-1999
Mgr. Manuel Ticona Rendón, Mgr. Diana Huanco Apaza Med. Carlos Ticona Paniagua

36

Incidencia de factores que predisponen las Infecciones Respiratorias en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos
Lics. Enf. Raquel Zevallos, Elsa Ninaja, Gina Carita, Rosina Vásquez

40

Frecuencia de la Violencia de Pareja asociado al tipo de personalidad y Patrón de conducta relacional, en casos denunciados ante la Fiscalía Provincial de Familia.
Psc. Felipe Medina Quispe

43

casos clínicos

Pancreatitis Aguda vs. Dislipidemia - Diabetes Mellitus

Med. Alejandro Villanueva Díaz

45

Acondroplasia
Mgr. Manuel Ticona Rendón, Med. Carlos Ticona Paniagua.

47

temas de revisión

Diagnóstico de la Maduración Pulmonar Fetal

Mgr. Manuel Ticona Rendón

50

Riesgo Materno Perinatal

Mgr. Diana Huanco Apaza

54

Siete Lecciones para liderar el Viaje al Futuro.

Lic. Enf. Eufemia Melo Avendaño

55

Implementación del Sistema de Costos Hospitalarios en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna
Lic. Enf. Ruth Delgado Rodríguez, Ing. Econ. Luis Delgado Rodríguez

Revista Médica

Hospital Hipólito
Unanue de Tacna

Volumen 3 • Número 1 • Octubre 2000

Comité Científico

Med. Javier Palao Castelles
Presidente

Med. David Vela Moscoso
Vice Presidente

Lic. Aida Angulo Cuadros
Secretaría

Lic. Raquel Zeballos Delgado
Tesorera

Mgr. Diana Huanco Apaza
Prensa y Difusión

Lic. Irma Villar Agurto
Organizadora de Eventos

Mgr. Manuel Ticona Rendón
Asesor

Comité Ejecutivo de Editores

Editor Principal

Mgr. Manuel Ticona Rendón

Editores Asociados

Mgr. Diana Huanco Apaza
Lic. Raquel Zeballos Delgado
Lic. Aida Angulo Cuadros
Lic. Irma Villar Agurto

Impresión

Editorial e Imprenta
ARTGRAPHICS E.I.R.L.
Av. Dos de Mayo 805
Telf. 745112-Tacna

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Región de Salud Tacna

Calle Blondell s/n.
Tacna - Perú
Telf. 723361

Plana Directiva

Director Ejecutivo

Dr. Javier Palao Castelles

Director Adjunto

Dr. David Vela Moscoso

Comité Técnico Asesor

Dr. Luis Salazar Huajardo

Dra. Gina Rossi

Dr. Victor Acosta

Dr. Ricardo Alvites

Dr. Hugo Sanchez

Dra. Regina Rivera

Dr. Alberto Cornejo

Q. F. José Vela

Dr. Alberto Castillo

Sra. Domitila Villanueva

N ut. Gladys Caballero



EDITORIAL

El Comité Científico de la Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con motivo de celebrarse un aniversario más del «MINISTERIO DE SALUD», continúa por tercer año 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 III Concurso de Investigación: «Obst. Alicia Cañari y Enf. Gilda Herrera» Queridas y recordadas profesionales, quienes fueron Jefe de Obstetrices y Jefe del Departamento de Enfermería respectivamente, lamentablemente ya fallecidas; en ella han participado 16 médicos, 9 Obstetrices, 13 enfermeras, 1 psicólogo y 1 Ingeniero.

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 nuestro Comité cuya labor culmina al entregar esta III Revista en la Ceremonia Central del Aniversario del Ministerio de Salud.

COMITE CIENTIFICO

Temas Originales

Algunos aspectos epidemiológicos de los pacientes con diagnóstico de Sepsis Severa y Shock Séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

Méd. Regina Rivera Delgado ⁽¹⁾

RESUMEN

La sepsis y el shock séptico, son la causa más común de muerte de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y se prevee que continuarán aumentando en frecuencia e importancia a pesar de los adelantos científicos. **OBJETIVO:** determinar algunos aspectos o características epidemiológicas de los pacientes que ingresan a la UCI del HADHUT, con los diagnósticos de sepsis severa y/o shock séptico, durante el periodo de Junio de 1993 a Mayo de 1998. **MATERIAL Y METODOS:** estudio descriptivo retrospectivo, sobre 802 historias clínicas de los pacientes admitidos en UCI en ese periodo, seleccionándose las que tuvieron el diagnóstico de ingreso de Shock Séptico o Sepsis Severa y fueron incluidos en el estudio quienes cumplieron los criterios diagnósticos propuestos en 1991 por el American College of Chest Physicians y la Society of Critical Care. A todos los pacientes se les realizaron las determinaciones generales, bacteriológicas, hemodinámicas y respiratorias habituales en UCI, según las técnicas al uso; en cada uno de ellos se determinan la falla de los diferentes sistemas, de acuerdo a los criterios de Falla o Insuficiencia Multiorgánica (FOM) o Síndrome de disfunción de múltiples órganos (SDMO) y se estableció el puntaje APACHE II, la evaluación TISS. Se realizan los cálculos estadísticos de frecuencias absolutas y relativas convenientes para la interpretación adecuada de los resultados. **RESULTADOS** Durante el periodo de Junio de 1993 a Mayo de 1998, ingresaron a la UCI - HADHUT, 802 pacientes; 193 (24%) pacientes tuvieron los diagnósticos de shock séptico y sepsis severa, el 50,7% fueron hombres y 49,3% mujeres; el grupo de shock séptico estuvo constituido por 82 (42,5%) pacientes y el de sepsis severa por 111 (57,5%) pacientes. Letalidad general de UCI: 18,82%, la de Sepsis severa de 8,11% y la de Shock séptico 57,30%. La edad media de 46,6 años y la estadía promedio de 4,07 días. Los promedios de Apache II de 21,14 y de TISS de 34,78. **CONCLUSIONES:** El Shock Séptico y la Sepsis Severa constituyen causa importante de admisión a UCI. El índice de mortalidad del Shock séptico es elevado. Los pacientes de la segunda y tercera edad son los más afectados y con mayor riesgo de morir. Los focos infecciosos más importantes son el peritoneal y pulmonar. Los factores asociados con mas frecuencia son la anemia hipovolemia, desnutrición y estados que condicionan depresión inmunológica. El índice mortalidad postquirúrgica es de 23,91%, inferior a la médica o no postquirúrgica que es de 41,81%. El foco infeccioso pulmonar, se asocia a un mayor riesgo de morir, en comparación al foco infeccioso peritoneal

INTRODUCCIÓN

Desde los últimos 40 años, la sepsis y su complicación mas seria, el shock séptico, se han convertido en la causa mas común de muerte de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Desde la década de los 30, la frecuencia de infecciones gramnegativas en hospitales va en aumento, y a ello se suma el incremento paralelo de sepsis micótica y la aparición de infecciones por microorganismos grampositivos de "baja virulencia", como *Staphylococcus epidermidis* que vienen cobrando importancia en los últimos tiempos. Actualmente, no existe evidencia de la disminución de este problema; por el contrario, la mayoría de expertos predice que la infección, la sepsis y el shock séptico continuarán aumentando en frecuencia e importancia durante las próximas décadas, dado que el shock debido a sepsis es una enfermedad muy compleja (1).

En general es una causa común de morbimortalidad de pacientes en medicina interna, cirugía, pediatría, ginecobstetricia, anestesiología y casi todas las demás especialidades médicas y

quirúrgicas. Los microorganismos involucrados han sido bacterias Gram negativas, Gram positivos, inclusive de baja virulencia, hongos, micobacterias, rickettsias, etc.

El shock séptico es el prototipo del shock distributivo en el que se aprecia una disminución severa en la resistencia vascular sistémica y maldistribución generalizada del flujo sanguíneo. El compromiso sistémico en la sepsis se debe fundamentalmente a mediadores inflamatorios con precipitación de anomalías cardiovasculares y no necesariamente requiere de diseminación de agentes patógenos en el flujo sanguíneo, ello explica la frecuencia de hemocultivos negativos de aproximadamente 50%, por lo que un hemocultivo negativo tampoco invalida el diagnóstico de síndrome de sepsis. Puede darse invasión intermitente de la sangre por los microorganismos, o filtración de mediadores a la sangre desde un foco oculto de infección. Por lo tanto es de vital importancia detectar el sitio específico de diseminación para suponer agentes bacteriológicos epidemiológicamente mas frecuentes, antibioticoterapia y posibilidad de drenaje precoz en caso de ser necesario.

⁽¹⁾ Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna.

Los mecanismos patogénicos que llevan al shock séptico figuran entre los más complejos de toda la medicina (1). Fisiopatológicamente (2) se postula que es una respuesta sistémica compleja e integrada, que se inicia cuando los microorganismos invaden el organismo y liberan endotoxinas o exotoxinas (2).

Las endotoxinas se liberan como consecuencia de la destrucción por el sistema inmune de las bacterias Gram negativas, entre las que el lipopolisacárido (LPS) es considerado como elemento central, tanto en las investigaciones como en la fisiopatología del shock séptico, actualmente aceptada. Las exotoxinas, en cambio, son liberadas a partir de las bacterias Gram positivas y de otros microorganismos mientras permanecen vivos en el organismo. El síndrome de shock tóxico es un ejemplo de sepsis por Gram positivos o por exotoxinas.

Una vez que los microorganismos invaden el organismo y liberan toxinas y éstas pasan al torrente circulatorio, se desencadena una serie de mecanismos, como son la activación de los mediadores bioquímicos, humorales y celulares de la inmunidad, el daño endotelial y la activación de los SNC y endocrino. Estos procesos originan una serie de efectos fisiológicos y fisiopatológicos que afectan la permeabilidad de la membrana capilar, coagulación, distribución del flujo sanguíneo hacia tejidos y órganos y al estado metabólico del organismo. Subsecuentemente se altera el equilibrio sistémico entre el suministro y las demandas de oxígeno celular, lo que ocasiona hipoxia, daño y muerte a nivel celular.

A pesar de la generación de antibióticos cada vez más potentes, la mortalidad sigue siendo muy alta y es de importancia señalar que los efectos tóxicos del shock séptico en las primeras 48 horas no son influenciados por la antibioticoterapia, debiéndose dar apoyo a las variables hemodinámicas y a la perfusión tisular para que los antibióticos puedan tener un efecto favorable. Un grueso porcentaje de pacientes sufren un shock mixto: hipovolémico y séptico, que justifica aun más la necesidad del soporte hemodinámico.

La mortalidad referida en la bibliografía, va del 40 al 90% (1), estos límites tan amplios pueden deberse a la heterogeneidad de los estudios desde su concepción y definición de términos, como de la selección de pacientes y su tratamiento, es decir, del estado general previo del paciente, edad, condiciones asociadas (depresión inmunológica), tipo de microorganismo, uso indiscriminado de antibióticos, procedimientos invasivos, tiempo intrahospitalario, etc.

Como se puede deducir, muchos factores han determinado el aumento apreciable del número de episodios de sepsis y shock séptico. Los médicos que dirigen unidades de terapia o cuidado intensivo y los que tratan a enfermos graves, deben tener en cuenta estos factores y tratar de minimizarlos o controlarlos para reducir la frecuencia creciente de esta enfermedad seria y sumamente mortal.

El presente estudio tiene como objetivo determinar algunos aspectos o características epidemiológicas de los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con los diagnósticos de sepsis severa y/o shock séptico, durante el periodo de Junio de 1993 a Mayo de 1998.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo retrospectivo, realizado entre Junio de 1993 a Mayo de 1998 (5 años), en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Apoyo de Tacna, la que es una UCI de tipo general o polivalente de un hospital del Ministerio de Salud de nivel II y que aspira en acreditarse en nivel III, y que es un hospital de referencia de los Departamentos de Puno, Moquegua y Tacna.

Se revisan las 802 historias clínicas de los pacientes que fueron admitidos en UCI en ese periodo, de las que se seleccionan las que tuvieron el diagnóstico de ingreso de Shock Séptico o Sepsis Severa y fueron incluidos en el estudio los enfermos que cumplieron los criterios diagnósticos propuestos en 1991 por el American College of Chest Physicians y la Society of Critical Care (5).

Se excluyeron los pacientes que no cumplían estos requisitos, por ende fue sustentado el diagnóstico final de sepsis severa y shock séptico.

A todos los pacientes se les realizaron las determinaciones generales, bacteriológicas, hemodinámicas y respiratorias habituales en UCI, según las técnicas al uso; en cada uno de ellos se determinan la falla de los diferentes sistemas, de acuerdo a los criterios (3, 7) de Falla o Insuficiencia Multiorgánica (FOM) o Síndrome de disfunción de múltiples órganos (SDMO) y se estableció el puntaje APACHE II, la evaluación TISS.

Todos los pacientes que ingresan a UCI de nuestro hospital tienen una evaluación del APACHE II, TISS y de acuerdo al caso se les llena otros formatos como Hoja de Coma, Trauma Score, Registro de ingreso y utilización de fármacos, etc. Para interés del presente estudio, se revisaron los dos primeros formatos, los que a continuación se enuncian escuetamente, teniendo en los anexos 1 y 2 los formatos aplicados.

La utilización de estos índices de severidad en los pacientes críticos en general y con sepsis y shock séptico en particular, permiten alertar al clínico sobre la presencia de gravedad, proporcionar un parámetro de clasificación que permita comparación entre grupos de pacientes y posibilitar la selección de enfermos para ensayos clínicos o elección de modalidades de tratamiento (3).

Se realizan los cálculos estadísticos de frecuencias absolutas y relativas convenientes para la interpretación adecuada de los resultados de este estudio descriptivo.

RESULTADOS

Durante el periodo de Junio de 1993 a Mayo de 1998, ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 802 pacientes, de los cuales 193 pacientes tuvieron los diagnósticos definidos de acuerdo a los criterios ya señalados, de shock séptico y sepsis severa, constituyendo este grupo el 24% de las admisiones a la UCI. De ellos, 98 (50,7%) fueron hombres y 95 (49,3%) mujeres; el grupo de shock séptico estuvo constituido por 82 (42,5%) pacientes y el de sepsis severa por 111 (57,5%) pacientes.

Cuadro N°1:
Distribución de los pacientes con Shock Séptico y Sepsis Severa según Edad y Sexo. UCI - HADHU. Junio 1993 - Mayo 1998.

RANGO	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-4	1	1,02	0	0,00	1	0,52
5-14	3	3,06	6	6,32	9	4,66
15-44	37	37,76	54	56,84	91	47,15
45-65	26	26,53	14	14,74	40	20,73
66-80	24	24,49	14	14,74	38	19,69
+81	7	7,14	7	7,37	14	7,25
Total	98	100,0	95	100,0	193	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Los extremos de las edades de estos pacientes fueron de 1 año y 7 meses a 86 años, siendo el promedio ponderado de edad para todo el grupo de 46,6 años, 50,5 años para los hombres y 42,6 años para las mujeres.

Cuadro N°2:
Pacientes diagnosticados con Sepsis Severa y Shock Séptico según Ruta de Ingreso. UCI - HADHU. Junio 1993 - Mayo 1998.

Ruta de ingreso	N°	%
Sala de operaciones	90	46,6
Hospitalización	71	36,8
Emergencia	31	16,1
Consulta externa	01	0,5
Total	193	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Cuadro N°3:
Distribución de pacientes con Sepsis Severa y Shock Séptico según Servicio de Procedencia. UCI - HADHU. Junio 1993 - Mayo 1998.

Departamento final	N°	%
Cirugía	107	55,4
Medicina	49	25,4
Ginecoobstetricia	31	16,1
Pediatría	6	3,1
Total	193	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Cuadro N°4:
Letalidad General y Específica en UCI - HADHU. Jun93-May98.

VARIABLE	N°/TOTAL	%
Letalidad General de UCI	151/802	18,82
Letalidad del grupo de estudio	56/193	29,02
Letalidad neta *	19/193	9,80
Letalidad médica o no quirúrgica	23/25	41,81
Letalidad postquirúrgica **	33/138	23,91
Letalidad de Sepsis Severa	9/111	8,11
Letalidad de Shock Séptico	47/82	57,30

Fuente: UCI/HADHU

* La Letalidad neta corresponde a los que fallecieron con una estancia en UCI mayor a 48 horas.

** El 100% fueron operados.

Cuadro N°5:
Muerte según Diagnóstico de Ingreso. UCI - HADHU Junio 1993 - Mayo 1998

Diagnóstico de Ingreso	Ingresos		Fallecidos	
	N°	%	N°	%
Sepsis Severa	111	57,51	9	8,11
Shock Séptico	82	42,49	47	57,30
TOTAL	193	100,0	56	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Cuadro N°6:
Promedios en Shock Séptico y Sepsis Severa

	EDAD (a)	APACHE II	TISS	ESTADIA (d)
MEDIA	46,6	21,14	34,78	4,07
DS	22,63	8,95	11,12	3,55

Fuente: UCI/HADHU (a) = años (d) = días

La media del puntaje de APACHE II como de TISS se encuentran en rangos moderadamente altos, evidenciando la gravedad que implican los diagnósticos de sepsis severa y shock séptico.

Cuadro N°7:
Principales Focos infecciosos en Shock Séptico y Sepsis Severa. UCI - HADHU. Junio 1993-Mayo 1998

Foco infeccioso	N°	%	Observaciones
Peritoneal	96	49,7	Perforación intestinal 42 (44%), Apendicitis con peritonitis generalizada 24 (25%), Hígado y vías biliares 22(23%), abscesos residuales 8 (8%).
Pulmonar	80	41,5	14 (18%) neumonías nosocomiales de las que 7 fueron adquiridas en UCI, de éstas en 3 se identificó enterobacter cloacae.
Gineco obstétrico	18	9,3	8 sepsis puerperales, 6 abortos sépticos y 4 pelvipertonitis, todos requirieron cirugía.
Tracto urinario	15	7,8	4 plenamente asociadas a catéter vesical.
Piel	12	6,2	3 fascitis necrotizante, y asociadas 3 de e.u.: infección de herida operatoria, celulitis, escaras.
Otros	7	3,0	Meningitis, Hepatitis viral fulminante, desconocido.

Fuente: UCI/HADHU

* 35 pacientes tuvieron más de un foco infeccioso.

Cuadro N°8:
Foco Infeccioso según Supervivencia y Muerte por Shock Séptico y Sepsis Severa. UCI - HADHU. Junio 1993 - Mayo 1998

FOCO INFECCIOSO	MUERTOS		VIVOS	
	N°	%	N°	%
Peritoneal	28	43,8	68	41,5
Pulmonar	26	40,6	54	32,9
Ginecoobstétrico	1	1,6	17	10,4
Tracto urinario	2	3,1	13	7,9
Piel	6	9,4	6	3,7
Huesos	1	1,6	6	3,7
TOTALES	64	100,0	164	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Cuadro N°9:
Enero Infeccioso y mortalidad nota en el Shock Séptico

Fuente: UCI/HADHU

* Todos fallecidos por Shock Séptico: luego de 48 horas de estadía en UCI

En 4 de los pacientes incorporados en este cuadro se demostró los dos focos, pulmonar y peritoneal, sucesiva o simultáneamente y dos pacientes murieron por fascitis necrotizante.

Cuadro N°10:
Factores asociados por Supervivencia y Muerte en Sepsis severa y Shock séptico

Factores Asociados	Fallecidos		Vivos		Parámetros	
	Nº	%	Nº	%	RP	IC
Anemia	14	25,0	54	39,4	0,51	0,24-1,08
Hipovolemia	8	14,3	20	35,5	0,98	0,37-2,54
Desnutrición	4	7,1	18	13,1	0,51	0,14-1,70
Enf Cardiovasc. previa	2	3,6	19	13,9	0,23	0,04-1,08
Diabetes Mellitus	3	5,4	13	9,5	0,54	0,12-2,15
Enf Respirat. Previa	5	8,9	10	7,3	1,25	0,35-4,23
Neoplasia	3	5,4	8	5,8	0,91	0,18-3,99
Alcoholismo	1	1,8	5	3,6	0,48	0,02-4,38
Cirrosis	4	7,1	7	5,1	1,43	0,33-5,75

Fuente: UCI/HADHU

Nota: 12 pacientes tuvieron otros factores asociados, no contemplados en el presente cuadro, como trauma físico previo, abscesos, escaras.

La enfermedad respiratoria previa como factor asociado, estuvo en el 8,9% entre los que murieron y en el 7,35% entre los que sobrevivieron. Enfermedad Respiratoria Previa y Cirrosis representan un factor de daño en el riesgo de morir por Shock Séptico o Sepsis Severa.

Cuadro N°11:
Mortalidad por estancia en Shock Séptico y Sepsis Severa UCI - HADHU .
Junio 1993 - Mayo 1998

ESTANCIA DÍAS	SHOCK SEPTICO		SEPSIS SEVERA	
	Vivos	Muertos	Vivos	Muertos
< 1	0	17	0	2
1 - 2	7	14	32	4
3 - 7	21	13	57	3
8 - 12	6	1	9	0
13 - 17	1	2	2	0
18 - 22	0	0	2	0
TOTAL	35	47	102	9

Fuente: UCI/HADHU

La estancia prolongada, más de 7 días no representa, al parecer, un factor de muerte. La mayoría murió antes de las 49 horas de estancia en UCI

Cuadro N°12:
Edad y muerte en Shock Séptico y Sepsis Severa

RANGO	SHOCK SEPTICO				SEPSIS SEVERA			
	Vivos		Muertos		Vivos		Muertos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-4	0	0	0	0	1	1,0	0	0
5-14	0	0	2	4,3	6	5,0	1	10,0
15-44	18	51,4	17	36,2	55	53,9	1	10,0
45-65	5	14,3	16	34,0	15	14,7	4	40,0
66-80	11	31,4	9	19,1	17	16,7	1	10,0
>=81	1	2,9	3	6,4	8	7,8	2	20,0
TOTAL	35	100,0	47	100,0	102	100,0	9	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Cuadro N°13:
Muerte por edad y sexo en el Shock Séptico. UCI - HADHU . Junio 1993 -
Mayo 1998

EDAD	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-4	0	0	0	0	0	0
5-14	1	3,3	2	7,7	3	5,4
15-44	7	23,3	11	42,3	18	32,1
45-64	10	33,3	5	19,2	15	26,8
65-80	10	33,3	5	19,2	15	26,8
>=81	2	6,7	3	11,5	5	8,9
TOTAL	30	100,0	26	100,0	56	100,0

Fuente: UCI/HADHU

Cuadro N°14:
Insuficiencia de órganos más frecuentes en Shock Séptico y Sepsis Severa.
UCI - HADHU . Junio 1993 - Mayo 1998

ORGANO O SISTEMA INSUFICIENTE	NUMERO TOTAL	%
Respiratorio	75/193	38,9
Renal	47/193	24,4
Tracto intestinal	35/193	18,1
Hígado	30/193	15,5
Cardiovascular	21/193	10,9
Neurológico	12/193	6,2
Hematológico	12/193	6,2

Fuente: UCI/HADHU

* 70 pacientes (36,26%) tuvieron más de un órgano o sistema insuficiente.

Cuadro N°15:
Número de órganos disfuncionantes según supervivencia y mortalidad en
Shock Séptico y Sepsis Severa. UCI - HADHU . Junio1993 -Mayo 1998

Nº Órganos	SHOCK SEPTICO		SEPSIS SEVERA	
	Vivos	Muertos	Vivos	Muertos
0	16	*1	47	0
1	12	10	35	2
2	6	17	15	5
3	1	14	5	1
>=4	0	5	0	1
TOTAL	35	47	102	9

Fuente: UCI/HADHU

*Paciente fallecida a las 2 h. del ingreso

Por definición 70 pacientes entre vivos y muertos, con diagnóstico de ingreso de sepsis severa o shock séptico, tuvieron síndrome de falla multiorgánica, el que predominó evidentemente entre los que habiendo tenido desde su ingreso el diagnóstico de shock séptico, fallecieron.

DISCUSION

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidades de Terapia Intensiva (UTI), por conceptualización y por criterios de ingreso conocidos y aceptados por la generalidad de servicios de este tipo, se admiten pacientes que se encuentran en estado crítico, vale decir que tienen grave alteración o falla de funcionamiento de uno o más de los grandes aparatos o sistemas, lo que implica grave riesgo de morir, pero además deben tener el requisito de ser recuperables, esto de difícil determinación en las primeras horas de tratamiento y decisiones, dado que las pruebas predictivas no contemplan el factor individual, solo indican riesgos o probabilidades, por lo que han evidenciado con el transcurrir de la evolución del cuadro, errores de cálculo para un paciente determinado.

Nuestra UCI, inicia su funcionamiento en Junio de 1993, inicialmente con dos camas, desde 1996 con 3 camas y desde 1997 a la actualidad con 4 camas. Es una UCI de tipo general o polivalente, a la que ingresan pacientes críticos de todos los servicios del Hospital Hipólito Unanue, que es el único del Ministerio de Salud y es un hospital de referencia de los Departamentos de Tacna y Moquegua, aunque hemos recibido pacientes derivados de Puno y excepcionalmente de Arequipa.

Los 82 pacientes de nuestro estudio, con diagnóstico de Shock Séptico, en relación al total de ingresos (802) en el periodo estudiado, constituyó el 10,2% de la totalidad de ingresos en el periodo de estudio. Alarcón y col. encontraron similar proporción en un estudio de una realidad bastante próxima a la nuestra (13). De los pacientes admitidos con los diagnósticos de Sepsis Severa y Shock Séptico, el 57% fueron por Sepsis Severa y 42,5% con Shock Séptico, con ligero predominio de los primeros, no habiendo diferencia por sexos en la muestra general.

Los hombres en un 89% se agruparon de forma dispersa entre los 15 a 80 años, en tanto que el 57% de las mujeres se encontraba en la etapa reproductiva, no pudiéndose asumir una influencia de la patología ginecoobstétrica, puesto que solo fueron 6 casos entre las 95 pacientes mujeres.

Los diferentes índices de letalidad (Cuadro 04), revelan la diferencia de la mortalidad general de la UCI, la del estudio, y sobretodo la del Shock Séptico, al igual que como lo estiman diversos autores para diferentes realidades (12, 13, 14, 15), a pesar de la mayor complejidad del servicio, de los avances tecnológicos y de la agresividad antibiótica empleada. También podríamos inferir por la diferencia entre la letalidad bruta (29,2%) y la neta (9,8%), que nuestros pacientes vienen en su mayoría en etapa tardía del shock séptico o que las medidas de soporte hemodinámico no han sido efectivas. Shøemaker publica que no existe certeza de la efectividad antibiótica en las primeras 48 horas (1). La mortalidad postquirúrgica es casi la mitad de la mortalidad médica, evidente diferencia mas si consideramos que

la mitad de nuestros pacientes provienen del departamento de cirugía y un tercio del departamento de medicina.

De los 36 pacientes fallecidos, 52 murieron en UCI y 4 egresaron en calidad definida de irreversibles y murieron en su servicio de origen pero incluidos dentro del estudio para los efectos del caso. La mortalidad específica por Sepsis grave y Shock Séptico fue de 29% (36 pacientes), de ellos fueron 30 hombres (57,7%) y 26 mujeres (42,3%), con predominio del sexo masculino en el grupo etáreo de los 66 a 80 años en comparación a las mujeres, por el deterioro fisiológico de los diversos órganos y sistemas por envejecimiento.

La edad promedio (Cuadro 6), es de 46,6 años y la estadía media de 4 días. El Apache II medio es 21,14 y el TISS medio es de 34,78. Estos dos últimos valores revelan la severidad de los cuadros clínicos y la complejidad de las intervenciones terapéuticas a las que fueron sometidos consecuentemente, semejante a lo reportado en otros estudios (11, 12, 13, 14).

Podemos comentar que el principal foco infeccioso lo constituyó el peritoneal (49,7%), debido fundamentalmente a perforaciones Intestinales, producto de trauma abdominal abierto y cerrado y de perforaciones colónicas por vólvulos de sigmoides complicados, de relativa frecuencia en nuestro hospital que tiene como primera causa de morbilidad general a los traumatismos y envenenamientos; y por otro lado, para el caso de los vólvulos de sigmoides, la influencia de la inmigración importante a Tacna desde Puno, donde se ha encontrado prevalencia significativa de vólvulo de sigmoides asociado a la dieta de zona altoandina. También es importante señalar que el 25% de las peritonitis generalizadas se deben a apendicitis complicadas y con porcentajes similar también se encuentra la patología infecciosa de vesícula, vías biliares e hígado. Los resultados fueron diferentes a los publicados por otros estudios (12, 15).

En segundo lugar tenemos al foco pulmonar, en el que hacen presencia en un 18% las neumonías nosocomiales de las cuales la mitad fueron adquiridas en la UCI asociadas a ventilación mecánica mayor de 48 horas; esta proporción es relativa puesto que el estudio no es específico para neumonía nosocomial. Bajo este mismo criterio tenemos que considerar el hallazgo de los 3 casos en los que se identificó *Enterobacter cloacae*, ya que en nuestro hospital por limitaciones económicas de los pacientes y las propias laboratoriales, generalmente no se realiza el estudio bacteriológico necesario, y son la agudeza y gravedad del cuadro del paciente de UCI las que facilitan la admisión de las muestras sin prepago a laboratorio. La *Pseudomona aeruginosa* también ha sido detectada como causante de neumonía nosocomial y como microorganismo colonizador de pacientes generalmente sometidos a ventilación mecánica, como es observado habitualmente en las UCI o UTI.

De la patología ginecoobstétrica existe claro predominio de la patología infecciosa asociada a la gestación y puerperio, (sepsis puerperal y abortos provocados), de las cuales sobrevivieron el 100%, dado que desde el inicio se adoptó una conducta radical de histerectomía; comparativamente en nuestra muestra UCI.

Relacionando el foco infeccioso con la condición de egreso, vivo o muerto (Cuadro 8) vemos que en ambas condiciones predominan las fuentes de infección peritoneal y respiratoria; en condición fallecido, la proporción del foco peritoneal es mayor. El tener más de un foco infeccioso estuvo directamente relacionado a la condición de muerte. Sin embargo, apreciamos que el foco pulmonar o respiratorio (Cuadro 9) se encuentra en el 69,4% de los fallecidos después de las 48 horas de estancia en UCI, y el foco peritoneal se convierte en el segundo en frecuencia relativa. Cabe destacar que en 8/12 de los pacientes que tuvieron más de 1 foco infeccioso y que ingresaron para el cálculo de la mortalidad neta, tuvieron simultáneamente a los focos peritoneal y pulmonar. Con lo que podemos sospechar que el paciente con Shock séptico y foco respiratorio infeccioso y peritoneal tiene mas riesgo de morir que los que tienen otros focos infecciosos. Martínez de la Concha estudia con mas rigor estos aspectos y resalta el papel del proceso infeccioso pulmonar (16).

Entre los factores asociados a la Sepsis Severa y Shock Séptico, sea como predisponentes o precipitantes, encontramos en primer lugar a la anemia seguida de la hipovolemia, enfermedad respiratoria previa y la cirrosis, que representan un mayor riesgo de muerte (rp: 1,25 IC: 0,35-4,23 y rp: 1,43 IC: 0,35-5,75).

En el cuadro Nº11 podemos apreciar que el 88% (170/193) de los pacientes tuvieron una estancia igual o menor a 7 días. Tuvieron una estancia de 1 a 7 días, el 87% (89/102) de los pacientes con Sepsis Severa que sobrevivieron, el 80% (28/35) de los pacientes con Shock Séptico que sobrevivieron y el 57% (27/47) de los que ingresando con el diagnóstico de Shock séptico murieron. De los pacientes con Shock Séptico fallecidos, el 66% (31/47) estuvo en UCI menos de 2 días (36% - 17/47- estuvieron < 1 día) y probablemente ellos no tuvieron tiempo para recibir los beneficios del tratamiento (1).

En cuanto a muerte por grupos etáreos (Cuadro 12), vemos que el 70% (33/47) de Shock Sépticos que murieron se encontraban entre 15 a 65 años, en tanto que el grupo de Sepsis Severa tenía el 44,4% (4/9) de sus fallecidos entre los 45 a 65

años, pudiendo rescatar la relativa menor edad de los que murieron con Shock Séptico, en base a los 17 (36%) pacientes que se encontraban entre los 15 a 44 años, confirmando la mayor severidad del cuadro de Shock séptico.

En el Cuadro Nº14 podemos apreciar que los sistemas más frecuentemente hallados insuficientes (63%) fueron el renal y el respiratorio, que contribuyeron en gran parte a la letalidad general y al alto puntaje para el Apache II y el TISS; Serrano y col. hallaron asociaciones semejantes (17).

Por definición se determina Disfunción multiorgánica o Falla Multiorgánica, si existen falla o insuficiencia de dos o más órganos o sistemas, de allí que podemos concluir que el 36% (70/193) de los pacientes cursaron con dicho diagnóstico, el que evidentemente fue mas frecuente en los fallecidos por Shock Séptico (Cuadro 15).

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se ha determinado que el Shock Séptico y la Sepsis Severa constituyen una importante causa de admisión a UCI.
2. Que el índice de mortalidad del Shock séptico es elevado, del orden del 57,30%.
3. Los pacientes de la segunda y tercera edad son los más afectados y con mayor riesgo de morir.
4. Se ha determinado que los focos infecciosos más importantes son el peritoneal y pulmonar.
5. Los factores asociados con mas frecuencia a esta patología son la anemia hipovolemia, desnutrición y estados que condicionan depresión inmunológica.
6. El índice mortalidad postquirúrgica es de 23,91%, inferior a la médica o no postquirúrgica que es de 41,81%.
7. El foco infeccioso pulmonar, el la UCI de nuestro hospital se asocia a un mayor riesgo de morir, en comparación al foco infeccioso peritoneal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shoemaker William C, MD. Tratado de Medicina Critica y Terapia Intensiva. 2nded., 1992 1087.
2. Risuke Karima, Shigaru Matsumoto, Hidemitsu Higashi y Kouji Matsushima. The molecular pathogenesis of andotoxic shock and organ failure. Molecular Medicine Today, march 1999.
3. Martínez K, y Perez Arancón JL. Síndrome de disfunción multiorgánica secundaria a sepsis y citoquinas. Med Inten 1998, 22 (6) 259-267.
4. Philip D. Lumb, Christopher W Bryan-Brown. Complicaciones en cuidados criticos, pag 84-106.
5. Tintinalli J, Ruiz E. Medicina de Urgencias 4ta Ed. Mc Graw Hill Interamericana 1997, 245 - 256.
6. Urden Linda D., Lough Mary E., Stacy Katherine. Cuidados Intensivos de enfermería. Harcourt Brace de España 2da ed 1998 (versión original 1996 de Priorities in Critical Care Nursing) 466-481.
7. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP y col. Prognosis in acute organ-system failure. Ann Surg 1985, 202-685.
8. Merino Paul L. Medicina critica y terapia intensiva. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, pag185-196, 654-656.
9. Canzós Fernandez, Miguel y col. Infeccion en Cirugia. Comité Nacional de Infeccion quirúrgica. Asociación española de Cirujanos. Mosby/Doyma Libros 1994, pag 211-226.
10. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs MA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system. A method for quantitative comparison of patient care. Critic Care Med. 1974;2:57-60.
11. Parsons Polly E., MD, Wiener-Kronish Jeanine P., MD. Critical Care Secrets. Mosby Year book, 1992 166-169.
12. Graos Polanco, Mabel y col. Mortalidad en shock séptico y Score Apache II en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Maria Auxiliadora. Lima. Libro de Resúmenes del 3er Congreso Internacional de Medicina Intensiva 1995, Nº12.
13. Alarcon, Fabricio y col. Experiencia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, vol7, Nº2, 1994, pag 59-65.
14. Manrique Garcia, Percy. Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Años 1990-1991. Tesis de Bachiller.
15. Yumpo Castañeda, D y col. Morbimortalidad en la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo Peru. Libro de Resúmenes del 3er Congreso Internacional de Medicina Intensiva 1995, Nº11.
16. Martínez de la Concha, D y col. Infección nosocomial en una Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital de tercer nivel. Medicina Intensiva, vol 21 Nº3, mar 1997, pag 103-108.
17. Serrano Hernández, N, y col. Aplicación del estado fisiológico agudo del APACHE III y la puntuación de intervención terapéutica TISS en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva, vol 22, Nº6, jul-1998, pag278.

Percepciones Masculinas de las Necesidades y Servicios de Planificación Familiar en el Distrito Alto de la Alianza de Mayo-Setiembre del 2000

Lic. Obst. Carmen Julia Carpio Becerra⁽¹⁾

Lic. Obst. Sandra Chavez Guzman⁽²⁾

Lic. Obst. Rosario Basurco Chambilla⁽²⁾

Lic. Obst. Marina Choquepuma Ticona⁽²⁾

RESUMEN

Se condujeron ocho grupos focales con hombres que viven en el Distrito Alto de la Alianza, jurisdicción del Puesto de Salud "Juan Velasco Alvarado", de nivel socio económico C, cuya edad estaba en el rango de 25- 38 años de edad, con una pareja estable y no deseaban tener hijos en los siguientes dos años. Hallándose que los hombres no asisten a los servicios de planificación familiar porque sienten que el sistema los excluye, en la medida que perciben a dichos servicios diseñados pensando solamente en mujeres. Consideran que el tema general de la Salud es competencia y responsabilidad de las mujeres y que los establecimientos de salud simbolizan un espacio para la población débil y vulnerable. Además, el hecho de que sean mujeres quienes den la información de salud, les genera miedo y vergüenza. La interferencia con el horario de trabajo, el no ser convocados directamente sino a través de sus cónyuges y el temor a ser vasectomizados involuntariamente son restricciones adicionales.

La prevención de las enfermedades de transmisión sexual no es asumida. Se propone una lista de características que deberían reunir los servicios y los proveedores de Salud que brindan información, para motivar a los hombres.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales estrategias propuestas para incrementar la participación del hombre en la planificación familiar, la de atraerlo a los servicios, no ha tenido mucho éxito. En las clínicas norteamericanas de planificación familiar subsidiadas por el gobierno, sólo 6% del total de personas atendidas son varones (Schulte y Sonenstein, 1995). En el Perú, la clínica Patres de INPPARES registra en la actualidad aproximadamente 4 % de hombres (Velásquez y cols. 1998). En los establecimientos de salud del Ministerio de Salud la figura no es muy diferente (Parrá, 1998). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1997) introdujo por primera vez un módulo para hombres en 1996, pero ni siquiera preguntó por el uso de los servicios.

Encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud indican que por lo menos un tercio de los hombres consideran que la planificación familiar debe ser una decisión conjunta. Los otros dos tercios consideran que el hombre debe tomar la decisión.

Además, hay informes recientes que señalan que si bien las actitudes masculinas son más positivas de lo que se creía originalmente, todavía existen obstáculos significativos. (Green, 1997).

En Colombia Pro Familia y en Brasil Pro-Pater organizaciones privadas para la planificación familiar han creado una estrategia diferente para la prestación de los servicios, la creación de clínicas masculinas, desafiando las concepciones tradicionales respecto a los hombres (Network - 1985).

En la ciudad de Tacna, el número de consejerías que se les da a las mujeres, triplica el número de consejerías que reciben

los varones y sólo el 6.57 % de los varones solicitan consejería en métodos quirúrgicos.

El objetivo de este estudio fue investigar la conceptualización masculina respecto de los servicios de salud en general en la jurisdicción del Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado, Distrito Alto de la Alianza, las percepciones de los hombres en relación con la planificación familiar, estudiar sus actitudes frente a las enfermedades de transmisión sexual y encontrar formas alternativas de involucrar al varón en el uso de métodos anticonceptivos y/o que apoye a su pareja para que continúe usando algún método.

METODOLOGIA

Se usó la técnica de grupos focales, que consiste en la realización de una aparente conversación informal entre un moderador y un pequeño grupo de personas (ocho en promedio), pero que en realidad responde al seguimiento de una serie de temas contenidos en una guía que conducen a la obtención de la información requerida para cubrir los objetivos del estudio.

Entre el 3 y 21 de Agosto del presente año se organizaron ocho grupos focales en la Jurisdicción del Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado del Distrito Alto de la Alianza. Se formaron dos grupos en la Asociación Intiorko, dos grupos en la Asociación San Juan de Dios, dos grupos en la Asociación San Pedro y San Pablo y dos grupos en la Asociación Juan Velasco Alvarado. Los principales requisitos fueron que los hombres tuvieran una relación de convivencia de un año como mínimo y que no desearan tener hijos en los próximos dos años. También se consideró indispensable que ningún participante tuviera relación familiar con el personal del sector salud para evitar que pudieran estar en

(1) Coordinadora de la Unidad de Investigación e Informática del Departamento de Gineco-Obstetricia. (2) Obsteriz de la Red de Salud de Tacna. (3) Obstetrices Asistenciales del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Colaboradores: Enrique Godínez Salinas, Carlos Rodríguez Meneses, Pedro Quispe Jaliri.

relativa ventaja en cuanto a la información y acceso a los servicios del sector. El equipo de Investigación estuvo conformado por Obstetrices y tres hombres trabajadores de Salud, los mismos que fueron entrenados para la conducción de grupos focales.

Los grupos en su mayoría fueron homogéneos en estatus económico y edad. Las edades de los sujetos estudiados se concentraron en el rango de 25 - 38 años.

Las sesiones fueron audiograbadas para su posterior análisis y la elaboración del informe.

RESULTADOS

Los hallazgos del estudio serán presentados en secciones organizadas en función de temas específicos.

División de roles desde la perspectiva masculina

Aunque la presente investigación no tuvo entre sus objetivos analizar este tema, la riqueza de la información obtenida en las dinámicas grupales permitió encontrar un esquema que guiaba el comportamiento de los hombres del Distrito Alto de la Alianza, frente al tema general de la salud.

Dicho esquema contempla una tajante división entre los roles que debían ser cumplidos por hombres y por mujeres. Según los participantes, los hombres cumplen una función proveedora que los lleva a centrarse en el trabajo como su actividad principal y casi exclusiva, mientras que las mujeres desempeñan una función de vigilancia del desenvolvimiento de la familia, que incluye la educación, la alimentación y el cuidado de la salud. Esta división de funciones sirve para que los hombres deslinden responsabilidades y se auto-excluyan de la necesidad de velar por la salud de su familia, asumiendo que la mujer debía hacerlo de manera natural. El siguiente testimonio extraído de una de las dinámicas ilustra el hallazgo reportado :

"La mujer tiene más tiempo que el hombre "..... "Ella tiene que encargarse de los hijos mientras el hombre trabaja" "cuando los chicos se ponen mal , ellas los llevan al hospital, sino hay que trabajar mañana, ya se le acompaña "

Lo anterior indica que el trabajo como actividad apareció como el gran pretexto de los hombres para liberarse de la responsabilidad frente al tema de la salud en general.

Desde la perspectiva masculina, las mujeres necesitaban de un sistema de servicios que les permitiera cumplir con su función de cuidadora; por consiguiente, percibieron que los servicios de salud en general habían sido creados pensando en ellas. De esta manera, los servicios adquirieron una identidad femenina; es decir para los participantes, los establecimientos de salud y las características de los servicios que allí se prestaban era cosa de mujeres, reforzando con ello su propio alejamiento.

Percepción masculina del público objetivo de los servicios de salud.

Cuando se les preguntó acerca de las personas que asistían con mayor frecuencia a los establecimientos de salud en busca de algún servicio, los hombres sostuvieron que la mayoría eran mujeres embarazadas, madres con sus recién nacidos, niños que eran llevados por sus madres, ancianos que requerían de asistencia médica dada su avanzada edad.

La primera mirada a la población descrita evidenció que los hombres no se incluían como parte del público objetivo de los servicios de salud, es decir, no sentían que estuvieran también dirigidos a ellos. La razón estriba en que caracterizaron a todas las personas que asistían frecuentemente como vulnerables y débiles en diversa medida, mientras que se percibían a sí mismo como fuertes y resistentes a cualquier dolencia, y que podían manejar voluntariamente las afecciones con mayores recursos naturales que las mujeres, niños, ancianos, etc.

En consecuencia, los participantes de sexo masculino visualizaron los servicios de salud como creados para atender a las personas débiles y vulnerables, tal como lo ilustran las siguientes referencias:

"...La mujer es la más débil..."el hombre está mejor enterado sobre educación sexual, la mujer no "

... "los hombres que están enamorados son los que más acuden. "

Nótese en la última frase: que un hombre acuda a los servicios, sólo cuando tiene una relación temporal con su pareja y trata de mantener el control de la misma, más no porque adolezca de alguna enfermedad.

Solamente se aceptó que un hombre pudiera buscar un servicio de salud cuando la situación fuera realmente inmanejable para él, o que en todo caso hubiera superado los límites de resistencia que le confiere su propio sexo, como podría ser una herida, un accidente o algún dolor que le impidiera trabajar, situaciones todas que bien podrían ser calificadas de fortuitas y que escaparían a la propia naturaleza masculina.

Razones de inasistencia masculina a los servicios de salud en general.

En primera instancia, el hombre que vive en la jurisdicción del Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado , Distrito Alto de la Alianza, utilizó el trabajo como pretexto para justificar su inasistencia a los servicios mencionados, para evitar que interfiriera con el horario que desempeña sus actividades laborales. Incluso arguyó que yendo a un establecimiento de salud tendría que verse obligado a solicitar un permiso que cada día era más difícil de obtener, o de aceptar la pérdida de dinero en caso de trabajar independientemente.

Cuando los hombres tuvieron que relacionar su asistencia a los establecimientos con su familia (dada su autoexclusión como usuarios frecuentes de los servicios), concluyeron que ello conllevaría a incumplir con las responsabilidades propias de su función proveedora, para asumir obligaciones correspondientes a su cónyuge.

Sin embargo, se encontró que los hombres investigados trataban de evitar comprometer su autoimagen de fortaleza al tener que aceptar que podían necesitar los servicios de salud en general por cualquier afección que no fuera grave desde su punto de vista, es decir, que no les impidiera trabajar. Resulta incuestionable la existencia de condicionamientos culturales y sociales para que el hombre oculte su sensibilidad y ofrezca a su grupo social la imagen que supone se espere de él. El comportamiento de los participantes respondió a dichas presiones, pero dejando entrever ciertas actitudes que iban en otra dirección.

Los servicios de salud generan ciertos sentimientos en la

población masculina que la alejan, como por ejemplo la desconfianza, la vergüenza y el temor. Desconfían, de encontrar en el establecimiento (puesto y/o centro) tanto al personal calificado para atenderlos como los insumos que se requerirían para cumplir con la labor médica. Perciben a un establecimiento como "Bueno o Muy Bueno", cuando el mismo es grande en infraestructura y está más céntrico y equipado. Por otro lado, la percepción del estilo de relación vertical que plantea el personal de salud con los hombres lleva a éstos a anticipar que serán reprendidos vergonzosamente por haber dejado pasar el tiempo y permitir que su dolencia o afección se acentúe. Y, finalmente, los atemoriza que les diagnostiquen una enfermedad grave a partir de lo que ellos creían era una dolencia sin importancia, lo cual los haría formar parte de la población débil y vulnerable con la que no se identifican. De esta manera, socialmente es más simple para los hombres escudarse detrás del trabajo que reconocer que son susceptibles de experimentar sentimientos que nada tienen que ver con su pretendida fortaleza.

Actitud del hombre frente a los servicios de salud en general.

Se detectaron tres clases de actitudes: de rechazo, de indiferencia y de aceptación. La primera caracterizó a la mayoría de los participantes por las razones anteriormente explicadas. La indiferencia debe ser entendida como la actitud de aquellos hombres (proporcionalmente menores que los rechazadores) a los que les da lo mismo asistir o dejar de hacerlo: en todo caso, no se esmerarán por usar los servicios de salud.

Por último, hubo casos aislados que manifestaron su aceptación por usar los servicios de salud en general, bajo el supuesto de la conveniencia de evitar que las dolencias se agraven, y en otro caso hubo un grupo que manifestó que el personal de Salud no tomaba en cuenta su participación y sólo se avocaban a las mujeres

.... "Cuando vienen las Srtas del Centro de Salud sólo preguntan por mi esposa, acaso yo no le puedo dar también la información "

Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y su actitud frente a ellos.

Si bien es cierto la mayoría de participantes tenían noción de la existencia de los métodos anticonceptivos, muchos de ellos desconocían la función que éstos cumplían, es más aseveraban falsas complicaciones de los métodos anticonceptivos e inclusive ofrecían testimonios acerca de usuarias.

Presentaron una actitud de rechazo hacia los métodos de anticoncepción quirúrgica voluntaria y al dispositivo intrauterino, tal como lo ilustra el siguiente párrafo.

.... La T de Cobre, no es muy recomendable porque puede producir cáncer.

... " En Chile se presentaron dos casos de muerte por uso de la T de Cobre "

... "La T de Cobre, repela al espermatozoide del varón "

"La vasectomía debilita al varón" "cambia el gusto "....

"Ya no es como hombre " y " las mujeres se buscan a otro "

"La ligadura de trompas es muy malo, **ESTA COMPROBADO** que la mujer se va acabando poco a poco "

Conciencia de riesgo en las relaciones extramaritales

En los ocho grupos focales conformados con hombres de diversas edades, se encontró de manera consistente la presencia de la noción de riesgo al tener relaciones sexuales con una compañera casual. El riesgo al que estarían expuestos los hombres en primer término sería el de contraer el SIDA, y las demás enfermedades venéreas en segundo lugar. El hecho de ser mortal la hizo aparecer como la más peligrosa, en comparación con las demás conocidas (sífilis, chancro, gonorrea, etc) porque de una u otra manera eran curables.

Sin embargo, llama la atención que el riesgo de contraer las ETS fue evaluado en función de las consecuencias de la enfermedad y no de la exposición al riesgo mismo. Es decir, el fenómeno del contagio fue evaluado por el después y no por el antes, que es lo que en realidad correspondería, ya que si se habla del riesgo, se hace referencia a los hechos precedentes que pueden terminar en el contagio. Si los hombres entendieran que su perspectiva estaba equivocada, concluirían que independientemente de las consecuencias, el riesgo de contraer el SIDA u otra ETS es el mismo si se desconoce la historia sexual de la compañera casual y/o no se toman las precauciones respectivas.

El problema subyacente es que los hombres de los estratos estudiados en Tacna evidenciaron sentir la presión social de demostrar permanentemente una hombría que supone aprovechar todas las oportunidades de tener relaciones sexuales extramaritales, al grado de justificarse argumentando que la naturaleza del hombre era prácticamente incontrolable o, en algunos casos escudándose de que era un hecho sólo de una población como lo demuestran las siguientes expresiones :

" Los hombres están más expuestos , " " Eso sólo les pase a los hombres que están con cualquier mujer "

"..... Generalmente los choferes tienen mujeres como cancha "

Medidas preventivas frente a las ETS

Frente al riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, los hombres coincidieron en que la única forma de evitarlo era usando el condón; no obstante, se aceptó que éste no era usado en todas las ocasiones. Una explicación sería que al asumir que las relaciones extramaritales son inesperadas, es decir, no buscadas, la posibilidad percibida de estar prevenido con un preservativo es muy pequeña, entonces los hombres investigados podrían concluir que resultará difícil conjugar los dos elementos: el deseo de tener relaciones con una compañera desconocida y el autocontrol para darse el tiempo de protegerse.

Por otro lado, existen quienes dudaron de la efectividad del condón para proteger al hombre; sin embargo, ese cuestionamiento podría ser una puerta de escape psicológico para justificar por qué no se usa ese método.

Comportamiento del hombre en riesgo de ETS frente a su pareja estable

Una vez que un hombre ha sostenido relaciones extramaritales con una compañera casual, de quien conoce poco o nada acerca de su historia sexual, con el agravante de no haber usado un preservativo, experimentará un sentimiento de haberse colocado en situación de riesgo al haber hecho algo que no debía.

Sin embargo, tratará de hacer todo lo posible porque su pareja estable (esposa o compañera) no descubra su infidelidad. Así, procederá a sostener relaciones sexuales con su cónyuge de la manera en que habitualmente lo hace, con el propósito de que ella no detecte ninguna variación producto del riesgo supuesto. Las siguientes expresiones sustentan lo anterior:

"..... estás con cargo de conciencia porque uno está pensando en eso... pero te reivindicas "... ".... caballero no más ", le cumple "

Esa reivindicación y ese cumplimento definen una actitud encubridora y a la vez consistente con aquello de que la naturaleza masculina es incontrolable. Lo peligroso de esa situación es que teniendo un grado variable de conciencia del riesgo al que se ha expuesto ese hombre, y de la posibilidad de continuar la cadena de contagio con su cónyuge, él callará para no comprometer su situación en el hogar.

Causas del ausentismo masculino en los servicios de planificación familiar

Las condiciones en la práctica que propicien que los hombres de la Jurisdicción del Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado Distrito Alto de la Alianza no se aproximen a los servicios de planificación familiar son:

- La identidad femenina de la planificación familiar es sin duda una de las principales razones del desentendimiento masculino, porque se inserta en el esquema de identidad de género del tema de la salud en general y de sus servicios respectivos.
- La menor posibilidad de acceso a la información pertinente fue indirectamente mencionada en las dinámicas grupales, asumiendo que la información de planificación familiar se les proporciona a las mujeres sin que ellas la busquen. Es decir, que bastaría con que ellas se encuentren en algún establecimiento de salud por cualquier razón para que el personal del sector les ofrezca una charla orientadora.

"Siempre las orientan a las mujeres " a los hombres generalmente no les preguntan "

... "En ningún momento nos mandan a llamarsolamente a ella "

- La interferencia con el horario de trabajo constituyó para los participantes en el estudio la confirmación de que no eran tomados en cuenta al momento de diseñar los servicios. Con la misma dificultad con que vieron dejar de trabajar para acudir a un servicio de salud en general, vieron el tener que asistir al servicio de planificación familiar a costa de dejar de ganar dinero o exponerse a un descuento por día no laborado.
- La nula identificación con el proveedor de la información por sexo fue una condición de gran relevancia para explicar el ausentismo. Según los hombres, la orientación en planificación familiar es ofrecida por personal femenino, lo cual genera en ellos temor e inhibición por el hecho de tener que hablar de un tema ligado a su intimidad con una mujer, en caso de tratarse de una situación cara a cara, o en medio de un grupo de mujeres si fuera el caso de una charla. Los siguientes testimonios ilustran esto:

"... da vergüenza bajarse el pantalón delante de una enfermera " ... " mejor va mi señora, porque a ella no le van a preguntar... " " es más confidencial con ellas "

"... las charlas las dan las mujeres más que todo y da vergüenza decir cuántas veces lo haces ... "

- La ubicación del servicio de planificación familiar en el interior del establecimiento de salud resulta determinante para la comprensión del comportamiento de los hombres de la Jurisdicción del Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado Distrito Alto de la Alianza del nivel C. La presente investigación demostró que el establecimiento de salud simboliza para el hombre un espacio al que acude una población débil y vulnerable con la que no desea ser identificado. En consecuencia, si el servicio de planificación familiar está ubicado en el interior del espacio que rechaza inconscientemente, ese mismo hombre lo ignorará aún en caso de necesitarlo, porque no estará dispuesto a pasar entre niños, mujeres, ancianos y enfermos, para llegar hasta un consultorio donde será atendido por una mujer.
- La inexistencia de una convocatoria directa a los hombres crea en los maridos convocados por sus cónyuges la idea de que eran ellas las que realmente trataban de llevarlos hasta el servicio de planificación familiar, argumentando que el personal de salud los había mandado llamar.
- En aquellos casos en los que aceptó ir, la experiencia resultó negativa porque la asistencia fue mayoritariamente femenina, generando en los pocos hombres asistentes vergüenza por hablar de temas sexuales ante varias mujeres y temor de no saber contestar alguna pregunta que pudiera plantearles la expositora. Por tal motivo, las subsiguientes convocatorias indirectas eran rechazadas, instando a las mujeres a asistir para explicarles posteriormente el contenido de la charla.
- Finalmente, el temor a ser sometido involuntariamente a una vasectomía podría ser considerado como un comportamiento extremo, pero que sin embargo justifica la ausencia de un sector de hombres que temen a ser sometidos a un método quirúrgico sobre el cual tienen una serie de creencias equivocadas. En la práctica, hubo quienes creían que con el pretexto de una charla orientadora podrían ser convencidos de aceptar una vasectomía en la que nunca pensaron.
- Aún cuando se les repartió los respectivos refrigerios dudaron en comerlos porque pensaban que se les había colocado alguna sustancia para esterilizarlos.

DISCUSION

¿Qué conclusiones prácticas es posible extraer de los hallazgos de la investigación cualitativa que aquí se reporta? ¿Qué se podría hacer con los hombres que viven en la jurisdicción del Puesto de Salud "Juan Velasco Alvarado " distrito del Alto de la Alianza con el propósito de crear las condiciones que favorezcan su aproximación a un tema que hasta ahora había tenido una clara identificación femenina según la perspectiva de los participantes.

A continuación proponemos un modelo de intervención que supone el desarrollo de dos etapas consecutivas.

PRIMERA ETAPA

La primera etapa tendría como objetivo darle identidad masculina a la planificación familiar para lograr la sensibilización de los hombres frente al tema; con tal propósito, se sugieren las siguientes acciones:

Crear un servicio de planificación familiar exclusivamente masculino, lo que no supone la duplicación de los establecimientos de salud existentes por el alto costo que ello supondría. En lo fundamental, convendría que los hombres percibieran que se ha creado un espacio pensando en ellos, para que se sientan que pueden acudir al servicio, anticipando la satisfacción derivada de su uso.

Sacar al servicio de planificación familiar fuera del ámbito de "la población débil y vulnerable", para que los hombres no sientan que están comprometiendo su imagen de fortaleza frente a su grupo social. De esta manera sabrían que todos sus congéneres que acuden al servicio bajo el nuevo planteamiento irían en busca del mismo objetivo, y no se verían obligados a estar entre personas cuyas capacidades están menoscabadas según su forma de pensar.

Recurrir a ambientes con identificación masculina o neutra pero no femenina. Esto significa que podrían considerarse locales comunales en los que funcionen los servicios de planificación familiar para hombres, pero descartando los Clubes de Madres, los Clubes de Vaso de Leche y los Comedores Populares, porque ellos tienen una identificación igualmente femenina. En realidad parece poco probable encontrar ambientes con identificación masculina, de manera que alguno neutral aparece como una buena alternativa, por ejemplo locales municipales (existentes en la zona).

Considerar el modelo de las Unidades de Rehidratación Oral Comunales (UROC), que funcionan en la casa de algún miembro de la comunidad que manifiesta su voluntad de colaborar con los programas del sector salud, pero sin interferir con el funcionamiento de la vivienda y de la familia que allí habita, tratando en lo posible de beneficiar al miembro voluntario con un paquete de atención en Salud. Trasladando el modelo UROC al Modelo de Llegada a los Hombres aquí propuesto, podría considerarse la realización de las reuniones de planificación familiar en la casa de algún vecino voluntario.

Crear la noción de Club de Hombres, entendida como la formación de una institución social (en el sentido amplio del término) que pueda albergar a todo aquel individuo del sexo masculino que desee compartir inquietudes con sus semejantes respecto de la planificación familiar y salud reproductiva. Si se le agrega a la noción del club la ubicación del servicio fuera de los establecimientos de Salud, los hombres interesados podrían liberarse de la presión social que supone la situación actual, y quizás llegar a interiorizar el concepto de "nos vemos en el club porque esta noche hay una charla". La idea fundamental que debería comprar la población masculina es que en ese club todos los detalles apuntarían hacia el universo masculino, incluso estaría reservado sólo a sus congéneres.

En Resumen :

1. Convocar directamente a los hombres para romper con su creencia de que los intentos de sus cónyuges por llevarlos a las charlas son una iniciativa de ellas mismas y no del sector salud. Por supuesto, el mensaje con el que se convoque a la

población masculina deberá ser coherente con todas las acciones propuestas en la primera etapa descrita.

2. Propiciar el efecto multiplicador que naturalmente ocurrirá, en la medida en que el desarrollo de las actividades del servicio de planificación familiar resulte motivador. Por la experiencia tenida con los ocho grupos investigados en la jurisdicción del puesto de salud "Juan Velasco Alvarado", Distrito Alto de la Alianza en el marco de la presente investigación, se puede sostener que la metodología seguida entusiasmó a los participantes, al punto de ofrecerse espontáneamente para convencer a algún amigo de acudir de acudir juntos a una próxima reunión.
3. Utilizar la técnica de las dinámicas grupales en lugar del esquema tradicional de charlas, con la finalidad de contar con la participación activa de los asistentes para hacerlos sentir que contribuyen al desarrollo y enriquecimiento grupal del cual forman parte. El esquema tradicional de charlas convierte en pasivo al auditorio, y facilita el ocultamiento de aquellos que por características personales son más introvertidos.

SEGUNDA PARTE

Una vez que la primera etapa evidencie resultados de participación masculina en los servicios de planificación familiar, convendría iniciar la etapa de orientación a parejas con un hombre sensibilizado y dispuesto a asumir el compromiso tanto en planificación familiar como en Enfermedades de Transmisión Sexual, en igualdad de condiciones que su cónyuge. De lo contrario, la imagen idílica de la pareja entrando de la mano al establecimiento de salud en busca de orientación seguirá siendo utópica.

Expectativas respecto al proveedor de información

A continuación se describen las características que debería tener el proveedor de información de las áreas de planificación familiar y enfermedades de transmisiones sexual, de acuerdo con lo que espera la población masculina estudiada :

1. Ser de sexo masculino, para favorecer la identificación entre el emisor y el receptor participante.
2. Ser percibido como una autoridad, pero a la vez como una persona capaz de establecer relaciones horizontales. Esto responde a la necesidad de encontrar un interlocutor a quien se le puedan expresar las dudas y temores, con la certeza de que no se adoptará la postura del padre que reprende, sino del especialista que comprende. Idealmente, debería ser percibido como uno más entre el grupo.
3. Utilizar el lenguaje de los participantes, entendiendo que al hacerlo favorecerá el acercamiento con los participantes y creará la atmósfera para obtener expresiones espontáneas y desinhibidas.
4. Promover la participación de todos los asistentes para propiciar el intercambio de opiniones. En la medida en que los hombres asistan a estas reuniones de orientación y tengan la oportunidad de exteriorizar sus puntos de vista sin importar si están acertados o no, podrá considerarse el inicio de un proceso de cambio de actitud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Endes (1997) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1997 Instituto Nacional de Estadística e Informática
2. Leon, Federico R. Percepciones sobre los servicios de Salud Reproductiva Trabajo realizado en la ciudad de Santa - INOPAI - Population Council
3. Network - (1996) Revista en español "La planificación Familiar y su enfoque En la población masculina Revista No 3 volumen 7 - Institute of Health
4. Programa de Planificación Familiar(2000) Información estadística del I Semestre del 2000

Estimado de Costos del Departamento de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

*Méd. Gina Rossi B. ⁽¹⁾
Méd. Lourdes Lombardi B. ⁽²⁾
Méd. Mauro Robles M. ⁽³⁾
Méd. Javier González R. ⁽⁴⁾
Méd. Alberto Cornejo C. ⁽⁵⁾
Méd. Leonardo Torres Q. ⁽⁶⁾*

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo de costos de atención hospitalaria de pacientes pediátricos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Los pacientes incluyen pacientes Recién Nacidos hasta los 14 años hospitalizados en los servicios de Neonatología y Pediatría. Se calcularon los costos en base a los protocolos farmacológicos de atención, los costos de atención de los recursos humanos, los costos de insumos y materiales y los costos administrativos.

El costo / día promedio de un paciente en el Servicio de Pediatría es de S/. 59.48 y en el Servicio de Neonatología es de S/. 59.97.

La atención del parto normal tiene un costo de S/. 18.37 y un parto cesárea de S/. 30.87.

El rango de costos en el Servicio de Pediatría fluctúa entre S/. 105.97 que corresponde al costo / día de un paciente con Sepsis o Meningoencefalitis y S/. 41.81 que es el costo / día de un paciente con intoxicación.

En el Servicio de Neonatología, el recién nacido con una infección perinatal grave tiene un costo / día de S/. 75.24 y el de infección perinatal leve de S/. 42.86.

INTRODUCCION

El presente es un estudio de costos del Departamento de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, basado en las patologías más frecuentes que se presentaron en el año 1999 en el Departamento de Pediatría, con sus respectivos protocolos farmacológicos de atención.

Los costos directos se han calculado en base a un promedio de costos de insumos y análisis auxiliares respectivos para las patologías diversas y un estimado del tiempo que invierte el personal profesional y no profesional en la atención de los pacientes. Los costos indirectos se han estimado ya que no existen datos específicos para poder imputar en los diversos departamentos finales de atención. Se espera que este estudio sirva de base como una primera aproximación para poder calcular los costos de atención con datos más específicos y cuantificados en un futuro próximo.

Nuestros objetivos fueron:

- Evaluar los costos de atención del paciente hospitalizado en el Departamento de Pediatría.
- Diferenciar los costos de hospitalización por patología.

- Determinar los costos de atención de un parto normal y un parto por cesárea.
- Justificar y fijar tarifas mas reales de acuerdo a las patologías más frecuentes.

MATERIAL Y METODOS

El presente es un estudio analítico retrospectivo realizado evaluando las historias de los pacientes hospitalizados en el Departamento de Pediatría desde enero a diciembre de 1999.

Se revisaron los protocolos farmacológicos de atención por patología para calcular los costos de los medicamentos e insumos empleados en cada patología. A este costo se agregó el costo de los recursos humanos y recursos materiales.

Se utilizaron los precios actuales de los medicamentos e insumos y las remuneraciones actuales de los recursos humanos. Además se estimó un costo administrativo el cual se agregó al costo de cada patología.

Se calcularon los costos incluyendo los medicamentos e insumos requeridos para cada patología.

⁽¹⁾ Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. ⁽²⁾ Médico Pediatra Asistente del Servicio de Pediatría. ⁽³⁾ Jefe del Servicio de Pediatría. ⁽⁴⁾ Jefe del Servicio de Neonatología. ⁽⁵⁾ Jefe del Departamento de Laboratorio. ⁽⁶⁾ Médico Asistente del Servicio de Pediatría.

RESULTADOS

ESTIMADO DE COSTOS DEL SERVICIO DE PEDIATRIA.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA.

COSTOS DIRECTOS

1. PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Incluye insumos (medicamentos y otros) y exámenes auxiliares.

Se han considerado un total de 368 pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría, en el año 1999, con un promedio de estancia hospitalaria por paciente de 10 días.

2. COSTO HORA DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL HOSPITALARIO.

COSTOS INDIRECTOS

- Costos de Servicios Públicos
- Depreciación de Equipos
- Costos de Lavandería
- Costos de Alimentación

COSTO HORA PROFESIONAL DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

Costo Hora Médico = S/. 15.87

$S/.2'114,382 = S/.28,572.7 = S/.2,381.06 = S/.15.87/\text{hora}$
74 médicos 12 meses 150 h.

Costo Hora Enfermera = S/. 6.38

$S/.1'253,043 = S/.11,495.8 = S/.957.98 = S/.6.38/\text{hora}$
109 12 meses 150

Costo Hora Técnico = S/. 4.57

$S/.1'012,791 = S/.8,234.07 = S/.686.17 = S/.4.57/\text{hora}$
123 12 meses 150

COSTO HORA PROFESIONAL DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

- Costo médico por paciente por día S/. 8.00
- Costo enfermera por paciente por día S/. 9.60
- Costo técnico de enfermería por paciente por día S/. 6.90

COSTOS DE SERVICIOS PUBLICOS POR DIA:

- Luz : S/. 0.75
- Agua : S/. 0.27

DEPRECIACION DE EQUIPOS POR DIA:

S/. 0.07

COSTOS DE LAVANDERIA POR PACIENTE :
S/.3.75 POR DIA

COSTOS DE ALIMENTACION POR PACIENTE :
S/.4.00 POR DIA

Cuadro N°1:

Estimado de costos anuales por Patología del Servicio de Pediatría

Patología	Costo/Pac.	N° Casos	Costo Anual Insumos
Neumonía Grave	211.5	165	S/. 34,897.4
Enfermedad muy Grave	346.4	15	S/. 5,196
EDA	178	40	S/. 7,120
Celulitis	473.70	30	S/. 14,211
Sepsis o MEC	726.30	25	S/. 18,157.50
Intoxicaciones	8.47	25	S/. 2,118
F.Tifoidea	143.24	15	S/. 2,145
Infección Urinaria	186.45	20	S/. 3,729
TOTAL		335	S/. 87,573.90

- S/. 87,573.90 entre 335 pacientes = S/. 261.41 que sería el costo total promedio por paciente durante su hospitalización que es de 10 días promedio.
- S/. 261.41 entre 10 días = S/. 26.14 , sería el costo promedio de insumos por paciente por día.

Se observa que los casos de Neumonía Grave y Muy Grave alcanzan a 180 casos por año. El costo total de tratamiento de Neumonía Grave es de S/.211.00 y muy grave de S/. 346.00 con un costo anual de S/.40,000 aproximadamente.

Lo que llama la atención es que siendo las Neumonías Graves las patologías de mayor costo anual por la frecuencia , la Sepsis y/o Meningoencefalitis , tienen un costo total de tratamiento de S/. 726.00 y un costo anual de S/.18,157.50.

Cuadro N° 2:

Costo promedio por paciente por día. Servicio de Pediatría

Insumos	S/. 26.14
Administrativos	S/. 24.50 *
Servicios	
Luz	S/. 0.75
Agua	S/. 0.27
Depreciación de Equipos	S/. 0.07
Lavandería	S/. 3.75
Alimentación	S/. 4.00
TOTAL	S/. 59.48

- * El costo administrativo se calcula del tiempo que ocupa cada profesional en la atención de un paciente / día.
- Tiempo del médico = 0.5 hora x 15.87 = S/. 8.00
- Tiempo de la enfermera = 1.5 hora x 6.39 = S/. 9.60
- Tiempo del técnico = 1.5 hora x 4.57 = S/. 6.90
- S/. 24.50

En este cuadro podemos observar que los costos más altos son los insumos con S/.26.00/día y administrativos S/.24.50/día.que incluye el costo de atención del personal profesional y técnico.

Cuadro N° 3:

Estimado de costos / día por cada Patología del Servicio de Pediatría

Patología	Insumos/ Día	Costo/ Adm.	Costos Indirectos	Costo Total en S/.
Neumonía Grave	21.15	24.5	8.84	54.50
Enf. muy Grave	34.64			67.98
EDA	17.80			51.14
Celulitis	47.37			80.71
Sepsis o MEC	72.63			105.97
Intoxicaciones	84.72			41.81
Infección Urinaria	18.64			51.98
F.Tifóide	14.32			47.66

Dentro de este rubro podemos observar que la patología que tiene mayor costo es la Sepsis y/o Meningoencefalitis con S/ 105.97/día, y la de costo más bajo es la de Intoxicaciones con S/ 41.81/día .

ESTIMADO DE COSTOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE.

COSTOS DIRECTOS

1. PATOLOGIAS MAS FRECUENTES:

Incluye insumos (medicamentos y otros) y exámenes auxiliares. Se han considerado un total de 339 pacientes hospitalizados en el Servicio de Neonatología, en el año 1999, con un promedio de 06 días.

2. COSTO HORA DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL HOSPITALARIO:

Son similares a los del Servicio de Pediatría .

COSTOS INDIRECTOS:

- Costos de Servicios Públicos
- Depreciación de Equipos
- Costos de Lavandería
- Costos de Alimentación

Cuadro N° 4:

Estimado de costos anuales por Patología del Servicio de Neonatología.

Patología	Costo/ Pac.	N° Casos	Costo Anual Insumos
Infección Perinatal Grave	257.5	51	S/. 13,132.50
Infección Perinatal Moderada	161.25	90	S/. 14,512.50
Infección Perinatal Leve	63.25	29	S/. 1,834.25
TOTAL		170	S/. 29,479.25

S/. 29,479.25 entre 170 pacientes = S/. 173.40

S/. 173.40 sería el costo total promedio por paciente durante su hospitalización .

Promedio de estancia hospitalaria 06 días

S/. 173.40 entre 6 días = S/. 28.90 que sería el costo promedio de insumos por paciente por día.

En este cuadro podemos observar que la infección es la patología de mayor frecuencia dentro de la clasificación leve-moderada y grave, la moderada es la de mayor frecuencia y mayor costo anual, siendo este de S/. 14,512.50 , seguida por Infección Perinatal Grave con un costo de S/. 13,132.50

Cuadro N°5:

Costo promedio por paciente por día. Servicio de Neonatología.

Insumos	S/. 28.90
Administrativos	S/. 24.50
Servicios	S/. 2.00
Luz	S/. 0.27
Agua	
Depreciación de Equipos	*
Lavandería	S/. 3.75
Alimentación	S/. 1.80**
TOTAL	S/. 59.97

- * No se conoce el factor de depreciación por lo que este factor se agregará a los costos totales tan pronto se calcule.
- ** 42 gr de leche maternizada en polvo que equivale a S/. 1.80

Cuadro N° 6:

Estimado de costos por día por cada Patología del Servicio de Neonatología.

Patología	Insumos/ Día	Costos Adm.	Costos * Indirectos	Costo / Día Total en S/.
Infección Perinatal Grave	42.92	24.5	7.82	75.24
Infección Perinatal Moderada	26.88			59.20
Infección Perinatal Leve	10.54			42.86

- * No incluye el factor de depreciación de equipos el cual se agregará posteriormente a cada patología.

En este cuadro vemos que la Infección Perinatal Grave tiene el más alto costo por día que es de S/. 75.24 y la Infección Perinatal Moderada tiene un costo de S/. 59.20/día .La Infección Perinatal Leve tiene el menor costo que es de S/. 46.86/día.

Cuadro N° 7:

Atención del Recien Nacido por Parto Normal

Insumos	S/. 7.85
Administrativos	S/. 8.25*
Servicios	
Luz	S/. 0.75
Agua	S/. 0.27
Depreciación de Equipos	-.-
Lavandería	S/. 1.25
Alimentación	Lactancia materna
TOTAL	S/. 18.37

- * Incluye 30 minutos de atención de 1 enfermera y 1 técnica.

En este cuadro podemos resumir que el costo total de un Recien Nacido de Parto Normal es de S/.18.37 , siendo los insumos y gastos administrativos más altos.

Cuadro N°8:

Atención del Recien Nacido por Cesarea.

Insumos	S/. 12.85
Administrativos	S/. 15.75*
Servicios	
Luz	S/. 0.75
Agua	S/. 0.27
Depreciación de Equipos	-.-
Lavandería	S/. 1.25
Alimentación	Lactancia materna
TOTAL	S/. 30.87

- * Incluye 15 minutos de atención de 1 médico y 30 minutos de atención de 1 enfermera y 1 técnica.

En este cuadro se observa que el costo de la atención del Recién Nacido por Cesárea es de S/.30.87/día.

CONCLUSIONES

En resumen vemos que el costo /día promedio de un paciente en el Servicio de Pediatría es de S/. 59.48 soles y en el Servicio de Neonatología es de S/. 59.97.

La atención del parto normal tiene un costo de S/.18.37 y un parto cesárea de S/. 30.87.

El rango de costos en el Servicio de Pediatría fluctúa entre S/. 105.97 que corresponde al costo/día de 1 paciente con Sepsis o Meningoencefalitis y S/.41.81 que es el costo /día de 1 paciente con Intoxicación.

En el Servicio de Neonatología, el Recién Nacido con una infección perinatal grave tiene un costo/día de S/.75.24 y el de infección perinatal leve de S/.42.86.

Estos costos servirán de base para poder actualizar tarifas de atención que reflejan los costos reales según las diversas patologías en el Departamento de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

RECOMENDACIONES

- Se debe actualizar el tarifario de atención hospitalaria por cama/día.
- Se debe cobrar una tarifa mayor por los primeros 3 días de hospitalización de las patologías mas graves.
- Se debe re-evaluar este tarifario en forma anual dependiendo de los indicadores económicos nacionales.
- Estructurar un software para calcular costos hospitalarios que permita actualización de precios y cálculos reales en forma rápida y permanente.

BIBLIOGRAFIA

1. Oficina General de Planificación. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Edición. Mayo 2000.
2. Guía para la Estimación de Costos de los Servicios en Establecimientos del Primer Nivel. "PARA GERENCIAR EN SALUD".
3. Datos proporcionados por la Oficina de Logística – Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue" Tacna. Junio 2000.
4. Datos proporcionados por la Oficina de Presupuesto – Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue" Tacna. Junio 2000.

Relación Porcentual de la Mancha Mongólica en el Recién Nacido con respecto a frecuencia, extensión, color, raza, según edad gestacional en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Lic. Enf. Rosario Jimenez Flores⁽¹⁾

Lic. Enf. Isabel Perez Sagredo⁽²⁾

Lic. Enf. Roxana Salinas Naquira⁽¹⁾

Lic. Enf. Margarita Sotelo Acero⁽¹⁾

Lic. Enf. Armida Vargas Vizcarra⁽¹⁾

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó durante el mes de agosto del 200 con el 100% de recién nacidos haciendo un total de 251; teniendo como objetivos determinar la frecuencia, área media mediante la regla de los trapecios integrales de la mancha mongólica según la raza, sexo e intensidad del color. Para lo cual se utilizó el método analítico y prospectivo y se recolectó datos a través de encuestas aplicadas a las madres, datos de historias clínicas perinatales, se observa el color de la piel y ubicación de las manchas mongólicas; aplicando el Test de Capurro para valorar la edad gestacional.

Se sometieron los datos a pruebas estadísticas para determinar el coeficiente de correlación a través de las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables; los cuales los presentamos en tablas estadísticas (N° 10) y gráficos lineales y barra.

En cuanto a los resultados encontramos que el 94.24% presentó mancha mongólica siendo la raza mestiza con mayor frecuencia con un 98.1%. según el sexo la mujer presenta una frecuencia de 49.4% y el varón 50.6% demostrando que no hay predominancia de ningún sexo. La mancha mongólica se presenta en los recién nacidos menores de 36 semanas gestacionales y que a partir de las 37 a 42 semanas lo presenta el 94.24%. en cuanto a la ubicación la mayor frecuencia se presenta en área lumbosacra, observándose también en glúteos flancos hombros; siendo el 73% en la región lumbosacraglutea, adoptando una figura de "Y" invertida; se observo que el mayor porcentaje presenta una sola mancha.

Encontramos que la edad gestacional tiene poca relación con el número de manchas, área total y área media. En cuanto a la intensidad de color: gris claro, gris oscuro, azulino claro, mixto (gris, azulino) se presentaron en todos los recién nacidos de 39 semanas de gestación. Lográndose cumplir con los objetivos del presente estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos es que recomendamos realizar un nuevo trabajo de investigación en el Servicio de Neonatología para poder comparar los resultados ya que no existe otro trabajo de investigación en el departamento de Tacna.

INTRODUCCION

En nuestro medio los estudios sobre Dermatología Neonatal son muy escasos, no existiendo publicación alguna que haya investigado las características clínicas de las manchas mongólicas en nuestro medio. Por todo ello el presente trabajo pretende investigar la frecuencia, extensión y color de mancha mongólica de los recién nacidos según su edad gestacional en las razas de nuestro medio.

Nuestro objetivos fueron:

- Determinar la frecuencia, área total y área media mediante la regla de los trapecios integrales, e intensidad de color de la mancha mongólica según su edad gestacional.
- Determinar la frecuencia, área total y área media, mediante la regla de los trapecios integrales de la mancha mongólica según la raza y sexo del recién nacido.

- Relacionar: El área total de la mancha mongólica con el área de superficie corporal del recién nacido de acuerdo a su edad gestacional.

MATERIAL Y METODOS

Se investiga la frecuencia, extensión e intensidad del color de la mancha mongólica según la edad gestacional, determinándose la relación que existe entre la frecuencia y extensión de la mancha mongólica de acuerdo al sexo y diferentes etnias de nuestro medio. La población de estudio esta constituida por niños nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el servicio de Neonatología. Se incluyeron el 100% de los niños nacidos en el mes de agosto del año 2000 haciendo un total de 251 recién nacidos.

Se aplicaron fichas de recolección de datos a 251 madres cuyos recién nacidos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, El método utilizado es el analítico y prospectivo.

⁽¹⁾ Enfermeras Asistenciales del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

⁽²⁾ Enfermera Jefe del Servicio de Neonatología.

Se utilizaron fichas de recolección de datos tipo encuesta aplicadas a las madres tomándose datos de la historia clínica perinatal; se obtuvo el peso y la talla del recién nacido para calcular la superficie corporal; se calculó la edad gestacional mediante el test de Capurro; se observa el color de la piel del neonato, buscando la ubicación y el número de manchas, intensidad de color, las cuales se dibujan en una lámina transparente y se calcula el área de la mancha mongólica mediante la regla de los trapecios integrales.

Los datos se sometieron a las pruebas estadísticas y se utilizaron los valores de tendencia central y de dispersión para las variables. Con el fin de determinar las relaciones se usaron coeficientes de correlación y se consideraron significativos los datos de p menor a 0.05.

Cuadro Nº 1:
Frecuencia de Mancha Mongólica en recién nacidos según su edad gestacional.

Edad gestacional	Casos	Mancha Mongólica	%
25	1	0	0.0
30	1	0	0.0
32	1	0	0.0
33	1	1	100.0
34	2	1	50.0
35	1	1	100.0
36	2	2	100.0
37	3	3	100.0
38	27	26	96.3
39	89	83	93.3
40	113	111	98.2
41	9	8	88.9
42	1	1	100.0
TOTAL	251	237	

Los Recién Nacidos menores de 32 semanas no presentan mancha mongólica. A partir de las 33 semanas para adelante empiezan aparecer las manchas mongólicas.

Cuadro No. 2:
Frecuencias de Manchas Mongólicas en la raza mestiza según edad gestacional

Edad gestacional	Casos	Triguenos	Triguenos con mancha	%
25	1	1	0	0.0
30	1	0	0	0.0
32	1	1	0	0.0
33	1	1	1	100.0
34	2	2	1	50.0
35	1	1	1	100.0
36	2	2	2	100.0
37	3	3	3	100.0
38	27	23	23	96.3
39	89	77	73	93.3
40	113	108	106	98.2
41	9	6	5	88.9
42	1	1	1	100.0

Podemos evidenciar que la frecuencia de la mancha mongólica no se incrementa según aumento de la edad gestacional.

Cuadro Nº 3:
Distribución porcentual del número de recién nacidos, según el número de manchas mongólicas

Nº de Manchas	n	%
0	14	5.58
1	135	53.78
2	55	21.91
3	24	9.56
4	9	3.59
5	5	1.99
6	3	1.20
7	1	0.40
8	3	1.20
9	2	0.80
TOTAL	251	100.00

Muestra que de los 251 casos de Recién Nacidos, 14 (5,58%) neonatos no presentan manchas mongólicas. De los 237 (53,78%) restantes de neonatos, presentan una sola mancha. Dos y tres manchas estuvieron presentes en 55 (21,91%) y 24 (9,56%) respectivamente. Asimismo 23 (9.18) neonatos presentan de cuatro a nueve manchas.

Podemos apreciar que la mayoría de neonatos presentan más de 1 mancha.

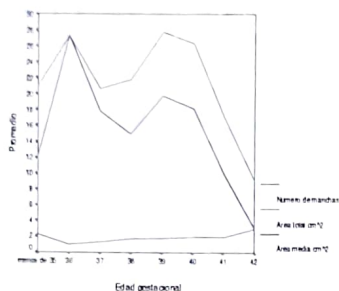
Cuadro Nº 4:
Media y desviación estándar del número de manchas, área total y área media, según edad gestacional

Edad Gestacional	Número de manchas n=237		Área total (cm²) n=237		Área media (cm²) n=237	
	x	Ds	x	Ds	x	Ds
Menos de 35	2.3	1.5	21.1	14.0	12.3	8.4
36	1.0	0.0	27.3	36.3	27.3	36.3
37	1.3	0.9	20.7	8.2	17.9	11.1
38	1.7	1.0	21.8	18.9	15.0	16.2
39	1.8	1.5	27.8	32.8	19.8	30.5
40	2.0	1.6	26.3	21.7	18.2	18.5
41	2.0	1.8	17.1	24.8	9.9	12.7
42	3.0	-	9.1	-	3.0	-

X : Media aritmética
DS: Desviación estándar.

- Al aumentar la edad gestacional no hay correlación al número de manchas.
- La edad gestacional no tuvo un ascenso en el promedio del área total, es decir que a mayor edad gestacional no hay correlación con el aumento del área total de la mancha mongólica
- De igual manera en el área media se observa que no va en ascenso junto con el aumento de la edad gestacional.

Figura Nro 1:
Distribución del número de manchas, área total y área promedio de las manchas mongólicas según edad gestacional



Fuente : Cuadro Nro 4

Cuadro Nro 5:
Media aritmética del número de manchas, área total y área media en relación a las razas Mestiza y Blanca.

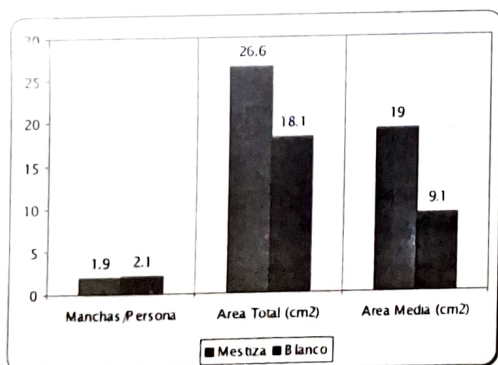
Raza	Casos		Número de manchas		Área total		Área media	
	n	%	n	x	n	x	n	x
Mestiza	226	90.0	216	1.9	216	26.6	216	19.0
Blanco	25	10.0	21	2.1	21	18.1	21	9.1

Muestra que en el grupo de raza mestiza, hubieron 226 neonatos que representan al 90.0% que es la mayoría de recién nacidos. De estos 216 presentaron mancha mongólica. Del grupo de raza blanca se encontró sólo 25 recién nacidos (10%); de éstos 21 presentaron mancha mongólica.

La raza blanca presenta como promedio de número de manchas de 2.10. La raza mestiza tiene un promedio de número de mancha de 1.86. Realizada la prueba de la diferencia de medias se ha obtenido que $P(0,481 > 0,05)$ con lo que se puede concluir que no existen diferencias entre los promedios de número de manchas según la raza.

En cuanto a las variables área total y área media, la extensión de la mancha mongólica no tiene una diferencia significativa entre razas, ya que se obtuvo $P(0,151 > 0,05)$ para el área total y $P(0,06 > 0,05)$ para el área media.

Figura No. 2:
Comparación del número de manchas, área total y área promedio de las manchas mongólicas entre razas



Fuente: Cuadro Nro 5

Cuadro N°6:

Media aritmética del número de manchas, área total y área media según sexo.

Sexo	Casos		Número de manchas		Área total		Área media	
	n	%	n	x	n	x	n	x
Mujer	124	49.4	119	1.8	119	25.7	119	18.7
Varón	127	50.6	118	2.0	118	25.9	118	17.4

Muestra que de 251 casos, 124 fueron mujeres (49,4%), 127 varones (50,6%). El 97% de las mujeres presentan manchas mongólicas y un 93% en los varones.

No existe una diferencia estadísticamente significativa entre el número de manchas y el sexo del recién nacidos $P(0,205 > 0,05)$.

Realizada la prueba de la diferencia de promedios en relación al área total y al área media de mancha mongólica se obtuvo $P(0,954 > 0,0)$ para el área total y $P(0,675 > 0,05)$ para el área media.

Cuadro N° 7:

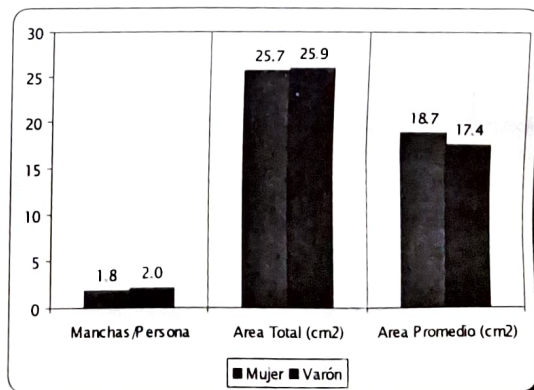
Coefficiente de correlación r de Pearson para las variables número de manchas, área total y área media para edad gestacional y superficie corporal.

Variable	Número de manchas		Área total		Área media	
	n = 237		n = 237		n = 237	
Edad Gestacional	0.072	(0.2686)	0.008	(0.9014)	-0.013	(0.8476)
Superficie Corporal	0.031	(0.6370)	0.076	0.2417)	0.057	(0.3852)

Muestra que la edad gestacional no tiene relación estadísticamente significativa con el número de manchas, área total y área media; esto quiere decir que la edad gestacional tiene poca relación con el número de manchas, área total y área media.

Con respecto a la superficie corporal no existe relación estadísticamente significativa, con el número de manchas, área total y área media de la mancha mongólica de los recién nacidos.

Figura N° 3:
Comparación del número de Manchas, área total y área promedio de las Mongólicas entre Sexo Manchas



Fuente: Cuadro Nro 6

Cuadro N° 8:
Distribución de mancha mongólica según su ubicación

Ubicación	n	%
Lumbosacra	81	34.18
Lumbosacra glútea	92	38.82
Lumbosacra glútea espalda	35	14.77
Lumbosacra glútea miembro superior	4	1.69
Lumbosacra glútea miembro inferior	2	0.84
Lumbosacra glútea espalda miembro superior e inferior	7	2.95
Otros: coxis, espalda, lumbosacra espalda, glúteo miembro inferior	1	0.42
	15	6.33
TOTAL	237	100.00

Muestra que la ubicación más frecuente de las manchas mongólicas es la lumbo-sacra-glútea, con 92 casos (38.82 %) neonatos. Continúa en orden de frecuencia la lumbosacra con 81 casos (34.18 %) neonatos. También se observa que la mancha mongólica se ubica en la región lumbo-sacra-glútea-espalda en 35 casos (14.77 %) neonatos. Otros corresponden a ubicaciones en coxis, espalda, lumbosacra-espalda, glúteo-miembro inferior, con 15 casos (6.33 %) neonatos.

Cuadro N° 9:
Distribución de la intensidad de color según la edad gestacional.

Intensidad de color	Casos n	Edad Gestacional x
Gris claro	160	39.26
Gris oscuro	28	39.39
Azulino claro	10	39.5
Mixto: Gris y azulino	39	39.59

La diferente intensidad de los colores de la mancha mongólica no tiene correlación con la edad gestacional.

Cuadro Nro 10:
Distribución del porcentaje de la variable área total entre superficie corporal según su edad gestacional.

Semana de gestación	Casos n	Área Total x 100 Superficie Corporal x
Menos de 35	3	9.4
36	2	9.7
37	3	5.4
38	26	5.2
39	83	6.0
40	111	5.2
41	8	3.5
42	1	2.0

No hay correlación entre la mayor edad gestacional y el mayor porcentaje de área tomada en relación al área corporal del recién nacido.

DISCUSION Y COMENTARIOS

La piel a parte de cubrir nuestro organismo, cumple otras funciones como las de excreción e inmunológica, a demás de caracterizar a las razas a través de su color.

En el presente trabajo se ha demostrado que el 94.24% presentó mancha mongólica, mostrando que la mayor frecuencia la presenta la raza mestiza donde hubo una frecuencia de 98.1%

en relación al 1.9% existente en la raza blanca. Por lo tanto en nuestro medio la frecuencia es superior a la reportada en los estudios de Salomón y Esterlyn, Curren y Issac y Rosenberg H. Quienes reportan 90% de frecuencia en neonatos negros, orientales e indios, 3% en la raza blanca y aproximadamente 60% en los latinos. Todo esto podría deberse a la condición racial de nuestro medio. Para lo cual Silva Santisteban refiere que: nuestra población ha sufrido múltiples cruzamientos constituyendo un grupo diferente con características típicas (20). Consideramos en nuestro estudio a recién nacidos con apellidos oriundos del país y tez morena dentro de la raza mestiza.

El estudio anterior realizado por Cabrera Caso en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa reportó una frecuencia del 78% en recién nacidos a término y postérmino, no reportando frecuencias según intensidad de color, ni extensión de las mismas.

Distribuidos según el sexo se ha encontrado que la mujer presenta una frecuencia de 49.4% y en el varón 50.6% demostrando que no hay predominancia de ningún sexo, lo cual concuerda con lo reportado con Cabrera Caso, a diferencia de Quispe- Poémape, que encontró que el área total de la mancha mongólica fue mayor en el sexo femenino.

Quispe- Poémape, Cabrera Caso han reportado que no existe mancha mongólica en prematuros, a diferencia de nuestro trabajo se presentó la mancha mongólica en los menor es de 36 semanas de gestación encontrando un total de seis casos, esto quiere decir que sus melanocitos ya han sintetizado la cantidad suficiente de melanina, la cual se hace presente a partir de las 14 semanas de gestación, que es el tiempo en que emigran los melanocitos a la epidermis. A partir de las 37 a 42 semanas el 94.24% presentó mancha mongólica coincidiendo con los demás trabajos anteriores.

La mancha mongólica se presenta con mayor frecuencia en el área lumbosacra, pero puede ser observada sobre glúteos, flancos y hombros, en éste sentido hemos encontrado que el 73% estuvo en la región lumbosacroglútea, adoptando una figura característica de "Y" invertida, coincidiendo con el trabajo realizado por Quispe Poémape.

También se reporta que las manchas pueden ser únicas o múltiples, en nuestro estudio se ha encontrado que el mayor porcentaje de niños presentan una sola mancha; lo cual se asemeja a estudios realizados por otros investigadores.

Encontramos que la edad gestacional tiene poca relación con el número de manchas, área total y área media. Quispe-Poémape, en el Hospital Honorio Delgado -Arequipa, encontró que a mayor edad gestacional aumenta la frecuencia e intensidad del color.

La intensidad del color: gris claro, gris oscuro, azulino claro, mixto (gris y azulino), se presentaron en todos los niños de 39 semanas de gestación, a diferencia de lo encontrado por Quispe-Poémape, que ha mayor edad gestacional no solo aumenta el número de manchas sino su extensión y la intensidad de color.

CONCLUSIONES

- La mancha mongólica no depende de la raza y no guarda relación con el aumento de la edad gestacional y el aumento

de la frecuencia de la mancha mongólica.

- No se encuentra correlación entre el promedio de número de manchas, área total y área media con el aumento de la edad gestacional.
- Se comparó los grupos de raza mestiza y blanca en relación al número de manchas, área total y área media y no se encontró diferencias estadísticamente significativa.

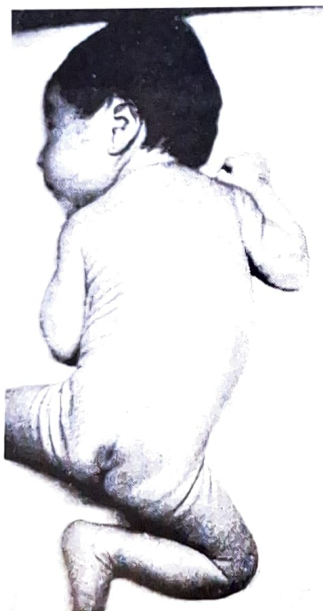
Se comparó los grupos de recién nacidos por sexo y no se encontró diferencia estadísticamente en relación al número de manchas, área total y área media.

- En relación a la edad gestacional y superficie corporal del recién nacido, utilizando el coeficiente de relación de Pearson no encontramos relación estadísticamente significativa con el número de manchas, área total y área media.

- La tercera parte de las manchas mongólicas de los recién nacidos en Tacna se ubican solamente en la región lumbosacra.
- La diferente intensidad de color de la mancha mongólica no tiene correlación con la edad gestacional del recién nacido.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados del trabajo de investigación a todo el personal de salud.
- Realizar otro estudio de investigación en el Servicio de Neonatología para comparar los resultados obtenidos por considerar que el actual estudio es un trabajo preliminar por el corto tiempo y el número de recién nacidos.



BIBLIOGRAFIA

1. Esterly S. Dermatología Neonatal. Estructura de la piel fetal y Neonatal, Editorial Panamericana 1970, pag. 13-14.
2. Silva S. Hermosillo. E. Lesiones pigmentarias en la infancia, 9 de junio de 1997.
3. Rosemberg. H. Pigmentos. Spanich, 3 de Mayo de 1997.
4. Leung AK. Mongolian spots in Chinese Children University de Calgary Alberta Canada Int J Dermatol 1988 Marzo; 27(2) 106-108.
5. Kawara S Takata M. Hirone T.Tomita K.A New Variety of neurocutaneous melanosis beng leptomeningeal melanocytoma asociated with extensi ve Mongolian spots on the back Nippon,Hifuka Gakkai Zasshi 1989 Apr.99 (5) 561-566.
6. Mevorah Frenk E Delacretaz J. Dermal Melanocytosis Report of an unusual case.dermatologica 1977; 154(2) 107-114.
7. Langman J Embriología especial Sistema Tegumentario. Editorial Panamericana 1992.
8. Moore, K Embriología Clínica. Sistema tegumentario Editorial Interamericana México 1989.
9. Moschella.Pillsbury, Hurley Dermatology. Disturbances of Pigmentation Sanders Company Philadelphia London Toronto 1975.
10. Nelson Tratado de Pediatría Enalse S.A Madrid 12ª Ed 1992 P1729-1733.
11. Ventura. J tratado de Neonatología Editorial. Atenea 1990.
12. Schwartz R A, Cohen-Addad N Lambert MW Lambert WC. Congenital Melanocytosis With Myelomeningocele and hidrocephalus.Cutis 1989, Jan,37(1) 37-39.
13. Park K D, Choi GS, Lee KH Extensive Aberrant Mongolian Spot J Dermatol 1995 May; 22(5) 330-333.
14. Carmichael AJ Tan CY, Abraham SN Adult onset Mongolian Spot. Clin Exp Dermatol 1993 Jan; 18 (1) 72-74.
15. Quispe - Poemape. Evaluación de la frecuencia, extensión y color de la mancha mongólica en los recién nacidos según edad gestacional en la raza de nuestro medio, Hospital Honorio Delgado - Arequipa, 1998.
16. Cabrera E. Lesiones Cutáneas Transitorias en el periodo Neonatal en el Hospital Honorio Delgado Espinoza en 1993.

Diagnostico Histopatológico del Cáncer en el Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna Julio de 1995 - Junio del 2000

Dr. Angel G. Rosado Caro ⁽¹⁾

RESUMEN

Se revisaron los diagnósticos de cáncer realizados en el Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue" de Tacna (Servicio de Anatomía Patológica) desde el 1ro de Julio de 1995 al 30 de Junio del 2000, los cuales fueron 214, correspondiendo 59 (27.57%) al sexo masculino y 155 (72.43%) al sexo femenino. La localización más frecuente para la población en general y para el sexo femenino fue el cuello uterino con el 41.59 y el 57.43% respectivamente; para el sexo masculino fue el cáncer de piel con el 23.72%. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino, para la población general 39.72% y para el sexo femenino 54.84%, y para el sexo masculino el carcinoma basocelular fue el más frecuente con 15.26%.

INTRODUCCION

El cáncer, es la segunda causa de muerte a nivel mundial por detrás de las enfermedades cardiovasculares; en la actualidad sabemos que el cáncer es básicamente una enfermedad genética. En la mayoría de los casos, las alteraciones genéticas que ocasionan el cáncer son producidas por los agentes ambientales externos (agentes químicos, hormonales, radiaciones o virus). En otros casos estas alteraciones genéticas son hereditarias.

El cáncer aumenta con la edad, por lo que la incidencia general crece constantemente, conforme se acrecienta la esperanza media de vida. Igualmente su incidencia varía con el tiempo, en el futuro, dada la gran afición a la exposición solar, es muy probable que aumente la incidencia del cáncer de piel; los carcinomas de estómago e hígado están disminuyendo en la actualidad por causas desconocidas, mientras que el carcinoma de colon está en aumento en forma alarmante, posiblemente por escasez de residuos en la dieta; la disminución de la lactancia materna y el número de embarazos repercute en la mayor incidencia del cáncer de mama; el carcinoma de pulmón esta aumentando especialmente debido al consumo de tabaco, en particular por las mujeres; el cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las principales causas de muerte en las mujeres de los países más pobres.

En general, existen factores que influyen en la incidencia del cáncer, la edad y el sexo, la dieta, los hábitos nocivos (alcohol y tabaco), la ocupación, la raza, la distribución geográfica dentro de los que se mencionan principalmente. Aún así, el cáncer se presenta sin respetar edad, sexo, ni clase social y su evolución natural acarrea gran sufrimiento para quienes lo padecen.

El Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue" de Tacna cuenta con un Servicio de Anatomía Patológica, donde se diagnóstica histopatológicamente todo tipo de cánceres, haciendo incapié de que utilizaremos la palabra cáncer para referirnos exclusivamente a las neoplasias malignas, existiendo las neoplasias benignas que de por sí causan morbilidad pero baja incidencia de mortalidad.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo se evaluaron todos los diagnósticos histopatológicos de cáncer (neoplasias malignas), realizados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna, desde el 1ro. de Julio de 1995 hasta el 30 de Junio del 2000, los cuales ascendieron al número de 214; se realizaron las tabulaciones respectivas y se confeccionaron cuadros y gráficos con los diagnósticos de acuerdo a la edad y sexo, la localización más frecuente del cáncer y el tipo histológico con mayor incidencia. A continuación presentamos los resultados.

RESULTADOS

Cuadro N° 1 :
Diagnóstico de Neoplasias malignas de acuerdo a Edad y Sexo.

EDAD EN AÑOS	TOTAL		SEXO			
			Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-9	2	0,93	1	1,69	1	0,65
10-19	2	0,93	1	1,69	1	0,65
20-29	14	6,54	2	3,39	12	7,74
30-39	45	21,03	7	11,86	38	24,54
40-49	42	19,63	6	10,17	36	23,23
50-59	28	13,08	9	15,25	19	12,26
60-69	44	20,56	17	28,81	27	17,42
70-79	20	9,35	10	16,95	10	6,45
80-89	12	5,61	3	5,08	9	5,81
90 a +	5	2,34	3	5,08	2	1,29
TOTAL	214	100,00	59	27,57	155	72,43

⁽¹⁾ Jefe del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" - Tacna

Cuadro N° 2:

Localización mas frecuentes de las Neoplasias malignas diagnosticadas.

No.	Localización de la Neoplasia	N°	%
1	Cuello uterino	89	41,59
2	Piel	25	11,68
3	Mama	16	4,67
4	Pulmón	8	3,74
5	Vejiga	8	3,74
6	Próstata	6	2,80
7	Tiroides	6	2,80
8	Estómago	5	2,34
9	Trofoblasto (ETG)	5	2,34
10	Vías Biliares	4	1,87
11	Otras	48	22,43
TOTAL		214	100,00

Cuadro N° 3:

Localización mas frecuentes de las Neoplasias malignas en el sexo masculino.

No.	Localización de la Neoplasia	N°	%
1	Piel	14	23,72
2	Vejiga	8	13,56
3	Próstata	6	10,18
4	Estómago	5	8,48
5	Colon	3	5,08
6	Testículo	3	5,08
7	Recto	3	5,08
8	Pulmón	2	3,39
9	Organos Linfoides	2	3,39
10	Boca	2	3,39
11	Otras	11	18,64
TOTAL		59	100,00

Cuadro N° 4:

Localización mas frecuentes de las Neoplasias malignas en el sexo femenino.

No.	Localización de la Neoplasia	N°	%
1	Cuello Uterino	89	57,43
2	Piel	11	7,10
3	Mama	10	6,45
4	Pulmón	6	3,87
5	Tiroides	6	3,87
6	Trofoblasto (ETG)	5	3,23
7	Vías Biliares	4	2,58
8	Colon	3	1,93
9	Pancreas	3	1,93
10	Hígado	3	1,93
11	Otras	15	9,68
TOTAL		155	100,00

Cuadro N° 5:

Tipo Histológico de las Neoplasias malignas más diagnosticadas

No.	Tipo Histológico	N°	%
1	Carcinoma epidermoide de cuello uterino	85	39,72
2	Carcinoma Basoceleular	18	8,41
3	Carcinoma a células transicionales	8	3,74
4	Adenocarcinoma de próstata	6	2,80
5	Adenocarcinoma de Colon	6	2,80
6	Carcinoma ductal de la Mama	5	2,34
7	Carcinoma epidermoide de Pulmón	5	2,34
8	Carcinoma	5	2,34
9	Adenocarcinoma Gástrico	4	1,87
10	Adenocarcinoma de Cuello Uterino	4	1,87
11	Otros	68	31,78
TOTAL		214	100,00

Cuadro N° 6

Tipo Histológico de las Neoplasias malignas más diagnosticadas en el Sexo Masculino

No.	Tipo Histológico	N°	%
1	Carcinoma Basoceleular	9	15,26
2	Carcinoma a células transicionales	8	13,56
3	Adenocarcinoma de próstata	4	6,78
4	Adenocarcinoma gástrico	3	5,08
5	Melanoma maligno	3	5,08
6	Adenocarcinoma de Colon	3	5,08
7	Carcinoma epidermoide de recto	2	3,39
8	Seminoma testicular	2	3,39
9	Linfoma Hodgkin	2	3,39
10	Carcinoma epidermoide de piel	2	3,39
11	Otros	17	28,81
TOTAL		59	100,00

Cuadro N° 7

Tipo Histológico de las Neoplasias malignas más diagnosticadas en el Sexo Femenino

No.	Tipo Histológico	N°	%
1	Carcinoma epidermoide de cuello uterino	85	54,84
2	Carcinoma Basoceleular	9	5,80
3	Carcinoma ductal de la mama	5	3,23
4	Coniocarcinoma	5	3,23
5	Adenocarcinoma de cuello uterino	4	2,58
6	Adenocarcinoma de vías biliares	4	2,58
7	Carcinoma epidermoide de pulmón	4	2,58
8	Carcinoma medular de la mama	3	1,94
9	Adenocarcinoma papilar de tiroides	3	1,94
10	Adenocarcinoma folicular de tiroides	3	1,94
11	Otros	30	19,35
TOTAL		155	100,00

DISCUSION Y COMENTARIOS

Se revisaron 214 diagnósticos histopatológicos de cáncer correspondiendo 59 (27.57%) al sexo masculino y 155 (72.43%) al sexo femenino; la distribución porcentual para la población en general y para ambos sexos estuvo entre los 30 y 79 años de edad (Cuadro N°1); en cuanto a la localización más frecuente de las neoplasias malignas diagnosticadas tenemos que en general el 41.59% correspondieron al cuello uterino, el 11.68% a la piel, el 4.67% a la mama, y al pulmón y la vejiga correspondieron un 3.74% respectivamente; comparando con los datos estadísticos a nivel nacional (INEN) en primer lugar se sitúa el cáncer de estómago, en segundo lugar el cáncer de cuello uterino, en tercer lugar el cáncer de mama y en quinto lugar el cáncer de pulmón. En cuanto al sexo masculino, la localización más frecuente de las neoplasias malignas estuvieron en la piel con 23.72%, en la vejiga el 13.56%, la próstata con 10.18% y estómago con 8.48%; a nivel nacional la localización más frecuente es la próstata, luego el cáncer de estómago, en tercer lugar el cáncer de pulmón y en cuarto lugar el cáncer de colon. En el sexo femenino, en el cuello uterino se localizaron más de la mitad de las neoplasias con 57.43%, en la piel 7.10%, la mama con 6.45%, en el pulmón y tiroides con 3.87% cada uno; en este sexo la incidencia nacional es en primer lugar en la mama, en segundo lugar el cancer de cuello uterino, luego el cáncer de estómago y en cuarto lugar el cáncer de pulmón. En cuanto al tipo histológico más frecuente este fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino con 39.72%, el carcinoma basoceleular con 8.41%, el carcinoma a células transicionales de las vías urinarias con 3.74%, los

adenocarcinomas de colon y próstata con 2.80% cada uno. En el sexo masculino el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma basocelular con 15.26%, carcinoma a células transicionales de las vías urinarias 13.56%, adenocarcinoma de próstata 10.18% y adenocarcinoma gástrico con 6.78%. En el sexo femenino, el carcinoma epidermoide de cuello uterino fue el tipo histológico más frecuente con 54.84%, carcinoma basocelular con 5.80%, carcinoma ductal de la mama y coriocarcinoma ambos con 3.23% respectivamente.

CONCLUSIONES

En el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue" de Tacna, se realiza el diagnóstico histopatológico de todo tipo de cánceres.

Se han estudiado 214 casos de diagnóstico histopatológico de cáncer, realizados entre el 1ro de Julio de 1995 al 30 de Junio del 2000, de los cuales correspondieron 59 (27.57%) al sexo masculino y 155 (72.43%) al sexo femenino.

La mayor incidencia se registró entre los 30 y 79 años de edad, siendo la localización de la neoplasia más diagnosticada en el cuello uterino para la población en general, para el sexo masculino el cáncer de piel y logicamente para el sexo femenino el cáncer de cuello uterino.

El tipo histológico más frecuentemente diagnosticado fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino para la población en general y para el sexo femenino, y el carcinoma basocelular en el sexo masculino.

La incidencia a nivel nacional varía, siendo la mayor incidencia el cáncer de estómago, esta misma localización se da en el sexo masculino, y en el sexo femenino el cáncer de mama.

Llama la atención la gran incidencia de cáncer de cuello uterino, siendo esta una neoplasia de fácil y temprano diagnóstico, así como el lugar preponderante que ocupa el cáncer de piel para ambos sexos.

Se debe coordinar directamente con entidades de apoyo a la comunidad (Liga de Lucha contra el Cáncer, Club de Leones, etc.) para la correcta referencia de los pacientes diagnosticados de cáncer tanto a los centros oncológicos del Sur (Arequipa) como a nivel central (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima).

Gráfico Nº1:
Diagnostico de Neoplasias Malignas de acuerdo a Edad y Sexo

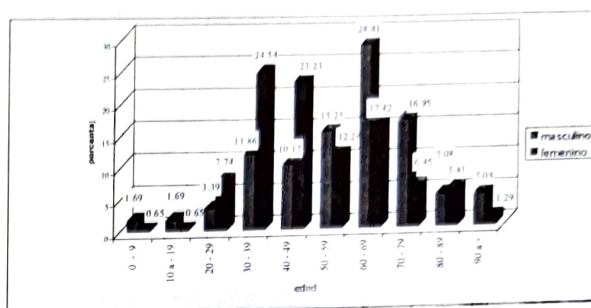


Gráfico Nº2:
Localización mas Frecuentes de las Neoplasias Malignas Diagnosticadas

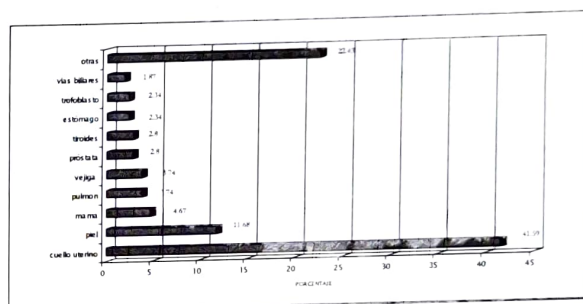
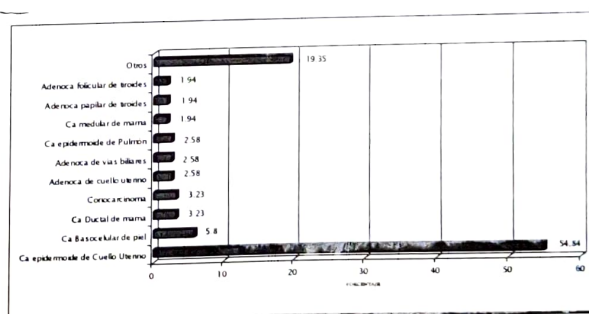


Gráfico Nº3:
Tipo Histológico de las Neoplasias Malignas mas diagnosticadas



BIBLIOGRAFIA

- Cotram R., Kumar V. y Robbins S. Patología Estructural y Funcional, El Tratado, Cuarta edición, Editorial Interamericana, 1990.
- Cotram R., Kumar V. y Robbins S. Patología Estructural y Funcional, El Manual, Quinta edición, Editorial Interamericana, 1999.
- Lerkowitch J. Atlas de Histopatología, Ediciones Doyma, 1992.
- Perez Tamayo R., Correa P., Carbone LL. y Arias-Stella J. Texto de Patología, Cuarta edición, La Prensa Medica Mexicana, 1990.
- Pardo Mindan F. J. Anatomía Patológica, Mosby/Doyma Libros, 1997.
- Rubin E. y Farber J. Patología, Primera edición, Editorial Médica Panamericana, 1990.
- Stevens A. y Lowe J. Texto - Atlas de Anatomía Patológica, Mosby/Doyma Libros, 1996.
- Inem, Registro del Cáncer, Lima 1990-1991.

Clima Organizacional en los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Lic. Obst. Irene Pacheco Vargas ⁽¹⁾

Lic. Obst. Elizabeth Rojas Salas ⁽²⁾

Méd. Luis Salazar Huajardo ⁽³⁾

Mgr. Obst. Diana Huanco Apaza ⁽⁴⁾

RESUMEN

El clima organizacional tiene estrecha relación con la efectividad, identificación y compromiso de los trabajadores en el proceso de mejora continua de los servicios de salud. El Hospital Hipólito Unanue es el único Hospital Capacitador del Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI) de la Región de Salud de Tacna, y el fin primordial de este programa es la mejora continua de la calidad de los servicios de salud; es por ello que nos motivo a investigar al Recurso Humano de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría, lugares donde principalmente se desarrolla el PCMI, para poder determinar cuál es el Clima organizacional de estos departamentos e identificar la satisfacción del trabajador.

Se ha realizado una investigación operativa utilizando una encuesta de opinión JDI (Job Descriptive Index) anónima a todo el personal profesional y no profesional de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría

Se encontró satisfecho al 74.3% con su trabajo actual, el 60.2% están satisfechos con la supervisión que realizan sus jefes inmediatos, el 61.9% opina favorablemente de sus colegas, sin embargo están insatisfechos con sus remuneraciones el 76.3% y creen que no tienen oportunidades de progreso en un 71%.

Concluimos que el clima organizacional de los trabajadores en los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna es aceptable, existiendo un buen grado de satisfacción de los clientes internos respecto a su trabajo actual y significativamente bajo, respecto a sus remuneraciones y oportunidades de progreso

INTRODUCCION

Los cambios que han ocurrido y que siguen ocurriendo, desde los últimos años en el escenario mundial indudablemente han tendido un profundo impacto en la mayoría de las instituciones.

En el ambiente de hoy nada es constante, ni el crecimiento del mercado, ni la demanda de los clientes, ni el ciclo de vida de los productos, ni la tasa de cambio tecnológica, ni la naturaleza de la competencia.

Para que en un establecimiento de salud competitivo, sea necesario realizar cambios, la gerencia necesita utilizar varias herramientas y técnicas que han estado surgiendo desde el principio del decenio 1980. Las áreas que han de cambiar incluyen: cultura, medición del desempeño, sistemas de incentivos, y el sistema de la administración.

"Nada cambiará sino cambia el hombre": Ningún cambio se mantendrá en el tiempo, sino se sostiene en un recurso altamente capacitado, motivado, capaz de resolver problemas y que practique el mejoramiento continuo personal y profesional; por ello el desarrollo de las Instituciones, Organizaciones, Empresas de la sociedad y del país dependerá de la calidad de su gente y de ahí debemos trabajar por una adecuada formación de las nuevas generaciones.

Un establecimiento de salud es una empresa con múltiples productos, algunos de los cuales están dirigidos a los clientes internos mientras que la mayoría y mas importante de ellos se destinan a los clientes externos, por lo que la satisfacción de ambos clientes en forma recíproca es sumamente importante para lograr convertir la dinámica interna de la organización en sistemas culturales que interactúan con su ambiente.

El Hospital Hipólito Unanue es el único Hospital Capacitador del Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI) de la Región de Salud de Tacna, y el fin primordial de este programa es la mejora continua de la calidad de los servicios de salud; es por ello que nos motivo a investigar al Recurso Humano de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría, lugares donde principalmente se desarrolla el PCMI, para poder determinar cuál es el Clima organizacional de ambos departamentos e identificar la satisfacción del trabajador y su relación con el proceso de mejora continua del Hospital.

Es necesario recordar que el clima organizacional tiene estrecha relación con la efectividad, identificación y compromiso de los trabajadores en el proceso de mejora continua de los servicios de salud. Sólo si se toma en serio el aprendizaje y compromiso e identificación con el PCMI, tanto a niveles organizacionales como individuales de la institución podrán funcionar como un organismo vigente, nutrido y rejuvenecido.

⁽¹⁾ Jefe de Obstetricas del Hospital Hipolito Unanue de Tacna. ⁽²⁾ Coordinadora del Programa Materno Perinatal del HHUT.
⁽³⁾ Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del HHUT. ⁽⁴⁾ Jefe de la Unidad de Epidemiología del HHUT.

Nuestro objetivo es estudiar el clima organizacional de los trabajadores de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría del HC Hipólito Unanue de Tacna e identificar la satisfacción del cliente interno y su relación con el proceso de mejora continua del establecimiento.

MATERIAL Y METODOS

Investigación operativa, descriptiva de tipo diagnóstico. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue una encuesta de opinión JDI (Job Descriptive Index) validada en previos trabajos de investigación, con cinco dimensiones y cada uno con diversos Items.

La encuesta se aplicó a través de la distribución a cada trabajador y el llenado fue en forma anónima para evitar sesgos, a todo el personal profesional y no profesional de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría. En la encuesta se utilizó respuestas cerradas, a través de una escala simple:

Si = si está de acuerdo

No = Si no está de acuerdo

? = Si no puede decidir

En la encuesta se tomaron los siguientes aspectos:

- Trabajo en el presente empleo
- Piensa en su trabajo globalmente
- Oportunidades de progreso
- Remuneración
- Supervisión por el jefe inmediato
- Sus colegas en el presente empleo

RESULTADOS

Cuadro Nº 1
Datos generales de los trabajadores de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría

Datos Generales	Nº	%
Categoría Laboral		
Profesional	56	75,7
No Profesional	18	24,3
Régimen Laboral		
Nombrado	72	97,2
Contratado	1	1,4
Otro	1	1,4
Antigüedad		
Menor de un año	4	5,4
De 1 a 5 años	21	28,4
De 5 a 15 años	28	37,8
Mayor de 15 años	21	28,4
Edad del Encuestado		
Menores de 25 años	2	2,8
De 25 a 40 años	44	61,1
Mayores de 40 años	26	36,1
TOTAL	74	100,0

El 75.7% de los trabajadores de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría tienen como categoría laboral la profesional. El 97.2% tienen la condición de nombrados, respecto al régimen laboral.

El mayor porcentaje de trabajadores de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría posee una antigüedad de servicios mayor de 5 años en el 66.2% y solo el 33.8% de ellos tienen menos de 5 años.

El 61.1% de los trabajadores tienen edades entre los 25 y 40 años; seguido por los que tienen edades mayores de 40 años, solo un 2.8% son menores de 25 años.

Cuadro Nº 2:
Trabajo en el presente empleo

¿Cómo es su trabajo actual?	SI		NO		DUDAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Me entusiasma	58	78,4	9	12,2	7	9,5	74	100,0
No permite cambios	29	39,2	33	44,6	12	16,2	74	100,0
Satisfactorio	49	66,2	15	20,3	10	13,5	74	100,0
Aburrido	4	5,4	64	86,5	6	8,1	74	100,0
Bueno	62	83,8	6	8,1	6	8,1	74	100,0
Da sentido de realización personal	44	59,5	14	18,9	16	21,6	74	100,0
Merece respeto de los demás	68	91,9	2	2,7	4	5,4	74	100,0
Incómodo	10	13,5	59	79,7	5	6,8	74	100,0
Agradable	57	77,5	7	9,5	10	13,5	74	100,0
Útil	73	98,6	0	-	1	1,4	74	100,0
Plantea nuevas metas	52	70,3	12	16,2	10	13,5	74	100,0
Simple	19	25,7	51	68,9	4	5,4	74	100,0
Siempre es lo mismo	24	32,4	45	60,8	5	6,8	74	100,0
Creativo	44	59,5	19	25,7	11	14,9	74	100,0
Sin importancia	5	6,8	66	89,2	3	4,1	74	100,0
No interesante	23	31,1	45	60,8	6	8,1	74	100,0
Puedo ver resultados	60	81,1	3	4,1	11	14,9	74	100,0
Usa mis capacidades	60	81,1	10	13,5	4	5,4	74	100,0

De los 74 trabajadores encuestados el 74.32% se encuentra satisfecho con su trabajo actual; consideraron útil su trabajo el 98.6 %, merece respeto de los demás 91.9%, su trabajo es importante el 89.2%, no es aburrido el 86.5%, es bueno 83.8%, puede ver resultados y usar sus capacidades un 81.1%, es cómodo el 79.7%, le entusiasma 78.4%, es agradable 77.5% y plantea nuevas metas el 70.3%.

Cuadro Nº 3:
Remuneración

¿Cómo es su Remuneración?	SI		NO		DUDAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ingreso cubre mis necesidades	3	4,1	66	89,2	5	6,8	74	100,0
Es una justa remuneración	2	2,7	70	94,6	2	2,7	74	100,0
Remuneración mala	56	75,7	9	12,2	9	12,2	74	100,0
El ingreso permite lujos	2	2,7	71	95,9	1	1,4	74	100,0
Menos de lo que merezco	61	82,4	10	13,5	3	4,1	74	100,0
Estoy bien pagado	1	1,4	71	95,9	2	2,7	74	100,0
Me alcanza con las justas	46	62,2	22	29,7	6	8,1	74	100,0
Me pagan a destiempo	24	32,4	45	60,8	5	6,8	74	100,0
No cubre gastos ni riesgos de trabajo	28	37,8	43	58,1	3	4,1	74	100,0

De los 74 trabajadores que fueron encuestados, el 76.28% se encuentra insatisfecho con su remuneración actual; 95.9% considera que no está bien pagado y no le permite lujos, el 94.6% refiere que no es una justa remuneración, el 89.2% refiere que su sueldo no cubre sus necesidades, 82.4% refiere que le pagan menos de lo que merecen, el 75.7% considera que su remuneración es mala.

Cuadro N° 4:
Oportunidades de Progreso

¿Cómo son sus Oportunidades de Progreso?	SI		NO		DUDAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Buenas oportunidades de progreso	17	23,0	50	67,6	7	9,5	74	100,0
Oportunidades limitadas de progreso	53	71,6	17	23,0	4	5,4	74	100,0
Progreso en base a capacidades	28	37,8	34	45,9	12	16,2	74	100,0
Estancamiento en el empleo	45	60,8	20	27,0	9	12,2	74	100,0
Progresar es cuestión de suerte	27	36,5	38	51,4	9	12,2	74	100,0
Injusta política de ascensos	57	77,0	10	13,5	7	9,5	74	100,0
Ascensos y traslados infrecuentes	32	43,2	27	36,5	15	20,3	74	100,0
Promociones y traslados periódicos	14	18,6	45	60,8	15	20,3	74	100,0
Bastante buena posibilidad de progreso	15	20,3	46	62,2	13	17,6	74	100,0

Sólo el 58.4% de los trabajadores encuestados consideran que no tienen oportunidades de progreso, ya que el 77% considera que hay una injusta política de ascenso, 71.6% piensa que hay limitadas oportunidades de progreso, y el 60.8% considera que tiene un estancamiento en el empleo.

Cuadro N° 5:
Supervisión

Mi jefe inmediato:	SI		NO		DUDAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pide mi parecer	40	54,1	28	37,8	6	8,1	74	100,0
Es difícil de complacer	20	27,0	50	67,6	4	5,4	74	100,0
Es descortez	10	13,5	61	82,4	3	4,1	74	100,0
Felicita el buen trabajo	40	54,1	23	31,1	11	14,9	74	100,0
Tiene tino	48	64,9	19	25,7	7	9,5	74	100,0
Influye sobre mí	15	20,3	46	62,2	13	17,6	74	100,0
Está actualizado	46	62,2	11	14,9	17	23,0	74	100,0
Dá insuficiente supervisión	28	37,8	37	50,0	9	12,2	74	100,0
Tiene favoritismos	21	28,4	33	44,6	20	21,7	74	100,0
Me orienta	55	74,3	16	21,6	3	4,1	74	100,0
Me hace enojar	17	23,0	49	66,2	8	10,9	74	100,0
Es terco	17	23,0	48	64,9	9	12,2	74	100,0
Conoce bien el trabajo	48	64,9	10	13,5	16	21,7	74	100,0
Es mal supervisor	11	14,9	53	71,6	10	13,5	74	100,0
Es inteligente	50	67,6	7	9,5	17	23,0	74	100,0
No planifica la supervisión	28	37,8	23	31,1	23	31,1	74	100,0
Está cerca cuando se le requiere	47	63,5	16	21,6	11	14,9	74	100,0
Es ocioso	4	5,4	59	79,7	11	14,9	74	100,0

El 60.2% de los trabajadores encuestados están satisfechos con la supervisión que realiza sus jefes inmediatos; resaltando en ellos que son orientados en un 74.3%, son inteligentes en un 67.6%, conocen bien su trabajo y tienen tino en un 64.9%.

Cabe resaltar que el 37.8% considera que sus jefes dan insuficiente supervisión y no planifican la misma.

Cuadro N° 6:
Sus colegas en el presente empleo

La gente con la que usted trabaja es:	SI		NO		DUDAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estimulante	40	54,1	21	28,4	13	17,6	74	100,0
Aburrida	10	13,5	53	71,6	11	14,9	74	100,0
Lenta	9	12,2	53	71,6	13	16,2	74	100,0
Colaboradora	14	19,5	15	20,3	15	20,3	74	100,0
Torpe	3	4,1	62	83,8	9	12,2	74	100,0
Responsable	51	68,9	7	9,5	16	21,6	74	100,0
Rápida	18	24,3	9	12,2	27	36,5	74	100,0
Inteligente	53	72,6	3	4,1	18	24,3	74	100,0
Conflicta	18	24,3	46	62,2	10	13,5	74	100,0
Habla más de lo que hace	19	25,7	26	35,1	9	12,2	74	100,0
Son hábiles	53	71,6	5	6,8	16	21,6	74	100,0
Son ociosos	8	10,8	53	71,6	13	17,6	74	100,0
Desagradables	8	10,8	54	73,0	12	16,2	74	100,0
Chismosos	22	29,7	37	50,0	15	20,3	74	100,0
Activos	49	66,2	12	16,2	13	17,6	74	100,0
Conformistas	24	32,4	41	55,4	9	12,2	74	100,0
Leales	31	41,9	18	24,3	25	33,8	74	100,0
Tercos	18	24,3	40	54,1	16	21,6	74	100,0

Del 100% de los trabajadores encuestados, así describiendo a la gente con la que trabajan: resaltaron en el grupo en mayor porcentaje las características de inteligentes en el 72%, seguido de hábiles en el 71.6% y responsables en el 68.9%. solo el 4.1% refirieron que eran torpes, ociosos y desagradables en un 10.8% respectivamente.

Es importante mencionar que el 52.7% consideran que sus compañeros hablan mas de lo que hacen, 32.4% son conformistas, 29.7% son chismosos y el 24.3% son conflictivos.

Cuadro N° 7:
Trabajo en general

¿Cómo es su trabajo en general?	SI		NO		DUDAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Agradable	62	83,8	5	6,8	7	9,5	74	100,0
Malo	4	5,4	65	87,8	5	6,8	74	100,0
Ideal	35	47,3	20	27,0	19	25,7	74	100,0
Un desperdicio de tiempo	1	1,4	69	93,2	4	5,4	74	100,0
Bueno	66	89,2	4	5,4	4	5,4	74	100,0
Indeseable	70	94,6	3	4,1	1	1,4	74	100,0
Merecido	52	70,3	10	13,5	12	16,2	74	100,0
Peor que la mayoría de trabajos	2	2,7	66	89,2	6	8,2	74	100,0
Aceptable	69	93,2	2	2,7	3	4,1	74	100,0
De nivel superior	47	63,5	13	17,6	14	18,9	74	100,0
Mejor que la mayoría de trabajos	38	51,4	23	31,1	13	17,6	74	100,0
Desagradable	3	4,1	65	87,8	6	8,2	74	100,0
Me contento con él	51	68,9	10	13,5	13	17,6	74	100,0
Inadecuado	10	13,5	54	73,0	10	13,5	74	100,0
Excelente	37	50,0	15	20,3	22	29,7	74	100,0
Una basura	1	1,4	70	94,6	3	4,1	74	100,0
Lo disfruto	63	85,1	7	9,5	4	5,4	74	100,0
Insignificante	2	2,7	72	97,3	0	-	74	100,0

Del trabajo en general el 73.9% de los trabajadores encuestados estan satisfecho con su trabajo en general, piensan que es aceptable el 93.2%, bueno 89.2% y agradable 83.8%; ademas el 31.1% piensa que hay otros trabajos mejores, 27% considera que no es un trabajo ideal y el 20.3% piensa que su trabajo no es excelente.

DISCUSION Y COMENTARIOS

La finalidad de nuestro trabajo fue aplicar nuestra encuesta al 100% de trabajadores de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría, pero debido a la diversidad de horario, personal que estuvo de descanso, licencia, vacaciones, sólo se consiguió encuestar al 80 % de los cuales 2 encuestas tuvieron que ser descartadas por el llenado incompleto logrando una muestra de 74 trabajadores que hacen el 80%.

En forma general encontramos que existe trabajo en equipo y un alto grado de satisfacción en el cliente interno con el trabajo que realiza.

Estas apreciaciones iniciales son correspondidas con los resultados obtenidos por las encuestas, pues la gran mayoría se siente satisfecha con la labor que realiza, considerándole útil, agradable, bueno y con sensación de realización personal.

Es de resaltar que más del 50% opina que sus compañeros de trabajo son responsables, hábiles en su trabajo e inteligentes. Sin embargo un porcentaje significativo, opina que sus compañeros hablan más de los que hacen, son conformistas, chismosos y conflictivos.

En cuanto a su jefe inmediato la mayoría no lo consideran descortés, opinan que conoce su trabajo, orienta y elogia el buen trabajo. No influye sobre ellos en su labor diaria, consideran además que no planifica y da insuficiente supervisión.

Con relación a las remuneraciones, la gran mayoría piensa que es insuficiente que no le permite cubrir sus necesidades básicas, que no se merecen las mismas dada la calidad y tipo de trabajo que desempeñan. Estas remuneraciones no son justas.

Más de la mitad considera que las oportunidades de progreso son limitadas, además consideran que el progreso no es cuestión de suerte, ya que existe una injusta política de ascensos y que no hay muchas oportunidad de progreso, por lo que existe un estancamiento en el empleo.

CONCLUSIONES

- El clima organizacional de los trabajadores en los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna es adecuado.
- Existe un alto grado de satisfacción de los clientes internos, en los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- La satisfacción es alta respecto a su trabajo actual, pero es baja en cuanto a sus remuneraciones y oportunidades de progreso.

BIBLIOGRAFIA

1. Salazar, Moraima; Sanchez, W.; Pacheco, I.; Mamani B.: Clima Organizacional en el Centro Capacitador San Francisco y su Influencia en el Compromiso de los Trabajadores por el Proceso de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios de Salud. Tacna, Mayo 1999.
2. Montes, María; Fernandez, M.; Joaquín, A.; Sotelo, G.: Clima Organizacional en el Centro Capacitador Ciudad Nueva y su Influencia en el Compromiso de los Trabajadores por el Proceso de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios de Salud. Tacna, Mayo 1999.
3. Stoner, J.; Freeman, E.; Gilbert, D.: Administración. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A. Mexico 1996.
4. Bonifaz, R.: Calidad en el Trabajo, Calidad en el Servicio y Servicio Público. Lectura Seleccionada del Curso de Post-Grado Gerencia Hospitalaria. Perú, 2000.

Evolución de los Indicadores Maternos Perinatales Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1980 - 1999

Mgr. Manuel Ticona Rendón ⁽¹⁾
Mgr. Obst. Diana Huanco Apaza ⁽²⁾
Méd. Carlos Ticona Paniagua ⁽³⁾

RESUMEN

El motivo del presente estudio es determinar los indicadores básicos de la madre que influyen en la salud perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los últimos 20 años, ordenado en 4 quinquenios. En este lapso de tiempo la población estudiada fue de 51,358 madres y sus recién nacidos.

Los embarazos de alto riesgo según edad (adolescentes y añosas) así como los partos en primíparas, se ha incrementado. Asimismo los controles prenatales, sobretudo el control adecuado (4 a más) se ha incrementado ostensiblemente. Las cesáreas, y los embarazos con alguna patología se han incrementado considerablemente.

Los recién nacidos de alto riesgo, como los pretérminos, bajo peso y muy bajo peso, se han incrementado en estos últimos 20 años. Las condiciones al nacer del RN ha mejorado, lo que se mide con la disminución de la depresión al nacer. El índice de recuperación se ha mantenido alta. Las tasas de mortalidad, tanto fetal tardía como neonatal precoz han disminuido significativamente.

Concluimos, si bien algunos indicadores de riesgo han aumentado tales como adolescencia, añosas, primiparidad, cesáreas y patología materna; los indicadores de mortalidad perinatales han mejorado, debido principalmente al incremento del control prenatal, sobre todo del adecuado. Los indicadores neonatales reflejan mejoramiento progresivo de la salud del recién nacido, debido a múltiples factores como a mejores condiciones de vida de la población de Tacna e implementación de estrategias de atención de salud materno perinatal.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos la salud materno perinatal se le ha dado mayor importancia, ya que son los grupos mas vulnerables para morbilidad y mortalidad. Los indicadores maternos perinatales de nuestro Hospital son importantes para evaluar y controlar periódicamente la calidad de atención y la salud de los neonatos.

Indicadores Neonatales: Índice de depresión al nacer, índice de recuperación, prematuridad, bajo peso, muy bajo peso, alto peso y mortalidad neonatal precoz.

RESULTADOS

Cuadro Nº 1:
Indicadores Materno - Perinatales

Indicador	80-84	85-89	90-94	95-99
% Madres adole. (10-19a)	17,0	17,6	18,0	20,2
% Madres añosas (35 a +)	8,2	8,3	8,1	9,4
% Primiparidad	34,3	37,4	42,0	47,6
% Gran multiparidad	3,9	2,8	1,5	0,8
% Control prenatal (CPN)	65,3	83,6	85,7	91,8
% CPN adecuado (4 a +)	45,6	55,7	54,0	71,8
% Cesáreas	14,4	16,8	14,9	20,2
% Patología materna	25,5	26,0	27,0	36,2
Tasa mort. Neonatal Precoz	10,4	7,8	9,1	6,6
Tasa mort. Fetal Tardía	16,6	14,6	16,4	12,7
Tasa mortalidad perinatal	27,0	22,4	25,5	19,3

MATERIAL Y METODOS

Población de estudio: 51,358 madres y sus productos nacidos en nuestra institución de 1980 a 1999.

Tipo de estudio: descriptivo-retrospectivo.

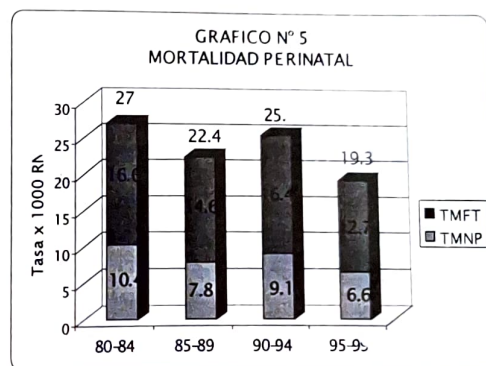
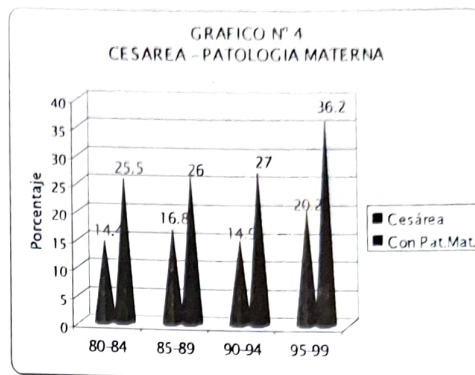
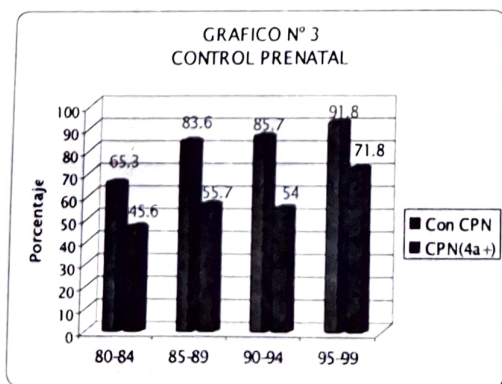
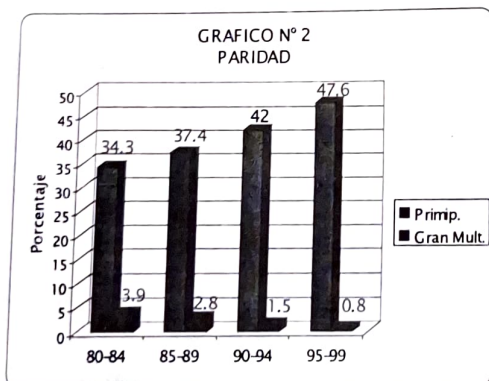
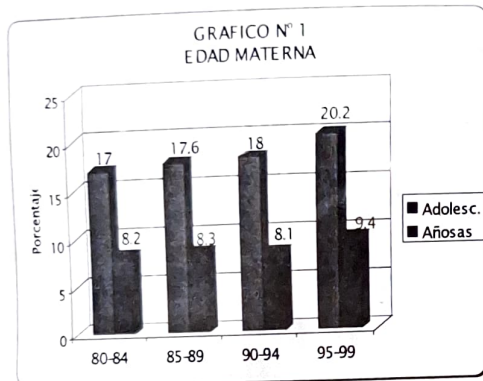
Análisis estadístico: tablas de distribución de frecuencias simples por quinquenio.

Indicadores Materno Perinatales: Edad materna, paridad, control prenatal, Patología materna, Índice de cesáreas, mortalidad perinatal (neonatal precoz y fetal tardía).

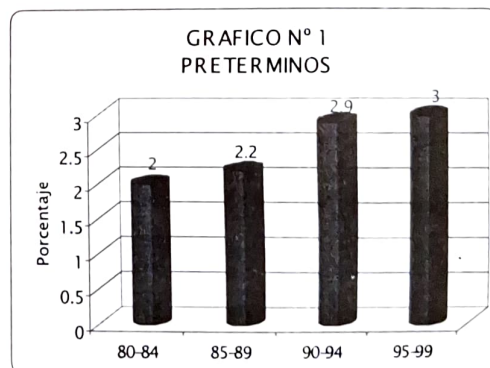
⁽¹⁾ Médico Pediatra Neonatólogo. Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la UNJBG y Docente de la Facultad de Medicina de la UPT. Ex-Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. ⁽²⁾ Obstetriz, Jefe de la Unidad de Epidemiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. ⁽³⁾ Médico de EsSalud.

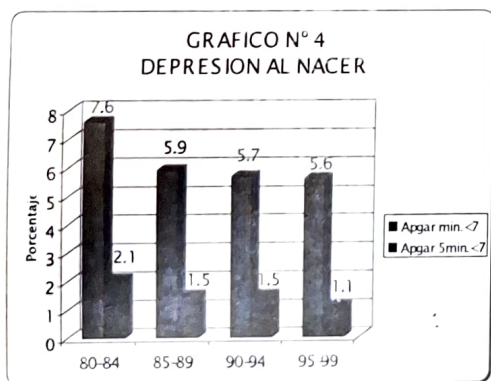
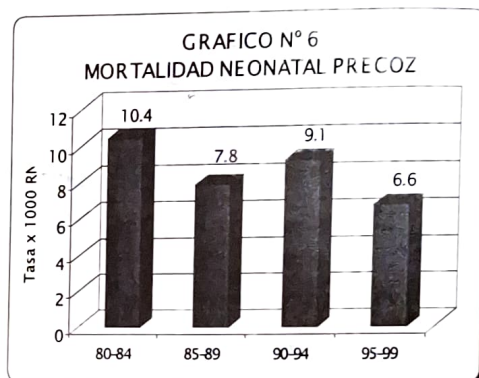
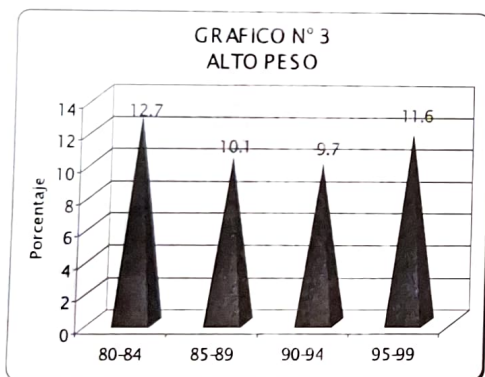
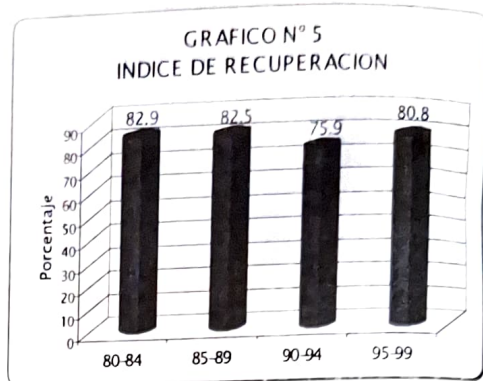
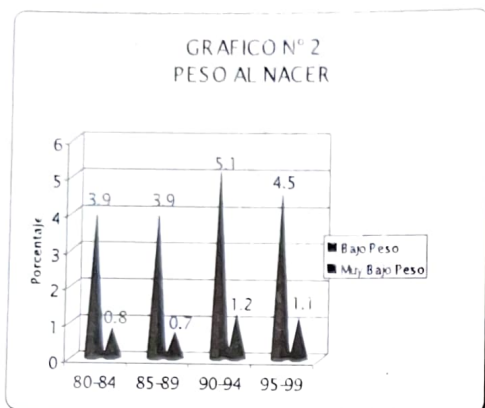
Cuadro N° 2:
Indicadores Neonatales

Indicador	80-84	85-89	90-94	95-99
% Pretérminos (<37 s)	2,01	2,22	2,92	2,96
% Bajo peso (<2500 g)	3,93	3,94	5,07	4,54
% Muy bajo peso (<1500g)	0,77	0,71	1,23	1,11
% Alto peso (4000g.a +)	12,67	10,11	9,74	11,56
% Depresión min. (Apgar<7)	7,57	5,87	5,69	5,55
% Depresión 5 min. (Apgar<7)	2,06	1,49	1,48	1,06
Índice de recuperación	82,95	82,50	75,58	80,77
Tasa mort. neonatal precoz	10,42	7,78	9,12	6,62



Indicadores Neonatales





DISCUSION Y COMENTARIOS

En relación a la edad materna, los grupos de riesgo se han incrementado en estos 20 últimos años, así la madre adolescente (menor de 20 años) de 17% a 20.2%, la madre añosa de 8.2% a 9.4%; por consiguiente hay una discreta disminución de las madres de edad adecuada de 74.8% a 70.4% en este periodo de estudio. (Gráfico N° 1).

En cuanto a paridad, los grupos de riesgo han tenido un diferente comportamiento, así la primiparidad se ha incrementado de un 34.3% a un 47.6% y la gran multiparidad ha disminuido ostensiblemente de un 3.9% a un 0.8%. Por consiguiente los partos de bajo riesgo es decir las múltiparas han disminuido de un 61.8% a un 51.6% (Gráfico N° 2).

Los embarazos con algún control prenatal han aumentado del 65.3% a un 91.8%; según la encuesta de ENDES 1996 a nivel del Perú el 67.7% de madres tienen algún control prenatal, siendo el control adecuado (de 4 a más controles) de 45.6% al 71.8% y a nivel del Perú el 43.8% (1996). (Gráfico N° 3).

La patología materna, se ha incrementado del 25.5% llegando en el último quinquenio a 36.2%. La evolución de la incidencia de Cesáreas, como vía de terminación del parto, también hubo un incremento sustancial en estos últimos 20 años de un 14.4% a 20.2% (Gráfico N° 4).

La mortalidad en el periodo perinatal tuvo una disminución sustancial en estos últimos 20 años, así en el quinquenio del 80-84, la mortalidad fetal tardía fue de 16.6, la mortalidad neonatal precoz de 10.4, la mortalidad perinatal, es decir la suma de los dos anteriores, fue de 27 por mil nacimientos; y en el último quinquenio de 95-99 la mortalidad fetal tardía disminuyó a 12.7, la tasa de mortalidad neonatal precoz a 6.6 y la mortalidad perinatal se redujo al 19.3 por mil nacimientos (Gráfico N° 5).

En relación a los indicadores neonatales. Entre el grupo de RN de alto riesgo, los pretérminos aumentó de un 2 a un 3% en los últimos 20 años, es decir se incrementó en un 50% (Gráfico N° 6).

Los grupos de riesgo del recién nacido, en relación a peso: bajo peso (menores de 2500 g.) se incrementó de un 3.9% a un 4.5% y los de muy bajo peso (<1500 g.) de un 0.8% aumentado a 1.1% en el último quinquenio.

El recién nacido de alto peso en los últimos 4 quinquenios se mantenido más o menos sin modificaciones, en cuanto a su porcentaje de un 12.7% a un 11.6%.

En estos últimos 20 años hubo una disminución ostensible de la depresión al nacer (Apgar al minuto < de 7) de 7.6% al 5.6%, esta disminución es aún mas satisfactoria al evaluar el Apgar a los 5 minutos, donde se encuentra depresión de un 2.1% a 1.1%, es decir que ha disminuido cerca del 50%, en estos últimos 20 años.

El índice de recuperación, es decir el número de recién nacidos, que después de correctas maniobras de reanimación, salen de estado del depresión que tuvieron al minuto de vida, a los 5 minutos se recuperan entre 82.9% (como ocurrió en el quinquenio del 80-84), manteniéndose alta ésta recuperación en el último quinquenio 1995-1999 a un 80.8%.

CONCLUSIONES

1. Si bien algunos indicadores de riesgo han aumentado tales como adolescencia, añosas, primiparidad, cesáreas y patología materna; los indicadores de mortalidad perinatales han mejorado, debido principalmente al incremento del control prenatal, sobre todo del adecuado.
2. Los indicadores neonatales reflejan mejoramiento progresivo de la salud del recién nacido, debido a múltiples factores como a mejores condiciones de vida de la población de Tacna e implementación de estrategias de atención de salud materno perinatal (mayor acceso a servicios de salud, control prenatal, partos institucionales, referencia de embarazos de alto riesgo, capacitación profesional en atención inmediata y reanimación neonatal).

BIBLIOGRAFÍA

1. Távora, Luis y Cols. Estado Actual de la Mortalidad Materna en los Hospitales del Perú. Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol 45, N° 1, Pags 38-42. Enero, 1999.
2. Pacheco, Jose y Cols. Mortalidad Materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti. Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol 43, N° 3, Pags 209-216. Diciembre, 1997.
3. Falcón, Juan. Estado Nutricional de la Gestante Adolescente y del recién Nacido. Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol 43, N° 1, Pags 9-17. Abril, 1997.
4. Danisse, Luis y Cols. Mortalidad Perinatal. Chuquibambilla, Provincia Grau, Apurímac 1997-2000. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 5. Año 2000.
5. Gonzales, I y Cols. Macrosomía Fetal. Incidencia Factores Asociados y Complicaciones. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 53. Año 2000.
6. Cerpa, L. y Cols. Mortalidad Perinatal Hospital San Bartolomé 1998-1999. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 67. Año 2000.
7. Ticona, M. y Cols. Indicadores Neonatales Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1980-1999. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 68. Año 2000.
8. Castillo, O. Y Cols. Morbimortalidad del Recién Nacido de Bajo Peso. Hospital III EsSalud Chimbote. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 81. Año 2000.
9. La Madrid, K. Y Cols. Mortalidad Neonatal. Hospital Cayetano Heredia de Piura 1999. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 88. Año 2000.
10. Rivera, R. Morbimortalidad de los Recién Nacidos por Cesárea y Parto Eutócico. Hospital Félix Torrealva de EsSalud de Ica 1999. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 98. Año 2000.
11. Sanchez, L. y cols. Morbimortalidad y Factores de Riesgo Asociados a RN de Bajo Peso. Hospital Regional de Cajamarca. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 100. Año 2000.
12. Ticona, M. Incidencia y Factores de Riesgo del RN de Muy Bajo Peso en Tacna 1992-1999. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 105. Año 2000.
13. Costa, R. Factores de Riesgo en Recién Nacidos de Bajo Peso. Hospital Belén de Trujillo 1997-1998. Boletín Informativo. Sociedad Peruana de Pediatría. Vol 12, N° 1, Pag. 267. Año 2000.

Incidencia de factores que predisponen las Infecciones Respiratorias en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue de Tacna. 1998

Lic. Enf. Raquel Zevallos Delgado ⁽¹⁾

Lic. Enf. Elsa Ninaja Sanga ⁽²⁾

Lic. Enf. Gina Carita Flores ⁽²⁾

Lic. Enf. Rosina Vásquez Zumaeta ⁽²⁾

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue de Tacna, en el período de Enero a Diciembre de 1998.

Es un estudio descriptivo, de 96 casos en el que se investigó los factores que predisponen las Infecciones Respiratorias en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El 50% de pacientes hospitalizados en la Unidad, presentaron infecciones respiratorias en donde el 90% de niños menores de 5 años es el sector más vulnerable al haber adquirido la infección.

De los pacientes que presentaron infecciones respiratorias el 61% tuvo soporte ventilatorio; el 71% fue sometido a entubación endotraqueal, siendo en la Unidad, el servicio donde se realizan más procedimientos invasivos.

La tasa de letalidad fue de 33.3% de Infecciones Respiratorias Intrahospitalarias.

INTRODUCCION

La vía respiratoria superior (boca, nariz, garganta y nasofaringe) puede estar colonizada por muchos gérmenes patógenos, que por inhalación o aspiración, por extensión o colonización en lugares próximos, invaden el tracto inferior (tráquea, bronquios y pulmones), dando lugar a las infecciones.

La Neumonía, es el proceso inflamatorio de los bronquiolos respiratorios y de los espacios alveolares, que está producido por la infección

Se clasifican en infecciones respiratorias adquiridas en la comunidad y aquellas adquiridas en el hospital (nosocomial).

Las infecciones nosocomiales pueden estar producidas por diferentes patógenos, tales como *Klebsiella Pneumoniae*, *Enterobacter*, *Eschericia Coli*, *Proteus*, *Pseudomana Aeruginosa*, *Staphilococcus Aureus*. A menudo cada hospital tiene su flora autóctona que predomina en las infecciones nosocomiales.

La integridad de los mecanismos de defensa respiratorios normales puede verse alterada, lo cual permite la invasión bacteriana normal orofaríngea hacia el interior de los alvéolos pulmonares.

Los procedimientos diagnósticos y de tratamiento pueden también introducir microorganismos; las personas enfermas con mecanismos de limpieza respiratoria alterados son susceptibles de una rápida colonización orofaríngea de patógenos provenientes del medio hospitalario.

La aparición de la neumonía aguda, implica un defecto de las defensas del huésped, un microorganismo particularmente virulento o una inoculación accidental sobreañadida.

Para determinar una neumonía nosocomial, se tiene diferentes criterios, tales como:

- Espujo purulento que aparezca 48 horas o más después del ingreso o aumento de la producción de espujo purulento con recrudescimiento de la fiebre, más una de las siguientes situaciones.:
- Tos, fiebre y dolor torácico pleurítico, o bien,
- Observación de infiltración en la radiografía de tórax o hallazgos físicos de infección.

El objetivo de nuestro estudio fue:

Determinar la incidencia de infecciones respiratorias y sus factores determinantes en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Cuando un paciente ingresa a un hospital, el riesgo que tiene de contraer una infección nosocomial, es bastante elevado, ya que esta comprobado que a las 48 horas cambia la flora bacteriana, por ende un paciente ingresa con su flora propia en algunos caso poco agresiva, pero el estado de crítico en que ingresa y el cambio de flora bacteriana hace que ésta sea más agresiva y provoque una infección adquirida dentro del hospital.

⁽¹⁾ Enfermera Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

⁽²⁾ Enfermeras Asistenciales de la UCI.

A la Unidad de Cuidados Intensivos ingresan aquellos pacientes críticamente enfermos, que tienen comprometidos más de dos sistemas orgánicos, en esta condición y por ser la UCI donde se realizan más procedimientos invasivos como intubaciones endotraqueales, aspiración de secreciones traqueales, accesos venosos y arteriales, entre otros; y la resistencia a los antibióticos más comunes, hacen que el paciente de éste servicio sea el más susceptible a infecciones, entre ellas la Infecciones Respiratorias.

Una infección intrahospitalaria conlleva al incremento del costo hospitalario y comporta un alargamiento de la estancia hospitalaria, razón por la cual y teniendo en cuenta que no existen estudios anteriores sobre incidencia de factores que predisponen las Infecciones Respiratorias en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es que se realiza el presente trabajo de Investigación.

MATERIAL Y METODO

El presente es un trabajo de tipo descriptivo - retrospectivo en el que se ha tomado como muestra el 100% de pacientes con infecciones respiratorias, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue de Tacna, desde Enero a Diciembre de 1998.

La recolección de datos se realizó a través de una ficha elaborada, historias clínicas y libros de registros de egresos, tomando en cuenta la edad y sexo, categoría social, ocupación, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de infección respiratoria, tiempo de enfermedad (días antes o después de ingresar a la Unidad), duración de la enfermedad, forma de administración de oxigenoterapia (tipo y tiempo), exámenes auxiliares (tipos de exámenes y resultados), permanencia, servicio de procedencia, antibióticos usados.

El procesamiento de datos se hizo manualmente (paloteo) y el análisis se realizó usando la computadora del servicio, los resultados se presentarán en tablas descritas con frecuencias absolutas y relativas de las variables de estudio.

RESULTADOS

Cuadro Nº 1

Distribución de Pacientes Hospitalizados en la UCI con Infecciones Respiratorias según sexo y edad, en la UCI de ene-dic 1998

EDAD	SEXO		TOTAL		Infecc. Resp.		TOTAL		%
	M	F	Nº	%	M	F	Nº	%	
< 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-4 a	4	2	6	3	3	2	5	3	83.3
5 a	1	1	2	1	-	1	1	1	50.0
6-14 a	1	4	5	3	1	4	5	3	100
15-19 a	5	11	16	8	2	10	12	6	75.0
20-44 a	28	39	67	35	9	15	24	12	35.8
45-64 a	29	13	42	22	17	5	22	11	52.4
65 a más	22	31	53	28	12	15	27	14	50.0
TOTAL	90	101	191	100	41	52	93	50	

Cuadro Nº 2

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según el tiempo de hospitalización pre e intra UCI. Ene-dic. 1998

Tiempo de Hospitalización	Pre UCI		En UCI	
	Nº	%	Nº	%
1-5 horas	31	32.0	3	3.0
6 - 24 horas	27	28.0	18	11.7
2 días	8	8.3	23	23.9
3 días	9	9.0	15	15.6
4 - 15 días	18	18.7	32	33.3
+ 15 días	3	3.0	5	5.2
TOTAL	96	100	96	100

Cuadro Nº 3

Microorganismo predominante como causa de Infección Respiratoria UCI. Ene-dic 1998

Microorganismo determinado por cultivo	Nº
Negativos	9
Pseudomona	3
Enterobacter	2
Staphilococo epidermidis	2
Echerichia coli	1
Staphilococo aureus	1
TOTAL	18

Cuadro Nº 4

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según diagnóstico de ingreso y procedimiento realizado UCI. Ene-dic 1998

Diagnostico de ingreso	Soporte Vent.		Monitoreo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Post operado alto riesgo	14	15	2	2	16	17
Paro respiratorio	7	7	-	-	7	7
Neumopatía	5	5	9	9	14	15
Bronconeumonía	5	5	5	5	10	10
Intox. organofosforado	511	12	1	1	12	13
Alteraciones neurológicas	7	7	6	7	13	14
Alteraciones cardiológicas	4	4	6	7	10	10
Sepsis	5	5	3	3	8	8
TBC pulmonar	1	1	2	2	3	3
Trauma torácico	-	-	1	1	1	1
Cona	-	-	2	2	2	2
TOTAL	59	61	37	37	96	100

Cuadro Nº 5:

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según servicio en el que se realizó procedimiento. UCI. Ene-Dic 1998

Servicio de Procedencia	TET		TQT		Ninguno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Emergencia	15	16	-	-	-	-	15	16
UCI	18	19	7	7	-	-	25	26
SOP	23	24	1	1	-	-	24	25
Medicina	6	6	-	-	-	-	6	6
Cirugía	2	2	-	-	-	-	2	2
Clínica	1	1	-	-	-	-	1	1
Clínica Santa Ana	1	1	-	-	-	-	1	1
Pediatría	1	1	-	-	-	-	1	1
EsSalud	1	1	-	-	-	-	1	1
Sin TET-TQT	-	-	-	-	20	21	20	21
TOTAL	68	71	8	8	20	21	96	100

Cuadro N° 06

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según tiempo de nebulización en la UCI. Ene-dic 1998

Nebulización	0-5 min		5-10 min		10-15 min		15-20 min		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bisolvon	28	29	5	5	-	-	-	-	33	34
Berotec	7	8	-	-	-	-	-	-	7	8
S. fisiológico	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1
Bisol+Berot.	20	21	2	2	-	-	-	-	22	23
Especial	1	1	-	-	1	1	-	-	2	2
No	-	-	-	-	-	-	31	32	31	32
TOTAL	56	59	8	8	1	1	31	32	96	100

Cuadro N° 07

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según el antibiótico usado en la UCI. Ene-dic 1998

Antibiótico más usado	N°
Penicilina G Sódica	2
PGS+Cloranfenicol+Cefazidima+VANCOMICINA	1
PGS+Cloranfenicol+ Gentamicina+Ciprofloxacino	4
Penicilina G Sódica + Ciprofloxacino	2
Ceftriaxona	15
Ceftriaxona + Amikacina	6
Ceftriaxona + Metronidazol	3
Ceftriaxona + Ciprofloxacino	2
Ceftriaxona + Cefalotina	2
Ceftriaxona + Ciprofloxacino + Amikacina	1
Ceftriaxona + Amikacina + Metronidazol	5
Ceftriaxona + Gentamicina + Cloranfenicol	2
Ceftriaxona + Clindamicina+Ciprofloxacino+ Gentamicina	6
Cefalotina	22
Cefalotina + Gentamicina	2
Cefalotina + Gentamicina + Ciprofloxacino	2
Ciprofloxacino	2
Ciprofloxacino + Amikacina	1
Ciprofloxacino + Amikacina + IMPENEM	2
Cefotaxima	4
Cefotaxima + Metronidazol	1
Cefradina + Cloranfenicol	4
Gentamicina + Ampicilina	3
TOTAL	96

Cuadro N° 08

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según nivel de hemoglobina al ingreso y egreso de la UCI. Ene-dic 1998

Hemoglobina	Al ingreso		Al egreso	
	N°	%	N°	%
Menor de 5 gr %	1	1	-	-
6 - 8 gr %	12	13	7	10
9 - 11 gr %	20	21	24	34
+ de 11 gr %	57	59	40	56
No tiene control	6	6	-	-
TOTAL	96	100	71	100

Cuadro N° 09

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según los niveles de Leucocitos en sangre en la UCI. Ene-dic 1998

Leucocitos	Al ingreso		Al egreso	
	N°	%	N°	%
Menos de 5000	5	5	5	7
6000 a 10000	33	34	34	50
11000 a 15000	22	23	16	24
16000 a +	27	28	13	19
Sin control	9	10	-	-
TOTAL	96	100	68	100

Cuadro N° 10

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria según servicio de procedencia y destino UCI. Ene-dic 1998

Servicio	Procedencia		Destino	
	N°	%	N°	%
Servicium	-	-	2	2
Neumología	-	-	1	1
Medicina	24	25	30	31
Cirugía	9	9	11	12
Sala de Operaciones	17	18	-	-
Emergencia	33	35	-	-
Ginecoobstetricia	-	-	3	3
Pediatría	6	6	5	5
Clinica Santa Ana	2	2	2	2
Clinica	4	4	8	8
EsSalud	-	-	1	1
Otras ciudades	1	1	1	1
Morgue	-	-	32	34
TOTAL	96	100	96	100

CONCLUSIONES

- La incidencia de Infecciones Respiratorias Intrahospitalarias en la Unidad de cuidados Intensivos durante los meses de enero a diciembre de 1998 fue de 50% de pacientes hospitalizados.
- El grupo más afectado fueron los menores de 15 años, no teniendo ninguna influencia el sexo.
- El 61% de los pacientes con infección respiratoria, tuvo soporte ventilatorio, principalmente aquellos pacientes post-operados de alto riesgo (15%) o con intoxicación por órgano fosforado (12%).
- El 79% de los pacientes con infección respiratoria fue sometido a un procedimiento invasivo, teniendo el 71% entubación endotraqueal y el 8% traqueostomía.
- En la Unidad de Cuidados Intensivos y en Sala de Operaciones se realiza el 64% de las entubaciones de los pacientes con infección respiratoria.
- El 68% de los pacientes fueron nebulizados, de los cuales el 59% con frecuencia de 4 horas y de ellos en el 34% se usó Bisolvon como medicamento mucolítico.
- Los antibióticos más usados fueron las Cefalosporinas de Tercera Generación y dentro de ellas la Ceftriaxona (42 casos) y la Cefalotina (28 casos).
- El 35% de los pacientes presentó anemia al ingreso, notándose un leve incremento durante su estadía, pues al egreso el 44% de los pacientes presentó algún grado de anemia.
- El 51% de los pacientes presentó leucocitosis al ingreso y al egreso esta cifra se redujo al 42%, notándose mejoría.
- Los pacientes con infección respiratoria proceden en un 35% del servicio de Emergencia y son derivados posteriormente al servicio de Medicina.
- La tasa de letalidad de infecciones respiratorias en la Unidad de Cuidados Intensivos en el período de enero a diciembre de 1998, fue de 33.3%.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO.

- Se observa una relación entre lo que indican los libros de texto y lo encontrado en el presente trabajo en que los factores de riesgo para la adquisición de Infección Respiratoria Intrahospitalaria se refieren a aquellos presentes en el huésped, (deterioro de las defensas, de la función inmunológica, limpieza ineficaz de las vías aéreas, colonización orofaríngea) y aquellos procedimientos que incrementan el riesgo de infección (nebulizadores, ventilación mecánica, tubos endotraqueales, cánulas de traqueostomía, administración de oxígeno, etc.).
- Utilizar circuitos respiratorios estériles adecuadamente desinfectados o desechables que entran en contacto con el paciente.
- Sustituir el circuito para el paciente que está conectado a ventilación mecánica cada 24 o 48 horas. Retirar el líquido acumulado en los corrugados.
- Cambiar, desinfectar o esterilizar el equipo de nebulización cada 24 horas o cuando sea necesario, si se usa en el mismo paciente.
- Para aspirar secreciones traqueales, emplear sondas estériles y guantes estériles, de preferencia cambiar para cada aspiración. Usar aspiración intermitente.
- Realizar intervenciones destinadas a eliminar secreciones y a estimular la tos (percusión, vibración, ejercicios respiratorios, cambios de posición, drenaje postural).

BIBLIOGRAFIA

1. Brunnei-Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. Editorial Interamericana. 7ª ed. España, 1996.
2. Urden-Lough-Stacy. Cuidados Intensivos en Enfermería. Editorial Mosby-Doyma, España, 1998.
3. Wilson-Thompson. Biblioteca de Enfermería Mosby. Trastornos Respiratorios. Editorial Mosby Doyma, España, 1994.

Frecuencia de la Violencia de Pareja asociado al tipo de personalidad y patrón de conducta relacional, en casos denunciados ante la Fiscalía Provincial de Familia de la ciudad de Tacna

Psc. Felipe Julian Medina Quispe ⁽¹⁾

RESUMEN

El estudio del problema de la violencia intrafamiliar se ha considerado desde dos perspectivas: la macrosistémica que ha analizado los factores históricos, sociales, económicos, estructurales y de lucha de poder que estarían influyendo en las relaciones de violencia; particularmente en la violencia contra la mujer que se produce con mucha frecuencia en las relaciones de pareja, en el contexto familiar. Y, la perspectiva microsistémica que ha dilucidado las características conductuales del sujeto «agresor» y los daños físicos, psicológicos y sociales que experimenta la «víctima».

Se plantearon varios objetivos, como el identificar el tipo de personalidad, el patrón de conducta relacional predominantes en el «agresor» y en la «víctima», según el género de los mismos. Los tipos de personalidad propuestos concuerdan con el DSM-III-R (A.P.A. 1987), y los patrones de conducta relacional considerados son los propuestos por Wild, D. (1991). Los instrumentos aplicados fueron el Inventario multifásico de la personalidad, MINIMULT, versión abreviada (REYNOSO, 1996) y un cuestionario formulado originalmente por Wild, D. y adaptado por el investigador para el presente estudio. La población investigada comprendió los casos de violencia conyugal denunciados ante la Fiscalía Provincial de Familia de Tacna, periodo julio a diciembre de 1998. Los resultados nos hacen conocer la presencia significativa en el sujeto «agresor», que se corrobora pertenecer generalmente al género masculino, de los tipos de personalidad narcisista, pasivo-agresivo y dependiente; y, el patrón de conducta relacional pasivo-agresivo. Asimismo, nos muestra la existencia relevante en el sujeto «víctima», que se conforma pertenecer generalmente al género femenino, de los tipos de personalidad dependiente, pasivo-agresivo, esquizoide, compulsivo y narcisista; y, los patrones de conducta relacional encargado incondicional y receptor pasivo. Las conclusiones nos permiten avizorar posibles relaciones de pareja con riesgo de violencia, de acuerdo a las características de personalidad y patrón de conducta relacional hallados con alta frecuencia en las relaciones que viven en violencia. Además nos permite plantearnos la posibilidad de que determinadas sobrestímulos que propicia el actual sistema de vida, y la ausencia de modelos que estimulen determinadas actitudes y valores en las personas; puedan estar influyendo en el desarrollo de determinados tipos de personalidad y patrón de conducta relacional que dañan a las personas y sus relaciones familiares, conyugales e interpersonales. Finalmente, las recomendaciones sugieren la ejecución de diversas acciones de carácter normativo local, de salud y educación; a nivel preventivo primario y secundario que haga posible un trato más eficaz y eficiente del problema de la violencia de pareja.

INTRODUCCION

El presente estudio considera prioritario iniciar la investigación de los factores asociados de la violencia intrafamiliar en el subsistema familiar: pareja, considerando los datos estadísticos que se han obtenido de una análisis preliminar de las denuncias presentadas ante la Fiscalía Provincial de Familia de la ciudad de Tacna durante el año 1997, de los que se extrae que el mayor porcentaje, 84.02%, corresponde a violencia en el subsistema familiar: pareja.

Se propone discernir los tipos de personalidad y Patrones de Conducta Relacional predominantes en los miembros de las parejas que viven en violencia. Considera diez tipos o patrones clínicos de personalidad en consonancia nosiológica y terminología conceptual del D. S. M.-III-R, categorías diagnósticos de uso común en la clínica psicológica: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, compulsivo, pasivo-agresivo, agresivo-sádico, autodepreciativo (masoquista). Y, asimismo, considera cuatro tipos básicos de patrón de conducta relacional que menciona Wild, D.: encargado incondicional, corrector, receptor pasivo, pasivo agresivo.

MATERIAL Y METODO

La presente investigación es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

La población estudiada, comprendió todos los casos de violencia de pareja, que fueron denunciados ante la Fiscalía Provincial de Familia de Tacna, durante el periodo julio - 1998 a Diciembre - 1998 y que están registrados en el Libro de Violencia Familiar, los cuales suman un total de 453 casos, de los cuales 302 parejas fueron entrevistadas y posteriormente se seleccionaron 126 parejas de acuerdo a las delimitaciones y criterios de inclusión y exclusión especificadas.

Las variables principales estudiadas fueron: Posición en la violencia de pareja: agresor o víctima; Género: Masculino o Femenino; Personalidad: Esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo sádico, autodepreciativo, compulsivo y pasivo agresivo; Conducta relacional: encargado incondicional, receptor pasivo, corrector y pasivo agresivo.

⁽¹⁾ Psicólogo de la Red de Salud de Tacna.

Los principales instrumentos de estudio empleados fueron: Fichas de datos personales, Inventario multifásico de la personalidad, versión abreviada (minimult); Cuestionario de Patrón de Conducta Relacional de Wild D. y adaptado para la presente investigación por el investigador.

RESULTADOS

En cuanto al tipo de personalidad predominante en el agresor del subsistema familiar: pareja; el mayor índice lo muestran las personas con características de personalidad narcisista, 38.89% (49 casos). En segundo lugar, en esta misma posición de agresor le siguen los sujetos que presentan características de personalidad pasivo-agresivo, 16.67% (21 casos).

En relación al patrón de conducta relacional predominante en el sujeto que asume la posición de agresor en el subsistema familiar: pareja; el mayor índice estadístico lo presentan los miembros del subsistema: pareja cuya patrón de conducta relacional presenta características pasivo agresivo, 65.87% (83 casos). Considerando el género del agresor en este mismo cuadro, resalta que del total de miembros agresores de género masculino, 74 casos (64.91%) asume el patrón de conducta relacional pasivo-agresivo.

En cuanto al tipo de personalidad predominante en la víctima. Los resultados indican que el mayor índice lo presentan los miembros del subsistema: pareja cuya personalidad presenta características dependiente, 33.33% (42 casos), le siguen, en esta posición de víctima, miembros del subsistema familiar: pareja con características de personalidad pasivo-agresivo, 18.25% (23 casos).

En este mismo cuadro resalta el género femenino que presenta el mayor número en esta posición de los cuales 42 casos (36.84%) tienen características de personalidad dependiente; 21 casos (18.42%) personalidad de tipo pasivo-agresivo y 15 casos (13.16%) personalidad de tipo esquizoide.

En cuanto al patrón de conducta relacional predominante en la víctima del subsistema familiar: pareja, el mayor número presentó características de encargado incondicional, 34.13% (43 casos). Luego tenemos a las personas con características de receptor pasivo, 30.16% (38 casos).

Por último el patrón de conducta relacional predominante en la víctima según el género; advertimos que el género femenino presenta 39 casos (34.21%) con características de relación encargado incondicional y 36 casos (31.58%) con características receptor pasivo y 24 casos (21.05%) con características pasivo-agresivo.

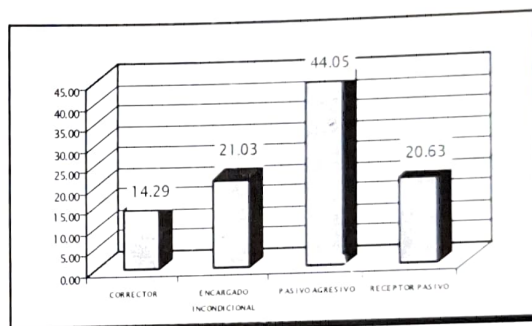
Cuadro N° 1:
Subsistemas Familiares: Pareja Seleccionados.
Periodo Julio a Diciembre de 1998.

SUBSISTEMAS FAMILIARES: PAREJA	N°	%
SELECCIONADOS	126	41.72
NO SELECCIONADOS	176	58.28
TOTAL	302	100.00

Cuadro N° 2:
Tipo de Personalidad: Pareja Seleccionada

TIPO DE PERSONALIDAD	TOTAL	
	N°	%
Esquizoide	25	9.92
Evitativa	1	0.40
Dependiente	62	24.60
Histrionica	16	6.35
Autodepreciativa	4	1.59
Agresivo-Sadico	5	1.98
Narcisista	63	25.00
Antisocial	8	3.17
Compulsiva	24	9.52
Pasivo-Agresivo	44	17.46
TOTAL	252	100.00

Gráfico N° 1:
Patrón de Conducta Relacional predominante en los miembros de los subsistemas familiares: Pareja Estudiados.



Cuadro N° 3:
Tipo de personalidad predominante en el miembro agresor del subsistema familiar: Pareja según género.

Personalidad / Género	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Esquizoide	10	8.77	0	-	10	7.94
Evitativa	0	-	0	-	0	-
Dependiente	16	14.04	4	33.33	20	15.87
Histrionica	2	1.75	3	25.00	5	3.97
Autodepreciativa	0	-	0	-	0	-
Agresivo-Sadico	4	3.51	0	-	4	3.17
Narcisista	46	40.35	3	25.00	49	38.89
Antisocial	8	7.02	0	-	8	6.35
Compulsiva	8	7.02	1	8.33	9	7.14
Pasivo-Agresivo	20	17.54	1	8.33	21	16.67
TOTAL	114	100.00	12	100.00	126	100.00

Gráfico N° 2:
Patrón de conducta relacional predominante en el miembro víctima del subsistema familiar: Pareja según Género.

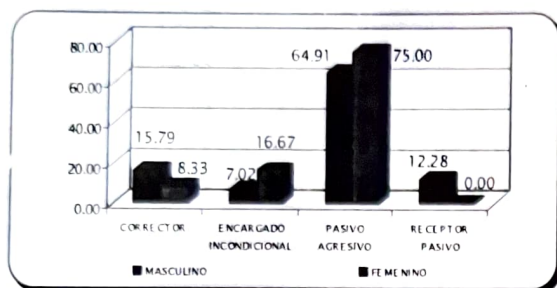
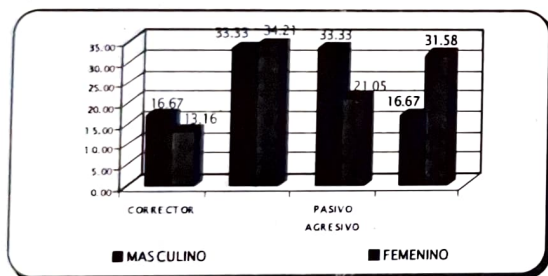


Gráfico N° 3:
PATRON DE CONDUCTA RELACIONAL PREDOMINANTE EN EL MIEMBRO AGRESOR DEL SUBSISTEMA FAMILIAR: PAREJA SEGUN GENERO



CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del presente estudio:

- 1) Los tipos de personalidad, de mayor a menor predominancia, que se hallan en las personas que asumen la posición de agresor en el subsistema familiar: pareja que vive en violencia son: Narcisista, Pasivo agresivo y Dependiente.
- 2) Los tipos de personalidad, de mayor a menor predominancia, que se hallan en las personas que asumen la posición de víctima en el subsistema familiar: pareja que vive en violencia son: Dependiente, Pasivo agresivo, Esquizoide, Compulsión y Narcisista.
- 3) De los hallazgos, planteamos la hipótesis que existiría un alto riesgo de violencia en las relaciones de pareja cuyos miembros del género masculino y femenino presenten características de personalidad halladas como muy frecuentes en los casos de violencia conyugal.

- 4) El Patrón de conducta relacional Pasivo agresivo tiene alta predominancia en el miembro que asume la posición de agresor en el subsistema familiar: pareja, que generalmente es de género masculino. El Patrón de conducta relacional Encargado incondicional y Receptor pasivo, tienen mayor predominancia en el miembro que asume la posición de víctima en el subsistema familiar: pareja, que generalmente es de género femenino.
- 5) Considerando los hallazgos, planteamos la hipótesis que existiría un alto riesgo de violencia en las relaciones de pareja cuyos miembros del género masculino y femenino adopten los patrones de conducta relacional hallados como muy frecuentes en los casos de violencia conyugal.

RECOMENDACIONES

Las principales:

- 1) Planificar y desarrollar programas de salud que creen espacios atractivos para niños, jóvenes, adultos, parejas y grupos humanos que permita la expresión de las emociones naturales y de las emociones no adecuadamente procesadas de las personas; estimulando la sensibilidad, toma de consciencia (insight) y gobierno racional de las mismas para su consiguiente orientación planificada y puesta en acción de alternativas realistas que fomenten el crecimiento grupal y personal.
- 2) Propiciar con el conjunto de las instituciones representativas de la ciudad de Tacna la creación de un programa que denominaríamos «Viviendo Juntos» orientado a informar, fortalecer y edificar actitudes y valores saludables en la relación de parejas que deseen iniciar su convivencia o relación conyugal.
- 3) En cuanto a las parejas que viven proceso de violencia, orientarlas a participar en un programa grupal que les permita identificar sus características personales, de pareja y de grupo que les impide y/o dificulta el tratar con racionalidad y empatía sus desavenencias conyugales. Este programa se incorporaría como parte del proceso establecido para casos de violencia de pareja y su abordaje sería interdisciplinario.
- 4) Propiciar la creación de una instancia interdisciplinaria con el encargo de procesar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas involucradas en violencia conyugal y sus consecuencias; evitando sesgar la atención en un solo miembro de la diada conyugal, base de toda estabilidad y equilibrio familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. A.P.A. (1987). American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C. American Psychiatric Association.
2. Avendaño, J. (1993). Escuela de Padres, Factores de Unión Marital y Evaluación de conductas Emocionales no Adaptativas para la vida Familiar en los Pobladores de la Zona Norte y Sur de Lima Metropolitana. Ponencia presentada al VI Congreso Peruano de Psicología.
3. Bergeret, J. (1981) MANUAL DE Psicología Patológica. Editorial Toray-Masson. Barcelona. España.
4. Berne, E. (1975). Hacer el Amor. Editorial Alfa. Argentina.
5. Bursten, B. (1973) Some Narcissistic Personality Types. Internacional Journal of Psychoanalysis, 54.
6. De los Rios, R. (1993). Género, Salud y Desarrollo un Enfoque en Conclusión en "Género, Mujer y Salud en las Américas". Publicación Científica 541-OPS. Washington DC.

Casos Clínicos

Pancreatitis Aguda Vs. Dislipidemia Diabetes Mellitus

Méd. Alejandro W. Villanueva Díaz ⁽¹⁾

Méd. Deysi Zulema Díaz Obregon ⁽²⁾

La pancreatitis aguda (1) es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por necrosis de la misma por autodigestión debido a la activación de sus profermentos, con atrapamiento y descarrilamiento enzimático, a partir de todo lo cual puede sufrir muy distintas evoluciones locales con repercusión general de mayor o menor gravedad. Su etiología es polimorfa y multicausal y su patogenia aún no está claramente explicada en cada uno de los mecanismos posibles, aunque su fisiopatología ofrece un proceso común a todos los casos particulares explicando los fenómenos locales o generales. Etiológicamente se relaciona con mayor frecuencia al alcoholismo y a la litiasis biliar (2), aunque hay un gran número de casos que son idiopáticos, pero existen aquellas raras ocasiones causadas por trastornos endócrinometabólicos como en los enfermos con hiperlipoproteinemia familiar tipos I y V, en la que suelen tener ataques de dolor abdominal relacionados muy a menudo a hipertrigliceridemia (3) con suero lactescente (lechoso), con valores mayores de 1000 mg / 100 ml. en la que se puede acompañar de pancreatitis aguda moderada a grave. Si se reducen los triglicéridos a menos de 500 mg / 100 ml., la recurrencia de ataques es menor. En ocasiones es posible detectar hiperamilasemia circulante, aunque en esas circunstancias la inhibición de la actividad de amilasa circulante suele enmascarar la presencia de hiperamilasemia. No se conocen aun los fenómenos que vinculan la hiperlipoproteinemia con la pancreatitis. También hay relación entre la hipertrigliceridemia, suero lactescente y pancreatitis inducida por alcohol, pero en estos casos no está claro si la anormalidad de los lípidos precede a la pancreatitis o se origina por ella. En los casos de dislipidemias con valores altos de colesterol y triglicéridos podrían causar microinfartos en el parénquima pancreático, agravándose por la alteración endotelial condicionada por la diabetes mellitus activa y no controlada, lo que llevaría a formar un proceso inflamatorio severo y por ende necrosis posterior, formando una colección líquida que se infectará sobretudo con gérmenes gram negativos y anaeróbios, traduciendo clínica y laboratorialmente en un absceso pancreático que será sujeto a tratamiento quirúrgico.

En el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna.- MINSA, el 18-10-1999, ingresa por el Servicio de Emergencia a Medicina el paciente varón C. V. 5., de 38 años de edad, natural y procedente de Tacna, casado ocupación abogado, con dolor abdominal intenso, más localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo tirando a ser en cinturón, con irradiación a región lumbar y hombro izquierdo, acompañándose de náuseas y vómitos en parte biliosos y que no cedía a tratamiento anticolinérgico. Al

examen paciente con facie muy dolorosa, quejumbroso, piel húmeda, fría, conjuntivas rosadas aunque escleras ligéramente de tinte icterico. Mucosas húmedas, lengua saburral; en base de hemitórax izquierdo disminución del murmullo vesicular y vibraciones vocales en base de izquierdo. Ruidos cardiacos con taquicardia, regulares y sin soplos. Abdomen globuloso, distendido, con dolor a la palpación superficial y profunda sobretudo en hipocondrio izquierdo, timpánico y con ruidos muy disminuidos en frecuencia e intensidad y puño percusión

lumbar izquierda (1). Como antecedente de importancia es que cursa con un cuadros de Diabetes Mellitus y Dislipidemias no controlados en forma periódica y constantes. Ingiere bebida alcohólica y fuma socialmente los fines de semana y su alimentación es variada sin ningún régimen dietético pese a conocer su patología. Ecográficamente se lo evoluciona evidenciándose una hepatopatía crónica difusa grado II + signos de "pancreatitis aguda" y posteriormente hepatopatía difusa crónica con infiltración grasa + "pancreatitis subaguda y colección patológica pancreática de 10 x 7 x 5 cm. Glicemias que varían entre 163.8 a 295 mg x di., con colesterol total de 750.7 mg x di. HDL 3.8 mg x di., relación colesterol / HDL colesterol de 197.5, LDL colesterol 696.9 mg x di., VLDL colesterol 283.5 mg x di y TRIGLICERIDOS de 2474 mg x di con un suero de aspecto francamente lechoso, con bilirrubinas totales y fraccionadas y calcio séricos dentro de los límites normales. TGO 410 u/L, TGP de 80 u/L, fosfatasa alcalina 415 u/L, proteínas totales de 8.70 gr/ di, albúminas de 4.51 gr/di, globulinas 4.19 gr/di y relación albúmina / globulina de 1.07. Amilasa de 155 u/L y lipasa de 912.7 u/L. Hemograma con ligera leucocitosis pero con desviación izquierda y presencia de bastones entre 10 y 2800 Orina dentro de los límites normales. Hubieron variaciones serológicas del Na, K, y Ca con gases en sangre que reflejaban una disminución en la saturación de oxígeno. Paciente fue inicialmente monitorizado en UCI, siendo corregidas estas alteraciones y recibiendo posteriormente en el Servicio de Medicina como tratamiento hidratación parenteral, insulina cristalina a escala móvil, cloramfenicol y gentamicina IV, ranitidina, diazepam, "gemfibrozio", metamizol o ketorolaco, oxígeno, enema evacuante e inicialmente sonda nasogástrica. Ante la presencia de picos febriles de tipo séptico y con un diagnóstico de la presencia de un absceso pancreático de sugiere el tratamiento quirúrgico al noveno día de su ingreso con los diagnósticos de Pancreatitis Aguda y Absceso Pancreático por hipercolesterolemia con Hipertrigliceridemia, junto a diabetes Mellitus activa. Es sometido bajo anestesia general inhalatoria

⁽¹⁾ Médico Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ⁽²⁾ Médico Cirujano. Essalud - Tacna

intubada a una Laparatomía exploradora, liberación de adherencias, desbridamiento del absceso pancreático, lavado de cavidad peritoneal con drenaje múltiple laminar y tubular y yeyunostomía. En el posoperatorio se le administra hidratación parenteral, ceftriaxona, metronidazol, ketorolaco, ranitidina, sonda nasogástrica, sonda vesical con insulina cristalina a escala móvil, ketoprofeno, y antitusígeno IV, sucralfato y en forma progresiva nutrición enteral por la yeyunostomía. Inmediatamente después de la cirugía la fiebre cede. Su evolución intrahospitalaria fue

completamente satisfactoria, siendo dado de alta al 11 día de su transferencia a cirugía. Fue controlado constantemente y de cerca en forma ambulatoria, disminuyendo ostensiblemente a valores séricos normales los lípidos, triglicéridos, glicemia y constantes corpusculares en base a dieta, gemfibrozilo, antidiabéticos orales y retiro de los drenes tubulares a los 30 días. Es evaluado ecográficamente, no evidenciándose patología residual como abscesos o pseudoquistes pancreáticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Semiología y Fisiopatología - Clínica Quirúrgica -Pancreatitis-Pseudoquiste del Páncreas -FE Ortiz, N B Miranda, Ji Moirano, J C Fassi, Tomo II - Edit Ateneo Pag 76-3
2. Tratado de Medicina Interna- Cecil Vol. 1 Pancreatitis- William I-1 Steimberg 9 Edición Pag. 838
3. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica Volumen 3 / 1999 El Páncreas Nueva Editorial Interamericana - México 1999

ACONDROPLASIA

Mgr. Manuel Ticona Rendón ⁽¹⁾

Méd. Carlos Ticona Paniagua ⁽²⁾



HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Antecedentes Socio-económicos: Se trata de un recién nacido, proveniente de una madre de 43 años de edad, con primaria completa, estado civil conviviente.

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

Antecedentes Obstétricos: Se trata de una gran multipara que por FUM y Ecografía tiene 36 semanas de gestación.

Embarazo Actual: es un producto no deseado, en relación a antecedentes patológicos durante el embarazo no refiere teratógenos en el primer trimestre, ni radiaciones, ni infecciones. Presentó un buen control prenatal (6 controles) en su Centro de Salud cercano. VDRL negativo, HB=11,2 g.

Parto: 15 de Noviembre de 1999. De inicio espontáneo, termina por vía vaginal, atendido por médico obstetra.

Recién Nacido: sexo femenino, nace con depresión moderada (Apgar al minuto de 4), requirió O₂ a flujo libre, recuperándose rápidamente (Apgar a los 5 minutos de 9), con un peso de 1.800 g., talla 40, perímetro cefálico 33 cm.

Examen Físico: Se trata de un RN activo, llanto enérgico, piel rosada y tibia, en posición de rana, no hay cianosis.

Polo cefálico: macrocéfalo, sutura anterior de 4x2 cm. y fontanela posterior de 2x1, normotensas, no Caput ni cefalohematoma.

Cara: simétrica, pabellones auriculares de implantación baja, dorso nasal achatado y frente prominente, boca simétrica.

Cuello: móvil, corto, no tumoraciones.

Tórax: estrecho, móvil, no presenta dificultad respiratoria, buena ventilación, no estertores.

Cardiovascular: FC=148 x', tonos cardíacos de buena intensidad, no soplos, abdomen globuloso, pero blando y depresible. Se palpa hígado a 2 cm. de reborde costal, no se palpa bazo, diastasis de rectos, ruidos hidroacécos presentes, cordón umbilical con 2 arterias y una vena y de características normales.

Genitales externos: labios mayores no cubren a los menores, clitoris prominente, ano permeable.

Extremidades: miembros superiores e inferiores cortos. Huesos de extremidades cortos y anchos. Manos y pies cortos con dedos pequeños de longitud semejante.

Neurológico: En posición de rana, estado de conciencia alerta, discreta hipotonía muscular.

⁽¹⁾ Médico Pediatra y Neonatólogo. Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna. Ex-Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. ⁽²⁾ Médico de EsSalud

Se hospitalizó en el servicio de Neonatología para sus cuidados especiales y se pidió los siguientes exámenes.

Exámenes auxiliares: Se le pidió sus exámenes hematológicos los que estuvieron dentro de los límites normales: Hb=16, Hto=48, Leucocitos=13,000 sin desviación izquierda, glucosa en sangre=52.

Radiografía: De cuerpo entero, se encontró hidrocefalia, huesos tubulares cortos, ensanchamiento metafisario, manos cortas en tridente, alas ilíacas pequeñas y cuerpos vertebrales pequeños.



Evolución: Estuvo en cuidados intermedios 48 hr. no presentando ningún signo de alarma después del cual pasa a alojamiento conjunto madre-niño dándole de alta juntamente con la madre a los 5 días de nacido con un peso de 1,850 g. con buena succión, lactancia materna exclusiva, con la recomendación de controlarse en consultorio externo de Neonatología a las 48 horas de su alta.

DEFINICION

La Acondroplasia es el tipo de osteocondrodysplasia del recién nacido que se caracteriza por: 1) miembros cortos, 2) dorso nasal bajo 3) estrechamiento caudal del conducto medular espinal.

Es la condrodysplasia mas corriente, ocurre con una frecuencia de 1 caso por cada 10,000 nacimientos.

Anormalidades:

Crecimiento: Estatura baja

Craneofaciales: Megacefalia, foramen magnum pequeño

Base craneal corta con cierre esfenoccipital precoz

Dorso nasal bajo con frente prominente

Hipoplasia mesofacial leve con conductos nasales estrechos.

Esqueléticas: cuerpos vertebrales pequeños y de forma cuboide con pediculos cortos y progresivo estrechamiento de la distancia interpedicular lumbar, alas ilíacas pequeñas, con escotadura ciática mayor estrecha.

Lordosis lumbar.

Mano corta en tridente, siendo los dedos de longitud similar, con falanges proximales y medias cortas.

Otras anomalías: hipotonía ligera, el progreso motor es a menudo lento, aunque la inteligencia final suele ser normal.

Complicaciones ocasionales: puede producirse una hidrocefalia

Historia Natural: El médico debe estar alerta para detectar cualquier complicación neurológica debida a compresión ósea o discal.

Etiología: Herencia autosómica dominante, representando aproximadamente el 90% de casos una mutación reciente. La avanzada edad de los padres a sido un factor contribuyente.

COMENTARIOS

Durante los últimos 20 años (1980-1999), han nacido 50,414 recién nacidos vivos, de los cuales se han presentado 10 casos de acondroplasia que hacen una tasa de 1.98 por 10,000 nacidos vivos, de los cuales fallecieron 8, siendo la tasa de mortalidad de 1.59 por 10,000 nacidos vivos y su porcentaje de letalidad del 80%.

Es decir que aproximadamente se ha presentado un caso por cada 5,000 RNV, es decir el doble de la incidencia que reportan a nivel mundial.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Smith, David Atlas de Malformaciones Somáticas en el Niño Editorial Pediátrica Barcelona, España 1982
- 2 Ticona, Manuel Indicadores Materno Perinatales de Tacna 1980-1999 En prensa
- 3 Meneghello Pediatría Cuarta Edición Editorial Mediterraneo Chile 1996
- 4 Nelson Tratado de Pediatría Catorceava Edición Editorial Interamericana México 1992
- 5 Schaffer Enfermedades del Recién Nacido Sexta Edición Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, Argentina 1993
- 6 Avery Neonatología Tercera Edición Buenos Aires, Argentina 1990
- 7 Caffey, Jhon Diagnóstico Radiológico en Pediatría Editorial Salvat Barcelona, España 1987
- 8 Gomella, Tricia Neonatología Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, Argentina 1998

Temas de Revisión

Diagnostico de la Maduración Pulmonar Fetal

Mgr. Manuel Ticona Rendón

Para que un feto pueda adaptarse a la vida extrauterina y tenga capacidad de supervivencia, es indispensable que adquiera cierto grado de maduración de algunos sistemas. Para ello debe contar con un mínimo de maduración pulmonar que lo habilite para realizar la hematosis. Esta capacidad denota ya alguna probabilidad de sobrevivida posnatal y se alcanza en las proximidades de la semana 28 de amenorrea. A partir de allí el mayor grado de maduración pulmonar y de perfeccionamiento de otros sistemas va aumentando la capacidad de adaptación inmediata y la posibilidad de sobrevivencia del neonato.

Hay relación inversa entre la edad gestacional y la mortalidad neonatal. La edad gestacional es uno de los mejores predictores de la posibilidad de sobrevivida en el período neonatal.

LA MORTALIDAD NEONATALES

América Latina (CLAP)	Tacna
A las 37s. es de 2.5%	1.8%
A las 30s. es de 41.0%	39.0%
A las 25s. es de 88.0%	98.0%

- El objetivo para disminuir la mortalidad neonatal es la prolongación de la gestación.
- El factor más importante asociado a la mortalidad neonatal es la Enfermedad de Membrana Hialina (EMH), la que se encuentra en más del 70% de los RNBP fallecidos.

CONTRIBUCION A LA MORTALIDAD NEONATAL DE ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN RN DE BAJO PESO

	Total	Muertes	Contribución a la mortalidad
EMH	1075	539	70.6%
NO EMH	3688	224	29.3%
TOTALES	4763	763	100.0%

- La Mortalidad Neonatal se asocia con la edad gestacional a través de la ocurrencia o no de EMH.

PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD NEONATAL SE PLANTEA

- No sólo, prolongar la gestación a través de un «Manejo Perinatal de la Prematuridad»

- Sino, evitando la ocurrencia de la EMH a través de un Diagnóstico Prenatal e induciendo farmacológicamente la Maduración Pulmonar en casos catalogados de inmaduros (Corticoides, Hormona Tiroidea).

DIAGNOSTICO PRENATAL DE MADURACION PULMONAR FETAL

- Durante la vida intrauterina el pulmón fetal segrega líquido, el que al llegar a la orofaringe la mayoría es deglutido, pasando una fracción hacia el líquido amniótico.
- De esta manera, en el líquido amniótico aparecen componentes del complejo surfactante del pulmón fetal, posibilitando su detección y así estimar el grado de maduración pulmonar fetal.
- Para evaluar la capacidad diagnóstica de los diferentes métodos, se determinó la sensibilidad y la especificidad.

1. Prueba de la agitación (Test de Clements)

- Descrita en 1972 por J. Clements.
- Prueba de gran difusión por la sencillez de su realización, no requerir equipos especiales ni personal muy adiestrado.
- El resultado es positivo (pulmón fetal maduro): cuando el líquido amniótico diluido a la mitad en suero fisiológico, al ser agitado en un tubo, forma un anillo continuo de espuma, por más de 15 minutos.
- La sensibilidad para diagnosticar la EMH es elevada (mayor de 90%), mientras que su especificidad es algo menor.

⁽¹⁾ Médico Pediatra y Neonatólogo. Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna. Ex-Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- El **valor predictivo** de un resultado positivo (Pulmón fetal maduro) es muy elevado, es decir que de interrumpirse la gestación el Neonato no sufrirá una EMH en más del 99% de los casos.
- El **valor predictivo** de un resultado negativo (Pulmón fetal inmaduro) es bajo (40-60%), es decir que más de la mitad de los casos con resultado negativo, no desarrollan posteriormente EMH.
- En la **práctica clínica**, un resultado positivo es muy confiable, en tanto que un resultado negativo hace necesario efectuar otras pruebas con el propósito de obtener un diagnóstico de Maduración Pulmonar Fetal (MFP) más fidedigno.
- Dada su simplicidad y bajo costo, así como la inmediata obtención de los resultados, esta prueba se utiliza como método de rastreo inicial en la evaluación de la maduración pulmonar fetal.
- La contaminación del líquido amniótico con sangre o meconio altera los resultados de la prueba de la agitación.
- La **capacidad diagnóstica** de la prueba de la agitación parece no modificarse en casos de gestaciones con patología sobreagregada.

2. Índice Lecitina /Esingomielina

- La **Lecitina** es uno de los principales fosfolípidos del complejo surfactante pulmonar, es elaborada por las células alveolares de tipo II.
- Su concentración comienza a aumentar en el líquido amniótico a partir de las 26-28 sem.
- La **Esingomielina** es un fosfolípido sin acción tensoactiva y su concentración es estable en el líquido amniótico a medida que progresa la gestación.
- El cociente Lecitina/Esingomielina (Índice L/E) determinado por Cromatografía, es uno de los métodos de diagnósticos más utilizados.
- L. Gluck en 1971, relacionó las concentraciones de L/E comparando los niveles de lecitina (que aumentan a medida que avanza la gestación) con los niveles de esingomielina (que permanecen constantes).
- Un valor del Índice L/E mayor de 2.0 es indicador de un pulmón fetal maduro, tiene un valor predictivo positivo de madurez pulmonar del 98 al 100%. Ello significa que sólo alrededor del 2% de estos resultados positivos desarrollarán posteriormente una EMH.
- Un resultado menor de 2, tiene un mayor valor predictivo de inmadurez que el Test de Clements, aunque un 30% de los casos negativos posteriormente no desarrollan EMH.
- La **sensibilidad** es menor que la prueba de la agitación, ello se debe a gestaciones con diferentes patologías diabéticas, eritroblastosis fetal por conflicto Rh y Sufrimiento Fetal Agudo.
- En gestaciones diabéticas, el índice debe ser igual o mayor de 3.
- La presencia de sangre, meconio, secreciones vaginales u orina materna, alteran el valor del Índice L/E.
- La **especificidad** del Índice L/E para detectar un EMH, varía según los autores entre 62 y 98%.

- La relación L/E en general es de 1:1 hacia las semanas 31-32 de la gestación y de 2:1 hacia la semana 35. A continuación se dan pautas de la relación L/E.
- L/E de 2:1 o más: los pulmones están maduros (98% de exactitud). Sólo el 2% de estos niños desarrollarán el síndrome de dificultad respiratoria.
- L/E de 1.5-1.9:1: el 50% desarrollará el síndrome de dificultad respiratoria.
- L/E de menos de 1.5:1: el 73% desarrollará el síndrome de dificultad respiratoria.

3. Fosfatidilglicerol (FG)

- Se trata de un fosfolípido de aparición tardía.
- En gestaciones normales, se le detecta en el líquido amniótico a partir de las 34-35 semanas de gestación.
- Su función en la fisiología del complejo surfactante parece que complementa la acción de Lecitina estabilizando las superficies alveolares y mejorando así la acción tensoactiva de la Lecitina.
- Se le ha utilizado como indicador de maduración Pulmonar fetal desde 1976.
- Su detección se realiza utilizando la cromatografía y ultimamente con métodos inmunoquímicos.
- La presencia de Fosfatidilglicerol en el líquido amniótico significa que el 98 a 100% de los casos antes del parto, no desarrollará una EMH luego del nacimiento.
- Su ausencia, sin embargo tiene un bajo valor predictivo de EMH (50-60%), por lo que no se puede asegurar que un feto sea inmaduro ante la ausencia de FG.
- La sensibilidad oscila entre 78% y 100%.
- La especificidad es algo menor, con valores de 30 a 100%.
- La capacidad diagnóstica no se altera en gestaciones de madres diabéticas (método de elección).
- También es método de elección en gestaciones con rotura prematura de membranas ovulares, el resultado no se modificaría frente a contaminaciones con sangre, meconio o semen.
- En suma, es un método diagnóstico que emplea la recolección de líquido amniótico mediante un apósito vulvar en gestantes con membranas ovulares rotas.
- La capacidad diagnóstica es comparable a la que se emplea con líquido amniótico obtenido por amniocentesis.

MADURACIONANORMAL

Este fenómeno puede ser definido por un índice de maduración que no se encuentra dentro del rango normal, una vez que se descartado que el líquido amniótico esté contaminado. Otro criterio es la presencia de una EMH después de las 37 semanas de gestación o la ausencia de una EMH antes de 31 o 33 semanas de gestación.

Condiciones que pueden asociarse con aceleración o retraso de la maduración del pulmón:

a) Maduración Acelerada:

- Infarto placentario crónico
- Severa hipertensión inducida por el embarazo

- Insuficiencia placentaria
- Hipertensión arterial crónica renal o vascular
- Diabetes mellitus, clases F a R
- Rotura prolongada de membranas
- Hipertiroidismo
- Diferencias sexuales
- Adicción a narcóticos por parte de la madre
- Retardo de crecimiento intrauterino

b) Maduración Retardada:

- Diabetes mellitus, clases A a C
- Isoinmunización Rh con hidropesía fetal
- Condiciones asociadas con shock
- Oligoamnios crónico

Procedimiento recomendado para el diagnóstico de la maduración pulmonar fetal

Existe una fuerte asociación entre la imagen ecográfica de madurez placentaria y la madurez pulmonar fetal. Por esta razón, cuando se observa que más del 50% de la placenta tiene características de madurez, no es necesario realizar otros exámenes. En caso de que a la placenta se le califique como intermedia o inmadura, se deben realizar las pruebas con el líquido amniótico, que puede ser obtenido por punción transabdominal o por vía vaginal en los casos con membranas ovulares rotas.

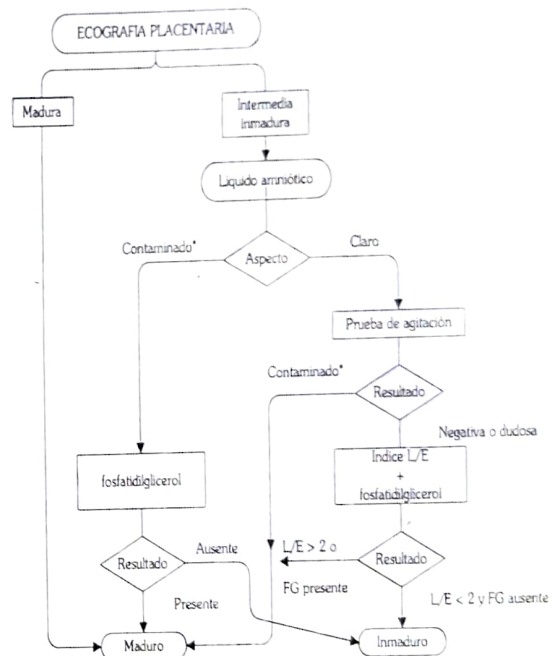
- En primer lugar, usar la prueba de la agitación (Clements), pues junto con una buena capacidad diagnóstica, posee uno de los más bajos costos.
- En segundo lugar utilizar en forma conjunta la determinación del Índice L/E junto con la identificación de la presencia de FG.
- El líquido amniótico para el estudio de la maduración pulmonar fetal puede ser obtenido por punción transabdominal o por vía transvaginal, en los casos con membranas ovulares rotas.
- Es todas aquellas muestras obtenidas por vía transvaginal, así como en aquellas obtenidas por punción transabdominal, pero contaminadas con sangre o meconio, deberá utilizarse como

único método diagnóstico la presencia de FG.

- Cuando el líquido amniótico es obtenido por vía transabdominal y no presenta contaminación, se realizará la prueba de la agitación.
- La obtención de un resultado positivo con la prueba de la agitación en una muestra no contaminada, asegura la no ocurrencia de EMH en más de 99%.
- En el caso de obtener un resultado negativo o dudoso. Se determinará el índice L/E conjuntamente con la presencia de FG.
- La obtención de un valor del índice L/E igual o mayor de 2.0 o la detección de la presencia de FG en la muestra nos asegura la no ocurrencia de EMH en más de 98% de los casos.
- En el caso de madres diabéticas, es necesario tomar en cuenta solamente, la presencia de FG como predictivo de la ocurrencia de EMH.

Figura Nº 01:

Fig. Algoritmo de decisiones en el estudio de la madurez pulmonar fetal.



* Meconio-sangre-secreciones vaginales

BIBLIOGRAFIA

1. Estol, P. Diagnóstico de la Maduración Fetal Pulmonar. Tecnologías en Perinatología. Pub. Cient. del CLAP Nº 1255. Montevideo-Uruguay. Marzo 1992.
2. Gomella, T. Estudio Prenatal. En: Neonatología. Editorial Panamericana. 3ra. Edición. Buenos Aires, Argentina. Julio, 1998.
3. Gonzales, M. Problemas del Recien Nacido Prematuro. Revista Chilena de Pediatría. 63 26-30. 1993.
4. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Ministerio de Salud. Publica de Cuba. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Editorial Ciencias Médicas de Cuba. La Habana. Cuba. 1991.
5. Natal, A. Diagnóstico de la madurez del feto. En: Manual de Neonatología. Editorial Mosby. Madrid, España. 1990.
6. Perez Sanchez. Obstetricia. 2da Edición. Editorial Mediterraneo. Santiago de Chile. 1992.
7. Schwarz, R. Problemas Asociados a Mortalidad Materna y Perinatal. Publicación del CLAP Nº 1255. Montevideo-Uruguay. 1992.
8. Schwarz, R. Diagnóstico de la Salud Fetal. En: Obstetricia. Editorial El Ateneo. Quinta Edición. Buenos Aires. Argentina. 1995.
9. Sola, A. Cuidados Intensivos Neonatales. Editorial Científico Interamericana. 3ra. Edición. Buenos Aires. Argentina. Marzo 1995.

Riesgo Materno Perinatal

Mgr. Obst. Diana Huanco Apaza⁽¹⁾

Concepto de Enfoque de Riesgo

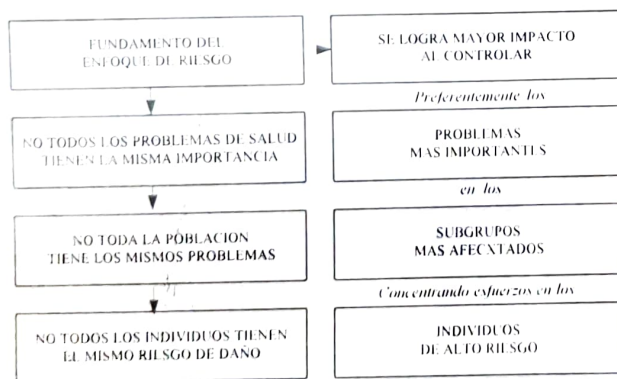
El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, de las familias y las comunidades basado en concepto de riesgo. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que, para algunos es mayor que para otros. Esta diferencia, establece un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar un daño hasta un máximo necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud.

Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos y en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad. Para garantizar la captación de estos individuos o grupos con mayor riesgo se precisa contar con los instrumentos adecuados para su identificación implementados en los servicios de salud.

El enfoque de riesgo constituye un método de trabajo esencialmente preventivo. Puede considerarse como una estrategia que favorece el óptimo aprovechamiento de los recursos al permitir su adecuación a las necesidades.

Problemas de salud: No todos los problemas de salud tienen la misma importancia, por lo cual se logrará un mayor impacto si se controlan preferentemente los problemas más críticos. Para establecer prioridades se deberá tener en cuenta principalmente la magnitud, gravedad y efectividad tecnológica para neutralizar cada problema así como el costo del control y el impacto en la comunidad.

Subgrupos más afectados: No toda la población tiene los mismos problemas, pues estos no se distribuyen en forma homogénea. Existen subgrupos (por ubicación geográfica, por edad, ocupación, etc.) en donde se concentran más que en el resto de la población. Por lo tanto se logrará mayor impacto si los problemas priorizados se controlan preferentemente en estos subgrupos más afectados.



Riesgo: Es la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir un daño. El concepto de riesgo es probabilístico y no determinista. Por ejemplo, un individuo fumador tiene un mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón, esto no significa la certeza de que esto ocurra, habrá algunos individuos que, al fumar no contraerán el mal y otros que a pesar de no fumar lo padecerán.

Factor de riesgo: Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño. Por ejemplo, una embarazada fumadora presenta un factor de riesgo (Hábito de fumar) que aumenta su probabilidad (riesgo) de tener un niño de bajo peso al nacer (daño o resultado no deseado).

Daño: es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo. Por lo tanto deberá definirse cual es el daño (mortalidad neonatal, perinatal, bajo peso al nacer, etc.) y en función de ese daño se analizarán cuales son los factores que se le asocian.

Riesgo materno y perinatal: Es la probabilidad de que una madre o el producto de la concepción enferme, muera o quede con un daño permanente a consecuencia de la gestación, parto o puerperio.

La selección temprana de estos embarazos de riesgo aumentado permite racionalizar la atención perinatal y concentra los recursos en quienes más lo necesitan, a fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera. Existen muchos indicadores para medir los riesgos perinatales, como peso al nacer, estado neurológico del niño, etc. La tasa de mortalidad sigue siendo el instrumento más utilizado.

FACTORES DE RIESGO PERINATAL: Son características que presentan una asociación significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser de tipo:

- Causal:** El factor desencadena el proceso. Por ejemplo, **placenta previa** → muerte fetal por anoxia; **rubeola** durante el 1er. trimestre del embarazo → malformaciones congénitas; **malnutrición materna** → bajo peso al nacer.
- Predictivo:** Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o mal comprendidas. Por ejemplo, una mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre mayor riesgo de perder su siguiente hijo.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en:

- Endógenos o Biológicos,** propios del individuo (edad, sexo, paridad, peso, talla, etc.) y
- Exógeno o del Medio Ambiente,** en este se incluyen caracte-

⁽¹⁾ Jefe de la Unidad de Epidemiología del HHUT.

ísticas o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistema de salud, educación, económico, social, etc.).

SELECCION DE LOS FACTORES DE RIESGO:

Para que una característica pueda ser seleccionada como factor de riesgo deberá cumplir una serie de requisitos:

- Fuerza de asociación con el daño:** La presencia del factor deberá asociarse con un aumento significativo de la probabilidad de padecer el daño. El riesgo relativo (RR) y el Odds Ratio (OR), como estimadores, son instrumentos muy útiles para este objetivo ya que miden el exceso de riesgo para un daño en las personas expuestas al factor de riesgo, comparado con el de las que no están expuestas a dicho factor. Por ejemplo, si se dice que el hábito de fumar tiene un RR de 2 para el bajo peso al nacer, significa que la embarazada que fuma tiene 2 veces más posibilidades de tener un niño con bajo peso al nacer en comparación con la que no fuma.
- Incidencia:** Esta característica determina una discriminación entre las acciones de nivel comunitario y las de nivel individual. Los factores que tienen una alta frecuencia en la población serán seleccionados en la medida que se pueda intervenir a nivel comunitario para su control. En cambio, la selección de individuos de alto riesgo tienen por objeto concentrar en una mayoría con más necesidad el máximo de recursos, ya sea refiriéndolos a un nivel superior de atención o aumentando las prestaciones. Por lo tanto para que puedan ser usados a nivel individual los factores no deberán tener una frecuencia muy alta, que impida separar del total un porcentaje operativo de individuos con una determinada condición de riesgo.
- Posibilidad de ser identificados:** Los factores de riesgo elegidos deben ser de fácil detección por parte de quien tiene que identificarlos. Esto determinará que los factores de riesgo utilizados para identificar individuos con alto riesgo variarán según el nivel en donde se actúe.
- Posibilidad de ser controlados:** Deberán seleccionarse aquellos factores de riesgo sobre los que se puede actuar, ya sea suprimiéndolos (hábito de fumar), reduciéndolos (hipertensión, malnutrición) y, en los casos en que son inmutables, controlando sus efectos (edad, talla).

RIESGO PERINATAL Y SU APLICACION EN LA PRACTICA

Entre los factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y su producto se pueden diferenciar los que se asocian con un **riesgo potencial** y aquellos que se asocian con un **riesgo real**. En estos últimos ya se encuentra establecida alguna patología o anomalía muy ligada al daño que se pretende prevenir.

Entre los factores de riesgo potenciales figuran los preconcepcionales (clase social, estado civil, edad materna, etc.); y entre los de riesgo real los cuadros que configuran patología (toxemia, diabetes, anemia, etc.)

El **bajo riesgo perinatal** se resuelven con procedimientos

los mas o menos simples (primer nivel de atención). El **alto riesgo** requiere técnicas más especializadas en un segundo o tercer nivel de atención, con personal y equipos más desarrollados.

Según el momento en que más precozmente puedan llegar a ser identificados, los factores de riesgo perinatal se clasifican en preconcepcionales, del embarazo, del parto, del post-parto y neonatales.

A. PRECONCEPCIONALES	B. DEL EMBARAZO
Bajo nivel socio económico	Anemia
Analfabetismo	Mal control prenatal
Malnutrición materna	Poca ganancia de peso
Baja talla > 1.45 m	Excesiva ganancia de peso
Obesidad	Hábito de fumar
Madre adolescentes	Alcoholismo
Edad materna avanzada	Drogadicción
Gran multiparidad	Hipertensión inducida por embarazo
Corto intervalo intergenésico	Embarazo múltiple
Malos antecedentes genéticos	Hemorragias
Malos antecedentes obstétricos	Retardo crecimiento intrauterino
Patología previa	Infección ovular
Peso materno < 45 Kg	Incompatibilidad sanguínea feto-materna
	Rotura Prematura de Membranas
C. DEL PARTO	D. DEL RECEN NACIDO
Inducción del parto	Depresión neonatal
Amenaza parto pretermino	Pequeño para la edad gestacional
Presentación pelviana	Pretermino
Trabajo parto prolongado	Malformaciones
Insuf. cardiorrespiratoria	Infección
Distocias de contracción	Bajo peso al nacer
Mala atención del parto	
Procedencia del cordón	E. DEL POST PARTO
Sufrimiento fetal	Hemorragias
Gigantismo fetal	Inversión uterina
Parto instrumental	Infección puerperal

No cabe duda que, según sea el lugar donde se efectúe la atención perinatal, los factores de riesgo podrán tener mayor o menor peso. De allí la necesidad de examinarlos analíticamente de acuerdo a los conceptos de Riesgo Relativo (RR), Riesgo Atribuible (RA) y Riesgo Atribuible a la Población (RAP).

RIESGO RELATIVO (RR)
(Fuerza de la Asociación)

MIDE EL EXCESO DE RIESGO PARA UN DAÑO DADO EN LAS PERSONAS EXPUESTAS AL FACTOR DE RIESGO, COMPARADO CON EL DE LAS QUE NO ESTAN.

RIESGO ATRIBUIBLE (RA)
(Impacto de control en el grupo expuesto)

MIDE PORCENTAJE DE LA INCIDENCIA DEL DAÑO QUE SE REDUCIRIA EN EL GRUPO EXPUESTO AL FACTOR SI ESTE FUERE NEUTRALIZADO

RIESGO ATRIBUIBLE EN LA POBLACION (RAP)
(Impacto de control en la población)

MIDE EL PORCENTAJE DE LA INCIDENCIA DEL DAÑO QUE SE REDUCIRIA EN LA POBLACIÓN SI EL FACTOR FUERE NEUTRALIZADO

CALCULO DEL RIESGO RELATIVO (RR)

Se puede lograr utilizando los valores de una tabla llamada de dos por dos o de doble entrada, esa tabla se puede utilizar para estudio de cohortes y estudio de casos y controles.

Figura N° 1. Tabla de doble entrada para calcular al RR

		DAÑO		
		SI	NO	
FACTOR DE RIESGO	SI	a	b	a + b
	NO	c	d	c + d
		a + c	b + d	

- a = corresponde a presencia de factor de riesgo y del daño
- b = corresponde a presencia de factor y ausencia de daño
- c = corresponde a la ausencia de factor y presencia de daño
- d = corresponde a la ausencia de factor y de daño
- a+b = corresponde al total de individuos expuestos al factor de riesgo
- c+d = corresponde al total de individuos no expuestos al factor de riesgo
- a+c = corresponde al total de individuos con daño
- b+d = corresponde al total de individuos sin daño
- a+b+c+d (N) = corresponde al total de individuos estudiados

El **riesgo relativo** es un cociente que se obtiene de relacionar la probabilidad de padecer el daño entre los expuestos (P1) y los no expuestos (P2).

$$P1 = \frac{a}{a+b} \quad P2 = \frac{c}{c+d} \quad RR = \frac{P1}{P2}$$

Como la incidencia no es conocida en estudios de casos y controles (estudios retrospectivos), el riesgo relativo se puede obtener utilizando la razón de los productos cruzados de las cuatro celdas, es lo que se llama OR (Odds Ratio):

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Ejm: Se trata de examinar el RR de las pacientes anémicas para el daño muerte materna.

		DAÑO		
		SI	NO	
FACTOR DE RIESGO: ANEMIA	SI	12	1969	1981
	NO	6	4154	4160
		18	6123	6141

Significa que las embarazadas con anemia tienen una probabilidad de 61 en 10.000 de mortalidad materna.

$$P2 = \frac{c}{c+d} = \frac{6}{4160} = 0.0014$$

Significa que las embarazadas no anémicas tienen una probabilidad de 14 de 10,000 de mortalidad materna

El RR de muerte materna es:

$$RR = \frac{P1 \text{ expuestos}}{P2 \text{ No expuestos}} = \frac{0.0061}{0.0014} = 4.20$$

$$OR = \frac{a \times d}{c \times b} = \frac{12 \times 4154}{6 \times 1969} = 4.22$$

El RR 4.20 significa que la probabilidad que una madre expuesta al factor de riesgo anemia de padecer el daño muerte materna es cuatro veces mas que la probabilidad de morir que tienen las no anémicas (no expuestas).

CALCULO DEL RIESGO ATRIBUIBLE (RA)

Mide la proporción de la incidencia del daño que se reduciría en el grupo expuesto al factor de riesgo, si este fuera neutralizado. O, de otra forma, es la diferencia entre la probabilidad de tener el daño de los que están expuestos al factor de riesgo y la probabilidad de los que no lo están. Esto se expresa:

$$RA = P1 - P2$$

En el caso del factor de riesgo anemia y muerte que venimos examinando, el riesgo atribuible sería:

$$RA = P1 - P2 = 0.0061 - 0.0014 = 0.0047$$

El valor 0.0047 encontrado quiere decir que 47 de cada 10,000 muertes maternas en las anémicas se evitarían si este factor de riesgo anemia fuera controlado oportunamente.

CALCULO DEL RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL (RAP)

Esta medición es más importante que el RA aislado, puesto que el RAP mide el impacto sobre la población si el factor de riesgo es controlado. En pocas palabras, el RAP mide el porcentaje de la incidencia del daño que se reduciría en la población si el factor fuera neutralizado.

Además de conocer el RR, es decir la asociación entre el factor de riesgo y el daño en el grupo estudiado, se precisa conocer el nivel de riesgo que representa ese factor por su frecuencia en la comunidad. Este concepto involucra una óptica de salud pública; puede ocurrir que el RR calculado para un determinado factor sea importante en los individuos estudiados pero puede ser que ese factor, debido a su poca frecuencia de presentación, no tenga gran importancia en la comunidad.

Para calcular el impacto que un factor de riesgo tiene en la comunidad (RAP) se utiliza la siguiente fórmula:

$$RAP\% = \frac{Frec(RR - 1)}{Frec(RR - 1) + 1} \times 100$$

En los estudios de casos y controles se puede aplicar la fórmula siguiente:

$$RAP\% = \frac{F\%(P1 - P2)}{P(\text{general})}$$

En donde: F% = Frecuencia del factor en la población
P = Probabilidad del daño en todas la embarazadas

En ejemplo del factor de riesgo anemia y el daño muerte materna podemos obtener el siguiente RAP%.

$$RAP\% = \frac{F\%(p1-p2)}{P(\text{general})} = \frac{32(0.0061 - 0.0014)}{18/6141} = \frac{32 \times 0.0047}{0.0029} = \frac{0.1504}{0.0029} = 51.86\%$$

Esto significa que el 51.86% de la probabilidad media de muerte materna de esa población en estudio, está asociada al factor de riesgo anemia. Significa esto que, si logramos controlar oportunamente el factor anemia en nuestra comunidad, la mortalidad materna se reduciría en 51.86%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervantes, Watanabe, Denegri. Muerte Materna y Muerte Perinatal en Hospitales del Perú. Ministerio de Salud y Sociedad Peruana de Gineco Obstetricia 1988
2. Cloberty, J. Manual de Cuidados Neonatales 2da Edición Salvat Editores 1987
3. Gonzalo, D. Enfoque de Riesgo Materno Infantil En. Tecnologías Perinatales. Publicación del CLAP N° 1255, 1992
4. Goetzman, B. Manual de Cuidados Intensivos Neonatales 2da Edición Editorial Mosby 1992
5. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Neonatología. México, DF 1990
6. Ministerio de Salud de Cuba. Manual de Atención en Obstetricia y Perinatología. Editorial Ciencias Médicas. Cuba 1992
7. MINISTERIO DE Salud. Dirección General de Salud Materno Infantil y Población. El embarazo de Alto Riesgo en el Perú. Lima, Perú. 1980
8. Oliveros, M. «Salud Pública Perinatal». En Medicina Fetal y del Recien Nacido CONCYTEC. Lima, Perú. Pag 19-23 1997
9. OPS «Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil». Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud N° 7. Washington, E.U.A. 1986
10. Sarue, E. Factores de Riesgo. Publicaciones del CLAP N° 1264. Uruguay, 1992
11. Schwarcz, R. «Alto Riesgo Perinatal». En Obstetricia. Quinta Edición. Editorial «El Ateneo». Buenos Aires, Argentina. 1995
12. Távora, L. El enfoque de Riesgo como Estrategia para Mejorar la Salud Materna y Perinatal. En Salud Materna y Perinatal. Lima, Noviembre 1992
13. Ticona, C. Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Perinatal. Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 1992-1997. Tesis de Bachiller en Medicina. Arequipa, 1998

Siete lecciones para liderar el viaje hacia el futuro

Lic. Enf. Eufemia Melo Avendaño ⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

El liderazgo no es una condición pasiva sino producto de participación, compromiso, comunicación, cooperación, negociación, iniciativa y responsabilidad. Es esencialmente un individuo capaz de invertir tiempo y energía en el futuro de su organización principalmente en el de su personal.

Primera Lección:

"Los líderes no esperan"

Es difícil lograr que las personas se interesen simplemente por una visión; hay que demostrar que algo sucede.

Las oportunidades de liderazgo son ciertamente aventuras de toda una vida y requiere un espíritu precursor.

Esperar el permiso para iniciar una acción no es característico de los líderes.

Actuar con un instinto de perentoriedad *si lo es*.

Para ser líder ahora o en el futuro lo primero que se debe hacer es iniciar un viaje de descubrimiento.

Segunda Lección:

"El carácter es importante"

Un líder debe tener las siguientes cualidades sincero consciente de las posibilidades futuras, inspirador y competente.

Estas características comprenden lo que los expertos en comunicación citan como *credibilidad* de la fuente de información.

Las cualidades de liderazgo admiradas mas que cualquier otra cosa es que los líderes deben ser creíbles. Debemos creer que se pueden confiar en su palabra que están interesados personalmente y entusiasmados acerca de la dirección hacia lo que se nos dirige y que ellos tienen los conocimientos y las destrezas necesarias para liderar.

La gente espera que sus líderes defiendan algo y tengan el valor de sus convicciones. Por consiguiente, el primer hito del viaje credibilidad del liderazgo en la claridad de los valores personales.

Tercera Lección:

"Los líderes tiene la cabeza en las nubes y los pies en la tierra"

Los líderes deben ser creíbles, pero también pedimos que sean conscientes de las posibilidades futuras que tengan un sentido de orientación y visión para el futuro.

Cuarta Lección:

"Los valores compartidos tienen mucha importancia"

Los líderes deben ser capaces de conseguir el consenso sobre una causa común y conseguir un conjunto común de principios. Deben ser capaces de crear una comunidad de valores compartidos. Fomentan fuertes sentimientos de efectividad personal.

Promueven altos niveles de lealtad para con la organización.
Facilitan el consenso acerca de los objetivos organizacionales.
Fomentan el comportamiento ético.
Promueven normas convincentes acerca de trabajar con ahínco e interesarse por los demás.
Reduce los niveles de tensión en el trabajo.
Alimentan el sano orgullo en la organización.
Facilitan la comprensión de las expectativas del trabajo.
Fomentan el trabajo en equipo y el espíritu del cuerpo.
El consenso acerca de los valores de largo y corto plazo.
Crean el compromiso acerca de donde va la organización y de cómo consigue llegar allí.

Lección Cinco:

"Usted no lo pueden hacer solo"

El liderazgo no es la interpretación de uno solo.
Alentar la colaboración si lo es, especialmente si las condiciones son extremadamente difíciles y urgentes.
Los verdaderos líderes se interesan por crear valor para sus clientes con inteligencia y destreza en sus estudiantes, bienestar en sus pacientes, orgullo es su comunidad.
Las estrategias que tienen éxito se basaron en la filosofía del *nosotros*, no en la del *yo*.

Lección Seis:

"El legado que usted deja es la vida que usted lleva"

Hay que predicar con el ejemplo. Los líderes hacen tangibles las visiones y los valores.
Los líderes aprovechan cada una de las oportunidades para mostrar a los demás con su propio ejemplo que están profundamente comprometidos con las aspiraciones para los que se abogan.
Si piensan dejar un legado para el futuro. *"haga lo que usted dice que hará"*.

Lección Siete:

"El liderazgo es un asunto de todos"

El liderazgo es un conjunto de modos de proceder observables y que se pueden aprender, *"El liderazgo es un asunto de todos"*.
Es mucho más sano y más productivo para nosotros empezar con la suposición de que a todo el mundo le es posible liderar, si suponemos que el liderazgo puede aprenderse, podemos describir los muchos buenos líderes que existen en realidad.
Los que tienen un mayor éxito en sacar lo mejor de los demás son las personas que fijan objetivos alcanzables que los amplían y que creen poseen la aptitud de dar un mejor impulso a los talentos de los demás.
Cuando liberamos al líder que hay en cada uno de nosotros suceden cosas extraordinarias.

⁽¹⁾ Enfermera del consultorio de Traumatología

Implementación del Sistema de Costos Hospitalarios en el Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue - Tacna.

*Lic. Enf. Ruth E. Delgado Rodríguez ⁽¹⁾
Ing. Econ. Luis. H. Delgado Rodríguez ⁽²⁾*

RESUMEN

Los Costos Hospitalarios en el Ministerio de Salud no deben considerarse como un simple gasto, sino como una " Inversión " proyectada a la recuperación de los pacientes a través de medidas planificadas, programadas y ejecutadas a fin de comparar con los lineamientos de política y estrategia institucional, como medio de evaluar la eficiencia de los diferentes servicios, como control interno, pues sus resultados nos permitirá racionalizar el gasto, y como parámetro para la cuantificación y evaluación de actividades y metas.

Los Costos Hospitalarios son de uso interno y tratan de demostrar la participación de cada sector y su actividad en el gasto total y la relación entre su gasto y producción.

La Implementación del Sistema de Costos Hospitalarios es una técnica que permite clasificar, registrar y ubicar adecua-

damente los gastos que intervienen en la prestación de salud, permitiendo la obtención del costo unitario promedio por cada servicio y/o especialidad en un período determinado, igualmente consolida la necesidad de uniformizar el uso de herramientas y criterio en todos los Servicios del Hospital Hipólito Unánue en la formulación de sus costos, pretendiendo brindar información, que permita al Director del Centro Asistencial contar con un instrumento de Toma de Decisiones, obteniendo indicadores que permita el mejoramiento del nivel asistencial para la máxima utilización de los Recursos Humanos y Materiales.

Asimismo es el elemento preparatorio a una situación de competencia, con las Empresas Prestadoras de Salud - EPS - permitiendo tener base para la fijación de sus tarifas en la prestación de Servicios de Salud.

⁽¹⁾ Enfermera Jefe del Servicio de Cirugía ⁽²⁾ Jefe de Programación - Unidad de Logística

