



Fundador
Dr. Julio Ravelo Astacio

Director
Dr. Wilson Mejía

Editor
Dr. Roberto Espinal

COMITÉ EDITORIAL

Dr. José Seling
Dr. Eddy Pérez Then
Dra. Escarle Peña Villa
Lic. Arturo Canario Guzmán
Dr. Fernando Fernández
Dr. Pablo Pascual Báez
Dr. Rafael de Óleo Montero
Licda. Joselyn Polanco
Dr. Rubén Darío Pimentel
Lic. Edward Martínez
Dra. Matilde Peguero
Dr. Fernando Sánchez Martínez
Dr. Jorge Asjana David

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Carlos Sánchez Solimán

Dr. José García Ramírez

Licda. Roma Guzmán

Dra. Francia Berroa

Licda. Arelis Josefina Pimentel

Dr. Amauri Guillén

AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Wilson Mejía
Decano

Dra. Rosel Fernández
Vicedecana

Dr. Eduardo Tactuk
Director de la Escuela de Medicina

Licda. Erodita de Jesús
Directora de la Escuela de Farmacia

Dra. Rosanna Elías de Quiñones
Directora de la Escuela de Bioanálisis

Dra. Flor Montes de Oca
Directora de la Escuela de Odontología

Dra. Escarle Peña
Directora de la Escuela de Salud Pública

Licda. Meregilda Familia
Directora de la Escuela de Enfermería

Dr. Virgilio Alberto Pérez Fernández
Director de la Escuela de Ciencias Fisiológicas

Dr. Bienvenido Peña
Director de la Escuela de Ciencias Morfológicas

Dra. Matilde Peguero
Directora de Investigación, FCS

Dra. María Francisca Berroa
Directora de Postgrado, FCS

Dr. Ángel Eduardo Nadal Ponce
Director de OSEPLANDI

Dra. Rosario Fadul
Directora ISH

Dra. Adelaida Oreste
Directora Instituto de Investigaciones, FCS

MA. María Luis Sánchez
Delegada Profesoral

MA. Ana Isabel Herrera Plaza
Delegada Profesoral

Dra. Arlene Gonzáles
Delegada Profesoral

Br. Larry Gutiérrez
Delegado Estudiantil

Br. Sabieski Terrero
Delegada Estudiantil

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Iván Grullón Fernández
Rector

Dr. Jorge Asjana David
Vicerrector Docente

MA. Editrudis Beltrán Crisóstomo
Vicerrector Administrativo

MA. Francisco Vegazo
Vicerrector de Investigación y Postgrado

MA. Rafael Nino Feliz
Vicerrector de Extensión

MA. Héctor Luis Martínez
Secretario General

Dr. Wilson Mejía
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

MA. Ramón Rodríguez
Decano de la Facultad de Humanidades

Ing. Alejandro Ozuna
Decano de la Facultad de Ciencias

MA. Ramón Desangles
Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

MA. Antonio Medina
Decano de la Ciencias Jurídicas y Políticas

Ing. José J. Reyes Acevedo
Decano de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura

Ing. Agrón. Modesto Reyes Valentín
Decano de la Facultad de Ciencias Agronómicas y Veterinarias

MA. Juan Tiburcio
Decano de la Facultad de Artes

MA. Ana Dolores Contreras
Decano de la Facultad de Educación



REVISTA CIENCIAS DE LA SALUD, ADOERBIO 021, VOL. 7, NO. 1, ENERO-JUNIO 2014

CONTENIDO

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 13 | Certificación y Recertificación en Salud: Calidad de los servicios y el bienestar del personal de salud. | 33 | Comportamiento Clínico, Endoscópico e Histológico del Esófago de Barret en una Población de Personas Asistidas por un Servicio de Gastroenterología. |
| 19 | Depresión Asociada al Parto y Puerperio. | | |
| 25 | Prevalencia de Tuberculosis en una Población de Tosedores Crónicos Captados en el Programa de Control de la Tuberculosis. | 41 | Correlación Sonográfica-Hormonal Pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. |



Publicaciones de la
Universidad Autónoma de Santo Domingo



Dirección de Publicaciones
© 2014
EDITORA UNIVERSITARIA –UASD®

Apartado Postal N°1355
Ciudad Universitaria
Tel. 809-535-8273 / Ext.3334
Fax: 809-682-8662

Diagramación: Kendia Tineo

Impreso en los Talleres Gráficos de la Editora Universitaria de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, en el mes de noviembre de 2014, con una tirada de 500 ejemplares.

Otra Universidad es posible

Cuando en la República Dominicana fue ajusticiado Rafael Leónidas Trujillo Molina, el 30 de mayo de 1961, existía una sola universidad que tenía una matrícula menor de 5 mil estudiantes. Éramos una sociedad escasamente informada, desconocida e incomunicada, con poco desarrollo tecnológico y mayoritariamente rural.

América Latina no era distinta. Para entonces, la región se encontraba en plena ebullición social como consecuencia de las luchas políticas.

La sociedad que condujo a líderes políticos de mediados del siglo pasado, inspirados en los ideales de democracia, justicia social y libertad, a promover cambios profundos en las relaciones de poder, evolucionó hacia formas más complejas, diversas y exigentes.

Nos hallamos en los albores de una nueva era, la llamada sociedad de la información.

Ante nuestros ojos se ilustra una sociedad caracterizada por el cambio y la rapidez con que se produce la información. La gente no quiere ser representada, le interesa participar directamente en los procesos de cambio. Estamos entre dos mundos: el real y el virtual.

En este contexto, la educación superior ha dejado de ser única en la sociedad. El privilegio del conocimiento ya no lo ejercen solo las universidades; sino que se ha deslizado poco a poco hacia otras organizaciones y la misma educación superior se encuentra esparcida en múltiples esferas.

La verdad es que las relaciones entre sociedad, cultura y universidad han ido cambiando a lo largo de las últimas décadas. En su origen, la universidad como institución socializadora del conocimiento era el lugar donde nacían y se concebían las principales contribuciones científicas y culturales.

A lo interno de las universidades, el diseño de los procesos de enseñanza-aprendizaje, centrados en el triángulo: profesor-estudiante-contenido, se ha ido ampliando y haciendo más complejo. Lo mismo está sucediendo con el modelo centrado en el profesor, que ha cambiado su énfasis al trabajo del estudiante, trayendo como consecuencia rápidas variaciones en el ámbito del aprendizaje.

Los perfiles de los estudiantes que ingresan a la universidad han variado sustancialmente. Hoy podemos encontrar con mucho más frecuencia jóvenes que se dedican solo al estudio, compartiendo aula con otros que estudian y trabajan, o que al momento de ingresar a la universidad

poseen algunas fortalezas para la enseñanza, sobre todo, manejo de instrumentos relacionados al mundo de la tecnología de la informática y la comunicación.

No obstante, la universidad es una institución que continúa teniendo un peso importante en el perfeccionamiento del conocimiento y sigue siendo una pieza determinante del motor impulsor del progreso material y el desarrollo social de los pueblos.

El reto actual estriba en adaptarse a los tiempos sin perder de vista los principios y valores que dentro de su diversidad le dieron origen, como la libertad de cátedra y el compromiso social. Ser capaces de diseñar entornos que faciliten el aprendizaje, teniendo presente la intervención de múltiples variables: modelo educativo, contenidos disciplinares, competencias, diversidad de espacios para el aprendizaje, diversidad de agentes, estilos de aprendizajes diversos, uso de medios de enseñanzas adaptados a las circunstancias y otros aspectos.

Se trata de, si la universidad trabaja para formar personas capaces de cambio, de comprender la provisionalidad del conocimiento, de trabajar cooperativamente, de aprender de forma autónoma. Y sobre todo, de cumplir una misión útil a la sociedad.

Adecuarse a las necesidades implica replantearse desde los espacios de formación universitaria múltiples aspectos como son las fuentes de conocimiento, los modelos de generación de contenidos, las relaciones con los estudiantes y los perfiles de aprendizaje, el rol del profesorado, los vínculos con la sociedad, la investigación, así como los medios de enseñanza que debemos utilizar.

Es necesario fortalecer el triángulo fundamental de las universidades basado en investigación, docencia y extensión.

Acometer este empeño implica la construcción de voluntades políticas deliberadas para vincular la universidad a los procesos de desarrollo de la sociedad, a través de programas y proyectos de extensión que resulten de estudios adecuados de la realidad social en sus diferentes dimensiones.

La docencia debe basarse en la aplicación de nuevos métodos de enseñanzas, flexibilizando los planes de estudios, donde el docente es acompañante, sobre todo promoviendo cambios en la práctica para construir universidades centradas en el aprendizaje y así dotar a los estudiantes de las habilidades que exige la sociedad del conocimiento y las competencias profesionales para insertarse en el mundo laboral.

Sabiendo que muchas de las universidades en su accionar son esencialmente docentistas, es necesario redimensionar e institucionalizar el rol de la investigación, fortaleciendo el débil papel que hasta la fecha ha jugado, para que en lo adelante sirva de apoyo a la transformación de los métodos de enseñanza y también como impulsora de los procesos de desarrollo de la sociedad.

La Universidad debe responder con rapidez al mandato de innovar, para sobrevivir a los tiempos de la globalización, produciendo profesionales de alta calidad, sensibilidad humana y compromiso ético.

Dr. Wilson Mejía

Decano



EDUCACIÓN EN SALUD
Artículos Inéditos

Certificación y Recertificación en Salud: calidad de los servicios y el bienestar del personal de salud

**Dr. Fernando Fernández*

Actualmente, los paradigmas de los servicios de salud están cambiando debido al impacto que están recibiendo, adjunto a la calidad de vida y bienestar biopsicosocial de los recursos humanos, de los cambios diversos que se producen en el contexto nacional e internacional.

Entre esos cambios destacan¹⁻⁵: las políticas de ajustes y estrategias de la OMC y el FMI, mayor dominio público de los temas de salud; los enfermos desean una relación más abierta con sus médicos y participar en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas; se impone un modelo de salud movido por el lucro y la ganancia; uso inapropiado de la alta tecnología, la medicalización excesiva de la vida moderna, comercialización inescrupulosa de medicamentos, trastornos en el financiamiento de la salud, recortes en los recursos sanitarios y manejos interesados en la opinión pública de las muertes de personas por iatrogenia.

Asimismo, las malas condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores de la salud, incremento de las habilidades y los conocimientos médicos, la revolución de las tecnologías de la información y la comunicación, la creciente especialización y subespecialización médica; abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario, transdisciplinario e interdisciplinario; control del ejercicio médico por

empresas de la salud (ARS, HMO, ISAPRES...), convirtiendo la relación médico-paciente en una confianza fiduciaria contractual (relación comercial); los “políticos” compelen a médicos a “defender” magros recursos de hospitales, y otros.

Huelga decir, sin ambages, que las estadísticas sanitarias están compeliendo a cambios en la asistencia médica, y en respuestas se incrementan las demandas legales, las cuales están impactando la práctica profesional al respecto. El incremento de los errores del personal de salud, máxime de los médicos, están afectando la calidad y la calidez de los servicios de salud, como son con mayor frecuencia 6-10: incremento de muertes por estos errores, aumento de discapacidades en personas hospitalizadas debido a iatrogenia, incremento de reclamaciones por errores médicos, y el olvido de algún material en cuerpos de pacientes.

Por otra parte, la mala comunicación médico-paciente, las fuertes contradicciones de las opiniones profesionales sobre un mismo problema de salud, cirugías innecesarias, intervenciones quirúrgicas lesivas para los pacientes, falta de empleo de medios adecuados de diagnóstico o su empleo a destiempo, prescripción medicamentosa inadecuada, falta de cumplimiento del deber de la obtención del consentimiento informado previo por escrito de pacientes, y la no obtención del resultado prometido.

*(Coord. Téc. CMD / Miembro Comisión CMD de Recertificación Médica)

Así como también, los errores de diagnóstico que produzcan daños, infecciones adquiridas en el medio hospitalario; transmisión de enfermedades infecciosas después de transfusiones, errores ginecoobstétricos, y daños por diversas razones (no seguimiento de protocolos clínicos y guías médicas, largas listas de espera, disfunción interna de hospital, pruebas diagnósticas de riesgo sin control adecuado ni preparación y vigilancia necesarias, interpretación errática de resultados de pruebas diagnósticas, radiaciones excesivas, no prestar asistencia médica de urgencia cuando se requiera, resultados anormalmente desproporcionados, y otras).

En el último decenio, en la República Dominicana se construyen políticas públicas sobre certificación y recertificación en salud 11-20, las cuales contribuirán significativamente a la calidad y calidez de los servicios de salud. Esto implica también responder a las nuevas necesidades de los sistemas de salud del mundo, máxime de América Latina y del Caribe, centradas en desarrollar capacidades para gestionar y gerenciar intervenciones sobre los llamados Determinantes Sociales de la Salud desde los servicios sanitarios.

El abordaje de esos Determinantes son herramientas importantes para la salud de la población, y trascienden al sector salud, como son : economía, ambiente laboral, educación, agricultura, vivienda, servicios sociales, deportes, recreación, cultura, entre otros, que indican que el sector salud no puede actuar por sí solo , porque la mayoría de los factores sociales que determinan la salud están fuera de su competencia, ya que estos Determinantes influyen significativamente en el modo de nacer, crecer, vivir, trabajar, envejecer y morir de las personas.

Los profesionales y trabajadores de la salud escuchan constantemente cómo se incrementa el uso de un glosario de términos pocos conocidos, que nos compelen a ponerle mayor atención para mejorar nuestra competencia profesional y niveles de

desempeño de nuestra labor 21-30: certificación vs recertificación, especialidad vs subespecialidad, habilitación vs acreditación, disfunción académica vs discapacidad profesional, educación médica continua vs permanente, bienestar biopsicosocial, ombudsman hospitalario, coching sanitario vs mobbing sanitario, ética vs bioética, medicina basada en la evidencia vs clínica, intrusismo profesional, guías médicas vs protocolos clínicos, currículum basado en competencias académicas vs clínicas, investigación experimental vs clínica, residencia médica; abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario, transdisciplinario e interdisciplinario; pacientes vs clientes vs usuarios de los servicios de salud; planificación estratégica en salud, entre otros.

El ejercicio de algunas de las carreras de ciencias de salud, máxime de medicina, para el siglo XXI 1,10-11,20-24, requiere de potenciar y fortalecer políticas públicas en salud de una praxis profesional mejor acreditada, certificada y humanizada, un mayor respeto a la dignidad humana y a los derechos de las personas que enferman; garantizando a la ciudadanía servicios de calidad acorde a una significativa mejoría (mantenimiento, remozamiento, habilitación y acreditación) de los centros de salud y mejor bienestar biopsicosocial del personal de salud, máxime de los médicos.

Actualmente, más que mostrar mayor preocupación por la calidad y la calidez de los servicios, el “proceso” de certificación y recertificación en salud se percibe^{11,31-40}, inapropiadamente, en América Latina y el Caribe, como la instalación de oficinas recaudadoras de dinero para cubrir las irresponsabilidades sociales del Estado; marginando y excluyendo las situaciones diversas que impactan negativamente la salud de la población, la calidad de vida, el bienestar biopsicosocial y la supervivencia de los profesionales y trabajadores de la salud. Este “proceso” debe ser cuidado de una óptica mercantilista, y de la conducta de quienes solo ven en salud la lógica del lucro y la

ganancia. Asimismo, cuidarlo de la elitización de la profesión, la discriminación con la consiguiente pérdida de oportunidades para los colegas que por falta absoluta de tiempo o por sus bajos ingresos económicos se les dificulte acceder al proceso, el cual como políticas públicas debe ser financiado por el Estado y/o empleadores del talento humano de salud.

En ese tenor, al personal de salud se les dificulta financiar dicho proceso en virtud de que se observa 11,31-40: un deterioro progresivo del poder adquisitivo de los salarios; pérdida solapada, lenta y progresiva de las conquistas del personal sanitario; precariedad del régimen laboral; burdo desconocimiento del rol “clave” de los profesionales de la salud para las “reformas”, contratación ilegal de foráneos para el ejercicio profesional, deterioro del retiro del ejercicio profesional en la vejez; pobres políticas remunerativas de estos recursos humanos, así como de escalafón laboral, capacitación y /o actualización profesional, salud laboral, y otras.

Asimismo, pobres políticas de incentivos al personal de salud, déficit de profesionales en los servicios; incremento solapado de una política foránea, silenciosa y licenciosa campaña de descrédito contra profesionales de la salud; silenciosa exclusión de nómina del personal que labora en hospitales; incremento de la explotación de los profesionales de la salud, por parte de las administradoras de riesgos de salud; pobres políticas de vigilancia epidemiológica de la salud de los recursos humanos; entre otras.

Los actores claves del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana 1-6, 8-13, amparado en lo establecido en la Ley General de Salud (42-01) y la Ley de Seguridad Social (87-01), han estado caracterizando la discusión y aprobación del Reglamento de Recursos Humanos en Salud (Dec. 732-04) en donde se establezca la Carrera Administrativa y la Carrera Sanitaria, incluyendo el “proceso” de certificación y recertificación. Al respecto estos actores han reconocido que se necesi-

ta de un instrumento de mayor fuerza jurídica, con más coherencia técnica y sin contradicciones con otras normativas vigentes. De aquí la necesidad de consensuar el actual proyecto de Ley de Carrera Sanitaria, del Congreso Nacional, que regirá para dicho personal, donde converjan la calidad, calidez, eficacia y eficiencia de los servicios acorde al bienestar del talento humano de salud.

Eso así, en virtud de que ese “proceso” no es posible sin reducir los altos niveles de conflictividad en el sector salud, superar las constantes crisis laborales y las respuestas reactivas a las mismas, sin un marco regulador coherente, integral y con suficiente fuerza legal, que no vulnere, ni aminore ni se contraponga a los derechos sociales adquiridos por estos trabajadores. Estas crisis y respuestas a las mismas ponen en juego la gobernabilidad en el sector, y el bienestar colectivo en materia de salud.

En suma, los actores clave del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud, de Educación Superior, CNSS, CMD, ADOFEM, FF.AA. y PN., entre otros) caracterizan y consensuan ese marco conceptual de gestión y gerencia de los recursos humanos en salud en la República Dominicana, para asegurar a la ciudadanía servicios con la mayor y mejor calidad y calidez, acorde a una legislación sanitaria desprovista de “conocidas” jergas, engañifas, engatusamientos, trapisondas, truculencias y urdimbres macabras, nacionales e internacionales, que atentan contra el bienestar de profesionales y trabajadores de la salud; así no seguir insistiendo en iniciar un “proceso” de certificación y recertificación en salud completamente excluyente, punitivo, anticonstitucional, al desconocer el derecho al trabajo y al libre ejercicio de las profesiones u oficios.

Enhorabuena! 31-40. Construyamos un proceso de certificación y recertificación, y una Carrera Sanitaria, basados en la educación médica continua y/o permanente accesible a todos, flexibilidad pedagógica, la dignificación de las profesiones y oficios de la salud, el derecho al ejercicio profesional y al trabajo, en la responsabilidad social, la exce-

lencia en la calidad y la oportunidad, y en el bienestar biopsicosocial del talento humano de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fernández F. Ley 68-03: actuales escenarios plantean retos y desafíos al CMD. Revista Unidad Médica enero-marzo 2014;19 (1): 3-4.
2. Colegio Médico Dominicano. Creación del Consejo Nacional de Recertificación médica (CONAREM). Revista CMD Gremial. Noviembre 2013: 179.
3. Colegio Médico Dominicano. Beneficios de la recertificación médica. Revista CMD Gremial. Noviembre 2013: 180.
4. Rodríguez M. La judicialización de las acciones en salud. El Orientador Médico-Legal, Mayo 2013; 11: 1.
5. Rodríguez M. La repercusión de la globalización en la legislación en salud. El Orientador Médico-Legal. Enero 2013; 6: 1.
6. López J. M. Certificación y recertificación de especialistas. Rev Chil Endocrinol Diabetes 2013; 6 (1): 23-7.
7. Acosta-Robles R. Recertificación médica: generales y especialistas. Colegio Médico Dominicano. Santo Domingo, diciembre 2013.
8. Feris-Iglesias F. La recertificación médica. Periódico Hoy, 17 de septiembre del 2013.
9. Gayan-Barba P. Certificación y recertificación de especialistas médicos. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77 (3): 173-4.
10. Canario-Lorenzo M. Certificación y recertificación de los médicos como parte de la reforma del sector salud. XV jornada nacional de orientación para aspirantes a residencias médicas. Colegio Médico Dominicano, 2009.
11. SESPAS, UASD, OPS/OMS. Información sobre recursos humanos de salud en la República Dominicana. Santo Domingo: SESPAS, UASD, OPS/OMS, 2009: 164pp.
12. CERSS. Carrera sanitaria para regular la incorporación, mantenimiento y retiro de los trabajadores de la salud. Boletín Reformas y Salud Enero-Abril 2009; 2 (3) : 22.
13. SESPAS, OPS/OMS, CERSS. Tendencias y desafíos en la definición e implementación de la carrera sanitaria. Santo Domingo: Ed. MSP, OPS/OMS, CERSS, 2008: 50-6.
14. SESPAS, OPS/OMS. Plan para la década de recursos humanos en salud. Santo Domingo: Ed. SESPAS, OPS/OMS, 2008:44pp.
15. Fernández F., Suero WA, editores. Ley de colegiación médica y sus reglamentaciones: reglamento de recertificación de los/as médicos/as. Colegio Médico Dominicano. Santo Domingo: Ed. Búho, 2006.
16. Fernández F. Ejercicio médico para el siglo XXI. Revista Unidad Médica. Julio-Diciembre 2006; 13 (2): 149-50.
17. Francisco C. Recertificación médica: reglamentos. Jornada científica de médicos pasantes. Colegio Médico Dominicano. Santo Domingo, 23 24 y 25 de noviembre del 2006.
18. Canario-Lorenzo M. Certificación y recertificación médica en el marco de la reforma sectorial. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo. 28 de enero del 2006.
19. Fernández F. Derivaciones jurídicas de la atención en salud: el síndrome judicial. Boletín Psiquiátrico. Octubre-Noviembre 2004; 11 (46): 6-7.
20. Colegio Médico Dominicano. A propósito de la Ley 68-03, que implicará la recertificación de médicos. Boletín El Informador Médico. Enero 2004; 10 (85): 4.
21. Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, CERSS. Certificación y recertificación en el marco de la reforma. Boletín Salud y Reforma. Abril-Mayo 2003: 2-3.
22. Libe-Medina A., Fernández-Batista F., Quezada MA, Rivera-Almodóvar E, Peralta-Contreras J., Suero V, Canario-Lorenzo M. Conclusiones

- y recomendaciones del taller de recertificación para el mantenimiento de la competencia. Comisión de Recertificación, Colegio Médico Dominicano. Santo Domingo, 3 de octubre del 2003.
23. Pardell H. Profesionalismo, formación continuada y recertificación. Gestión y evaluación de costes sanitarios. Julio-Septiembre 2002; 3 (3).
 24. Pérez-Then E, Canario M, editores. Certificación y recertificación: una propuesta para el sistema de salud de la República Dominicana. Centro Nacional de Investigación Materno Infantil. Serie de Publicaciones Técnicas No. 1. Santo Domingo, 2001.
 25. Asociación Médica Dominicana. La calidad de la atención en la práctica médica. Revista AMD Gremial. Marzo-Abril 2000; 36 (2): 95-9.
 26. Fernández F. ¿Beneficiará la colegiación médica al pueblo dominicano y a los médicos? Revista AMD Gremial. Julio-Octubre 2000; 26 (4-5): 316-7.
 27. Alfie JF, Areta JM, Corti SE, Kahn C, Martino GH, Molina H, Trimboli A. Propuesta de certificación y recertificación para profesionales del equipo de salud. Boletín Científico, Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Agosto 2000; 5 (21): 1-7.
 28. Familia M, Cruz-De Tamayo E, Silverio R. Propuesta para el proceso de certificación del personal de salud. Departamento de Enfermería, Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, 2000.
 29. Pardell H. Sobre la recertificación de los médicos en España. Med Clin (Barc) 2000; 115: 261-3.
 30. Fernández F. El rol de la AMD frente a las "reformas". Revista AMD Gremial. Septiembre-Diciembre 1999; 25 (5-6); 192-3.
 31. Guzmán-Marcelino A. Políticas públicas en salud: reflexiones, orientaciones, directrices y ejecutorias sobre la salud. Santo Domingo: Ed. SESPAS, 1999: 176pp.
 32. Rooney AI, Ostemberg PRV. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. Bethesda: Ed. USAID, 1999.
 33. Serrano RM. La recertificación en el contexto de Mercosur. Revista de la Asociación Médica Argentina 1998; 111(3):3-5.
 34. Bashook PG, Parhoosingh J. La recertificación para el mantenimiento de la competencia profesional. BMJ Edición Latinoamérica 1998; 6: 138-41.
 35. Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. Acreditación, certificación, recertificación personal e institucional de especialidades médicas. Santiago de Chile, diciembre 1998.
 36. Blay C, Descarrega R, Iruela A, Kronfly E, Barragan N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. Cuadernos de Gestión. Abril-Junio 1997; 3 (2): 68-75.
 37. Amoros-Báez C. La habilitación y acreditación de servicios de salud en el marco de un sistema de garantía de calidad en la reforma del sector salud dominicano. Oficina de Coordinación Técnica (OCT), Comisión Nacional de Salud. Santo Domingo: Ed. OCT, 1996: 10pp.
 38. Hurtado-Hoyo E. Programa de recertificación de la AMA. Revista de la Asociación Médica Argentina 1995; 108(3):116-8.
 39. Vilar-Puig P. La recertificación en la enseñanza médica continua. Gaceta Médica de México 1994: 48-72.
 40. Prieto-Ávila C. A. Nuevamente se agita la controversia entre recertificación vs. educación médica continuada. Presidente de la Federación Médica Colombiana. www.federacionmedicacolombiana.com/index.php?option=com

Depresión Asociada al Parto y Puerperio

**Yanet L. Almonte Salvador, *Cynthia V. Inoa Amparo,
*Fausto A. Pérez Peralta, **Pablo Pascual Báez*

RESUMEN:

Con el objetivo de determinar el comportamiento de la depresión asociada al parto y el puerperio, se estudiaron 60 embarazadas, asistidas en Centro Materno Infantil San Lorenzo Los Mina, en Santo Domingo, República Dominicana durante el periodo junio-agosto 2010. Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, que empleó la escala de Beck para el Diagnóstico de Depresión, al igual que un inventario de ítems abiertos y cerrados para completar una entrevista centrada en factores personales y sociodemográficos. Resultados: Un total de 22 pacientes para un 37% resultaron afectadas por algún nivel de Depresión, de las cuales, el 64 por ciento presentaba antecedentes depresivos familiares como factor de riesgo predominante. 13 pacientes presentaron depresión leve durante el parto, de las que 9, para un 69% mostraron síntomas activos hasta el final del estudio; pero 12 casos entre leve y moderada permanecieron positivos para un 54.5% del total. La condición socioeconómica deficiente afectó al 91 % de las afectadas y la relación conyugal no formal estuvo presente en el 86 % de los casos. El rango de edad más afectado fue entre 21-26 con un 45% de los casos, siendo de 16-20 el único rango de edad en el que se detectaron casos de depresión severa. Mientras el 64% de las afectadas terminó su embarazo mediante cesárea. Conclusión: 1- Una alta proporción de embarazadas que presentan depresión en el parto y el puerperio se mantuvieron sintomáticas luego de concluido este periodo, 2- En la embarazadas

que presentaron algún nivel de depresión durante el parto el alumbramiento mediante cesárea constituyó la vía predominante.

Palabras Claves: Parto, Puerperio, Postparto, Depresión, Cesárea, Escala de Beck.

ABSTRACT:

With the objective of determine the performance of the Depression associated with the childbirth and puerperium, we studied 60 pregnant women, on the "Maternal and Child Health Center in San Lorenzo Los Mina" in Santo Domingo, Dominican Republic during the period June to August 2010. Methods: This is a descriptive, prospective and longitudinal that employment the Beck Scale for Depression Diagnosis as well as an inventory of items open and closed to complete an interview focused on personal and socio-demographics factors .Results: A total of 22 patients to 37% were positive to some level depression, of which 64 percent had family a history of depression as risk factor predominant. 13 patients presented slight depression in the prepartum, of which 9 for 69% stayed positive to a depressive symptoms until the end of the study, but 12 cases remained mild to moderate positive for 54.5% of the total. The poor socioeconomic condition affect 91% of positive pregnant and non formal conjugal relationship were present in 86% of cases. The most affected age range of was among 21-26 with a 45% of cases of 16-20 being the only age range that were detected in cases of severe depression. While 64% of patients depressive

*Médicos Generales

**Médico Psiquiatra

affected end their pregnancies by caesarean section. Conclusions: 1- A high proportion of pregnant women suffer from depression in the pre childbirth and the postpartum stays positive conclusion of this period, 2- The cesarean section delivery is significantly prevalent in depressive affected.

Keywords: Ante partum, Postpartum, Post-partum Depression, cesarean, Beck Scale.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad depresiva representa hoy uno de los principales problemas de salud pública conforme a la Organización Mundial de la Salud, quien proyecta al 2020 esta patología como el segundo problema de salud pública en el mundo. Esta realidad, que afecta de modo tan significativo a la población general, con igual o mayor intensidad, ha de afectar la población de embarazadas, dada la especial situación que presenta la mujer en este estadio de su vida, donde su organismo presenta una gama altamente significativa de modificaciones de carácter fisiológico y endocrino metabólicos. Siendo que además están sujetas a los mismos factores de riesgo y en muchos casos a condiciones socio demográficas desventajosas.

Conforme diversos estudios, la depresión es más frecuente durante el embarazo que tras el parto. Investigadores destacan que a pesar de que esta realidad ha sido objeto de interés científico, no ha ocurrido lo mismo con la depresión en el transcurso del embarazo. Tal realidad aún representa incógnitas por despejar en torno a las consecuencias que para la madre y para el producto puede representar la ocurrencia de este fenómeno durante el embarazo. Ello ha de inducir a psiquiatras y obstetras a valorar de una manera comprometida los niveles de intervención terapéutica en la unidad madre-hijo, dado que los resultados de la preparación fisiológica de la madre para la retención del producto, su desarrollo y alumbramiento puede verse sensible-

mente afectada, lo que por igual puede conducir a diversas complicaciones al producto por nacer o al neonato. Tanto la propensión de los unos como la negativa de los otros al uso de anti depresivos durante el embarazo demandan de una profunda reflexión dirigida a garantizar la estabilidad emocional de la madre como la integridad del desarrollo del producto. La Academia Americana de médicos de Familia cree que los antidepresivos del tipo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Tricíclicos son efectivos y seguros para ambos, madre y feto durante el embarazo.

PUERPERIO NORMAL

Se define como puerperio al periodo de 40 días que sigue al nacimiento del feto y a la expulsión de la placenta y las membranas, durante el cual los genitales sufren un proceso de regresión al estado natural.(23) Este curso determina transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hace regresar paulatinamente todas las funciones gravídicas; esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir las modificaciones antes descritas, a su estado primitivo.

Desde el punto de vista clínico el puerperio se clasifica en tres periodos:

- a) **Puerperio inmediato**, comprenden las primeras 24 horas después del parto y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- b) **Puerperio mediato** o propiamente dicho, que abarca del segundo al 10º día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- c) **Puerperio alejado**, se esparce aproximadamente hasta los 45 días luego del parto.

Algunos estudiosos de la materia extienden el puerperio hasta la cesación de la lactancia.

Preparto: para el presente estudio se definió como preparto al periodo iniciado en la 35ava. semana de embarazo partiendo del expediente clínico de la embarazada, hasta el inicio de la labor de parto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó de un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal en embarazadas que hubiesen cumplido la semana 35 de su embarazo, que acudieron a la consulta prenatal del Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Santo Domingo, República Dominicana, durante el periodo Junio-Julio 2010. Mediante procedimiento aleatorio a partir de los expedientes clínicos se escogió una muestra de 60 candidatas, previa comprobación de que no padecían ninguna complicación orgánica adicional.

Al abordaje inicial de las embarazadas se le aplicó una entrevista donde se cuestionaron diversos aspectos de carácter socio demográfico y concomitantemente se aplicó de la primera evaluación, parto, a través la Escala de BECK, la que una escala estandarizada, empleada para la detección y clasificación de la depresión en 5 niveles de gravedad, desde leve hasta extremo. En las primeras 24 horas postparto se aplicó la siguiente evaluación a partir de la escala de Beck, correspondiente al puerperio inmediato. Al completarse el decimo quinto día se aplicó la tercera evaluación correspondiente al puerperio clínico y a los 40 días se aplicó la cuarta evaluación correspondiente al puerperio alejado.

Previo al inicio de la toma de datos se estandarizaron los procedimientos a seguir por los entrevistadores a los fines de evitar sesgos que pudieran generar diferencias que perjudicaran los resultados. A todas las participantes se le solicitó su consentimiento al informársele que su participación era de carácter voluntario y la información ofrecida de carácter estrictamente confidencial. Los investigadores se comprometieron a gestionar la asistencia clínica necesaria con la prontitud requerida.

Concluido el proceso de recolección de datos se procedió al análisis de los hallazgos mediante procedimientos matemáticos y estadísticos facilitando la comprensión de dichos resultados.

RESULTADOS:

Del total de 60 embarazadas estudiadas, 22 pacientes para un 37% dieron positivas a algún nivel de depresión, de las cuales 13, para el 64%, presentaron antecedentes depresivos familiares y 9, para 41%, antecedente personal de depresión; como factor de riesgo predominante. 13 pacientes presentaron depresión leve durante el parto, de las que 9, para un 69%, permanecieron presentando algún nivel de depresión hasta el final del estudio; dos personas presentaron nivel de depresión grave para un 9%. Al final del estudio, el 55% aún conservaba niveles activos de depresión de leve a moderada. Una condición socioeconómica deficiente predominó en el 91 % de las embarazadas afectadas por factores depresivos, donde el máximo nivel de escolaridad alcanzado por el 64% de las afectadas fue el primario, y la relación conyugal no formal estuvo presente en el 86 % de los casos donde solo 3 de las embarazadas correspondieron al estatus de casada, para un 14 por ciento. El rango de edad más afectado fue el comprendido entre 21-26 años, con un 45% de los casos, siendo de 16-20 años el único rango de edad en el que se detectaron casos de depresión severa. El 64% de las pacientes afectadas terminó su embarazo mediante cesárea.

DISCUSIÓN:

El presente estudio presenta limitaciones como: no dio seguimiento a la totalidad de las embarazadas participantes, lo cual limita la posibilidad de detectar la aparición de la patología de referencia en el curso del puerperio a pesar de no presentarla en el parto.

En las que inicialmente presentaron algún grado de depresión, al concluir el estudio, en el 55% persistía en grado leve a moderado. Resulta significativa la relación Cesárea/ Depresión en este grupo, donde un 64% se desembaraza por vía quirúrgica, ello debería motivar la inquietud de los obstetras a verificar la condición afectiva de las pacientes, lo cual potencialmente podría contribuir a prevenir

la alta incidencia de cesáreas observadas en los últimos tiempos.

También resulta significativo el hecho de que, las edades muy tempranas en el embarazo mostraron propensión a presentar niveles más grave de depresión, lo que valdría relacionar al alto índice de embarazo en adolescentes y los riesgos que la enfermedad depresiva podría representar para estas.

EN CONCLUSIÓN:

1. Una alta proporción de embarazadas que presentan depresión en el parto y el puerperio permanecen positivas concluido este periodo.
2. Las edades tempranas en el embarazo predisponen a mayor gravedad de los estados depresivos en el embarazo.
3. Una muy elevada proporción de los embarazos sean mujeres con niveles de depresión que concluye por método quirúrgico.
4. Poseer antecedentes personales de depresión condiciona en gran medida la aparición de la condición durante el embarazo.

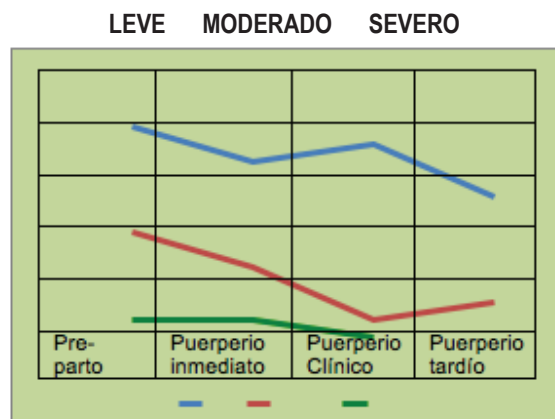
CUADRO 1
Método de desembrarazo predominante en embarazadas con manifestaciones depresivas. HmisII/ Rep. Dominicana, 2010

DESEMBARAZOS	F	%
CESÁREAS	14	64
EUTOCICOS	8	36
TOTAL	22	100

Fuente: Directa.

Gráfico # 1

Comportamiento seguido por las manifestaciones depresivas en las embarazadas y púerperas afectadas, conforme a nivel de gravedad.



CUADRO 2
Fenómeno depresivo asociado al parto en embarazadas asistidas en consulta. Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. Junio-Agosto 2010.

Niveles de Depresión Escala de Beck	Edad Gestacional							
	35-37		38-40		41-+		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve	7	54	5	38	1	8	13	59
Moderado	3	43	4	57	0	0	7	32
Severo	0	0	2	100	0	0	2	9
Total	10	45	11	50	1	5	22	100

Fuente: Entrevista ambulatoria de las púerperas.

Tabla 2
Fenómeno Depresivo asociado al parto en Embarazadas asistidas en consulta. Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas. Junio-Agosto 2010.

CUADRO 3
Fenómeno depresivo asociado al puerperio en embarazadas asistidas en consulta. Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. Junio-Agosto 2010.

Niveles de Depresión Escala de Beck	ETAPAS DEL PUERPERIO					
	Inmediato		Clínico		Alejado	
	FC	%	FC	%	FC	%
Leve	11	50	12	45	9	41

Moderado	5	23	2	9	3	14
Severo	2	9	1	5	0	0
Total	18	82	15	68	12	55

Fuente: Entrevista ambulatoria de las puérperas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alvarado C., Sifuentes A. Estrada S. Salas C. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Méx*, 2010, 146 (1) 1-9.
- Beck CT, Records K, Rice M. Depression Predictors inventory-Revised. *JOGNN*, 2006, 35 (6): 735-45
- Botero, V. J. *Obstetricia y Ginecología*. 6ta edición. Ed., Colombia, Editora Carvajal, S.A., 2005: 58-60.
- Brunton L. *Farmacología Básica de terapéutica*. 11 a ed., México, D. F., Macgraw-Hill, 2006: 157-167.
- Carrascon A. García S, Ceña B. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Matrona Profe*. 2006; 7 (4):5-11.
- Casella CA, Gómez UG, Maidana DJ. Puerperio normal. *Revista de Posgrado de la cátedra VI a medicina No. 100*, diciembre 2000, Pág. 2-6.
- Chun-Fai-Chan B, Koren G, Fayez I. Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: a prospective comparative study. *Am J Obstet. Gynecol*. 2005; 192 (3): 932-936.
- Cochrane Database Of. *Systematic Reviews*, Issue 3, 2008
- Cunningham, FG. *Williams: Obstetricia*. 2a ed., Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2006: 733-752.
- Danfor Scot; *Ginecología y Obstetricia*. 9na edición. Pág. 730
- David G. *Psiquiatría Clínica*. México D. F., McGraw-Hill Interamericana, 200: 64-85.
- Ey H. *Tratado de Psiquiatría* 8a ed., Barcelona, Masson Editora, 2002: 45-60. 72.
- Federenko ES, Wadhwa PD. La salud mental de mujeres durante el embarazo influye en la salud fetal. *CNS Spect*, 2004; 9: 198-206.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, et al. Perinatal depression: prevalence, screening, accuracy and screening outcomes. *Evid Rep. Techno Assess* 2005; (119): 1-97.
- González M. *Manual de terapéutica* 2010-2011. 14ª ed., Colombia, Editora Panamericana, 2001: 547-554.
- Goodman y Gilman; *Bases farmacológicas de la terapéuticas* 9na ed. Pág. 459-475.
- Groer MG, Morgan K. Trastornos Inmunológicos y Endocrinológicos Asociados con la Depresión posparto. *Psychoneuroendocrinology*, 2007; 32 (2): 33-139.
- Harrison, TR. *Principio de medicina interna* 14va. Ed., Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2009: 641-647.
- Horacio A. Argente, Marcelo E. Álvarez; *Semiología Médica; Fisiopatología, Semiología y propedéutica*. 1ra edición. Pág. 39,41 y 52.
- <http://www.scielo.cvscielo.php.p.d:so> 717-v, 68 n.6. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. ISSN O 717-7526 versión on-line 2003 73.
- James L Jacobson, Alam M. Jacobson, *Secretos de la psiquiatría* 2 ed. Editorial S. A. de C.V -.pág. 403-11.
- K.R. Niswander, 1987, *Obstetricia práctica clínica*, 2 edición, Barcelona España, Pág. 179.
- Kim HG, Mandell; M, Crandall C. Enfermedad prenatal y la adecuación psiquiátricas del cuidado de prenatal en una población obstétrica. *Womens*, 2006; 9:103-7.
- Langer A. Embarazo no deseado. *Revista panamericana de Salud Pública*. Vol. 11, No 3. Washington. Marzo 2003.

25. Leidy Herasme, Mildred Díaz, Servia Pérez, Fernando Fernández. Salud mental en adolescentes embarazadas de 14-19 años en tres hospitales de maternidad de Santo Domingo. Rev. Med. Dom. Abril- Junio 2007. Vol. 69, N 2. Pág. 8
26. Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients-a prospective study. Eur J Cnncer Care (engl), 2001; 10 (4): 270-274.
27. Lujan R.; Depresión en el embarazo. Rev. Obstet Ginecol. Buenos Aires, 2009; 234-241.
28. Mark H. Beers M. D.; Roberto Berkow. M.D. Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento; 10ma edición; pág. 153, 1544,2022, 2059.
29. MCG Health System (octubre 2007). Glosario-Embarazo y nacimiento (en español). Health information>embarazo y parto. Consultado el 19 de junio del 2010.
30. Moreno Zaconeta, Alberto; Domínguez Casulari da Motta, Lucília y Franca, Paulo Sergio. Depresión Postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en 74 puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chilena de Obstetetrícia y Ginecología. [Online]. 2004, vol.69, n.3, pág. 209-213.
31. Informe de AHRQ sobre depresión y embarazo (Press Release), May 6, 2005. Adency for Healthcare.
32. Pérez A. Puerperio. En Pérez Sánchez. Obstetrícia, cap. 2. Pág. 328-341.
33. Picech A, Javier L, Lanser R, Cremonte E. Depresión y embarazo. Rev. Posgrado Vía Med., 2005: 1-4.
34. Bragado, Carmen; Basabe, Rosa Inés.: Psicotemas: 1999. Vol. 4. Pág 939,958. Universidad Compútense de Madrid y Málaga.
35. Sadock B. Manual de bolsillo de Psiquiátrica clínica. 4a ed., Estados Unidos. Corporación de Reproducción de Datos. 2008: 129-150.
36. Schwartz R. Obstetrícia. 5ta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo, 2001.
37. Schwartz, RL. Obstetrícia 8a ed., Buenos Aires. Librería-Editorial El Ateneo, 2005: 147-160.
38. Suros Batllo, J. Suros Batllo; Semiología Médica y Tecinas Exploratorias. 8va edición; Pág. 5, 7, 12, 15 y 20.
39. Vélez A. Fundamento de medicina psiquiátrica 4a ed., Bogotá, Colombia, Editora Quebecor Wold, 2004: 152-171.
40. Ventura J, Vargas W, medicina J. Gómez F. Factores de riesgo y comorbilidad asociados a depresión en mujeres embarazadas que acuden a la consulta del Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, R. D. En el periodo Junio-Julio 2006. Tesis de grado para optar por el título de Dr. en Medicina. UASD, 2006. 75.
41. Vidal, G. -Alarcón, R. Psiquiatría. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1996: 340-366.

Prevalencia de Tuberculosis en una Población de Tosedores Crónicos Captados en el Programa de Control de la Tuberculosis

**Dra. Carmen del Rosario Cuello Montilla, *Dra. Altagracia Alcántara Félix,
**Dra. Yeimi Anyelina Reyes López, **Dr. Idelfonso Peña Valentín,
***Dra. Nancy Josady Rivas Alcántara, *Dra. Martina Félix Gómez*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con información retrospectiva, sobre la Prevalencia de Tuberculosis en una Población de Tosedores Crónicos Captados en el Programa de Control de la Tuberculosis en el “Hospital Regional Universitario Jaime Mota”, Barahona, República Dominicana.

El universo estuvo conformado por todos los pacientes tosedores crónicos que asisten al programa TAES del “Hospital Regional Universitario Jaime Mota”, en el período comprendido, enero-junio 2010.

De un total de 447 pacientes, 27 de ellos fueron positivos por la prueba de la baciloscopia, el sexo más frecuente afectado fue el masculino con un 63.0 %.

La tuberculosis se transmite de una persona enferma a una sana, mediante las gotitas de salivas que se eliminan al toser, conversar, o estornudar, ya que ellos transportan el bacilo de Koch.

Los bacilos son altamente resistentes a la sequedad y pueden permanecer viables en un esputo por semanas y meses.

El comienzo de la enfermedad suele ser con afectación pulmonar, y los síntomas son: tos débil persistente, fiebre de 38 grados centígrados, cansancio constante, pérdida de peso, sudores nocturnos, pérdida de apetito, entre otros. El cuadro clínico más frecuente es la fatiga, fiebre y pérdida de peso.

El tratamiento es con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

En conclusión, la mayor causa de ingreso hospitalario de los pacientes con tuberculosis pulmonar, fue por recaídas y por causa de abandono al tratamiento y el 100% de esos pacientes con presentan tos, sudoraciones excesivas, fatiga, fiebre, pérdida de peso y sibilancia.

Palabras Clave: Prevalencia, Tuberculosis, Bacilos, Hospital, Pulmonar.

ABSTRACT

A descriptive study was conducted of transversal cut with retrospective information the prevalence in chronic tosedores patients recruited by the program of control of tuberculosis in “The Hospital Regional Universitario Jaime Mota, Barahona, Dominican Republic.

*Médico general

**Maestría en Salud Pública.

***Pediatra

The universe was comprised of all chronic tosedores patients attending the program dot of "The Regional University Hospital Jaime Mota", in the period, January - June 2010. A total of 447 patients, 27 of them were positive by the smear test, affected more frequent sex was male with a 63.0%.

Tuberculosis is transmitted from a sick person to a healthy, through droplets of saliva that are removed when the coughing, talking, or sneeze, since they convey the bacillus of koch.

The bacilli are highly resistant to the dryness and can remain viable in a sputum for weeks and months.

The onset of illness is usually with lung involvement, and the symptoms are: persistent weak cough, fever of 38 degrees Celsius, constant tiredness, weight loss, night sweats, loss of appetite, among others. the most frequent clinical picture is fatigue, fever and weight loss.

Treatment is with isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ETHAMBUTOL.

'In conclusion, a major cause of hospital admissions of patients with pulmonary tuberculosis, it was by relapses and cause of abandonment to the treatment and 100% of those patients with pulmonary TB have cough, fatigue, excessive sweating, fever, wheezing and weight loss.

Key Words: Prevalence, Tuberculosis, Pulmonary, Bacilli, Hospital.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad pulmonar bien conocida, desde la antigüedad existen evidencias paleológicas de la enfermedad en restos neolíticos precolombinos y momias egipcias que datan aproximadamente del año 2,400 a. C. Sin embargo, se convierte en un problema grave de salud en

el momento en que en los medios urbanos asociados con la revolución industrial generó circunstancia epidemiológica que favoreció su propagación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por Mico-Bacterium Tuberculosis, en los últimos años. (6) La aparición del sida ha condicionado un cambio radical en la epidemiología de la enfermedad, dando origen a una enorme preocupación en todo el mundo por sus surgimientos y por el incremento de resistencia a los fármacos más importantes trayendo como consecuencia la necesidad de nuevos recursos diagnósticos y medios terapéuticos.

La tuberculosis en los últimos tiempos ha tenido un comportamiento epidemiológico con marcada tendencia al aumento en los países desarrollados y en vía de desarrollo. Es cada vez más preocupante para los países pobres, que la población joven económicamente activa se está infectando de esta terrible enfermedad, que actualmente resulta más difícil su control por coexistir con la infección de VIH.

Este trabajo de investigación nos permitirá establecer la prevalencia en tosedores crónicos captados por el Programa de Control de la Tuberculosis del "Hospital Regional Universitario Jaime Mota", de Barahona, en el periodo estudiado y con esto motivar a todo el personal del centro a la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios para el diagnóstico y tratamiento oportuno de los que resulten positivo a la tuberculosis pulmonar, ya que la detección de casos en la comunidad constituye en una de las herramientas más importante desde el punto de vista de Salud Pública para detener y curar la tuberculosis y así cumplieron el principal objetivo de la estrategia del tratamiento directamente observado DOTS recomendada internacionalmente por OMS que intenta la detección de por lo menos el 70% y la cura del 85% de los casos nuevos con baciloscopia positiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal, con informaciones retrospectivas sobre la prevalencia de tuberculosos crónicos captados por el programa TAES, en el “Hospital Regional Universitario Jaime Mota” en el periodo enero- junio 2010.

La población estuvo constituida por 447 pacientes tosedores crónicos que asisten al “Hospital Regional Universitario Jaime Mota” en el periodo enero- junio 2010.

La muestra estuvo constituida por los 447 pacientes tosedores crónicos inscritos en el Programa TAES en el “Hospital Regional Universitario Jaime Mota” en el periodo enero-junio 2010.-

Entre los criterios de inclusión se incluyeron: pacientes tosedores crónicos que están inscritos en el Programa TAES.

En los criterios de exclusión se excluyeron:

Pacientes tosedores o con tuberculosis que no hayan sido captados por el programa TAES.

Pacientes con tuberculosis que no sean tosedores crónicos.

Se tomaron los récords de los pacientes tosedores crónicos.

Se tomaron todos los pacientes con tuberculosis tosedores crónicos captados en el programa TAES.

Se aplicó un instrumento (formulario) a todos los pacientes tosedores crónicos captados en el programa TAES con todas las variables correspondientes al estudio, para dar las conclusiones y recomendaciones con respecto a las informaciones obtenidas.

Después de recolectar las informaciones mediante el instrumento (formulario) se procedió a la clasificación y la tabulación de los mismos, para medir la prevalencia de tosedores crónicos captados por el programa TAES.

Se utilizaron medidas absolutas y relativas, tales como: porcentajes, razones y tasa, porque se tratará de un estudio descriptivo.

RESULTADOS

Cuadro 1

Distribución según resultados en pacientes tosedores crónicos captados en el Programa TAES en el “Hospital Regional Universitario Jaime Mota”, enero-junio 2010.

Resultados	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	27	6.0
Negativo	420	94.0
Total	447	100.0

Se observó que el 94.0% de los tosedores crónicos por el Programa TAES, se realizó la prueba de baciloscofia, en el cual fueron positivos, el 6.0% de los tosedores crónicos en la prueba de Baciloscofia.

Cuadro 2

Distribución según edad y sexo de tosedores crónicos captados en el Programa TAES en el “Hospital Regional Universitario Jaime Mota”, enero-junio 2010.

Ocupación	Estado Civil						Total %	
	Casado %	Soltero %		Unión Libre %				
Obrero	1	3.7	2	7.4	2	7.4	5	18.5
Jornalero	1	3.7	4	14.8	2	7.4	7	25.9
Profesional	1	3.7	0	0.0	0	0.0	1	3.7
Empleado Público	0	0.0	1	3.7	2	7.4	3	11.1
Empleado Privado	1	3.7	1	3.7	1	3.7	3	11.1
Trabajadores Independientes	0	0.0	6	22.2	2	7.4	8	29.6
Total	4	14.8	14	51.9	9	33.3	27	100.0

Este cuadro muestra la ocupación y el estado civil. Se observó que el 51.9% de los pacientes tosedores crónicos se registró con un estado civil soltero, con una ocupación de trabajadores independientes, obrero, jornalero, empleado público, para un 7.4% de los casos, respectivamente. El 14.8% presentó un estado civil casado y una ocupación de obrero. Se observó que los trabajadores independientes y el estado civil soltero se presentaron con mayor frecuencia en el estudio del “Hospital Universitario Jaime Mota”.

Cuadro 3
Distribución porcentual de los pacientes tosedores crónicos captados en el Programa TAES en el “Hospital Universitario Jaime Mota”, enero-junio 2010. Según procedencia

Escolaridad	Urbana %	Rural %	Total %
Primaria	4 14.8	9 33.3	13 48.1
Secundaria	2 7.4	6 22.2	8 29.6
Superior	1 3.7	0 0.0	1 3.7
Analfabeto	1 3.7	4 14.8	5 18.5
Total	8 29.6	19 70.4	27 100.0

Este cuadro presentó la escolaridad y la procedencia de los pacientes tosedores crónicos captados por el Programa TAES. Se observó que el 48.1% presentó un grado de escolaridad primaria y una procedencia rural para un 33.3%. El 29.6% eran pacientes con un grado de escolaridad secundaria y el 18.5% presentó un grado de escolaridad analfabetos; siendo el 70.4% de los pacientes procedentes de la zona rural.

Cuadro 4
Distribución porcentual de los pacientes tosedores crónicos captados en el Programa TAES en el “Hospital Universitario Jaime Mota”, enero-junio 2010. Según: nacionalidad.

Nacionalidad	Total	%
Dominicano/a	8	29.6
Extranjero/a	19	70.4
Total	27	100.0

Se observó que el 70.4% de los pacientes tosedores crónicos captados por el Programa TAES del “Hospital Regional Universitario Jaime Mota” eran de nacionalidad extranjeros y el 29.6% de los pacientes son dominicanos.

Cuadro 5
Distribución porcentual de los pacientes tosedores crónicos captados en el Programa TAES en el “Hospital Universitario Jaime Mota”, enerojunio 2010. Según: edad y tipo de tuberculosis.

Edad	Tipo de Tuberculosis						Total %	
	Tuber- culosis Pulmonar	%	Tuber- culosis Extra pulmonar	%	Tuber- culosis Infantil	%	Total	%
< 15	0	0.0	0	0.0	1	3.7	1	3.7
15 – 25	5	18.5	0	0.0	0	0.0	5	18.5
26 – 36	6	22.2	0	0.0	0	0.0	6	22.2
37 – 47	9	33.3	0	0.0	0	0.0	9	33.3
48 – 58	2	7.4	0	0.0	0	0.0	2	7.4
59 y +	4	14.8	0	0.0	0	0.0	4	14.8
Total	26	96.3	0	0.0	1	3.7	27	100.0

este cuadro mostró que el 33.3% de los pacientes tosedores crónicos tienen edades entre 37-47 años; mientras que el 22.2% de los pacientes con edades entre 26-36 años presentaron tuberculosis pulmonar. De los demás tipos de tuberculosis no se registró ningún caso.

DISCUSIÓN

Después de presentar los resultados del estudio, se procede a discusión:

En un estudio realizado por Elvira Monegro y Cols. sobre el Mycobacterium Tuberculoso en la Muestra de Espudo en Pacientes que Asisten al “Hospital Dr. Jaime Oliver Pino” de la ciudad de San Pedro de Macorís.(11) De 242 casos estudiados, 8 casos fueron positivos. A diferencia de nuestro trabajo de investigación realizado en el “Hospital Universitario Jaime Mota”, se estudiaron 447 casos, de

los cuales 27 de ellos fueron positivos por la prueba de baciloscopia, donde el 63.0% pertenecían al sexo masculino y el 37.0% al femenino, estos tienen probabilidades de adquirir la enfermedad.

En atención a la intensa labor realizada en los últimos años, la tuberculosis pulmonar es un modelo de lucha en un país con alta carga de esta enfermedad, el haber implementado exitosamente la estrategia TAES, le ha permitido alcanzar las metas de detectar el 70% de los casos de tuberculosis pulmonar y curar el 85% de los casos detectados, logros que mantiene durante más de una década. En este caso de los estudios de la provincia fronterizas debe captar el 90% de los casos positivos y curar el 95% de los mismos. Siendo esta una zona fronteriza, deben de darle mayores recursos para que las enfermedades no se incrementen por la población haitiana en el territorio nacional.(18)

La tuberculosis pulmonar como causa de enfermedad es un importante problema de salud pública, debido a que un gran número de personas que desarrollan tuberculosis no tienen oportunidad del diagnóstico y tratamiento oportunos. El objetivo de este estudio fue explorar la colaboración de la población tosedora para seguir el procedimiento diagnóstico establecido por el Programa TAES para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Hospitalaria.

De un total de 447 de casos de tosedores crónicos, donde se le realizó a cada uno la baciloscopia. El 6.0% arrojó resultados positivos con tuberculosis pulmonar y un 94.0% dieron resultados negativos.

El 63.0% de los pacientes con tuberculosis Pulmonar son del sexo masculino. Esto indica que la tuberculosis ataca cualquier sexo y en cualquier edad. En este estudio, la edad de mayor frecuencia fue entre 37-47 años, con un 33.3%.

El 51.9% de los pacientes con tuberculosis pulmonar tenían un estado civil soltero y una ocupación de jornaleros con mayor frecuencia.

La ocupación es la labor que desempeña la persona y pueden ocurrir varias enfermedades a las que están expuestos los trabajadores, gran repercusión sobre el estado de salud, tanto individual como colectiva. Al introducir la variable dependiente responsabilidad en salud y la variable independiente factores personales socioculturales como es el estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) a través del modelo se demostró significancia, lo que explica el efecto de los factores personales socioculturales sobre la responsabilidad en salud del paciente con tuberculosis pulmonar en tosedores crónicos.

La mayor causa de ingreso hospitalario de los pacientes con tuberculosis pulmonar fue por recaída y por causa de abandono al tratamiento. El 100.0% de estos pacientes con tuberculosis pulmonar presentaron tos, sudoración excesiva, fatiga, fiebre, pérdida de peso y sibilancias.

Al 100.0% de los pacientes con tuberculosis pulmonar se les realizó la prueba de esputo para la confirmación del diagnóstico. Al 100.0% de los pacientes con tuberculosis pulmonar se les realizó la prueba de baciloscopia y cultivo de Koch. A todos estos pacientes se les prescribió el esquema de tratamiento: "Isonizida, Rifampina, Pirazinamida y Etambutol".

Las causas y consecuencias de no recibir el tratamiento a tiempo fueron por la falta de recursos, de transporte y la mejoría de la condición de la enfermedad. La mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar conviven con sus familiares, de las cuales reciben apoyo emocional y económico.

Todos los sospechosos de tuberculosis pulmonar fueron captados por el Programa TAES para reali-

zarles los estudios de pruebas rutinarias como es el caso de la Baciloscopia de Koch.

Se debe superar el 6% de los casos de tuberculosis pulmonar que en los indicadores de salud presentaron una tasa de prevalencia alta, existen las condiciones de los programas normativos para disminuir los casos de esta patología. Las autoridades del "Hospital Universitario Jaime Mota" deben tener todos los medicamentos necesarios para poder disminuir los casos positivos de tuberculosis pulmonar para que no se incremente en cualquier momento de una epidemia.

La estrategia de TAES debe ser un compromiso de todos en el territorio nacional a través de campañas educativas que fortalezcan la alianza con la sociedad civil y las direcciones provinciales de Salud en el "Hospital Universitario Jaime Mota", porque es un centro de salud fronterizo donde existen habitantes que emigran a esta zona, incrementando así la transmisión de la enfermedad.

Expandir la estrategia como meta para los próximos años que permita superar el avance obtenido en los años anteriores en el Programa TAES y pueda disminuir los casos de tuberculosis.

Detectar y realizar seguimiento de sintomático respiratorio en todos los servicios, cumplir con las medidas de bioseguridad en el "Hospital Universitario Jaime Mota".

Se debe tener un programa de control de tuberculosis que cumpla con su objetivo y de lograr la recuperación de los casos de abandono del tratamiento mediante un enfoque integral aplicando la Estrategia TAES con el fin de disminuirlos casos.

Las autoridades de salud deben fomentar la búsqueda activa de los pacientes con casos asintomáticos respiratorios de tuberculosis y debe dar seguimiento al tratamiento con el objetivo de dis-

minuir su cantidad y la causa de abandono de los mismos.

Aplicar la vacunación BCG a toda la población menor de 5 años, para que no se den estos casos de abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar, ya que es una de las primeras causas de morbilidad en los programas de normativos de epidemiología para poder disminuir la alta incidencia que se presenta en los hospitales fronterizos.

El Ministerio de Salud Pública adjunto con los establecimientos de salud (UNAP, hospitales, clínicas rurales) deben ir en busca de los casos de tuberculosis pulmonar sin detección, porque la zona rural es la más afectada en todos los estudios publicados por las condiciones socioeconómicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. American Thoracic Society. Diagnóstico y Tratamiento de los Tuberculosis. 2da. Edición, Editora Mc Graw Hill, México, 2010.
2. Anderson, A. Tuberculosis. 1era. Edición, Editora McLeason, Washington, USA. 2009.
3. Capacitación en la Aplicación DOTS/ TAES. Curso Taller -República Dominicana. SESPAS, Octubre 2009.
4. Darío Salud. El Portal de la Salud: Tuberculosis. Disponible en vía [Internet]: <http://www.dariosalud.com/enfermedades.php?o=contenido&sid=496>.
5. Edita U., Elizabeth A.R., Quirudis D' Oleo. Determinación del Bacilo Tuberculoso en Tosedores Habituales de la Zona Franca de La Romana, agosto-diciembre 2009, [Tesis de Grado UCE].
6. El Control de la Tuberculosis Pulmonar en Prisiones: Manual para directores de programas. Dic. 2002. OPS/OMS.

7. Fernando Conde M., Miguel C, Carmen H, Manuel A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los Pacientes Tuberculosos en el Tratamiento de la Región V de Salud, enero-junio 2005. [Tesis de Grado], para optar por el título de maestro en Salud Pública. Universidad Eugenio María Hostos (UNIREMHOS), 2005.
8. Gobierno de San Luís. Tuberculosis. Servicios para la Comunidad. Disponible vía [INTERNET]: <http://www.sanluis.gov.ar/canal.asp?idCanal=1618>.
9. Informe de la II Reunión Regional: Detener la Tuberculosis Pulmonar en Las Américas (Brasilia, 27-29, marzo 2005). OPS/OMS.
10. Informe de la Reunión de los Jefes de Programas de Control de Tuberculosis (Ciudad La Habana, Cuba) 11-13 Sept. 2002. OPS/OMS.
11. Elvira Monegro y Cols. Estudio sobre el Mycobacterium Tuberculoso en la Muestra de Esputo en Pacientes que Asisten al Hospital Dr. Jaime Oliver Pino de la ciudad de San Pedro de Macorís. Enero-Junio 2006. (Tesis de Grado).
12. Martinof, J, Ananti Donatello, F. Rev. Arg. Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, 2007.
13. Neyra Ramírez, J. La Tuberculosis Pulmonar. Rev. Med. Científica. Paltex. OPS/OMS.
14. Palma Beltrán, O, Mosca, CA, Corosso, A. Abandono del Tratamiento en Tuberculosis: Realidad Actual y Perspectivas Futuras. Rev. Médica Bireme- OPS/OMS. 2000.
15. Patricia Hidalgo M., Carlos AG, Jacqueline PA. Factores de riesgo para recaída de tuberculosis pulmonar en pacientes del Hospital Santa Clara de Bogotá 1992/2002. Disponible en vía [Internet]: <http://www.encolombia.com/medicina/neumología/neum141-02art-fact.htm>
16. Reunión Regional Interprogram tica TB/HIV (México, DF, 9-10 Sept. 2004). OPS/OMS.
17. Sergio G. Anatomía Patológica del Aparato Respiratorio. TUBERCULOSIS PULMONAR; Capítulo 2. Disponible.
18. vía [INTERNET]:http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/AnatomiaPatol gica/02Respiratorio/2tuberc_pulm.html
19. Situación Operativa y de Coordinación frente a la Asociación TB/VIH (Análisis pre-eliminar). OPS/OMS, Agosto 2003.
20. TB Treatment Guidelines. División of Tuberculosis Elimination National Center for Prevention. June CDC, 2003. Disponible en: www.ede.gov/nchstp/pubs/PDA_TB_guidelines.
21. Terrero, José. Tratamiento de la Tuberculosis. OPS/OMS. Disponible en: www.paho.org. Septiembre, 2008.
22. Tripodby Hipócrates. Anatomía de los Pulmones. Disponible vía [INTERNET]: <http://www.anatomia.tripod.com/pulmon.htm>, Acceso; 1 Enero 2011.
23. Vigilancia Epidemiológica en Tuberculosis Pulmonar. Región de las Américas. OPS/OMS. 2004.
24. José A. M., Tratamiento directamente observado de la tuberculosis (TDO). Taller de la RCESP sobre Programas de Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Barcelona, diciembre 2004. Disponible vía [internet]: <http://www.aspb.es/uitb/docs/Taller%20UITB%2010/Dr.Alcaide.pdf>

Comportamiento Clínico, Endoscópico e Histológico del Esófago de Barret en una Población de Personas Asistidas por un Servicio de Gastroenterología

Raigner Emilio Escalante Novas, **Dra. Carmen del Rosario Cuello Montilla, *Dra. Yeimi Angélica Reyes López, ***Dr. Ángel Félix Félix, **Dra. Martina Félix. ***Dr. Joaquín R. López Ortiz*

RESUMEN

La incidencia de adenocarcinoma de esófago continúa en aumento en el mundo occidental, siendo la tasa de supervivencia muy sombría cuando se realiza el diagnóstico en etapas tardías. El Esófago de Barrett (EB) es una complicación frecuente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y es un factor importante en el desarrollo de adenocarcinoma Esofágico. El objetivo de la investigación fue determinar el comportamiento clínico endoscópico histológico del esófago de Barret. Se realizó una investigación, observacional, descriptiva, longitudinal prospectiva en el Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" de la ciudad de Pinar del Río, Cuba, donde se analizaron los resultados de 491 endoscopías digestivas altas realizadas a pacientes que presentaron alteraciones esofágicas y fueron valorados en las consultas de gastroenterología provincial. El resultado es la muestra 58 pacientes con diagnóstico de EB. Los métodos estadísticos utilizados fueron la comparación de frecuencias relativas, análisis porcentual y Chi cuadrado con un 95% de confiabilidad. En cuanto a los hallazgos encontrados, predominó el grupo de 50 a 64 años y el sexo masculino, la pirosis constituyó el motivo de consulta más frecuente, seguido por la regurgitación, los factores de riesgo más presen-

tes fueron el consumo de café, seguido por el tabaquismo y los hábitos dietéticos inadecuados, la gastritis seguida de la esofagitis fueron las enfermedades asociadas más frecuentes, existiendo un escaso número de pacientes con enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE), el aspecto endoscópico predominante resultó el segmento corto y la metaplasia intestinal de grado I atendiendo a la clasificación histológica.

Palabras clave: Esófago de Barret, adenocarcinoma esofágico, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

ABSTRACT

The incidence of esophageal adenocarcinoma continues to increase in the Western world, being very grim survival rate when the diagnosis is made in later stages. Barrett's esophagus (BE) is a frequent complication of gastroesophageal reflux disease and is an important factor in the development of esophageal adenocarcinoma. The objective of this research was determine the histological endoscopic clinical behavior of the Barret Esophagus. Held a research, observational, descriptive, longitudinal prospective at the Hospital of the town of Pinar del Rio "Abel Santamaria square" analyzed the results of 491 high digestive endoscopy performed patients who presented esophageal di-

*Gastroenterólogo

**Maestría en Salud Pública

***Médico General

sorders and were valued in the Gastroenterology consultations provincial constituting the sample 58 patients with diagnosis of BE. The statistical methods used were, comparison of relative frequencies, percentage analysis and Chi square with a 95 reliability. In terms of the findings found the 50 to 64 age group and male dominated, heartburn constituted the reason for more frequent consultation, followed by regurgitation, present risk factors were the consumption of coffee, followed by smoking and inappropriate dietary habits, followed by esophagitis gastritis were the most frequent associated diseases, there are a small number of patients with reflux gastro esophageal disease (GERD), the predominant endoscopic appearance was the short segment and intestinal metaplasia of grade I according to the histological classification.

Key words: Barrett esophagus, esophageal adenocarcinoma, reflux disease (GERD).

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal superior, originadas del esófago, la unión gastroesofágica y el estómago, constituyen un problema de salud a nivel mundial, cada año son diagnosticados 400,000 nuevos casos de cáncer esofágico, actualmente ocupa el octavo lugar en frecuencia. Histológicamente se clasifica en dos subtipos principales, el carcinoma de células escamosas o epidermoide de esófago (CEE) y el adenocarcinoma de esófago (AE). La incidencia tiene una amplia variación geográfica con rangos de 3 por 100 mil casos nuevos por año en países occidentales y de 140 por 100 mil casos nuevos por año en Asia Central. (1-3).

El cáncer de esófago (CE) es uno de los tumores más agresivos, con una supervivencia global inferior al 20 % a los cinco años, debido a su naturaleza extremadamente agresiva y pobre superviven-

cia, se coloca como la sexta causa de mortalidad por cáncer. Más del 90 % de los tumores malignos del esófago corresponden al CEE y al AE. En raras ocasiones, otros carcinomas, melanomas, leiomiomas, sarcomas, carcinoides y linfomas pueden asentar en la pared esofágica. Aproximadamente el 75 % de los AE se localizan en el esófago distal, mientras que el CEE suele afectar al tercio medio o al distal. (4-6)

La incidencia de AC de esófago ha aumentado considerablemente en el mundo occidental, siendo el Esófago de Barret (EB) el precursor más importante en su desarrollo. (7) La incidencia anual de desarrollar un cáncer de esófago es de un 0.5% por año en pacientes con EB, riesgo que es entre 20 y 60 veces mayor en comparación con la población general. Aunque el riesgo relativo de desarrollar AC de esófago en pacientes con EB es elevado y de mal pronóstico cuando se diagnostica en etapa avanzada, es aún materia de debate si la presencia de EB conduce realmente a un aumento en la mortalidad en este grupo de pacientes, ya que solo un pequeño porcentaje de estos pacientes desarrollarán finalmente un AC esofágico. (8)

Este cambio metaplásico del EB es consecuencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) crónico. La ERGE es común y se estima que aproximadamente el 10% de la población adulta puede experimentar síntomas de ERGE como pirosis y regurgitación. Además, entre el 10% y 12% de los pacientes en quienes se realiza endoscopia por ERGE pueden tener EB.

Aunque la ERGE juega un papel primordial en el desarrollo de EB y AE, factores genéticos y ambientales pueden influenciar la respuesta epitelial al reflujo y afectar la transformación epitelial. (7)

Probablemente la prevalencia del EB haya sido subestimada debido a que la mayoría de los estudios han sido realizados en pacientes con ERGE

sintomático, ya que la mayoría de los casos son diagnosticados casualmente, es imprescindible diseñar estrategias acerca del uso adecuado de programas de pesquisa y vigilancia de esta enfermedad, así como también definir cuál podría ser la población con mayor riesgo que sería beneficiada al utilizar estas estrategias. (7)

El objetivo general de esta investigación fue determinar el comportamiento clínico, endoscópico e histológico del EB en Pinar del Río, Cuba, durante el año 2012.

Los objetivos específicos fueron:

1. Caracterizar a la población con diagnóstico de EB según edad y sexo.
2. Identificar la relación entre edad, síntomas predictores, enfermedades asociadas y hábitos tóxicos.
3. Caracterizar endoscópica e histológicamente el EB.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo observacional descriptiva, longitudinal prospectiva con el propósito de determinar el comportamiento clínico, endoscópico e histológico del EB en Pinar del Río durante el año 2012.

El universo estuvo constituido por el total de endoscopías digestivas altas (EDA) realizadas a pacientes que asistieron a la consulta de gastroenterología especializada de afecciones de esófago del Hospital “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río, Cuba, durante el año 2012, resultando un total de 491 pacientes. La muestra la constituyeron 58 pacientes, los cuales se seleccionaron por un muestreo intencional por criterios donde se determinaron.

Para la realización de esta investigación nos apoyamos en diferentes métodos empíricos, que nos permitieron obtener información sobre el comportamiento de las variables a estudiar y los estadísticos, en este caso la estadística descriptiva y comparativa que nos permitió organizar y clasificar los indicadores cuantitativos obtenidos en la medición. Para medir las variables se utilizó el software educacional: Estadística Piloto (41). El nivel de significación propuesto es del 0.05 (95% de confiabilidad).

Los estadigramas descriptivos se usaron en algunos indicadores apoyados en cuadros simples y de contingencia y gráficas, las que se analizaron y compararon con la literatura actualizada llegando a conclusiones.

Se confeccionó un instrumento que consistió en un cuestionario que contenía los datos a seleccionar para la investigación y que fueron recolectados de los informes de EDA realizadas y entrevistas realizadas a los pacientes.

RESULTADOS

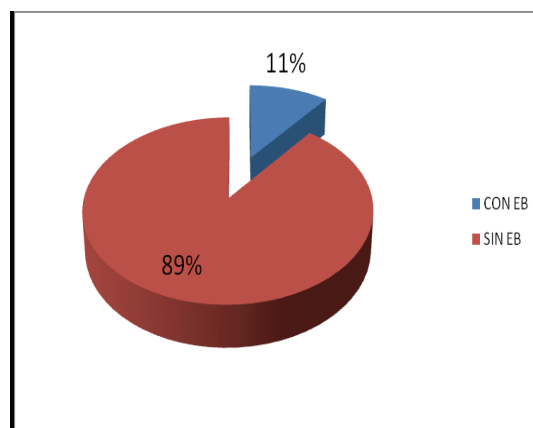


Gráfico 1. Comportamiento del EB en Pinar del Río, Cuba, 2012.

En el gráfico 1 se puede observar el comportamiento de esta enfermedad, resultando que de 491 pacientes a los cuales se les realizó endoscopia en el año 2012 por presentar alteraciones gastroeso-

fágica, se constató diagnóstico de EB a 58 pacientes dentro del universo estudiado.

Cuadro 1. Distribución de pacientes con EB Según edad y sexo. Pinar del Río, Cuba, 2012.

INTERVALO DE EDADES	MOTIVO DE CONSULTA								
	PIROSIS		REGURGITACIÓN		DISFAGIA		DOLOR TORÁCICO		
	n	%	N	%	N	%	N	%	
20 a 49 años	25	51.1	11	42.3	3	15	2	16.6	
50 y más años	24	48.9	15	57.9	17	85	10	83.3	
TOTAL	49	84.4	26	44.8	20	34.4	12	20.6	
X² = 10.50		p = 0.0147				GL = 3			

En el Cuadro 1 se muestra la distribución de pacientes con EB, según edad y sexo, resultando una distribución homogénea sin significación estadística, no obstante la edad, de 50 a 64 años resultaron las más afectadas con el 34.4 % de los casos y el sexo masculino con un 65.5 %.

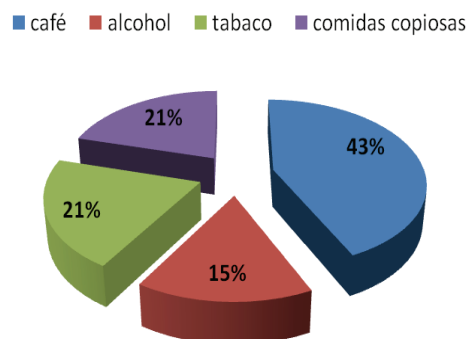
Cuadro 2. Distribución de pacientes con EB, según edad y motivo de consulta. Pinar del Río, Cuba, 2012.

INTERVALO DE EDADES	SEXO						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		
	N	%	N	%	n	%	
20 A 34 AÑOS	11	28.9	4	20.0	15	25.8	
35 A 49 AÑOS	4	10.2	6	30.0	10	17.2	
50 A 64 AÑOS	15	39.4	5	25.0	20	34.4	
65 AÑOS Y MÁS	8	21.0	5	25.0	13	22.4	
TOTAL	38	65.5	20	34.4	58	100	
X² = 4.17		p = 0.2431				GL = 3	

En el Cuadro 2 se muestra la distribución de pacientes con EB, según el síntoma o signo que motivaron su consulta encontrando que existe una distribución no homogénea, lo que resulta estadísticamente significativo, es que el síntoma que más frecuentemente llevó al paciente a consulta fue la pirosis con un 84.4%, siguiendo en orden de fre-

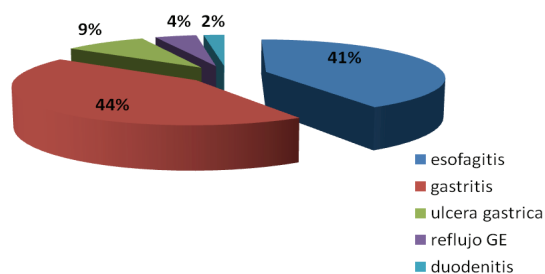
cuencia la regurgitación y la disfagia con el 44.8 % y 34%, respectivamente. El menos encontrado fue el dolor torácico con el 20.6 %.

Gráfico 1. Distribución de pacientes con EB Según hábitos tóxicos. Pinar del Río, Cuba, 2012.



Existen factores de riesgo relacionados con los estilos de vida inadecuados de los pacientes que suponen predisposición a padecer EB. En el gráfico anterior podemos observar el comportamiento de estos en la muestra estudiada, siendo el consumo de café el más representado en la muestra con un 43 %, el tabaquismo y las comidas copiosas en ocasiones no sanas, propias de la idiosincrasia de nuestra población, se encuentran en segundo lugar con el 21% ambas. Estos factores deben tenerse en cuenta en el momento de realizar labor educativa, pues están asociados además al riesgo de evolucionar hacia un adenocarcinoma.

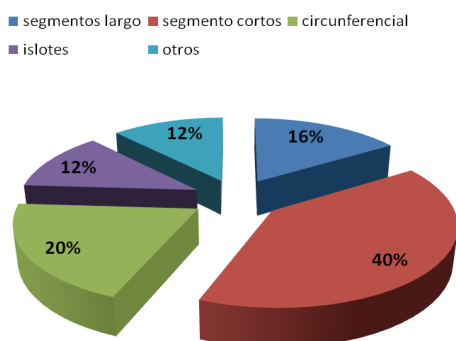
Gráfico 2. Distribución de pacientes con EB, según enfermedades asociadas. Pinar del Río, Cuba, 2012



El EB puede cursar de forma asintomática, o con manifestaciones de otras enfermedades gastroesofágicas a las cuales está asociada esta enfermedad. En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de estas enfermedades asociadas, siendo la gastritis la más frecuente con un 44% de los pacientes, seguida por la esofagitis con el 41%, significativo resultó en nuestro estudio que solo 9 pacientes (4%) presentaban ERGE, a pesar de ser considerado un requerimiento necesario y quizás el más importante para el desarrollo del EB, confirmando la necesidad de un programa de pesquisa en todos los pacientes con ERGE.

Gráfico 3. Distribución de pacientes con EB Según clasificación endoscópica. Pinar del Río, Cuba, 2012.

El gráfico 4 muestra la distribución de pacientes



con EB, según clasificación endoscópica donde se observa que existe un predominio de EB de segmento corto con el 40 % del total de pacientes.

Cuadro 3. Distribución de pacientes con EB Según edad y clasificación histológica. Pinar del Río, Cuba, 2012.

Intervalo de edades	Clasificación Histológica									
	MI		MII-III		DBG		DAG			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
20 a 49 años	11	45.8	9	39.1	4	50	0	0	25	43.1
50 años y más	13	54.1	14	60.8	4	50	3	100	33	56.8
Total	24	41.3	23	37.9	8	13.7	3	5.1	58	100

$X^2 = 2.54$

$p = 0.468$

$GL = 3$

Se define el esófago de Barrett como la presencia de mucosa columnar con metaplasia intestinal en el esófago inferior, incluida la mucosa que tapiza el esfínter esofágico inferior. Convirtiéndose así el EB en un criterio histológico más que endoscópico, ya que solo sería posible identificar la metaplasia intestinal, mediante el estudio histológico. En el estudio realizado el comportamiento de esta variable se muestra en el Cuadro 3, donde se observa que el grado de metaplasia más frecuente es la grado I con el 41 % de los pacientes estudiados, seguidos por la grado II con el 37.9 % sin diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes mostrando una distribución homogénea, en menos frecuencia se encuentran las displasias de bajo grado y alto grado respectivamente. Con el 13.7 y 5.1 % este indicador tiene especial relevancia desde el punto de vista de seguimiento del paciente, ya que aquellos pacientes con displasia tienen más probabilidades de evolucionar hacia un adenocarcinoma.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en esta investigación sobre prevalencia de la enfermedad en la población bajo estudio se encuentra dentro de los estándares mundiales, ya que se plantea que entre el 10 y el 12% de los pacientes que se les realiza endoscopia por afecciones del esófago pueden tener EB. (8). También en estudios realizados en pacientes con síntomas laringotraqueales se encontró una prevalencia de 11.8 %, resultado similar al encontrado en este estudio. (42)

El EB se presenta en hasta 10% de los pacientes con RGE crónico y este se presenta con una frecuencia estimada de entre 20 y 40% de la población. (8)

Estudios revisados sobre el comportamiento de la enfermedad con relación a la edad del paciente demuestran que son más frecuentes estos hallazgos

en exámenes endoscópicos de pacientes con una edad promedio entre los 50-60 años, siendo dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres con una proporción de 2:1, lo que se incrementa si son de raza blanca y fumadores, datos que coinciden con los resultados obtenidos en esta investigación. (8)

Con relación al síntoma o signo que motivaron la consulta del paciente, los datos arrojados en esta investigación se corresponden con los encontrados por Ortiz de la Peña, quien encontró que el 56.7% de los pacientes sometidos a intervención por EB presentaban pirosis. (28)

Similar a los resultados encontrados en esta investigación, estudios realizados sobre el estilo de vida de las personas demuestran fehacientemente que el fumar duplica el riesgo de tener epitelio de Barrett e incrementan su progresión a displasia de alto grado y cáncer. (12, 44)

En la literatura revisada no se encuentran concordancias con este estudio en relación a las enfermedades asociadas en un paciente que esté cursando en forma asintomática EB. Esto se debe a que evalúan el EB a partir de la ERGE encontrando que del 10 al 12% de los pacientes con ERGE presentan EB (7). En este estudio se evaluó la ERGE a partir del EB.

Los resultados de este estudio con relación a la distribución de pacientes con EB, según clasificación endoscópica, están en correspondencia con la literatura revisada donde se plantea por algunos autores que el EB corto es una 10 veces más frecuente que el largo, (45). Según el aspecto endoscópico de la unión de la mucosa escamosa y columnar se distinguen dos tipos de EB, siendo en la muestra estudiada más frecuente la circunferencial con el 20 %.

Los resultados de esta investigación llevan a concluir que el EB es una entidad frecuente en la provincia Pinar del Río, en Cuba, con un predominio del grupo etario de 50 a 64 años y el sexo masculino. La pirosis constituyó el motivo de consulta más frecuente de estos pacientes, seguido por la regurgitación. Los factores de riesgo que más se presentaron en el grupo de pacientes que constituyó la muestra fue el consumo de café en primer lugar, seguido por el tabaquismo y los hábitos dietéticos inadecuados. La gastritis seguida de la esofagitis fueron las enfermedades asociadas que más se presentaron, existiendo un escaso número de pacientes con ERGE. El aspecto endoscópico predominante resultó el EB de segmento corto y la metaplasia intestinal de grado uno atendiendo a la clasificación histológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Siersema PD. Esophageal cáncer. *Gastroenterol Clin North Am* 2008; 37:943-64. 4.
2. Eslick GD. Epidemiology of esophageal cancer. *Gastroenterol Clin North Am*. 2009; 38:17-25.
3. 25.
4. Chang JT, Katzka D, GERD, Barretts and adenocarcinoma of the esophagus. *Arch Int Med* 164, July 2004.
5. 164, July 2004.
6. Martín González MA, Fuentes Valdés E., Corona Mancebo S, Ricardo Silvera J, Placeres.
7. A Cáncer de esófago, esofagectomía video asistida. *Rev. Cubana Cir.* 2011; 50(3): 67-78.
8. Cruz Zárate A., Hernández Guerrero A., Sobrino Cossio S, Barranco Fragoso B., Alonso Lárraga JO. Supervivencia y factores pronósticos en cáncer esofágico. *Rev. Med Hosp Gen Mex.* 2010; 73(1):23-9.
9. Enzinger Peter C. Mayer Robert J. Esophageal Cancer. *New England Journal of Medicine:* 2003:349:2241-62)

10. Quera P, Rodrigo, Valenzuela E.J. Esófago de Barrett: La antesala del adenocarcinoma de esófago. [Rev. Med. Clin. Condes - 2008; 19(4) 316 - 321]
11. Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T. Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. *Gastroenterology* 2005; 129:1825-31.
12. Barrett NR. Chronic peptic ulcer of the oesophagus and "esophagitis". *Br J Surg* 1950-1951; 38: 175-182.
13. Barrett NR. The lower esophagus lined with columnar epithelium. *Surg* 1957; 41: 881-894
14. Barrett NR. Chronic peptic ulcer of theoesophagus and oesophagitis. *Br J Surg* 1950; 38: 175-82.
15. González N, Parra-Blanco A, CohenH, Esófago de Barrett: Actualización del tema. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana - Vol. 42 / N° 4 / Diciembre 2012 - Acta Gastroenterol Latinoam* 2012;42:333-347
16. Youse J, Cardwell C, Cantwell M, Galway K, Johnston B. The Incidence of Esophageal Cancer and High-Grade Dysplasia in Barrett's Esophagus: A Systematic Review and Meta-Analysis *Am J Epidemiol* 2008;168:237-249 .
17. Prasad GA, Bansal A, Sharma P, Wang KK. Predictors of progression in Barrett's esophagus: current knowledge and future directions. *Am J Gastroenterology*. 2010; 105:1490-502. E pub 2010 Jan 26.
18. Veitía G, Paredes R, Sandoval C, Armas V, Guzmán M, Valle D, et al. Hallazgos endoscópicos en pacientes con síntomas cardinales de enfermedad de reflujo gastroesofágico. *Gen [Internet]*. 2008 Dic. [citado 10 Jul. 2013]; 62(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032008000400005&lng=es
19. Guerrero R. Reflujo gastroesofágico y enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: Rojas C,
20. Guerrero R., editores. *Nutrición y gastroenterología pediátrica*. Editorial Médica Panamericana: Bogotá 1999: 271-280.
21. Guerrero R, Velasco CA, Yepes NL, Sepúlveda ME, Zamorano C, Rivera JA y col. A propósito de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños: una reunión de la Asociación Colombiana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica ACOGANP. *Rev. Pediatría* 2001; 36: 24-40.
22. Corley DA, Kubo A, Levin TR, et al. Race, ethnicity, sex and temporal differences in Barrett's esophagus diagnosis: a large community-bases study. 1994-2006. *Gut*. 2009; 58:182-8.
23. Orloff M, Peterson C, He X, et al. Germline mutations in MSR1, ASCC1, andCTHRC1 in patients with Barrett esophagus and esophageal adenocarcinoma. *JAMA* 2011; 306; 410-19.
24. Spechler SJ, Zeroogian JM, Wang HH, et al. The frequency of specialized intestinal metaplasia at the squamocolumnar junction varies with the extent of columnar epithelium lining the esophagus. *Gastroenterology* 1995; 108: A 224.
25. Vahabzadech B, Seetharam A, Cook M, et al. Validation of the Prague C & M criteria for the endoscopic grading of Barrett's esophagus among gastroente-rology trainees: A multicenter study. Sesión de carteles presentada en DDW, 2010, mayo 1-5, New Orleans, LA, USA. S1416.
26. Fléjou JF and Svrcek M. Barrett's esophagus-a pathologist's view. *Histopatología* 2007; 50: 3-14.
27. Hernández-Guerrero A. Esófago de Barrett *Rev. Gastroenterol Mex*, Vol. 75, Supl. 1, 2010
28. Valencia W.H., Esófago de Barrett: ¿Realmente se escuchan las alarmas?... *Universitas Médica* 2006 vol. 47 n° 4
29. Cerisoli C. Esófago de Barrett *Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDYT)* Buenos Aires, Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2012;42(Supl.1):11-12.

30. Llorens P, Contreras L, Barrett ulcerado y seguimiento a largo plazo *Gastroenterol. latinoam* 2011; Vol. 22, N° 3: 242-248
31. Bufanda L, Cosme A, Muro N, Gutiérrez-Stampa M. Influencia del estilo de vida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Med Clin Barc.* 2007; 128(14):550-4.
32. Ortiz PRJ y cols. Esófago de Barrett y funduplicatura parcial posterior a 270° (Toupet) Vol. 13 No. 1 Ene.-Mar. 2012. *CIRUGÍA ENDOSCÓPICA* en <http://www.medigraphic.com/cirugiaendoscopica>
33. Thomas T, Abrams K. R, De Caestecker J. S. Robinson R. J., *META ANALYSIS: CANCER RISK IN BARRETT'S esophagus aliment Pharmacol Ther* 26, 1465–1477 Journal compilation a 2007 Blackwell Publishing Ltd
34. Rastogi A, Puli S, El-Serag HB, Bansal A, Wani S, Sharma P. Incidence of esophageal Adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus and high-grade dysplasia: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2008; 67: 394-398
35. Wani S, Falk G, Hall M, et al. Patients with non-dysplastic Barrett's esophagus has low risks for developing dysplasia or esophageal Adenocarcinoma. *Clin Gastroenterology Hepatol* 2011; 9: 220-227.
36. Hvid-Jensen F, Pedersen L, Drewes AM, Sorensen HT, Funch-Jensen P. Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. *N Engl J Med* 2011;365:1375-1383
37. Álvaro-Villegas J. C, Hernández-Guerrero A, Alonso-Lárraga O. Dilatación de los espacios intercelulares en los subtipos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev. esp. enferm. dig.* v.102 n.5 Madrid mayo 2010.<http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082010000500003> Tamayo-de la Cuesta JL. Esófago de Barrett *Rev. Gastroenterol Mex*, Vol. 76, Supl. 1, 2011
38. Richter JE. What is the histological correlation with clinical and endoscopic evidence of Barrett's esophagus? En: Giuli R. *Barrett's Esophagus*. John Libbey Eurotext, Paris, 2003. p. 121. De Ardila A. Esófago de Barrett: Una problemática para analizar. *Rev. Col Gastroenterol* vol. 23 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2008.
39. Bani-Hani KE, Bani-Hani BK, Martin IG. Characteristics of patients with columnar-lined Barrett's esophagus and risk factors for progression to esophageal Adenocarcinoma. *World J Gastroenterol* 2005; 11(43): 6807-6814
40. Oherg, Stefen; Wenner, Jorgen. Barret esophagus: risk factor for progression to dysplasia and Adenocarcinoma. *Annals of Surgery* 2005; 242: 49-54.
41. Sierra Arango F. Incidencia de Adenocarcinoma en esófago de Barrett, Fundación Santa Fe de Bogotá, 11 años de seguimiento. *Rev. Col Gastroenterol* [Internet]. 2008 Jan/ Mar [citado 10 Jul. 2013]; 23(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572008000100003&lang=pt
42. Van Joest EM, Dieleman JP, et al. Increasing incident of Barrett esophagus in the general population. *Gut* 2005; 54: 1062-1066
43. Estadística Piloto: paquete estadístico digital educacional para las investigaciones epidemiológicas, disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm14-4/V14n4/030410.htm>
44. Murphy TJ, Nason KS, Shaheen NJ, et al. A cross-sectional analysis of the prevalence of Barrett's esophagus in otolaryngology patients with laryngeal symptoms. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago.
45. Cameron AJ, Lomboy CT. Barrett's esophagus: age, prevalence, and extent of columnar epithelium. *Gastroenterology* 1992; 103: 1241-5.].
46. Zhang ZF, Kurtz RC, Yu GP, Sun M, Gargon N, Karpeh M Jr, Fein JS, Harlap S. Adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardiac: medical conditions, tobacco, alcohol, and socioeconomic factors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1996; 5:761-768.
47. Sharma P, Topalovski M, Mayo MS, Weston AP. Methylene blue chromo endoscopy for detection of short-segment Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc* 2001; 54:289-93.

Correlación Sonográfica - Hormonal Pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

**Dr. Ángel Félix Félix, **Dr. Diego Hurtado Brugal *Dr. Luís Miguel Escaño,
****Dr. Juan Pablo Félix Félix, *****Dra. Nancy Josady Rivas Alcántara, ***Amaurys G. Félix M.*

RESUMEN

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó datos retrospectivos para evaluar la correlación sonográfica y hormonal en pacientes con síndrome de ovario poliquístico (SOP) en el Servicio de Endocrinología del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, durante el periodo enero 2004-diciembre 2006. La muestra estuvo constituida por 118 pacientes con diagnóstico confirmado de SOP. Todas las pacientes presentaron alteraciones en por lo menos una de las hormonas medidas lo que coloca al perfil hormonal en su conjunto por encima de la sonografía en la especificidad diagnóstica del SOP. La disfunción ovulatoria, según los niveles de progesterona, se presentó en el 78.8% de los casos, la inversión LH/FSH, en el 70.3% de las pacientes. La sonografía presentó hallazgos sugestivos del SOP en 71% de los casos. El 83.1% de las pacientes con gonadotropinas invertida, presentó disfunción ovulatoria. De las pacientes con reporte sonográfico de ovario poliquístico, el 76.1% presentó disfunción ovulatoria. De cada 3 pacientes, 2 presentaron alteración en las gonadotropinas cuando la sonografía reportaba ovario poliquístico y a la inversa. El cuadro clínico encabezado por

trastorno del ciclo menstrual es el pilar diagnóstico más importante en el SOP, en segundo lugar está la disfunción ovulatoria (anovulación-oligoovulación), en tercer lugar se encuentran los hallazgos sonográficos de SOP y la inversión en la relación LH/FSH. Solo 1 de cada 3 pacientes tenían testosterona total aumentada, lo que sugiere que este marcador bioquímico no es tan específico en el diagnóstico de esta enfermedad.

Esta patología causa importantes alteraciones endometriales, ya que el 61% de las pacientes tenía biopsia de endometrio que no coincidía con el día 24 del ciclo, fecha de la toma de la muestra, y 15.8 % de ellas padecía de hiperplasia endometrial, lesión premaligna que da origen al cáncer de endometrio.

Palabras clave: síndrome, ovario poliquístico, sonografía, FSH, progesterona, ciclo anovulación.

ABSTRACT

It is an observational, descriptive and cross-sectional study involving retrospective data to assess the correlation of sonographic and hormone in patients with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) in the service of Endocrinology, the maternity hospital nuestra Señora de altagracia, during the period

*Endocrinólogo Ginecólogo, **Endocrinólogo
Ginecólogo, *Patólogo, *****Pediatra

January 2004-December 2006. The sample consisted of 118 patients with confirmed diagnosis of PCOS. all the patients presented alterations in at least one of the hormones measured which puts to the hormonal profile as a whole above ultrasonography in specificity diagnosed PCOS dysfunction ovulation, progesterone levels, arose in the 78.8% of the cases, the lh/fsh investment, the 70.3% of the patients. Sonography presented findings suggestive of PCOS in 71% of cases. The 83.1% of the patients with inverted gonadotropins, presented ovulatory dysfunction. In patients with Polycystic ovary, the 76.1% sonographic report presented ovulatory dysfunction. Of every 3 patients, 2 were alteration in gonadotropins when ultrasonography reported polycystic ovary and vice versa. the clinical picture headlined by disorder of the menstrual cycle is the pillar Diagnostics most important in PCOS, in second place is the dysfunction ovulation (Anovulation-oligoovulacion), in third place are finds sonographic of PCOS and the investment in the relationship lh/fsh. only 1 of every 3 patients had total testosterone increased, suggesting that this biochemical marker is not so specific in the diagnosis of this disease. This disease causes significant endometrial pathology, since 61% of the patients had biopsy of endometrium that did not coincide with the day 24 of the cycle, the sample collection date, and 15.8 per cent suffered from endometrial hiperplasia, pre-malignant lesion that gives rise to endometrial cancer.

Key words: Syndrome, Polycystic Ovary, Sonography, FSH, Progesterone, Anovulatory Cycle.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una disfunción endocrino-metabólica compleja que altera el eje reproductivo (hipotálamo, hipófisis, ovario) de etiología incierta, asociado a mayor secreción de andrógenos e hiperinsulinemia que se manifiesta con anovulación crónica, trastorno del ciclo

menstrual, infertilidad, hirsutismo y obesidad. (9) En los Estados Unidos el mayor énfasis para su diagnóstico se fundamenta en las características bioquímicas, siendo la más aceptada el aumento en la producción de andrógenos ováricos. La inversión en los niveles de gonadotropinas realizados el día tres del ciclo menstrual, así como niveles bajos de progesterona los días 22-26, es parte fundamental en este diagnóstico. La relación estrona/estradiol está invertida a favor de la estrona, la prolactina se encuentra aumentada en el 25 % de las pacientes y la relación glucemia/insulinemia basales < 4. 5 identifica resistencia a la insulina en un 84% de los casos.

El SOP se diagnostica principalmente en Inglaterra y en muchos países europeos mediante ecografía sobre la base de la morfología ovárica.

Los hallazgos sonográficos encontrados en el SOP son: ovario de tamaño normal o aumentado, presencia de 10 o más imágenes quísticas menor de 10 mm dispuestos en collar de perlas alrededor de la corteza ovárica y ecos centrales que señalan la hiperplasia o mayor celularidad de las tecas y del estroma.

El Dr. José Llibre Tello realizó un estudio retrospectivo con 17,540 pacientes desde abril de 1985 hasta noviembre 1998, sobre la incidencia sonográfica de la poliquistosis ovárica en República Dominicana.(16) El mismo arrojó una incidencia de 5.70%; cifras que dan una idea de la magnitud de la enfermedad en la población y del valor sonográfico para su diagnóstico, según la opinión de su autor.

Otros estudios han demostrado que el Síndrome Clínico podría asociarse a morfología ovárica aparentemente normal, pero a pesar de esos esfuerzos todavía no se cuenta con informaciones suficientes que sustenten la relación en términos porcentuales de los distintos elementos diagnósticos que participan en este Síndrome. Esta razón, principalmente, fue la que motivó al investigador a realizar un estudio que diera a conocer la "Corre-

lación Sonográfica y Hormonal en pacientes con SOP diagnosticados en el Servicio de Endocrinología del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó datos retrospectivos para evaluar la Correlación Sonográfica y Hormonal en Pacientes con SOP en el Servicio de Endocrinología del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, durante el período enero 2004-diciembre 2006. El universo estuvo representado por 209 pacientes con diagnóstico de impresión de SOP que acudieron al Servicio de Endocrinología Ginecológica del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, en el período antes mencionado. La muestra estuvo constituida por 118 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico clínico de SOP confirmado por pruebas hormonales y hallazgos sonográficos. Se excluyeron las pacientes que tenían diagnóstico de impresión, SOP, no demostrado mediante pruebas hormonales y hallazgos sonográficos.

Para la recolección de los datos, fue diseñado un formulario con las variables e informaciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación. Se obtuvo la información de los expedientes clínicos seleccionados, registrados en el archivo del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados manualmente y a computadora, presentados en cuadros de Word y gráficos del Excel de acuerdo a los objetivos propuestos y al tipo de variable. El plan de análisis se realizó con medidas estadísticas relativas, mediante: frecuencia simple y de dispersión central. Así como de cruces de variables con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo general de la investigación. La información se presenta en forma de texto, cuadros y gráficos.

En relación al historial clínico, se encontró irregularidad menstrual en 109 casos (92.4%), hirsutismo 64 casos (54%), infertilidad 41 casos (34.7%), obesidad 15 casos (12.7), galactorrea 9 casos (7.6%), acné 2 casos (1.7%).

RESULTADOS

Cuadro 1. Correlación sonográfica-hormonal en SOP, según historia clínica. Dpto. de Endocrinología. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004-2006.

HALLAZGOS AL HISTORIAL CLÍNICO	N	%
Trastorno del ciclo menstrual	109	92.4
Hirsutismo	64	54.2
Infertilidad	41	34.7
Obesidad	15	12.7
Galactorrea	9	7.6
Acné	2	1.7

En relación al historial clínico, se encontró irregularidad menstrual en 109 casos (92.4%), hirsutismo 64 casos (54%), infertilidad 41 casos (34.7%), obesidad 15 casos (12.7), galactorrea 9 casos (7.6%), acné 2 casos (1.7%).

Cuadro 2. Correlación sonográfica-hormonal en SOP, según trastorno hormonal. Dpto. De Endocrinología. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004-2006.

TRASTORNO HORMONAL	N	%
Sí	118	100.0
No	0	0
TOTAL	118	100.0

Todos los casos en total 118 (100%), presentaron trastorno hormonal en por lo menos una de las hormonas medidas. (Cuadro 2)

Cuadro 3. Correlación sonográfica-hormonal en SOP según Relación LH/FSH el día 3 del Ciclo menstrual, Dpto. de Endocrinología. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004 -2006.

RELACIÓN LH/FSH	N	%
Invertida (LH ≥ FSH)	83	70.3
Normal (FSH > LH)	35	29.7
TOTAL	118	100.0

En cuanto a la relación LH/FSH (cuadro 3), se presentó inversión en 83 (70.3%) casos y normal en 35 (29.7%) casos.

Cuadro 4. Correlación Sonográfica-Hormonal en SOP según niveles de progesterona el día 24 del ciclo menstrual. Dpto. de Endocrinología Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004-2006.

PROGESTERONA	N	%
Anovulación (< 2.5 ng/ml)	74	62.7
Ovulación (>10 ng/)	25	21.2
Oligoovulación (2.5 -10 ng/ml)	19	16.1
TOTAL	118	100.0

De acuerdo a los niveles de progesterona (cuadro 4), presentaron anovulación 74 (62.7%) casos, ovulación 25 (21.2%) casos y oligoovulación 19 (16%) casos.

Cuadro 5. Correlación sonográfica-hormonal en SOP según biopsia endometrial el día 24 del ciclo menstrual. Endocrinología, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004-2006.

BIOPSIA ENDOMETRIAL	N	%
Endometrio Secretor	29	38.2
Endometrio Proliferativo	19	25.0
Endometrio Hiperplásico	12	15.8
Otras patologías	10	13.2
Endometrio secretor		
Irregular	6	7.9
Total	76	100.0

La biopsia reportó endometrio secretor en 29 (38.2%) casos, endometrio proliferativo en 19 (25%) casos, endometrio hiperplásico 12 (15.8%) casos, otras patologías 10 (13.2 %) casos, endometrio secretor irregular 6 (7.9% casos.

Cuadro 6. Correlación sonográfica-hormonal en SOP según relación LH/FSH por hallazgos sonográficos. Dpto. de Endocrinología, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004 – 2006.

HALLAZGOS SONOGRÁFICOS	RELACIÓN LH/FSH				TOTAL	%
	NORMAL		INVERTIDA			
	N	%	N	%		
Microquistes	23	19.5	57	48.3	80	67.8
Normal	6	5.1	15	12.7	21	17.8
Otras Patologías	3	2.5	10	8.5	13	11.0
Engrasamiento						
Capsular	1	0.8	1	0.8	2	1.7
Agrandamiento						
Ovárico	2	1.7	0	0.0	2	1.7
TOTAL	35	29.7	83	70.3	118	100.0

Al cruzar la relación LH/FSH con los hallazgos sonográficos (cuadro 6), observamos que de los 83 (70.3%) casos, con LH/FSH invertida, 57 (48.3%) presentaban microquistes, 15 (12.7%) tenían reporte normal, 10 (8.5%) presentaban otras patologías y 1 (0.8%) engrosamiento capsular. La LH/FSH era normal 35 casos (29.7%); de estos 23 (19.5%) presentaba microquistes, 6 (5.1%) tenían reporte normal, 3 (2.5%) presentaba otras patologías, 2 (1.7%) agrandamiento ovárico y 1 (0.8%) engrosamiento capsular.

Cuadro 7. Correlación sonográfica-hormonal en SOP según niveles de progesterona por hallazgos sonográficos. Dpto. de Endocrinología, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. 2004-2006.

HALLAZGOS SONOGRÁFICOS	PROGESTERONA						TOTAL	%
	ANOVLACIÓN		OLIGOOVULACIÓN		OVULACIÓN			
	N	%	N	%	N	%		
Microquistes	48	40.7	13	11.0	19	16.1	80	67.8
Normal	16	13.6	3	2.8	2	1.7	21	17.8
Otras patologías	7	5.9	3	2.5	3	2.5	13	11.0
Engrosamiento capsular	2	1.7	0	0.0	0	0.0	2	1.7
Agrandamiento ovárico	1	0.8	0	0.0	1	0.8	2	1.7
TOTAL	74	62.7	19	16.1	25	21.2	118	100.0

Al relacionar los niveles de progesterona con los hallazgos sonográficos (cuadro 7), encontramos que de los 74 (62.7%) casos, con ciclos anovulatorios, 48 (40.7%) presentaba, microquistes, 16 (13.6%) tenían reporte normal, 7 (5.9%) presentaban otras patologías, 2 (1.7%) engrosamiento capsular y 1 (0.8%) agrandamiento ovárico. De los 25 (21.2%) casos, con ciclos ovulatorios, 19 (16.1%) presentaban microquistes, 3 (2.5%) presentaban otras patologías, 2 (1.7%) tenían reporte normal y 1 (1.7%) agrandamiento ovárico. De los 19 (16.7%) casos, con ciclos oligoovulatorios, 13 (11%) presentaban microquistes, 3 (2.5%) presentaban otras patologías y reporte normal respectivamente.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es establecer la Correlación sonográfica y hormonal en pacientes con SOP.

La unidad de análisis estuvo representada por 118 pacientes diagnosticadas con el SOP en el Servicio de Endocrinología del Hospital Maternidad

Nuestra Señora de la Altagracia, en el período enero 2004-diciembre 2006.

Los datos analizados permiten establecer la alta frecuencia con que se diagnostica SOP en el Servicio de Endocrinología del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, observando un incremento año por año: 28 (23.7%) casos en el 2004; 37 (31.4%) casos en el 2005 y 53 (44.9%) casos en el 2006. El aumento de la incidencia de esta patología se debe por un lado, a que las nuevas tecnologías han mejorado los procedimientos diagnósticos y, por otro, al conocimiento más profundo del síndrome que ha flexibilizado los rígidos criterios diagnósticos originales propuestos por Stein y Levental en 1935, lo que ha permitido incluir con este padecimiento a pacientes que antes eran excluidas y por lo tanto no tratadas.

Con relación a la edad, los casos se concentraron mayormente entre los 15 y los 30 años, 97(82%) casos; confirmado lo mundialmente conocido de que se trata de una patología que empieza sus manifestaciones clínicas a temprana edad con un alto porcentaje desde el momento mismo de la adolescencia, 20 (17%) casos.

Al analizar los antecedentes obstétricos, se observó que de 118 (100%) casos, solo 31 (26.2%) presentaron antecedentes, lo que da una idea del impacto del síndrome sobre la reproducción. Es importante resaltar que de las 31 pacientes con antecedentes obstétricos, 17 tuvieron por lo menos un aborto, resultado que puede estar relacionado con los ciclos oligoovulatorios y las correspondientes fases lúteas deficientes que presentan estas pacientes.

En la gran mayoría de las pacientes el cuadro clínico estuvo compuesto por trastorno del ciclo menstrual, 109 casos (92%); hirsutismo, 64 (54%) e infertilidad 41 (35% casos; tal y como lo expresan todas las referencias señaladas. (2,6,7,14,17...).

No se puede decir lo mismo en lo referente a la obesidad, cuyos resultados obtenidos son 15 (13%) casos, contrario al 50% planteado en otros estudios.

Todas las pacientes, en total 118 (100%) presentaron alteraciones en por lo menos una de las hormonas medidas lo que deja claramente establecido que el perfil hormonal valorado en su conjunto es la principal herramienta diagnóstica del SOP, sin dejar de reconocer que la valoración individual de algunas hormonas de las estudiadas, tienen menos especificidad diagnóstica que la sonografía. La inversión LH/FSH se presentó en 83 (70.3%) casos, demostrando la alta sensibilidad diagnóstica de este indicador, en Síndrome de Ovario Poliquístico, sin dejar de recordar que el 29.7% de las pacientes presentó gonadotropinas normales en consonancia con las literaturas internacionales. (20)

Con relación a la testosterona, se reportaron 40 (33.9%) casos con niveles altos, resultados muy inferiores a los esperados; en estos momentos es pertinente recordar que en presencia de niveles elevados de andrógenos se produce una disminución en la producción hepática de globulina transportadora de hormonas sexuales que aumenta la testosterona libre y disminuye la testosterona total (hormona utilizada en este estudio en vista de que el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, donde se desarrolló esta investigación, aún no tiene disponible la medición de la testosterona libre). Los mismos conceptos son aplicables a la androstenediona.

En cuanto a los niveles de progesterona, la mayoría de las pacientes presentaron disfunción ovulatoria, 93 (78.8%) casos; confirmándose la alta frecuencia de ciclos anovulatorios en 74 (62.7%) casos y oligoovulatorios en 19 (16.1%) casos, esto se debe a la distorsión en las gonadotropinas (LH/FSH) a nivel hipofisario, así como a la alteración

causada de manera directa por los altos niveles de andrógenos en el crecimiento folicular en pacientes con SOP. La prolactina se encontró aumentada en 16 (13.6%) de las pacientes, en contraste con el 25% al que hacen referencia las literaturas. (10,17).

El hallazgo sonográfico sugestivo de SOP más frecuentemente encontrado, fue la presencia de microquistes con 80 (67.8%) casos, seguido de 21 (17.8%) casos donde el reporte sonográfico estaba normal, que sumado al 11% que reportaron otras patologías, se confirma que el 28.8% de los reportes sonográficos no registran ningún hallazgo del SOP. Si bien es cierto que la sonografía es y seguirá siendo una de las principales herramientas en el diagnóstico del SOP, no menos cierto es que en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, 29 de cada 100 mujeres que padecen el síndrome en estudio, no tendrá hallazgos positivos en el reporte sonográfico y esto probablemente esté ligado a la calidad de los sonógrafos utilizados (2-D), a la pericia de los sonografistas para buscar los elementos que caracterizan el Síndrome y la rapidez con que se realizan los estudios sonográficos por el alto volumen de pacientes que asiste a ese servicio.

Un total de 47 casos (61.8%), tenían reporte de biopsia endometrial que no coincidía con el día 24 del ciclo; de los cuales 12 (15.8%) correspondían a hiperplasia simple. En primer lugar, estos datos señalan que la biopsia de endometrio es estudio histopatológico que puede dar una idea del funcionamiento endocrino del eje reproductivo, si se tiene la precisión del día del ciclo menstrual en que se realiza y en segundo lugar, estos datos señalan que el SOP es un factor de riesgo en la aparición de hiperplasia endometrial, paso inicial del cáncer de endometrio.

Cuando la sonografía reporta ovario poliquístico, más de las 2/3 partes de las pacientes presentará

inversión en la relación LH/FSH. Cuando el estudio hormonal reporta la relación LH/FSH invertida, más de las 2/3 partes de las pacientes presentará hallazgos sonográficos de SOP, lo que sugiere que 2 de cada 3 pacientes tendrá alteración en las gonadotropinas cuando la sonografía reporta Ovario Poliquístico y a la inversa. Este dato es de suma importancia para los objetivos de esta investigación porque plantea la estrecha relación que hay entre la sonografía y las gonadotropinas como pilares diagnósticos en el SOP. Por otro lado, de los 21 casos con reporte sonográfico normal, 15 presentaron inversión en la relación LH/FSH, lo que plantea categóricamente que una sonografía normal no descarta la posibilidad de un SOP.

Cuando la sonografía reportó Ovario Poliquístico, la testosterona estaba normal en la mayoría de las pacientes, Cuando la testosterona se encontró alta, la sonografía reportó ovario poliquístico en las 2/3 partes de los casos. Al comparar los hallazgos sonográficos y los niveles de testosterona se obtiene como resultado lo que ha sido una constante en este trabajo, la testosterona total no es un buen marcador bioquímico para el diagnóstico de la enfermedad en estudio.

De las 84 pacientes con reporte de sonografía de Ovario Poliquístico, el 76.1% (64 casos) presentó disfunción ovulatoria. De las 93 pacientes con disfunción ovulatoria, el 68.8% (64 casos) presentó sonografía con reporte de Ovario Poliquístico. Estos resultados ponen en evidencia que los quistes pequeños que se encuentran al realizar la sonografía son folículos que no logran desarrollarse y por lo tanto no pueden ovular porque carecen de un estímulo efectivo de parte de la FSH, lo que quiere decir, que el hallazgo de microquistes en una sonografía es un dato que está fuertemente ligado a un estado anovulatorio. Finalmente, hay que resaltar que casi la totalidad de las pacientes con sonografía normal presentaron disfunción ovulatoria, 19 (90.4%) casos, de 21, lo que con-

firma lo ya expuesto, que la sonografía normal no descarta el diagnóstico y al mismo tiempo sugiere mayor rigurosidad en la búsqueda de los elementos característicos del SOP al momento de realizar un estudio sonográfico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Pellicer, A. Simón, C. Cuaderno de Medicina Reproductiva; volumen 4, Ed. Panamericana; México. 1998: p.34-155.
- 2- Pellerano Cepeda, C. Incidencia de Ovario Poliquístico; Rep. Dom.1996.
- 3- <http://www.asrm.org/professionals/PG-SIG-Affiliated-soc/MHPG/spanishmhpfaq>; Chicago. 2004.
- 4- Revistog @cable. Net. Co. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. 2006. Características Clínicas y Bioquímicas de la mujer con SOP.
- 5- Webmaster @med-uchile.cl 2005. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. SOP.
- 6- Morin, B. SOP, Importancia de su Diagnóstico. Rev. Med. Chil. V. 129 n. 7 Santiago. 2006.
- 7- Call Healthlink Toll-Free At 1-888-uch-0200. Copyright © 2006 University of Chicago Hospitals. All Rights Reserved: Síndrome del Ovario Poliquístico: Aspectos Clínicos.
- 8- Berek, J. y Cols. Ginecología de Novak; 13ava. ed; Ed. Interamericana McGraw-Hill; México. 2004: p.711-722.
- 9- Yen S., Jaffe, R. Babieri, R. Endocrinología de la Reproducción; 4ta ed.; Ed. Panamericana; Buenos Aires, Argentina. 2001: P.465-501.

- 10- Franks, Hamilton-Fairley D. The role of body weight and metabolic anomalies in ovulation. *Contracept Fertil Sex*. 2003;22:178-9
- 11- Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 8va. Edición. México. McGraw-Hill Interamericana, 1999. P. 607-624.
- 12- Pérez Sánchez, A. *Ginecología*; 2da ed.; Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo; Santiago, Chile. Reimpresión 1999: P. 444-449.
- 13- Li TC, Spuijbroek MD, Tuckerman E, Anstie B, Endocrinological and endometrial factors in recurrent miscarriage. *BJOG*. 2000; 107:1471-9
- 14- Barón-Castañeda, G. *Fundamentos de Endocrinología Ginecológica*; Ed. Chile. 1999: p. 70-82.
- 15- Botero, J. y Cols. *Obstetricia y Ginecología*; 7ma. ed.; Ed. Carvajal; Bogotá, Colombia. 2004: P. 526-535.
- 16- Llibre-Tello, J. *Incidencia Sonográfica de la Poliquistosis Ovárica*. Sto. Dgo. R.D. 1999.
- 17- Abreu Santana, M. y Cols. *Casos con Síndrome de Ovario Poliquístico*; Rep. Dom. 2003.
- 18- Contreras-Castro, P. SOP no es Sinónimo de Resistencia a la Insulina; *Rev. Chil. Obst. Ginecol*. V. 67 n.5 Santiago. 2002.
- 19- González-Merlo, J. *Ginecología*; 7ma. ed.; Ed. MESSON-Salvat; Barcelona, España. 1997: P.565-582
- 20- Pérez-Peña, E. *Atención Integral de la Infertilidad*; Ed. Interamericana, McGraw-Hill; México; 2003: p. 266-297.
- 21- Valencia-Llerena, I. Valencia-Madera, I. *Manejo Actual de la Infertilidad Relacionada con el SOP*; Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. 2005.
- 22- Goodman, L. Gimán, A. *Bases Farmacológicas de la Terapéutica*; 9na Ed.; vol.2 Ed. Interamericana; México. 1996: p. 1454-1456.
- 23- Berkow R, Fletcher A. *El Manual de Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. 10ma. Edición. Editorial Harcourt Brace, España, 1999: P.1963-1965.
- 24- Orrego, A. y Cols. *Fundamento de medicina – Endocrinología Ginecológica*; 6ta. ed.; Ed. Carvajal; Medellín, Colombia; 2004: p. 327-357.
- 25- Hernández S, Roberto; Fernández C, Carlos; Baptista L, Pilar (2006). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill; 4ta edición. México.
- 26- Moque D. Jacobo (2004). *La investigación académica teorías y aplicaciones*. Editora Universitaria-UASD; Santo Domingo, Rep. Dom.
- 27- Pimentel, Rubén Darío (2001). *Tesis. Guía para su elaboración*. Mediabyte, S.A; 2da edición. Santo Domingo, Rep. Dom.
- 28- Pineda B, Elia; Alvarado, Eva Luz; Canales, Francisca H (1994). *Metodología de la investigación*. Copyright c Organización Panamericana de la Salud; 2da edición. Washington, D.C.
- 29- Pili F., Denise; Hungler P., Bernardete (2006). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Nueva editorial interamericana, S. A. de C.V.; 2da edición. México.



Publicaciones

Fernando Sánchez
Martínez

La Mujer Médica en la Sociedad Dominicana



Fernando Sánchez Martínez

Nació en Santo Domingo. Realizó los estudios de medicina en la UASD y la especialidad de Psiquiatría en la Universidad Complutense de Madrid. Laboró en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini, donde fue Jefe de Servicio y primer Coordinador de la Residencia de Psiquiatría. En la UASD fue Profesor Titular de Psiquiatría y ocupó los cargos de Director de la Escuela de Medicina, Vice-Rector Académico y Rector.

Fue Presidente de la Unión Dominicana para la Defensa de los Derechos Humanos, Presidente de la Asociación Médica Dominicana y Presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría. Actualmente se desempeña como miembro del Consejo Nacional de Bioética de la Salud y de la Comisión de Veeduría de INAPA, así como miembro titular de la Comisión Electoral de la UASD y del consejo directivo de la Academia de Ciencias de la República Dominicana.

Ha recibido los siguientes reconocimientos: Premio Nacional de Ensayo (2005), Profesor Meritísimo (UASD) y Maestro de la Medicina Dominicana (CMD).



Notas a los autores

Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Ejemplos de referencia

Actualizado el 15 de Julio de 2011

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (NLM)
Institutos nacionales de Salud

Última revisión de la traducción: 30 de Julio de 2012

Traducción al español del *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References* (Last reviewed: 15 July 2011), cuya **versión oficial** se encuentra en www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. La NLM revisa periódicamente estos Ejemplos de Referencia y por lo tanto puede que esta traducción no refleje la versión oficial vigente.

La traducción ha sido realizada por el Dr. Jaume Juan Castelló¹ y revisada por los profesores Josep M. Domenech Massons² y Miquel Porta Serra³.

Los Estudios de Formación Continuada a distancia en *Metodología de la investigación: Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud* de la UAB patrocinan esta traducción que puede descargarse libremente en www.metodo.uab.cat. La traducción se revisa periódicamente a partir de las sugerencias que se reciben en la dirección: requisitos@metodo.uab.cat

¹ Facultat de Filologia, Universitat de Barcelona, Barcelona (Spain).

² Laboratori d'Estadística Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona (Spain).

³ Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona (Spain).

Tabla de contenidos

Artículos de Revistas	3
1. Artículo estándar	3
2. Autor colectivo (el autor es un equipo).....	3
3. Autoría compartida entre autores individuales y un equipo	3
4. No se menciona el autor	3
5. Artículo en un idioma distinto del inglés.....	4
6. Suplemento de un volumen	4
7. Suplemento de un número.....	4
8. Parte de un volumen	4
9. Parte de un número.....	4
10. Número sin volumen	4
11. Sin volumen ni número.....	4
12. Páginas en números romanos	4
13. Indicación del tipo de artículo cuando sea necesario	4
14. Artículo que contiene una retractación.....	4
15. Artículo objeto de retractación	5
16. Artículo reeditado con correcciones.....	5
17. Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas.....	5
18. Artículo publicado en formato electrónico antes que en versión impresa	5

Libros y otras Monografías	5
19. Autores individuales	5
20. Editor(es), Compilador(es)	5
21. Autor(es) y editor(es).....	5
22. Organización(es) como autor	5
23. Capítulo de libro	6
24. Actas de conferencias	6
25. Artículo con el contenido de una conferencia	6
26. Informe científico o técnico	6
27. <i>Tesis</i>	6
28. Patente	6
Otros tipos de publicaciones	6
29. Artículo de periódico.....	6
30. Material audiovisual.....	6
31. Documentos legales.....	7
32. <i>Mapa</i>	7
33. Diccionarios y similares.....	7
Trabajos no publicados	7
34. En prensa o De próxima aparición	7
Material electrónico.....	7
35. CD-ROM.....	7
36. Artículo de revista en Internet	7
37. Monografía en Internet.....	8
38. Página principal de un sitio Web	8
39. Página Web de un sitio Web	8
40. Base de datos en Internet	8
41. Parte de una base de datos en Internet.....	8
42. <i>Blogs</i>	9
<i>Citing Medicine</i>	9

Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Ejemplos de referencias

Artículos de Revistas

1. Artículo estándar

(Ver también #36. Artículo de revista en Internet)

Mencionar los seis primeros autores, seguidos de "et al."

(Nota: La NLM lista actualmente todos los autores)

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7.

Si la revista mantiene el criterio de paginación continua a lo largo de todo el volumen (como hacen muchas revistas médicas), opcionalmente se puede omitir el mes y el número.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7.

Más de seis autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

Si el artículo tiene un identificador único en una base de datos, opcionalmente se puede añadir:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7. PubMed; PMID 12140307.

Forooghian F, Yeh S, Faia LJ, Nussenblatt RB. Uveitic foveal atrophy: clinical features and associations. *Arch Ophthalmol.* 2009 Feb;127(2):179-86. PubMed PMID: 19204236; PubMed Central PMCID: PMC2653214.

Incluir adicionalmente el número de registro de un ensayo clínico:

Trachtenberg F, Maserejian NN, Soncini JA, Hayes C, Tavares M. Does fluoride in compomers prevent future caries in children? *J Dent Res.* 2009 Mar;88(3):276-9. PubMed PMID: 19329464. ClinicalTrials.gov registration number: NCT00065988.

2. Autor colectivo (el autor es un equipo)

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

3. Autoría compartida entre autores individuales y un equipo

(Listar todos tal como aparecen en el artículo)

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003;169(6):2257-61.

Margulies EH, Blanchette M; NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. *Genome Res.* 2003 Dec;13(12):2507-18.

4. No se menciona el autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325(7357):184.

5. Artículo en un idioma distinto del inglés

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisins- og jusstudenter. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002;122(8):785-7. Norwegian.

Traducción opcional del título del artículo (práctica llevada a cabo en MEDLINE/PubMed):

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. [Disease anxiety among medical students and law students]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002 Mar 20;122(8):785-7. Norwegian.

6. Suplemento de un volumen

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

7. Suplemento de un número

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

8. Parte de un volumen

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83(Pt 2):491-5.

9. Parte de un número

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

10. Número sin volumen

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

11. Sin volumen ni número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

12. Páginas en números romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

13. Indicación del tipo de artículo cuando sea necesario

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. Eur Respir J. 2002;20(1):242.
(N. del T.: En español [carta])

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. Drug Alcohol Depend. 2002;66 Suppl 1:S105.
(N. del T.: En español [resumen])

14. Artículo que contiene una retractación

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. J Clin Psychiatry. 2002;63(2):169. Retraction of: Feifel D, Moutier CY, Perry W. J Clin Psychiatry. 2000;61(12):909-11.
(N. del T.: En español: Retracción de:)

Artículo que contiene una retractación parcial

Starkman JS, Wolder CE, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. Voiding dysfunction after removal of eroded slings. J Urol. 2006 Dec;176(6 Pt 1):2749. Partial retraction of: Starkman JS, Wolter C, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. J Urol. 2006 Sep;176(3):1040-4.

15. Artículo objeto de retractación

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(12):909-11. Retraction in: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(2):169.

(N. del T.: En español: Retracción en:)

Artículo parcialmente retractado

Starkman JS, Wolter C, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. Voiding dysfunction following removal of eroded synthetic mid urethral slings. *J Urol*. 2006 Sep;176(3):1040-4. Partial retraction in: Starkman JS, Wolter CE, Gomelsky A, Scarpero HM, Dmochowski RR. *J Urol*. 2006 Dec;176(6 Pt 1):2749.

16. Artículo reeditado con correcciones

Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. *Mol Cell Endocrinol*. 2002;188(1-2):22-5. Corrected and republished from: *Mol Cell Endocrinol*. 2001;183(1-2):123-6.

(N. del T.: En español: Corregido y vuelto a publicar a partir de:)

17. Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas

Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. *Clin Ther*. 2000;22(10):1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: *Clin Ther* 2001;23(2):309.

(N. del T.: En español: Fe de erratas en:)

18. Artículo publicado en formato electrónico antes que en versión impresa

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

(N. del T.: En español: Publicación electrónica 5 Jul 2002)

Libros y otras Monografías**19. Autores individuales**

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

20. Editor(es), Compilador(es)

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

(N. del T.: En español: editores)

21. Autor(es) y editor(es)

Breedlove GK, Schorfheide AM. *Adolescent pregnancy*. 2nd ed. Wiczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

22. Organización(es) como autor

Advanced Life Support Group. *Acute medical emergencies: the practical approach*. London: BMJ Books; 2001. 454 p.

American Occupational Therapy Association, Ad Hoc Committee on Occupational Therapy Manpower. *Occupational therapy manpower: a plan for progress*. Rockville (MD): The Association; 1985 Apr. 84 p.

National Lawyer's Guild AIDS Network (US); National Gay Rights Advocates (US). *AIDS practice manual: a legal and educational guide*. 2nd ed. San Francisco: The Network; 1988.

Optional formats used by NLM in MEDLINE/PubMed:*Artículo con el número de documento en lugar de la paginación tradicional:*

Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PubMed PMID: 19179309.

Artículo con el Identificador digital del objeto (Digital Object Identifier, DOI):

Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan 7;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752. PubMed PMID: 19129307; PubMed Central PMCID: PMC2615549.

Artículo con el Identificador de artículo del editor (publisher item identifier, pii) en lugar de la paginación tradicional o el DOI:

Tegnell A, Dillner J, Andrae B. Introduction of human papillomavirus (HPV) vaccination in Sweden. Euro Surveill. 2009 Feb 12;14(6). pii: 19119. PubMed PMID: 19215721.

37. Monografía en Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>. (N. del T.: En español: [citado 9 Jul 2002]. Disponible en:)

38. Página principal de un sitio Web

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>. (N. del T.: En español: citado 9 Jul 2002]. Disponible en:)

39. Página Web de un sitio Web

American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html> (N. del T.: En español: [actualizado 23 Ago 2001; citado 12 Ago 2002]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:)

40. Base de datos en Internet*Base de datos abierta (se actualiza):*

Who's Certified [Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp> (N. del T.: En español: [citado 8 Mar 2001]. Disponible en:)

Base de datos cerrada (no se actualiza):

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html (N. del T.: En español: [actualizado 20 Nov 2001; citado 12 Ago 2002]. Disponible en:)

41. Parte de una base de datos en Internet

MeSH Browser [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002 - . Meta-analysis [cited 2008 Jul 24]; [about 2 p.]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2008/MB_cgi?mode=&index=16408&view=concept MeSH Unique ID: D017418. (N. del T.: En español: [citado 24 Jul 2008]. [aprox. 2 p.]. Disponible en:)

23. Capítulo de libro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
(N. del T.: En español: En:)

24. Actas de conferencias

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.
(N. del T.: En español: Actas del/de la)

25. Artículo con el contenido de una conferencia

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.
(N. del T.: En español: Actas del/de la)

26. Informe científico o técnico

Publicado por la entidad financiadora/patrocinadora:

Yen GG (Oklahoma State University, School of Electrical and Computer Engineering, Stillwater, OK). Health monitoring on vibration signatures. Final report. Arlington (VA): Air Force Office of Scientific Research (US), Air Force Research Laboratory; 2002 Feb. Report No.: AFRLSRBLTR020123. Contract No.: F496209810049.

Publicado por la entidad que lo realiza:

Russell ML, Goth-Goldstein R, Apte MG, Fisk WJ. Method for measuring the size distribution of airborne Rhinovirus. Berkeley (CA): Lawrence Berkeley National Laboratory, Environmental Energy Technologies Division; 2002 Jan. Report No.: LBNL49574. Contract No.: DEAC0376SF00098. Sponsored by the Department of Energy.

27. Tesis

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
(N. del T.: En español: [tesis])

28. Patente

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.
(N. del T.: En español: Patente de los EE.UU. ... 2002 Ago 1.)

Otros tipos de publicaciones**29. Artículo de periódico**

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).
(N. del T.: En español: 12 Ago 2002; Secc.)

30. Material audiovisual

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.
(N. del T.: En español: [videocinta])

31. Documentos legales*Leyes:*

Veterans Hearing Loss Compensation Act of 2002, Pub. L. No. 107-9, 115 Stat. 11 (May 24, 2001).

Proyecto de ley no promulgado:

Healthy Children Learn Act, S. 1012, 107th Cong., 1st Sess. (2001).

Código de legislación Federal:

Cardiopulmonary Bypass Intracardiac Suction Control, 21 C.F.R. Sect. 870.4430 (2002).

Jurisprudencia:

Arsenic in Drinking Water: An Update on the Science, Benefits and Cost: Hearing Before the Subcomm. on Environment, Technology and Standards of the House Comm. on Science, 107th Cong., 1st Sess. (Oct. 4, 2001).

32. Mapa

Pratt B, Flick P, Vynne C, cartographers. Biodiversity hotspots [map]. Washington: Conservation International; 2000.

33. Diccionarios y similares

Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.

Trabajos no publicados**34. En prensa o De próxima aparición**

(Nota: La NLM prefiere el término "De próxima aparición" (*Forthcoming*) en lugar de "En prensa" (*In press*) porque no todos los artículos serán impresos.)

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. Forthcoming 2002.

(N. del T.: En español: De próxima aparición)

Material electrónico**35. CD-ROM**

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

36. Artículo de revista en Internet

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

(N. del T.: En español: [citado 12 Ago 2002]; [aprox. 1 p.]. Disponible en:)

Presentación opcional (se omite la frase entre corchetes que califica el título abreviado de la revista):

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

Artículo publicado en Internet antes que la edición impresa:

Ver # 18 (p. 5).

42. Blogs

Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt. 2003 Oct - [cited 2009 Feb 13]. Available from: http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/.

KidneyNotes.com [Internet]. New York: KidneyNotes. c2006 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://www.kidneynotes.com/>.

Wall Street Journal. HEALTH BLOG: WSJ's blog on health and the business of health [Internet]. Hensley S, editor. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2007 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/>.

Contribución a un Blog:

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 29 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008 - . [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-trauma-haunts-many-researchers-say/>.

Campbell A. Diabetes and alcohol: do the two mix? (Part 2). 2008 Jan 28 [cited 2009 Feb 13]. In: Diabetes Self-Management Blog [Internet]. New York: Diabetes Self-Management. [2006 Aug 14] - . 2 p. Available from: http://www.diabetesselfmanagement.com/blog/Amy_Campbell/Diabetes_and_Alcohol_Do_the_Two_Mix_Part_2.

Reider J. Docnotes: Health, Technology, Family Medicine and other observations [Internet]. [place unknown]: Jacob Reider. 1999 - . CRP again ...; 2004 Apr 2 [cited 2009 Feb 13]; [about 1 screen]. Available from: <http://www.docnotes.com/2004/04/crp-again.html>

Citing Medicine

El ICMJE ya no publica nuevas listas con formatos de referencias, pero recomienda a los autores seguir el estilo estándar ANSI adaptado por la *National Library of Medicine* (NLM) para sus bases de datos bibliográficas.

Para ejemplos de formatos se aconseja consultar el libro *Citing Medicine. The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers* en <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

