



Acta Científica Estudiantil

SOCIEDAD CIENTIFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UCV



Plaza del Rectorado, Universidad Central de Venezuela, Ciudad Universitaria,
Caracas, Venezuela.

Acta Científica Estudiantil 2007 Jul-Sep; 5(3):85-128.



Acta Científica Estudiantil

Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UCV

Junta Directiva de SOCIEM-UCV 2004-2005

Univ. **Liliana Rada** (EMJMV)
Presidente

Univ. **Lisette Cortes** (EMJMV)
Vicepresidente

Univ. **Vanessa Daza** (EMJMV)
Secretaria General

Univ. **Irene Camacho** (EMJMV)
Tesorero

Univ. **Vicmary Pérez** (EMJMV)
Secretaria de Publicaciones

Univ. **América Álvarez** (EMJMV)
Secretaria de Relaciones Internacionales

Univ. **Soledy López** (EMJMV)
Secretario de Educación Médica

Univ. **Jesús Muñoz** (EMJVM)
Secretaria de Atención Integral en Salud

Univ. **Juan Carlos Frías** (EMJMV)
Secretario de Ética y Metodología Científica

Univ. **Patricia De Marco** (EMJMV)
Comisión Especial de Membresías

Univ. **Yulahima Martínez** (EMJMV)
Editor en Jefe de Acta Científica Estudiantil

Univ. **Nour Daoud** (EMLR)
Representante de la Escuela Razetti

Univ. **Catalina Vásquez** (EMJMV)
Representante de la Escuela Vargas

**Miembros de SOCIEM-UCV en
Cargos Internacionales
2005-2006**

Dr. **Alfonso J. Rodríguez Morales**
Comité Consultivo Revista CIMEL-FELSOCEM
Gestión 2002-2006

Dra. **Rosa A. Barbella Aponte**
Miembro del Consejo de Asesores de FELSOCEM
Gestión 2003-2006

Dr. **Joel Arocnowicz**
Miembro del Consejo de Asesores de FELSOCEM
Gestión 2003-2006

Univ. **Vanessa Daza** (EMJMV)
Vicepresidente de FELSOCEM 2005-2006

Univ. **Liliana Rada** (EMJMV)
Vicepresidente del Comité de Ética y Sanciones
de FELSOCEM 2005-2006

Univ. **Irene Camacho** (EMJMV)
Consejero Internacional de la Zona "C" 2005-2006

Univ. **Soledy López** (EMJMV)
Director del CP-Educación Médica 2005-2006

**Consejo de Asesores de SOCIEM-UCV
2005-2006**

Dra. **Rosa A. Barbella Aponte**
(Coordinadora)

Dr. **Alfonso J. Rodríguez Morales**
Dr. **Joel Arocnowicz**
Dr. **Mónica Reyes**

<http://www.sociemucv.org.ve/>

Comité Editorial Acta Científica Estudiantil 2007-2008

Univ. **Andrea G. Rodríguez Morales**
Editor en Jefe

Editores Asociados:
Univ. **Ammy Lilibeth Sánchez Silva**
Univ. **Mariaelena Savino**

Asistentes Editoriales:
Univ. **Ammy S. Sánchez S.**
Univ. **María Isabel Rodríguez C.**

Univ. **Carlos Arciniégas**
Web Master

Dr. **Alfonso J. Rodríguez M.**
Editor Asesor
Miembro del Consejo de Asesores de
SOCIEM-UCV

Dra. **Rosa A. Barbella**
Editor Asesor
Coordinadora del Consejo de Asesores de
SOCIEM-UCV

Dr. **Joel Arocnowicz**
Editor Asesor
Miembro del Consejo de Asesores de
SOCIEM-UCV



Acta Científica Estudiantil es una revista científica, órgano científico oficial de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV).

Se recibirán manuscritos para revisión (proceso de arbitraje por expertos) de acuerdo a las Normas de Vancouver (instrucciones a los Autores).

Los manuscritos deben ser enviados al Editor en Jefe a su dirección de correo electrónico:

actacientificaestudiantil@yahoo.es



Acta Científica Estudiantil
Volumen 5 Número 3
Julio – Septiembre 2007
Páginas 85-128



Contenido

TRABAJO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE Cirugía Electiva de Úlcera Péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción <i>Univs. Caselli Bruno E., Cabrera Juan P., Díaz Paulina A., Elgueta Marcelo L., Frelinghuysen Michael D., Dr. Molina Héctor E.</i>	88
TRABAJO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE Situación en Sala de Urgencia del Hospital de Mulchén durante una Semana de Agosto, 2006 <i>Univs. Cabrera Juan P., Caselli Bruno E., Giacaman Arturo, Elgueta Marcelo L., Dr. Pérez Nelson.</i>	94
ARTICULO DE REVISION – REVIEW ARTICLE Desnutrición infantil en el mundo: ¿sentimiento de culpa o de vergüenza? <i>Drs. Ortiz-Andrellucchi Adriana, Serra-Majem Luis.</i>	109
COMUNICACIÓN CORTA – SHORT REPORT Antimicrobial Activity of Certain Drugs against <i>Streptococcus agalactiae</i> Strains in a General Hospital of Caracas, Venezuela 1997-2003 <i>Drs. Rodríguez-Morales Alfonso J, Rodríguez Cruz N., Garcia Ada, Pastran Bileida, Jiménez Ivette, Meijomil Pilar.</i>	115
REPORTE DE CASO – CASE REPORT Malformación Congénita del Pulmón (Quiste Broncogénico) en Mediastino Posterior - A Propósito de un Caso Clínico <i>Drs. Bousquet José R., Granado Ángel, Bousquet José A., Rodríguez Irene.</i>	119
CARTA AL EDITOR – LETTER TO THE EDITOR Médicos: práctica asistencial, cooperación y cambio organizativo <i>Drs. Repullo Labrador José Ramón, Oteo Ochoa Luis Ángel</i>	126

TRABAJO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

Cirugía Electiva de Úlcera Péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción

Univs. Bruno E. Caselli, Juan P. Cabrera,* Paulina A. Díaz,* Marcelo L. Elgueta,* Michael D. Frelinghuysen,* Dr. Héctor E. Molina***

**Sociedad Científica Estudiantes de Medicina Universidad de Concepción (SCEMUDEC),*

**Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. **Cirujano Digestivo, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile.*

E-mail: bcaselli@gmail.com

Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):88-93.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la úlcera péptica (UP) ha cambiado en las últimas décadas, con disminución de las intervenciones quirúrgicas y cambios en el tipo de cirugía, como consecuencia de la introducción de antagonistas receptores H2 e inhibidores de bomba de protones, además del conocimiento del rol de *Helicobacter pylori* (Hp) en la patogénesis y recurrencia de la UP. Objetivo: Comunicar la experiencia en cirugía electiva de UP en el Hospital Clínico Regional Concepción (HCRC) durante 10 años. Material y método: Estudio observacional y descriptivo, corte transversal mediante fichas clínicas. Se consideraron 13 pacientes sometidos a cirugía electiva de UP entre 1996-2005 en el HCRC. Se utilizó el programa SPSS® v.13.0. Resultados: Hombres 12(92,3%), mujeres 1(7,7%). Edad promedio 44,3(±12,1) años, mínima 28 y máxima 67. Ubicación de úlcera; predominó duodenal 61,5%, seguido preilórica 23%. En 3(23,1%) pacientes no hubo antecedentes de tratamiento médico previo. Tiempo promedio entre primera consulta y cirugía 3,6 años, mínimo 3 meses y máximo 12 años. En 11(84,6%) pacientes se consignaba Hp(+). En 10 pacientes la indicación fue fracaso al tratamiento médico. En todos los pacientes con úlcera duodenal se realizó vagotomía troncular (VT), y en 5/8 de éstos antrectomía. Reconstitución de tránsito; Billroth II 8/13 pacientes, Y de Roux 4/13, Billroth I 1/13. En 1 paciente se registró complicaciones postoperatorias. Tiempo promedio hospitalización postoperatoria 6,9(±2,3) días. No hubo mortalidad. Conclusiones: La cirugía electiva de UP es poco frecuente en nuestro medio, siendo indicada mayormente debido a fracaso de tratamiento médico y realizándose preferentemente antrectomía más VT.

Palabras Clave: úlcera péptica, cirugía, vagotomía.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

Introduction: The treatment of the peptic ulcer (PU) has changed into the last decades, with decrease of the surgical interventions and changes into the type of surgery, as consequence of antagonists recipients H2 introduction and inhibiting of bomb of protons, besides the knowledge of *Helicobacter pylori* role (Hp) into the pathogenesis and recurrence of the PU. Objective: To communicate the experience in PU elective surgery in the Clinical Regional Hospital Concepcion (HCRC) for 10 years. Material and method: Observational and descriptively, transversal study, by means of clinical cards. They were considered 13 patients submitted to UP's elective surgery between 1996-2005 in the HCRC. There was in use the software SPSS®v.13.0. Results: Men 12(92.3%), women 1(7.7%). Average age 44.3(±12.1), minimum 28 and maximum 67. Ulcer location; it predominated duodenal 61.5%, followed prepyloric 23 %. In 3(23.1%) patients there were no precedents of medical previous treatment. Time mediated between the first consultation and surgery 3,6 years, minimum 3 months, maximum 12 years. In 11(84,6 %) patients Hp was

recorded (+). In 10 patients the indication was a failure to the medical treatment. In all the patients with duodenal ulcer was realized truncal vagotomy(TV), and in 5/8 of these antrectomy. Reconstitution of transit; Billroth II 8/13 patients, Y Roux 4/13, Billroth I 1/13. In 1 patient postoperative complications were registered. Time average of postoperative hospitalization 6,9(\pm 2,3) days. There was no mortality. Conclusions: The UP's elective surgery is not too frequent in our environment, being indicated mainly due to failure of medical treatment and being realized preferably antrectomy more TV.

Key Words: peptic ulcer, surgery, vagotomy.
(source: *DeCS Bireme*)

Introducción

El tratamiento de la úlcera péptica (UP) ha cambiado radicalmente en las últimas décadas, con disminución notable del número de intervenciones quirúrgicas y con cambios en el tipo de cirugía desde la década de los 70¹, como consecuencia de la introducción de diversos fármacos para su tratamiento, tales como antagonistas de receptores H₂ e inhibidores de bomba de protones, cuyo rendimiento es sobre el 90% a las 6 semanas de tratamiento, además del conocimiento del rol de la bacteria *Helicobacter pylori* (Hp) en la patogénesis y recurrencia de la úlcera péptica, por lo que su erradicación es un arma fundamental en el tratamiento médico de la úlcera péptica. A esto hay que agregarle el efecto de los AINES en la génesis de la úlcera péptica.

La incidencia de las intervenciones para el tratamiento de la úlcera péptica se redujo en los últimos 20 años. Actualmente existen indicaciones precisas para el tratamiento quirúrgico, siendo una de las más frecuentes a causa de una perforación de la úlcera péptica, cuyo tratamiento siempre es una urgencia. Existen otras indicaciones de cirugía, las cuales pueden ser diferidas, tales como: fracaso del tratamiento médico, que hasta antes de la década del 80, constituía una razón importante de indicación quirúrgica de la enfermedad ulcerosa.² Sin embargo actualmente constituye un 1-3% de las causas de cirugía y está representada casi exclusivamente por la úlcera gástrica gigante. Las indicaciones actuales de cirugía electiva, por lo tanto, están representadas, aparte del fracaso de tratamiento médico, por las complicaciones de la úlcera, tales como: obstrucción y hemorragia. Las intervenciones quirúrgicas para la úlcera duodenal están dirigidas a extirpar el área productora de gastrina, interrumpir el estímulo nervioso a las células productoras de ácido y pepsina y la extirpación parcial del área productora de ácido y pepsina.³⁻⁵ En el caso de las úlceras gástricas, el propósito del tratamiento quirúrgico de la úlcera es la extirpación de la úlcera junto con la resección de la zona antral, que es el área donde toma lugar la gastritis crónica que es susceptible a la formación de la úlcera.³

El objetivo de nuestro trabajo es comunicar la experiencia en el tratamiento quirúrgico electivo de úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional Concepción (HCRC) durante 10 años.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal en el cual se analizaron 13 pacientes con diagnóstico de úlcera péptica, sometidos a

tratamiento quirúrgico electivo, y que fueron intervenidos consecutivamente durante el período comprendido entre el 1 de Enero del año 1996 y el 31 de Diciembre del año 2005 en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Regional de Concepción. Se registraron 12 (92.3%) hombres y 1 (7.7%) mujer, con una edad promedio de 44.3 años (± 12.1), con una edad mínima de 28 y máxima de 67 años. La información se obtuvo a partir de fichas clínicas de Archivo del Hospital Clínico Regional Concepción.

Como herramienta de registro de datos, se utilizó el programa Microsoft Excel® 2003 Pro, y para análisis estadístico el programa SPSS® v.13.0 for Windows.

Resultados

En cuanto a la ubicación de la úlcera, predominó la úlcera duodenal en 8 pacientes, seguido de la ubicación prepilórica en 3 pacientes (Tabla 1). En 3 (23,1%) pacientes no se tenían antecedentes de tratamiento médico previo. El tiempo transcurrido entre la primera consulta y la cirugía tuvo un promedio de 3,6 años, con un mínimo de 3 meses y un máximo de 12 años.

En 11 (84,6%) pacientes se consignaba en la biopsia la presencia de *Helicobacter pylori* positivo. En un 46,1% la indicación de cirugía se debió a fracaso del tratamiento médico con posterior obstrucción gástrica, mientras que en un 30,8% sólo fracaso del tratamiento médico (Tabla 2). En todos los pacientes con úlcera duodenal se realizó vagotomía troncular (VT), en 5/8 pacientes se efectuó además antrectomía y en los 3/8 pacientes se realizó hemigastrectomía.

En cuanto a la ubicación prepilórica, se realizó en todos los pacientes vagotomía troncular, en 2/3 pacientes se indicó antrectomía, mientras que en 1/3 hemigastrectomía (Tabla 3). En cuanto a la reconstitución de tránsito, se realizó gastroyeyunoanastomosis tipo Billroth II en 8 pacientes, seguido de asa en Y de Roux en 4 pacientes y gastroduodenoanastomosis tipo Billroth I en sólo un paciente (Tabla 4). Sólo en 1 paciente se registraron complicaciones postoperatorias.

El tiempo de hospitalización postoperatoria promedio fue de 6,9 días ($\pm 2,3$). No hubo mortalidad operatoria en la serie.

Discusión

De acuerdo a nuestro estudio, los pacientes con úlcera péptica ubicada en el duodeno, fueron los que se sometieron a un mayor número de intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a los pacientes, es importante señalar que en 3/11 pacientes no se tenían antecedentes de haber sido tratados anteriormente en forma médica. Esto es un factor muy importante en cuanto a la evolución de la úlcera, ya que hoy en día más del 90% de ellas son tratadas en forma efectiva a través de terapia farmacológica.

El tiempo que hubo entre la primera consulta y la cirugía denotan los esfuerzos por tratar esta patología médicamente, para así aplazar y diferir un tratamiento de mayor complejidad como es una cirugía mayor. Esto debido a las múltiples complicaciones que pueden haber tanto en el intraoperatorio y

postoperatorio de estos pacientes, los cuales, muchas veces presentan antecedentes de deterioro orgánico u otras comorbilidades que pueden complicar el tratamiento quirúrgico.

La presencia de *Helicobacter pylori* en la biopsia es un antecedente muy importante, ya que es un agente patógeno que influye en la génesis y progresión de la úlcera. Se ha visto que casi 100% de los ulcerosos duodenales y el 80% de los ulcerosos gástricos, los sujetos están infectados por *Helicobacter pylori*. Sin embargo no todos los sujetos infectados por *Helicobacter pylori* desarrollan úlcera. Esto implica que las características del huésped, la variabilidad de la cepa y otros factores, desempeñan un papel en la génesis de la úlcera.

En la mayoría de los pacientes, la indicación del tratamiento quirúrgico fue el fracaso del tratamiento médico. Hasta antes de la década del 80, el fracaso del tratamiento médico constituía una razón importante de indicación quirúrgica de la enfermedad ulcerosa. Actualmente constituye un 1-3 % de las causas de cirugía y está representada casi exclusivamente por la úlcera gástrica gigante (mayor de 3 cm. de diámetro). En nuestra casuística, sin embargo, ningún paciente presentaba úlcera gigante.

Las distintas operaciones que se han utilizado para tratar la úlcera duodenal usan algunos de los 3 objetivos señalados anteriormente, usados solos o en combinación. En nuestra experiencia, se realizó en 5 pacientes con úlcera duodenal la antrectomía asociada a vagotomía troncular, mientras que en los otros 3 pacientes se realizó hemigastrectomía junto con vagotomía troncular, siempre aplicando los objetivos de cada intervención en la patogenia de la úlcera.

A diferencia del tratamiento de la úlcera duodenal, la vagotomía no tiene un rol importante en la cirugía de la úlcera gástrica.^{2,3} A excepción de la úlcera tipo III (prepilórica), la sección de los vagos no aporta mejores resultados a la resección gástrica exclusiva. En el caso de nuestro, en los 3 pacientes con úlcera prepilórica, se realizó vagotomía troncular, asociada tanto a antrectomía en 2 pacientes, como a hemigastrectomía en 1 paciente; mientras que en los otros 2 pacientes con úlcera gástrica (subcardial y corporo-antral), no se efectuó vagotomía, sino que gastrectomía subtotal; por lo que este principio se cumple en nuestra casuística.

Una vez que se ha extirpado la porción distal del estómago, ya sea por úlcera gástrica o duodenal, debe restablecerse la continuidad del tránsito digestivo. Esto se logra mediante la anastomosis entre el segmento de estómago remanente (muñón gástrico) y un segmento del intestino delgado, sea éste duodeno o yeyuno. Cada una de las reconstituciones tiene características propias, ventajas y desventajas. La realización de una u otra dependerá de las condiciones locales y de las preferencias del cirujano. En el caso de nuestro centro, se realizó en 8 pacientes Billroth II, en 4 pacientes Y de Roux y en 1 paciente Billroth I.

Es de destacar que no hubo mortalidad en nuestra serie, y que sólo un paciente presentó complicaciones postoperatorias, la cual fue una colección residual al 10° día postoperatorio; no se registraron hemorragias, gastroparesia ni dehiscencia de la sutura, las cuales son las complicaciones postoperatorias más frecuentemente reportadas por la literatura⁶⁻⁸.

Como conclusión podemos señalar que la cirugía electiva de úlcera péptica está en franco descenso en cuanto a su frecuencia, ya que el tratamiento médico

ha demostrado ser eficaz en la resolución de las úlceras, por lo que sus indicaciones son muy precisas en nuestro medio y en general en todos los centros.

Referencias

1. Sarosi G, Jaiswal K, Nwariaku F, Asolat Mi, Fleming J and Anthony T. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think. *Am J Surg*, November 1, 2005; 190(5): 775-9.
2. Hurtado H. Tratamiento quirúrgico actual de la úlcera péptica. *Rev Gastroenterol Mex* 2003; 68(2): 143-155.
3. Sadcheva. A K. Surgical treatment of peptic ulcer disease. *Med Clin North Am* 1991; 75(4): 999-12.
4. Paimela H, Oksala N, Kivilaakso E. A Study on the Incidence, Methods and Mortality in Surgery for Peptic Ulcer in Finland between 1987 and 1999. *Digestive Surgery* 2004; 21: 185-191.
5. Jordan P.H. Operation for duodenal ulcer disease. *Anv Rev Med* 1989; 40:1-15.
6. Mintello C, Volpin E, De Santi L, Mortella B, Nistri R. Complications of peptic ulcer disease in the elderly. *Chi-ital*.1997; 48 (4-5):37-41.
7. Duggan JM, Zinsmeister AR, Kelly KA, Melton LJ. Long-term survival among patients operated upon for peptic ulcer disease. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14 (11): 1074-82.
8. JW Freston. Management of peptic ulcers: emerging issues. *World J Surg*, Mar 2000; 24: 250-5.

Tabla 1

Ubicación de úlcera péptica en el tratamiento quirúrgico electivo en el Hospital Clínico Regional de Concepción

Ubicación	n	%
Duodenal	8	61,6
Prepilórica	3	23
Subcardial	1	7,7
Corporal y antral	1	7,7
TOTAL	13	100

Tabla 2

Indicaciones de tratamiento quirúrgico electivo de úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Indicaciones	n	%
Fracaso de tratamiento médico	4	30,8
Fracaso de tratamiento médico + Obstrucción	6	46,1
Obstrucción	2	15,4
Hemorragia	1	7,7
TOTAL	13	100

Tabla 3

Cirugía realizada según ubicación de la úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Ubicación	VT + Antrectomía	VT + Hemigastrectomía	Gastrectomía Subtotal
Duodenal	5	3	0
Prepilórica	2	1	0
Subcardial	0	0	1
Corporal y antral	0	0	1
TOTAL	7	4	2

Tabla 4

Tipo de reconstitución de tránsito según cirugía realizada en el tratamiento electivo de úlcera péptica en el Hospital Clínico Regional de Concepción.

Cirugía	Billroth I	Billroth II	Y de Roux
VT + Antrectomía	1	6	0
VT + Hemigastrectomía	0	2	2
Gastrectomía Subtotal	0	0	2
TOTAL	1	8	4

TRABAJO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

***Situación en Sala de Urgencia del Hospital de Mulchén
durante una Semana de Agosto, 2006***

Univs. Juan P. Cabrera, Bruno E. Caselli,* Arturo Giacaman,* Marcelo L. Elgueta,* Dr. Nelson Pérez***

**Sociedad Científica Estudiantes de Medicina Universidad de Concepción (SCEMUDEC),*

**Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. **Médico-Cirujano, Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile.*

E-mail: bcaselli@gmail.com

Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):94-108.

Resumen

Introducción: La medicina de urgencia es una especialidad médica, que pretende evaluar, manejar, tratar y prevenir toda enfermedad o lesión que requiera de una atención inmediata. Debe estar disponible las 24 horas del día como un componente esencial de todo sistema de salud. Objetivo: Mostrar la situación de sala de urgencia del Hospital de Mulchén durante una semana de Agosto, 2006. Material y Método: Estudio descriptivo corte transversal en 795 pacientes atendidos en sala de urgencia del Hospital de Mulchén entre 11/08/2006 y 18/08/2006. A partir de folios de urgencia, se estudió según sexo, edad, previsión, hora de ingreso, diagnóstico. Resultados: Hombres 386 (48.6%), mujeres 409 (51.4%). Promedio edad 30.89 años, rango 1 mes a 95 años. Por grupos de edad, acude más 15-40 años con 259 consultas (32.6%); el que menos, >60 años con 117 (14.7%). Previsión: FONASA A 409 pacientes (51.4%); FONASA B 270 (34.0%); otra 116 (14.6%). Hora de mayor ingreso 16:00-16:59 con 76 pacientes (9.6%), seguido de 18:00-18:59 con 72 pacientes (9.1%). Entre las 00:00-07:59 ingresaron 44 pacientes (5.5%). Diagnósticos más frecuentes son Gripe 57 pacientes, SBO 48, Contusión 43, Cólico abdominal y Bronquitis aguda en 37 cada una. En diagnósticos por sexo, destaca crisis hipertensiva y cefalea tensional en sexo femenino (15 c/u); en masculino, contusión y rinofaringitis aguda, con 27 y 12 casos respectivamente. Por grupos de edad, destaca 28 SBO en <5 años, 16 Bronquitis aguda en 5-15, 34 Gripe en 15-40, 11 Cólico abdominal en 40-60, 12 Crisis hipertensiva en >60. Conclusión: En sala de urgencia, se atienden pacientes de ambos sexos y de todas las edades, pero predominan ampliamente los adjuntos a tramos A y B, y preferentemente patología respiratoria.

Palabras Clave: emergencias, hospitales, hipertensión arterial.

(fuente: DeCS Bireme)

Introducción

Mulchén, comuna rural de la provincia del Bio-Bio y región del mismo nombre, limita al norte con Los Angeles, Santa Barbara y Quilaco, este Quilaco, sur Collipulli y oeste Negrete y Renaico.¹⁻³

Cuenta con un total de 29.003 habitantes según el censo realizado en 2002. De ellos, 14.513 (50,04%) son varones y 14.490 (49,96%) mujeres, con un índice de masculinidad de 100,16.²

Dentro de las definiciones oficiales vigentes en la C.C.S.S., se entiende como "urgencia" toda atención inmediata brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día, por

justificarlo así su estado de salud, ya que de otra manera se pondría en serio peligro su vida o integridad física. Por lo general, este servicio se presta, aunque no necesariamente, en un área equipada y organizada para estos efectos, variando su complejidad de acuerdo con la capacidad resolutive de cada centro.¹

La medicina de urgencia es una especialidad médica. Su objetivo principal es evaluar, manejar, tratar y prevenir toda enfermedad o lesión que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata. Por esta característica, la atención de urgencia debe estar disponible las 24 horas del día como un componente esencial de todo sistema de salud. Los conocimientos y destrezas que un profesional en esta área domina, deben permitirle realizar una rápida evaluación y tratamiento inicial de cualquiera urgencia médica o de toda condición que el paciente crea requiere atención de urgencia. Además, por la naturaleza de su quehacer, debe estar disponible para todos los segmentos de la población, independientemente de su situación previsional. Esta tarea debe realizarse en un espacio físico conducente a la eficacia y eficiencia considerando la dignidad del paciente, las necesidades especiales de cada segmento de la población atendida y las instalaciones que los familiares o acompañantes necesitan. La atención de urgencia no se limita a su ámbito físico, sino que incluye una fase pre-urgencia (manejo in situ, estabilización y traslado), continúa en el servicio y concluye con la derivación de paciente a otros equipos de salud, ya sea en el ambiente intra o extra hospitalario, siendo responsabilidad de la urgencia velar que el paciente reciba la atención adecuada en este continuo.⁴

Nuestro objetivo principal es mostrar la situación de la sala de urgencia del Hospital de Mulchén durante una semana de Agosto, 2006. Los objetivos específicos son: Caracterizar a los pacientes consultantes de urgencia según sexo, edad, previsión, hora de ingreso y diagnóstico. Distribuir edades de los pacientes según sexo. Definir grupo de edad de mayor y menor concurrencia. Definir hora de mayor y menor ingreso de pacientes al día. Analizar los principales diagnósticos efectuados en urgencia. Diferenciar los diagnósticos de acuerdo al sexo de los pacientes. Diferenciar los diagnósticos según grupos de edad.

Materiales y Métodos

Se presenta un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, realizado en el mes de Agosto de 2006, en que el universo correspondió a 795 consultas de urgencia de adultos y niños en el Hospital de Mulchén registradas entre el 11/08/2006 y el 18/08/2006 en el Hospital de Mulchén. La información de las consultas se obtuvo de los folios de atención de urgencia, y por medio de una tabla ad-hoc a los objetivos específicos planteados, se registró nombre, sexo, edad, previsión, hora de ingreso, y diagnóstico. Para realizar registro y análisis de datos se utilizaron los programas computacionales Microsoft® Office® 2003 Pro y SPSS® v.13.0 for Windows.

Resultados

De un total de 795 consultas de urgencia registradas, 386 (48.6%) corresponden al sexo masculino y 409 (51.4%) al femenino (Gráfico 1).

En el gráfico 2, se muestra la distribución de pacientes por edad según sexo. Destaca la gran cantidad de pacientes que consultan en los primeros años de vida, y en ambos sexos.

En cuanto a la edad de los pacientes, el promedio es de 30.89 años, con una mínima de 1 mes, y una máxima de 95 años. Por grupos de edad, acude más el grupo etáreo comprendido entre los 15-40 años con 259 consultas (32.6%); el que menos, el de >60 años con 117 (14.7%).

En cuanto a la previsión de los pacientes, FONASA A 409 (51.4%), FONASA B 270 (34.0%), FONASA C 57 (7.2%), FONASA D 37 (4.7%), otra 22 (2.8%) (Tabla 1).

La hora de mayor ingreso es 16:00-16:59 hrs. con 76 pacientes (9.6%), seguido de 18:00-18:59 hrs. con 72 pacientes (9.1%). La hora de menor ingreso corresponde a las 06:00-06:59 hrs. Y 07:00-07:59 hrs. Con 2 pacientes cada una (0.3%). Entre las 00:00-07:59 hrs. ingresaron 44 pacientes (5.5%), como se observa en el gráfico 3.

Los diagnósticos más frecuentes registrados fueron Gripe en 57 pacientes, Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) en 48, Contusión en 43, Cólico abdominal y Bronquitis aguda en 37 pacientes cada una. Sin embargo, existe una amplia variedad de diagnósticos como se aprecia en la tabla 2.

En cuanto a los diagnósticos por sexo, destaca crisis hipertensiva y cefalea tensional en el sexo femenino con 15 casos en cada una. En cambio, en el sexo masculino destaca contusión y rinofaringitis aguda, con 27 y 12 casos respectivamente (Tabla 3).

En diagnósticos por grupos de edad, destaca 28 pacientes con SBO en el grupo <5 años, 16 Bronquitis aguda en el grupo 5-15 años, 34 Gripe en el grupo 15-40 años, 11 Cólico abdominal en el grupo 40-60 años, 12 Crisis hipertensiva en el grupo >60 años. En la tabla 4, se detallan los diagnósticos efectuados por grupos de edad.

Discusión

Conceptualmente, el servicio de urgencia tiene por objetivo primario contribuir a la detección oportuna y manejo consiguiente de aquellos pacientes que pueden estar cursando con una afección grave, entendida ésta como aquella que, con o sin caracteres evidentemente dramáticos, conlleva riesgo de muerte o secuelas significativas, sea por la edad del niño, por la naturaleza de la afección o el entorno del paciente.¹² Puede desprenderse de aquí, que “urgencia” no debe restringirse a la necesidad de reanimación y estabilización de pacientes obviamente críticos. Esto explicaría en cierta forma, la gran cantidad de pacientes que asistieron en tan poco tiempo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia es “la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genere la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o su familia”. Para la American Hospital Association (AHA), urgencia es “cualquier situación que en opinión del enfermo, los parientes u otra persona que asuma la responsabilidad de llevarlo al hospital, requiere intervención médica inmediata”, agregando “la situación de urgencia continúa hasta que se haya realizado una evaluación y

diagnóstico médico”. Sin embargo, en varios trabajos de investigación se han utilizado otros criterios para diferenciar las verdaderas consultas de urgencia, dejando en evidencia, las diferencias que existen sobre este tema.13,14

Un desequilibrio entre las dos visiones de la función de urgencia expuestos arriba, puede llevar a un exceso de atención de pacientes que no presentan problemas urgentes, lo que plantea una situación controvertible, especialmente porque la sobrecarga asistencial que generan esas consultas innecesarias, distraen peligrosamente la dedicación a los pacientes graves y aumentan el riesgo de errores médicos.14,15

Después de evaluar antecedentes como sexo, edad, hora de ingreso, diagnóstico, nos percatamos que un porcentaje importante de los pacientes atendidos, consultaron por afecciones que se podrían haber resuelto satisfactoriamente en las postas de la comuna, o simplemente, no requerían de una atención médica. Esta morbilidad que no es urgencia, es un problema de salud pública tampoco resuelto en los países industrializados.16

Las diferencias que se observan en la frecuencia de las patologías, tanto de acuerdo a sexo como a edad, son en cierta forma esperables, ya que es sabido que en la presentación de algunas de ellas juega un rol primordial factores como estos.

Es destacable mencionar que, en los folios de atención de urgencia fue notoria la omisión del registro de antecedentes clínicos importantes. Esto constituye un problema, porque es un incumplimiento no trivial que impide apreciar la calidad de atención, podría tener repercusiones legales y además, entorpece la obtención de antecedentes confiables a partir de ellos.

Como las emergencias son infrecuentes, es imperioso implementar programas de capacitación y entrenamiento del personal y además, protocolos que uniformen y faciliten el manejo de estos pacientes. Cabría prever un programa de educación a mediano y largo plazo, tanto de la población usuaria como de los profesionales que la atienden, con el fin de lograr una racionalización del uso del recurso y las condiciones del trabajo en la sala de urgencia.

Un hecho observado durante el período estudiado, es que la cantidad de pacientes que consultan parece exagerada y es significativamente mayor que lo descrito en la literatura; sin embargo, la ocupación del servicio de urgencia podría ser menor, si se aplicaran criterios de ingreso bien definidos.18,19

En conclusión, en la sala de urgencia del Hospital de Mulchén, se atienden pacientes de ambos sexos, pero consulta más el sexo femenino. Asisten pacientes de todas las edades, y existe importante asistencia en los inicios de la vida, pero la mayoría se concentra en edades medias. Predominan ampliamente los beneficiarios de los tramos A y B. La mayor cantidad de consultas se producen en la tarde, entre 16:00 y 19:00 hrs. Sin embargo, los pacientes acuden a la sala de urgencia a cualquier hora del día, pero entre las 00:00 y las 08:00 hrs. la asistencia es considerablemente menor. Existe una gran variedad de patologías por las que los pacientes consultan, pero destaca notoriamente el grupo de las enfermedades respiratorias. Al analizar detalladamente la gran cantidad de patologías, se concluye que hay varias que no justificaban atención de urgencia. Existen patologías que se presentan preferentemente en el sexo femenino, así

como hay otras que se presentan preferentemente en el masculino, pero en general, las patologías respiratorias y digestivas se presentan en ambos sexos sin grandes diferencias. Además, por grupos de edad existen diferencias en cuanto a la frecuencia de presentación de las diversas patologías.

Agradecimientos

Agradecemos cordialmente a la Srta. Vessna Barrera Bustamante por su valiosa colaboración en la realización de este trabajo.

Referencias

1. Características de los Usuarios de los Servicios de Urgencias de la C.C.S.S. Segunda Encuesta Nacional, 2001, Costa Rica.
2. Censo Chile 2002, en http://www.censo2002.cl/menu_superior/cuantos_somos/pop_region8.htm.
3. Mulchen, en <http://www.inoschile.cl/comunas/libro47.htm>.
4. Mardones, J. et cols. Urgencia: calidad y costo-eficacia. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1995; 24:179-182.
5. ACEP: Definition of emergency medicine and the emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 1240-1241.
6. Emergency Nurses Association: Standards of Emergency Nursing Practice, 2nd Edition. St. Louis, CV Mosby Co, 1990.
7. Primary care in the emergency room: high in cost and low in quality. *N Engl J Med* 1982; 306: 998.
8. The effectiveness of an organized emergency department follow-up. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 911-915.
9. Emergency department satisfaction: What matters most? *Ann Emerg Med* 1993; 22: 586-591.
10. Bigal, M et cols. Headache in an emergency room in Brazil. *Sao Paulo Med. J.* v.118 n.3 São Paulo mayo 2000.
11. Dadalti, Y. et cols, Management of primary headache in emergency services of Santos and surrounding towns, *Sao Paulo Med. J.* v.116 n.2 São Paulo mar./abr. 1998.
12. Méndez B. et cols, Estructura de la consulta pediátrica en el Servicio de Urgencia. Hospital Infantil Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr* 76 (3); 259-265, 2005.
13. Richardson L, Hwang U: A Review of the Emergency medicine Literatura. *Acad. Emerg. Med* 2001; 8: 1030-6.
14. Luo X, Liu G, Frush K, Hey LL: Children's Health Insurance Status and Emergency Department Utilization in the United State. *Pediatrics* 2003; 112: 314-9.
15. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD: "Inappropriate" emergency department use: a comparison of methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 252-7.
16. Phelep K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S: Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric Problems. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1086-92.
17. Goh AY, Chan TL, Abdel-Latiff ME: Paediatric utilization of a general emergency department in a developing country. *Acta Paediatr.* 2003; 92: 965-9.
18. M-Scribano P, Wiley J, Platt K: Use of an observation unit by a pediatric Emergency department for common pediatric illnesses. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17: 321-3.

19. Wiley II J MD, Friday J MD, Nowakowski T MSW, Pittsinger-Kazimer L RN, Platt K MD, Scribano P DO: Observation Units: The role of an outpatient extended treatment site in pediatric care. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14: 444-7.

Gráfico 1: Distribución de pacientes atendidos en urgencia en el Hospital de Mulchén entre el 11/08/2006 y el 18/08/2006 según sexo

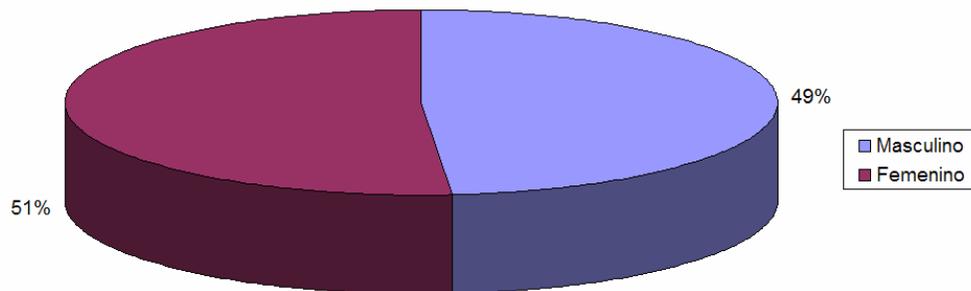


Gráfico 2: Distribución de pacientes por edad según sexo.

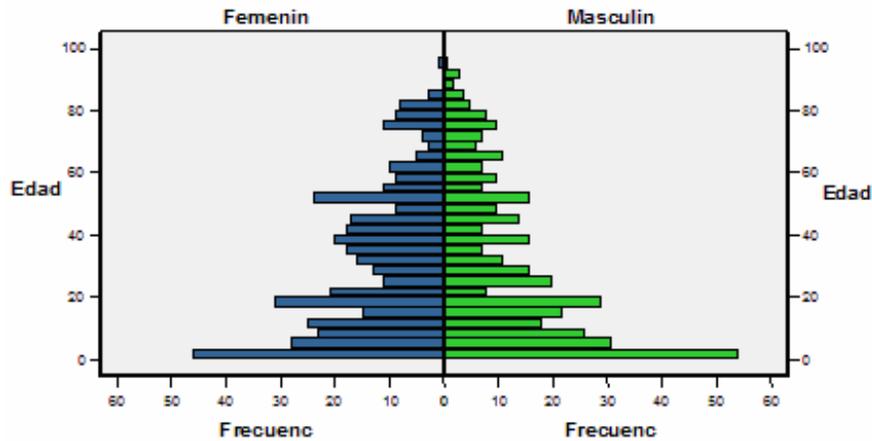


Tabla 1. Previsión de pacientes atendidos en sala de urgencia del Hospital de Mulchén entre el 11/082006 y el 18/08/2006.

Previsión	N	%
FONASA A	409	51,4
FONASA B	270	34,0
FONASA C	57	7,2
FONASA D	37	4,7
Convenio	18	2,3
Dipreca	2	,3
Isapre	1	,1
Indeterminado	1	,1
TOTAL	795	100,0

Gráfico 3: Hora de ingreso de pacientes al servicio de urgencia del Hospital de Mulchén.

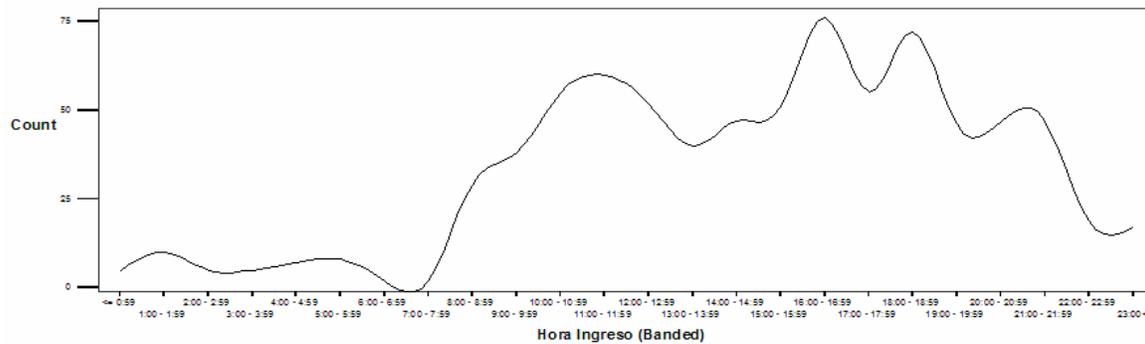


Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes realizados en la sala de urgencia del Hospital de Mulchén entre el 11/08/2006 y el 18/08/2006.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Gripe	57	7,2	7,2
SBO	48	6,0	13,2
Contusión	43	5,4	18,6
Cólico abdominal	37	4,7	23,3
Bronquitis aguda	37	4,7	27,9
Gastroenteritis aguda	31	3,9	31,8
Resfrío común	31	3,9	35,7
Lumbago mecánico	27	3,4	39,1
Faringitis aguda	26	3,3	42,4
Virosis Respiratoria	25	3,1	45,5
Amigdalitis aguda	23	2,9	48,4
Crisis Hipertensiva	19	2,4	50,8
Cefalea Tensional	18	2,3	53,1
Rinofaringitis Aguda	15	1,9	55,0
Neumonía	15	1,9	56,9
OMA	12	1,5	58,4
ITU	11	1,4	59,7
Crisis Asmática	10	1,3	61,0
Herida Cortante	9	1,1	62,1
Rush Alérgico	9	1,1	63,3
Conjuntivitis aguda	9	1,1	64,4
Esguince	8	1,0	65,4
Sd. Ansioso	8	1,0	66,4
Sd. Diarreico Agudo	8	1,0	67,4
Cólico biliar	7	,9	68,3
Control PA	7	,9	69,2
Hipoglicemia	7	,9	70,1
Dorsalgia	7	,9	70,9
Faringobronquitis aguda	7	,9	71,8
Sd. Vertiginoso	6	,8	72,6
Alergia	6	,8	73,3
Cuerpo Extraño Ocular	5	,6	74,0
Laringitis	5	,6	74,6
TDF	5	,6	75,2
Piodermitis	5	,6	75,8
Quemadura	5	,6	76,5
Constatación lesiones	5	,6	77,1
Otros	182	22,9	100,0
TOTAL	795	100,0	

Tabla 3. Distribución de diagnósticos de pacientes efectuados en el Hospital de Mulchén entre el 11/08/2006 y el 18/08/2006 según sexo.

Diagnóstico	Sexo		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Abdomen agudo, obs. Apendicitis	0	1	1
Adenitis Cervical	0	1	1
Agitacion Psicomotora	1	0	1
Alergia	3	3	6
Amigdalitis aguda	13	10	23
Apnea	1	0	1
Asma Bronquial	1	2	3
ASP	1	0	1
Bronquiolitis aguda	0	1	1
Bronquitis aguda	20	17	37
CA Gástrico, IRA	0	1	1
Cambio sonda Foley	0	1	1
Cambio sonda gástrica	1	0	1
Cambio sonda vesical	0	1	1
Cefalea Tensional	15	3	18
Cefalea, quiste aracnoideo	1	0	1
Celulitis	0	2	2
Cervicalgia	3	1	4
Colico abdominal	19	18	37
Colico biliar	6	1	7
Colopatía Funcional	3	0	3
Conjuntivitis aguda	6	3	9
Constatacion lesiones	1	4	5
Control PA	6	1	7
Control Puerperio	1	0	1
Contusión	16	27	43
Crisis Asmática	7	3	10
Crisis epiléptica	1	0	1
Crisis Hipertensiva	15	4	19
Crisis histerica	0	1	1
Cuerpo extraño mano derecha	1	1	2
Cuerpo Extraño Ocular	0	5	5
Cuidados paliativos	0	1	1
Curación herida	3	0	3
Demencia Senil	2	2	4
Depresión severa	1	0	1
Dermatitis	1	0	1
Dermatitis alérgica	0	1	1
Desgarro Muscular	0	1	1
Deshidratación	0	1	1
Deterioro psicorgánico	1	0	1
Diarrea	0	1	1
Dolor abdominal en estudio	0	1	1



Acta Científica Estudiantil

Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UCV

103

Dolor costal	0	1	1
Dolor Pecho	1	0	1
Dolor precordial	0	3	3
Dorsalgia	5	2	7
Enterovirus	2	2	4
Epistaxis	1	0	1
EPOC	2	2	4
EQZ. Descompesada	0	1	1
Eritema Cutaneo	1	0	1
Escarlatina	0	1	1
Escoliosis	2	1	3
Esguince	2	6	8
Estreñimiento	1	0	1
Etilismo agudo	1	1	2
Faringitis aguda	15	11	26
Faringobronquitis aguda	3	4	7
Flujo Vaginal	2	0	2
Fractura	3	1	4
Gastroenteritis aguda	15	16	31
Gonalgia	1	1	2
Gran quemado	0	1	1
Gripe	27	30	57
HDA	0	3	3
HDB	1	0	1
Hemorragia Genital	1	0	1
Herida Cortante	2	7	9
Herida Dedo	1	0	1
Herida pierna	1	1	2
Herida punzante	1	0	1
Herida Rodilla Izquierda	0	1	1
Hernia Inguinal No Complicada	0	1	1
Herpangina	0	2	2
Hiperemesis	0	1	1
Hiperglicemia	2	0	2
Hipoglicemia	3	4	7
Hipotension	1	0	1
Hombro doloroso	1	0	1
HSD	0	1	1
HSP	0	1	1
HTA, ACxFA	0	1	1
Impétigo	2	2	4
Indeterminado	1	1	2
Infección herida operatoria	1	0	1
Inflamación cara	1	0	1
Intoxicación medicamentosa	3	0	3
IRA	1	3	4
ITU	8	3	11
Laringitis	3	2	5
Laringobronquitis	2	0	2

103



Acta Científica Estudiantil

Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UCV

104

Lesion arma Blanca	0	1	1
Lipotimia	2	0	2
Lumbago mecánico	13	14	27
Luxofractura codo	0	1	1
Mareo	1	1	2
Melena	0	1	1
Mialgias	0	1	1
Migraña	1	0	1
Mordida de perro	1	1	2
Neumonía	7	8	15
Neuritis Intercostal	0	1	1
NSP	1	0	1
obs. Apendicitis aguda	1	0	1
Obs. Colangitis aguda	0	1	1
Obs. ITU	3	0	3
Obs. Neumopatía	1	0	1
Obs. TVP	1	0	1
Odontalgia	1	1	2
OH agudo, abstinencia	0	1	1
OMA	5	7	12
Osteoartritis	1	0	1
Osteocondritis	0	2	2
Otitis Externa	0	1	1
PAP	1	0	1
Parálisis Facial	1	0	1
Pie Diabético	0	1	1
Piodermitis	2	3	5
PIP	1	0	1
PNA	1	0	1
Poliartralgia	1	0	1
Policontuso	1	3	4
Precordalgia	1	3	4
Prostatismo	0	1	1
Quemadura	4	1	5
Rectorragia	0	1	1
Resfrío común	18	13	31
Retención Urinaria	0	1	1
Rinofaringitis Aguda	3	12	15
Rush Alérgico	4	5	9
Sabañones	0	1	1
SBO	23	25	48
Sd. Ansioso	5	3	8
Sd. Diarreico Agudo	5	3	8
Sd. Febril	2	1	3
Sd. Vertiginoso	1	5	6
Sincope	1	0	1
Síntomas de aborto	2	0	2
Sinusitis aguda	1	2	3
Tapón CAE	0	1	1

104

TDF	5	0	5
Tendinitis	1	1	2
TIA 2	0	1	1
Torticolis	1	2	3
Trabajo de Parto	1	0	1
Transgresión alimentaria	1	0	1
TTO	0	1	1
Uña encarnada	0	1	1
Varicela	1	1	2
Vasculitis	1	0	1
Virosis Respiratoria	11	14	25
TOTAL	409	386	795

Tabla 4. Diagnósticos efectuados en la sala de urgencia del Hospital de Mulchén entre el 11/08/2006 y el 18/08/2006 según grupos de edad.

Diagnóstico	Edad (años)					TOTAL
	<= 5	5 - 15	15 - 40	40 - 60	>60	
Abdomen agudo, obs. Apendicitis	0	0	0	1	0	1
Adenitis Cervical	0	0	1	0	0	1
Agitacion Psicomotora	0	0	0	0	1	1
Alergia	0	4	2	0	0	6
Amigdalitis aguda	2	9	9	3	0	23
Apnea	1	0	0	0	0	1
Asma Bronquial	1	1	0	0	1	3
ASP	0	0	1	0	0	1
Bronquiolitis aguda	0	0	1	0	0	1
Bronquitis aguda	10	16	3	6	2	37
CA Gástrico, IRA	0	0	0	0	1	1
Cambio sonda Foley	0	0	0	0	1	1
Cambio sonda gástrica	1	0	0	0	0	1
Cambio sonda vesical	0	0	0	0	1	1
Cefalea Tensional	0	1	13	3	1	18
Cefalea, quiste aracnoideo	0	0	1	0	0	1
Celulitis	0	0	0	1	1	2
Cervicalgia	0	0	0	2	2	4
Colico abdominal	8	2	14	11	2	37
Colico biliar	0	0	2	3	2	7
Colopatía Funcional	0	0	1	1	1	3
Conjuntivitis aguda	2	1	5	0	1	9
Constatacion lesiones	0	0	3	1	1	5
Control PA	0	0	1	5	1	7
Control Puerperio	0	0	1	0	0	1
Contusión	5	11	22	4	1	43
Crisis Asmática	0	0	3	2	5	10

Crisis epiléptica	0	0	1	0	0	1
Crisis Hipertensiva	0	0	1	6	12	19
Crisis histerica	0	1	0	0	0	1
Cuerpo extraño mano derecha	0	0	2	0	0	2
Cuerpo Extraño Ocular	0	0	1	3	1	5
Cuidados paliativos	0	0	0	0	1	1
Curación herida	0	1	1	1	0	3
Demecia Senil	0	0	0	0	4	4
Depresión severa	0	0	0	1	0	1
Dermatitis	0	1	0	0	0	1
Dermatitis alérgica	0	0	0	1	0	1
Desgarro Muscular	0	0	1	0	0	1
Deshidratación	0	0	0	0	1	1
Deterioro psicorgánico	0	0	0	0	1	1
Diarrea	0	1	0	0	0	1
Dolor abdominal en estudio	0	1	0	0	0	1
Dolor costal	0	0	1	0	0	1
Dolor Pecho	0	0	0	0	1	1
Dolor precordial	0	0	0	2	1	3
Dorsalgia	0	0	3	3	1	7
Enterovirus	4	0	0	0	0	4
Epistaxis	0	0	0	1	0	1
EPOC	0	0	1	0	3	4
EQZ. Descompesada	0	0	0	1	0	1
Eritema Cutaneo	0	0	1	0	0	1
Escarlatina	0	1	0	0	0	1
Escoliosis	0	0	3	0	0	3
Esguince	1	3	4	0	0	8
Estreñimiento	1	0	0	0	0	1
Etilismo agudo	0	0	0	1	1	2
Faringitis aguda	7	8	5	5	1	26
Faringobronquitis aguda	0	2	4	0	1	7
Flujo Vaginal	0	0	2	0	0	2
Fractura	0	1	1	0	2	4
Gastroenteritis aguda	1	6	14	8	2	31
Gonalgia	0	1	1	0	0	2
Gran quemado	0	1	0	0	0	1
Gripe	0	10	34	8	5	57
HDA	0	0	0	2	1	3
HDB	0	0	0	0	1	1
Hemorragia Genital	0	0	1	0	0	1
Herida Cortante	0	1	5	2	1	9
Herida Dedo	0	1	0	0	0	1
Herida pierna	0	0	2	0	0	2
Herida punzante	0	0	1	0	0	1

Herida Rodilla Izquierda	0	1	0	0	0	1
Hernia Inguinal No Complicada	0	0	0	1	0	1
Herpangina	2	0	0	0	0	2
Hiperemesis	1	0	0	0	0	1
Hiperglicemia	0	0	0	2	0	2
Hipoglicemia	0	0	0	3	4	7
Hipotension	0	0	0	1	0	1
Hombro doloroso	0	0	0	0	1	1
HSD	1	0	0	0	0	1
HSP	0	0	1	0	0	1
HTA, ACxFA	0	0	0	0	1	1
Impétigo	2	1	1	0	0	4
Indeterminado	1	0	1	0	0	2
Infección herida operatoria	0	0	0	1	0	1
Inflamación cara	0	0	0	1	0	1
Intoxicación medicamentosa	1	1	1	0	0	3
IRA	3	0	1	0	0	4
ITU	0	1	6	4	0	11
Laringitis	3	2	0	0	0	5
Laringobronquitis	0	0	1	1	0	2
Lesion arma Blanca	0	0	0	1	0	1
Lipotimia	0	0	0	2	0	2
Lumbago mecánico	0	0	9	9	9	27
Luxofractura codo	0	1	0	0	0	1
Mareo	0	0	0	0	2	2
Melena	0	0	0	0	1	1
Mialgias	0	0	0	1	0	1
Migraña	0	0	1	0	0	1
Mordida de perro	0	0	1	0	1	2
Neumonía	5	5	0	1	4	15
Neuritis Intercostal	0	1	0	0	0	1
NSP	0	0	0	0	1	1
obs. Apendicitis aguda	0	1	0	0	0	1
Obs. Colangitis aguda	0	0	0	1	0	1
Obs. ITU	0	0	2	1	0	3
Obs. Neumopatía	1	0	0	0	0	1
Obs. TVP	0	0	1	0	0	1
Odontalgia	0	1	1	0	0	2
OH agudo, abstinencia	0	0	0	1	0	1
OMA	5	3	3	1	0	12
Osteoartritis	0	0	0	0	1	1
Osteocondritis	0	1	0	1	0	2
Otitis Externa	0	0	1	0	0	1
PAP	0	0	0	0	1	1
Paralisis Facial	0	0	0	0	1	1
Pie Diabetico	0	0	0	0	1	1



Acta Científica Estudiantil

Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UCV

108

Piodermitis	1	0	2	1	1	5
PIP	1	0	0	0	0	1
PNA	0	0	1	0	0	1
Poliartralgia	0	0	0	1	0	1
Policontuso	0	0	3	1	0	4
Precordalgia	0	0	2	1	1	4
Prostatismo	0	0	0	0	1	1
Quemadura	2	1	0	1	1	5
Rectorragia	0	0	0	1	0	1
Resfrío común	3	7	11	4	6	31
Retencion Urinaria	0	0	0	0	1	1
Rinofaringitis Aguda	6	2	5	2	0	15
Rush Alérgico	0	4	2	3	0	9
Sabañones	0	0	1	0	0	1
SBO	28	6	4	6	4	48
Sd. Ansioso	0	0	7	1	0	8
Sd. Diarreico Agudo	4	2	2	0	0	8
Sd. Febril	1	2	0	0	0	3
Sd. Vertiginoso	0	0	1	4	1	6
Sincope	0	0	0	0	1	1
Sintomas de aborto	0	0	2	0	0	2
Sinusitis aguda	0	0	2	1	0	3
Tapon CAE	0	0	0	1	0	1
TDF	1	0	3	0	1	5
Tendinitis	0	0	2	0	0	2
TIA 2	0	0	0	0	1	1
Torticolis	0	0	0	1	2	3
Trabajo de Parto	0	0	1	0	0	1
Transgresión alimentaria	0	0	0	1	0	1
TTO	0	0	0	0	1	1
Uña encarnada	0	0	1	0	0	1
Varicela	0	2	0	0	0	2
Vasculitis	0	0	0	0	1	1
Virosis Respiratoria	16	6	3	0	0	25
TOTAL	132	136	259	151	117	795

108

ARTICULO DE REVISION – REVIEW ARTICLE

***Desnutrición infantil en el mundo:
¿sentimiento de culpa o de vergüenza?***

Drs. Adriana Ortiz-Andrellucchi, Luis Serra-Majem.

¹ONG Nutrición sin Fronteras, ²Grupo de Investigación en Nutrición. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ³Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Las Palmas de Gran Canaria, España.

E-mail: aortiza@acciones.ulpgc.es

Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):109-114.

Resumen

En noviembre de 1996, el mundo dirigió su atención a Roma, donde los jefes de Estado y de Gobierno de más de 180 naciones que participaban en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA) se comprometieron a erradicar uno de los peores azotes que pesan en la conciencia colectiva de la sociedad: el hambre. Diez años más tarde, nos encontramos con la triste realidad de que prácticamente no se ha conseguido avance alguno hacia ese objetivo. En 2001-03, según estimaciones de la FAO, habían 854 millones de personas subnutridas a escala mundial. En el mundo en desarrollo, uno de cada cuatro niños y niñas menores de cinco años pesa menos de lo normal, es decir 146 millones de niños menores de 5 años tienen bajo peso. Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son lo más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirán alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. El hambre y la desnutrición no son consecuencias sólo de la falta de alimentos, sino también de la pobreza, la desigualdad y los errores en el orden de las prioridades de la voluntad política. Con un esfuerzo colectivo en el ámbito internacional, nacional y comunitario, terminar con la desnutrición infantil es no solo un objetivo factible, sino también necesario y prioritario.

Palabras Clave: desnutrición, niños, salud pública.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

In November 1996, the attention of the world was directed to Rome, where the heads of government of more than 180 countries participated in the World Food Summit. They committed themselves to eradicating one of the worst scourges in the collective conscience of society: hunger. Ten years later, we find that practically no advance has been made towards that objective. In 2001-03, according to FAO estimates, 854 million people in the world suffered from malnutrition. In the developing world, one out of every four children younger than five years old – 146 million in total - are underweight. The damage that undernourishment causes when it is suffered in childhood is of the worst kind, since at this stage of development it is the child's brain that suffers the greatest impact, in which irreversible metabolic and structural alterations will occur. Hunger and undernourishment are not only the consequences of a lack of food, but also of poverty, inequality and a mistaken order of priorities of political will. With a collective effort in the international, national and community environment, putting an end to childhood undernourishment is an objective which is not only possible, but also necessary and high-priority.

Key Words: malnutrition, children, public health.

(Source: DeCS Bireme)

Introducción

En noviembre de 1996, el mundo dirigió su atención a Roma, donde los jefes de Estado y de Gobierno de más de 180 naciones que participaban en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA) se comprometieron a erradicar uno de los peores azotes que pesan en la conciencia colectiva de la sociedad: el hambre. Como paso importante hacia ese objetivo, tan noble y tan necesario, los líderes mundiales se comprometieron a un objetivo intermedio considerado entonces ambicioso, pero a la vez realizable: para el año 2015, reducir a la mitad el número de personas subnutridas en el mundo con respecto a los niveles de 1990. Diez años más tarde, nos encontramos con la triste realidad de que prácticamente no se ha conseguido avance alguno hacia ese objetivo (figura 1)¹.

En la actualidad, la mayoría de la gente pobre y la que sufre inseguridad alimentaria vive en zonas rurales. A su vez, la pobreza urbana tiende a aumentar con la emigración de la gente hacia las ciudades, en un intento de escapar de las penurias asociadas con el modo de vida en el campo. La concentración del hambre en zonas rurales indica que no es posible una reducción sostenida del hambre sin poner especial énfasis en el desarrollo agrícola y rural. Es evidente que el hambre pone en peligro la salud y la productividad de las personas y sus esfuerzos para huir de la pobreza. El hambre actúa como un freno para el desarrollo económico y social de la sociedad en su conjunto¹.

En 2001-03, según estimaciones de la FAO, habían 854 millones de personas subnutridas a escala mundial. Actualmente, entre las regiones en desarrollo, el África subsahariana es la que se enfrenta al mayor desafío. Es la región con mayor prevalencia de subnutrición, donde una de cada tres personas están privadas de acceso a una alimentación suficiente¹. En el mundo en desarrollo, uno de cada cuatro niños y niñas menores de cinco años pesa menos de lo normal, es decir 146 millones de niños menores de 5 años tienen bajo peso. Asia meridional presenta los niveles más altos de peso inferior al normal, el 46% de todos los menores de cinco años de la región sufren este problema. En África subsahariana, el 28% de los niños y niñas pesan menos de lo normal. La prevalencia más baja se encuentra en Europa Central y del Este, con un 5%, así como también en América Latina y el Caribe, con un 7%².

¿Qué es la desnutrición?

El término desnutrición se utiliza como el resultado del consumo insuficiente de alimentos (hambre) y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición implica pesar menos de lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado (emaciación) y presentar carencia de vitaminas y minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes)².

Cuando una persona está desnutrida, pierde la capacidad de sustentar funciones naturales del organismo como el crecimiento, la resistencia a las infecciones, la recuperación tras las enfermedades, el aprendizaje, el trabajo físico, y el embarazo y la lactancia en las mujeres. Además de enfermedades como la diarrea, la neumonía, el paludismo y el VIH/SIDA, son causas importantes de desnutrición la alimentación de mala calidad en los lactantes y niños

pequeños, particularmente por la falta de una lactancia materna óptima y de una buena alimentación complementaria².

Según la intensidad de la malnutrición de admiten distintos grados. McLaren estableció los siguientes grados: I (leve), II (moderada) y III (grave), de acuerdo con el porcentaje de la pérdida de peso referido a talla y edad, en los casos leves la pérdida de peso se estima entre el 85-90% del ideal, en la moderada entre el 75-85% y en la severa cuando el peso es inferior al 75% del ideal para talla y edad³.

Las estadísticas se basan en tres indicadores: peso para la edad, que mide la desnutrición global; talla para la edad, que refleja la desnutrición crónica, debido a que la baja estatura es producto de una carencia prolongada de nutrientes; y peso para la talla, que mide la desnutrición aguda.

El perímetro braquial, es prácticamente estable entre los niños de 6 a 59 meses, por lo tanto, no necesita relacionarse con la edad, dado que a veces no se dispone de esta información, sobre todo en situaciones donde no existen adecuados registros de la población. En estos casos, el perímetro braquial es un buen indicador de malnutrición en niños, rápido para screening y puede ser utilizado por personal local analfabeto pues tiene unos puntos de corte que se valoran en colores. En tal sentido, es necesario remarcar la necesidad de utilizar indicadores más específicos para el diagnóstico de la desnutrición infantil.

Desnutrición a lo largo del ciclo de la vida

La malnutrición se produce en todas las etapas a lo largo del ciclo de la vida (figura 2). En las áreas marcadas con una alta prevalencia de desnutrición, los niños nacidos de madres desnutridas presentan un retraso en el crecimiento y delgadez. Estos niños no recuperan el desarrollo del crecimiento en los años siguientes, presentan un mayor riesgo de morbilidad, ingresan tarde en el colegio y no consiguen un aprendizaje adecuado, siendo menos productivos cuando alcanzan la edad adulta. En la edad adulta son más propensos a sufrir enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como es el caso de diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión. La obesidad puede suponer otro problema, de hecho la desnutrición puede resultar en una sobrenutrición con el transcurso de los años⁴. Por otra parte, los niños nacidos de madres desnutridas o con bajo peso y/o retardo en el crecimiento, tienen mayor probabilidad de presentar estas mismas características. En este sentido, la desnutrición es transmitida de una generación a otra como una terrible herencia y así el ciclo volvería a empezar⁵.

Consecuencias de la desnutrición temprana

La desnutrición especialmente en la infancia, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Los que sobreviven pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes y alteración del crecimiento, a menudo con daños irreversibles en su

desarrollo cognitivo y social^{2,6}. Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad^{2,6}, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles⁷⁻⁹. Stoch y Smythe, fueron los primeros en formular la hipótesis relativa a que la desnutrición durante los primeros dos años de vida, podría inhibir el crecimiento del cerebro y esto produciría una reducción permanente de su tamaño y un bajo desarrollo intelectual^{10,11}; los primeros dos años de vida no sólo corresponden al período de máximo crecimiento del cerebro, sino que al final del primer año de vida, se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, constituyendo también, casi el período total de crecimiento de este órgano¹². El niño con desnutrición grave, presenta un menor diámetro del cráneo, pero también se ha podido comprobar que no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro, formándose un espacio que es ocupado por líquido cefalorraquídeo¹³. También el desarrollo del sistema nervioso central está determinado en los primeros 18 meses de vida del niño. Si durante este tiempo el niño no recibe una adecuada ingesta de nutrientes¹⁴ y estimulación sensorial, se produce una atrofia el desarrollo neuronal^{15,16}.

La deprivación social, afecta el desarrollo cerebral del niño, reflejándose en una disminución de la capacidad intelectual¹⁷ que afectará negativamente en el proceso de aprendizaje. La pobreza va casi siempre acompañada de una deprivación psico-afectiva. El niño nace y se desarrolla en un ambiente de inseguridad¹⁸ y carente de estímulo psíquico y afectivo¹⁹. La desnutrición infantil por lo tanto no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones⁶.

Consideraciones finales

El mundo es más rico en la actualidad de lo que era hace diez años. Hay más alimentos disponibles y existen los conocimientos y recursos para reducir el hambre. El hambre y la desnutrición no son consecuencias sólo de la falta de alimentos, sino también de la pobreza, la desigualdad y los errores en el orden de las prioridades de la voluntad política. Deseo finalizar con esta frase tomada del documento sobre los desafíos de la nutrición para el siglo XXI entregado al Comité Permanente de Nutrición (SCN Standing Committee on Nutrition) del Sistema de Naciones Unidas: "Vivir la vida bien nutrido es un derecho humano fundamental. La persistencia de la malnutrición, especialmente entre niños y madres, en este mundo de abundancia es inmoral. La mejoría de la nutrición en cualquier parte del mundo no es caridad sino un derecho de la sociedad, de la familia y del individuo. Es responsabilidad de la comunidad mundial encontrar la manera efectiva y los recursos de inversión necesarios para mejorar el sustento y evitar futuras e innecesarias cargas sociales y económicas. Con un esfuerzo colectivo en el ámbito internacional, nacional y comunitario, terminar con la malnutrición es un objetivo tanto creíble como alcanzable"²⁰.

Referencias

1. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2006. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Disponible en URL [<http://www.fao.org/docrep/009/a0750s/a0750s00.htm>] [Acceso 21 de febrero de 2007]
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Progreso para la infancia, Un balance sobre la nutrición, número 4, abril de 2006. Disponible en URL [<http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/>] [Acceso 21 de febrero de 2007]
3. McLaren DS. Protein Energy Malnutrition (PEM). En: McLaren DS, Burman D (eds). Textbook of Pediatric Nutrition. Edinburgh, London, New Cork: Churchill Livingstone; 1976. p. 105-17.
4. Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity trends in Latin America: transiting from under- to overweight. *J Nutr* 2001;131:893-99.
5. Gillespie SR, Haddad L. Attacking the double burden of malnutrition in Asia and the Pacific Asian Development Bank Nutrition and Development Series N°4; 2001.
6. Ortiz-Andrellucchi A, Peña Quintana L, Albino Beñacar A, Mönckeberg Barros F, Serra-Majem L. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutr Hosp* 2006;21:533-41.
7. Algarin C, Peirano P, Garrido M, Pizarro F, Lozoff B. Iron deficiency anemia in infancy: long-lasting effects on auditory and visual system functioning. *Pediatr Res*. 2003;53:217-23.
8. Roncagliolo M, Garrido M, Walter T, Peirano P, Lozoff B. Evidence of altered central nervous system development in infants with iron deficiency anemia at 6 mo: delayed maturation of auditory brainstem responses. *Am J Clin Nutr*. 1998;68:683-90.
9. Lozoff B, Jiménez E, Hagen J, Mollen E, Wolf AW. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. *Pediatrics*. 2000;105:E51.
10. Stoch MB, Smythe PM, Moodie AD, Bradshaw D. Psychosocial outcome and CT findings after gross undernourishment during infancy: a 20-year developmental study. *Dev Med Child Neurol* 1982;24:419-36.
11. Ivanovic D. Does undernutrition during infancy inhibit brain growth and subsequent intellectual development? *Nutrition* 1996; 2:568-71.
12. Winick M, Rosso P. The effect of severe early malnutrition on cellular growth of human brain. *Pediatr Res* 1969;3:181-84.
13. Rozovski J, Novoa F, Abarzua J, Mönckeberg F. Cranial transillumination in early and severe malnutrition. *Br J Nutr* 1971;25:107-11.
14. Lozoff B. Perinatal iron deficiency and the developing brain. *Pediatr Res* 2000; 48:137-9.
15. Soto-Moyano R, Belmar J, Hernández A. Desnutrición precoz y neurotransmisores cerebrales. *Pediatríka* 1998;18:5-14
16. Lozoff B, De Andraca I, Castillo M, Smith JB, Walter T, Pino P. Behavioral and developmental effects of preventing iron-deficiency anemia in healthy full-term infants. *Pediatrics* 2003;112:846-54.
17. Wickelgren I. Nurture helps mold able minds. *Science* 1999;283:1832-4
18. Solomons N. Environmental contamination and chronic inflammation influence human growth potential. *J Nutr* 2003;332-38
19. Mönckeberg F, Tilser S, Toro S, Gattas V, Vega L. Malnutrition and mental development. *Am J Clin Nutri* 1972;25:766-72.
20. Uauy R. Desafíos de la nutrición en el siglo XXI. Anales de la Academia de Medicina de Chile. Memoria Anual Instituto de Chile. Santiago de Chile 2003.

Figura 1. Avances hacia la consecución del objetivo de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación desde 1990-92.

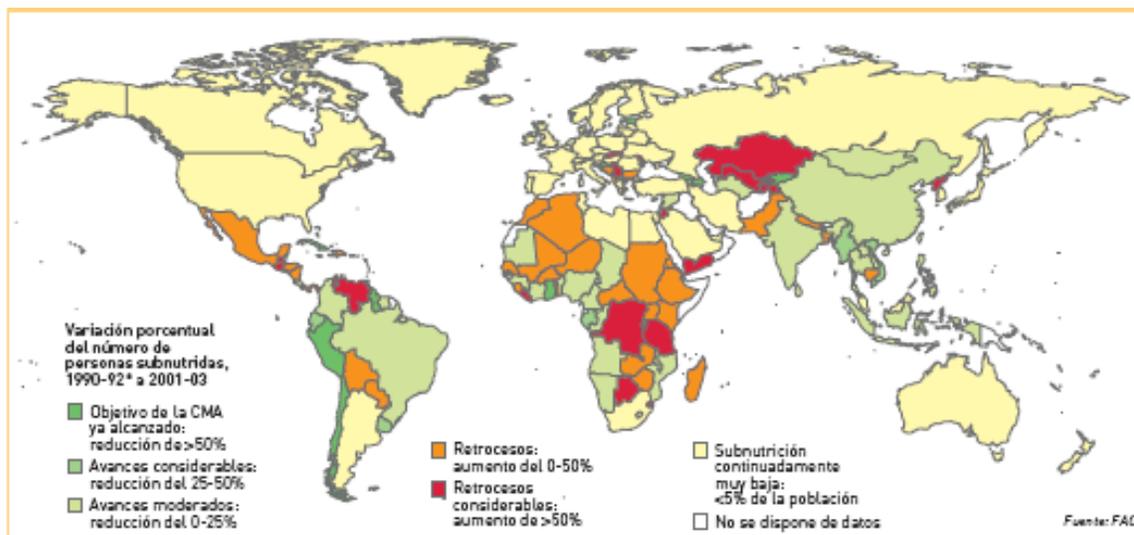
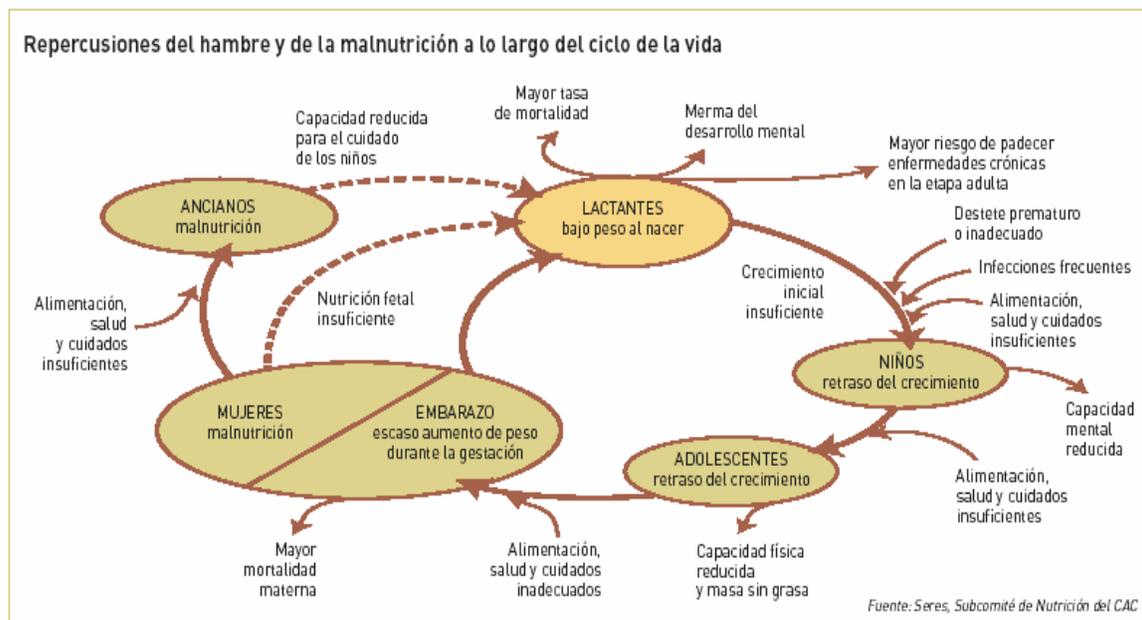


Figura 2. Repercusiones del hambre y la malnutrición a lo largo del ciclo de la vida.



COMUNICACIÓN CORTA – SHORT REPORT

***Antimicrobial Activity of Certain Drugs against
Streptococcus agalactiae Strains in a General
Hospital of Caracas, Venezuela 1997-2003***

Drs. Alfonso J. Rodríguez-Morales,¹ Cruz N. Rodríguez,² Ada García,²
Bileida Pastran,² Ivette Jiménez,² Pilar Mejjomil.²

¹Experimental Institute José Witremundo Torrealba, Universidad de Los Andes, Trujillo /
UCV, Caracas; and ²Laboratory of Microbiology, West General Hospital of Caracas,
Caracas; Venezuela.

E-mail: ajrodriguezmd_md@hotmail.com

Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):115-118.

Resumen

En el presente estudio se realiza una evaluación de la actividad antimicrobiana de ciertas drogas contra cepas de *Streptococcus agalactiae* aisladas de infecciones en un hospital general de Caracas, Venezuela, en el período 1997-2003. *S. agalactiae* mostró 18,8% de resistencia a clindamicina, 16,4% a ciprofloxacina, 9,8% a eritromicina. Para penicilina la sensibilidad fue de 98.9%. No se observó resistencia a teicoplanina o a vancomicina (100% sensible).

Palabras Clave: *Streptococcus agalactiae*, resistencia, antimicrobianos, salud pública.
(fuente: *DeCS Bireme*)

Abstract

Group B streptococci (GBS) are emerging as a cause of serious infection worldwide. The capsular polysaccharides are not only important virulence factors but also the target of vaccine development efforts. Increasing resistance of group B *Streptococcus* to clindamycin and erythromycin has been noted in many parts of the world. Objective: To describe resistance patterns of *Streptococcus agalactiae* isolated from clinical samples in a general hospital of Caracas, Venezuela. We evaluated *Streptococcus agalactiae* strains isolates collected from patients with suspected infections in a hospital of Caracas, Venezuela (West General Hospital) between 1997–2003. For the studied period, 120 clinical strains were isolated. Methodology: Clinical samples were processed and identified with standard cultures and biochemical tests. In vitro antimicrobial susceptibility of the isolates was assessed by an agar disk diffusion method using Mueller-Hinton agar as recommended by the National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Isolates were tested against 12 drugs, including: clindamycin, ciprofloxacin, erythromycin, chloramphenicol, penicillin, teicoplanin and vancomycin. Results: *S. agalactiae* showed 18.8% of resistance to clindamycin, 16.4% to ciprofloxacin, 9.8% to erythromycin. Intermediate resistance/susceptibility to clindamycin was observed in 11.8%, 46.3% against ciprofloxacin, 20.7% to erythromycin and 27.0% to chloramphenicol. Susceptibility was higher for penicillin (98.9%). No teicoplanin or vancomycin resistance was observed (100% susceptible). Discussion: Careful surveillance of *S. agalactiae* invasive infections in Venezuela is essential. In conclusion, GBS isolates from Caracas exhibit rates of macrolide and lincosamide resistance similar to those in other parts of the world but probably differ in the distribution of resistance phenotypes.

Key Words: *Streptococcus agalactiae*, resistance, antimicrobials, public health.
(Source: *DeCS Bireme*)

Introduction

Group B streptococcus (*Streptococcus agalactiae*) is still of great relevance in the perinatal period, although maternal antimicrobial prophylaxis has significantly reduced the rate of culture-confirmed invasive infection in neonates.

Another important issue is the emergence of antimicrobial drug resistance, for this reason surveillance studies are necessary.

Objectives: To describe resistance patterns of *Streptococcus agalactiae* isolated from clinical samples in a general hospital of Caracas, Venezuela.

Significance: Group B streptococci (GBS) are emerging as a cause of serious infection worldwide. The capsular polysaccharides are not only important virulence factors but also the target of vaccine development efforts. Increasing resistance of group B *Streptococcus* to clindamycin and erythromycin has been noted in many parts of the world.

Materials and Methods

Study: We evaluated *Streptococcus agalactiae* strains isolates collected from patients with suspected infections in a hospital of Caracas, Venezuela Venezuela (West General Hospital) between 1997–2003.

Setting: Urban general hospital of Caracas, Venezuela (West General Hospital) between 1997–2003.

Study population: For the studied period, 1200 clinical strains were isolated.

Methodology: Clinical samples were processed and identified with standard cultures and biochemical tests. In vitro antimicrobial susceptibility of the isolates was assessed by an agar disk diffusion method using Mueller-Hinton agar as recommended by the National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Isolates were tested against 12 drugs, including: clindamycin, ciprofloxacin, erythromycin, chloramphenicol, penicillin, teicoplanin and vancomycin.

Results

Streptococcus agalactiae showed 18.8% of resistance to clindamycin, 16.4% to ciprofloxacin, 9.8% to erythromycin.

Intermediate resistance/susceptibility to clindamycin was observed in 11.8%, 46.3% against ciprofloxacin, 20.7% to erythromycin and 27.0% to chloramphenicol.

Susceptibility was higher for penicillin (98.9%) (Graphic 1). No teicoplanin or vancomycin resistance was observed (100% susceptible) (Graphic 1).

Discussion

Increasing resistance of group B *Streptococcus* (GBS) to clindamycin and erythromycin has been reported in many parts of the world¹⁻¹⁰. Studies from North America have documented clindamycin and erythromycin resistance rates of 2 to 15% and 7 to 32%, respectively^{1, 4, 7, 9-12}. In some asean-pacific countries, as Taiwan, rates of 43 and 46%, respectively, have been reported⁶. In New Zealand rates of 15 and 7.5%, respectively, have been reported¹³. A study from Australia demonstrated an erythromycin resistance rate of only 2.8%¹⁴.

In South America, recent studies from Argentina noted that 4.5% and 6% of GBS isolates were resistant to clindamycin and erythromycin, respectively ¹⁵. In Venezuela, last published study about GBS was more than 10 years ago, no reporting antimicrobial resistance ¹⁶.

The findings of this study indicate that there is a clinically significant level of macrolide and lincosamide resistance in GBS isolates from Caracas, Venezuela.

The most widely documented resistance patterns are the macrolide-lincosamide streptogramin B phenotype, conferring coresistance to erythromycin and clindamycin, and the M phenotype, conferring resistance to only erythromycin ¹⁷.

Our most common resistance phenotype demonstrated predominantly resistance to clindamycin.

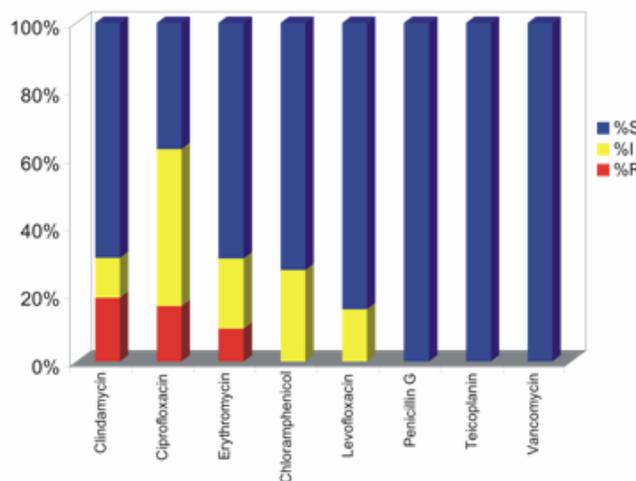
In conclusion, GBS isolates from Venezuela exhibit rates of macrolide and lincosamide resistance similar to those in other parts of the world. Surveillance and study are continuously necessary to monitoring increasing resistance rates in GBS isolates and locally guide antimicrobial therapy, when allergy to penicillin is a contraindication to use this drug and instead, to use alternative appropriate antimicrobials.

References

1. Azavedo, J. C., M. McGavin, C. Duncan, D. E. Low, and A. McGeer. 2001. Prevalence and mechanisms of macrolide resistance in invasive and noninvasive group B streptococcus isolates from Ontario, Canada. *Antimicrob. Agents Chemother.* 45:3504–3508.
2. Bland, M. L., S. T. Vermillion, D. E. Soper, and M. Austin. 2001. Antibiotic resistance patterns of group B streptococci in late third-trimester rectovaginal cultures. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 184:1125–1126.
3. De Mouy, D., J. D. Cavallo, R. Leclercq, R. Fabre, and AFORCORPI-BIO Network. 2001. Antibiotic susceptibility and mechanisms of erythromycin resistance in clinical isolates of *Streptococcus agalactiae*: French multicenter study. *Antimicrob. Agents Chemother.* 45:2400–2402.
4. Fernandez, M., M. E. Hickman, and C. J. Baker. 1998. Antimicrobial susceptibilities of group B streptococci isolated between 1992 and 1996 from patients with bacteremia or meningitis. *Antimicrob. Agents Chemother.* 42:1517–1519.
5. Werno, A.M., Anderson, T.P., and D. R. Murdoch. 2003. Antimicrobial susceptibilities of group B streptococci in New Zealand. *Antimicrob. Agents Chemother.* 47:2710–2711.
6. Hsueh, P. R., L. J. Teng, L. N. Lee, S. W. Ho, P. C. Yang, and K. T. Luh. 2001. High incidence of erythromycin resistance among clinical isolates of *Streptococcus agalactiae* in Taiwan. *Antimicrob. Agents Chemother.* 45:3205–3208.
7. Lin, F.-Y. C., P. H. Azimi, L. E. Weisman, J. B. Philips, J. Regan, P. Clark, G. G. Rhoads, J. Clemens, J. Troendle, E. Pratt, R. A. Brenner, and V. Gill. 2000. Antibiotic susceptibility profiles for group B streptococci isolated from neonates, 1995–1998. *Clin. Infect. Dis.* 31:76–79.
8. Morales, W. J., S. S. Dickey, P. Bornick, and D. V. Lim. 1999. Change in antibiotic resistance of group B streptococcus: impact on intrapartum management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 181:310–314.

9. Murdoch, D. R., and L. B. Reller. 2001. Antimicrobial susceptibilities of group B streptococci isolated from patients with invasive disease: 10-year perspective. *Antimicrob. Agents Chemother.* 45:3623–3624.
10. Pearlman, M. D., C. L. Pierson, and R. G. Faix. 1998. Frequent resistance of clinical group B streptococci isolates to clindamycin and erythromycin. *Obstet. Gynecol.* 92:258–261.
11. Rouse, D. J., W. W. Andrews, F.-Y. C. Lin, C. W. Mott, J. C. Ware, and J. B. Philips. 1998. Antibiotic susceptibility profile of group B Streptococcus acquired vertically. *Obstet. Gynecol.* 92:931–934.
12. Grimwood, K., P. R. Stone, I. A. Gosling, R. Green, B. A. Darlow, D. R. Lennon, and D. R. Martin. 2002. Late antenatal carriage of group B Streptococcus by New Zealand women. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol.* 42:182–186.
13. Stylianopoulos, A., N. Kelly, and S. Garland. 2002. Is penicillin and/or erythromycin resistance present in clinical isolates of group B Streptococcus in our community? *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol.* 42:543–544.
14. Perez, J., Limansky, A., Toresani, I., Ebner, G., Di Bartolomeo, S., de Inocenti, I., Pretto, G., Salazar, N., Laferrara, M., Bottiglieri, M., Ballester, D., Morales, M., Rivera, L., Cacace, M.L., Castro, H., Roldan, L., Notario, R., Borda, N., Cera, G., Spoletti, M.J., Gregorini, E., and E. G. Sutich. 2004. Distribución de tipos capsulares y sensibilidad antimicrobiana de Streptococcus agalactiae causando infecciones en Argentina. *Rev. Argent. Microbiol.* 36:63-67.
15. Riera, L., Benavides, G., and N. Morillo. 1993. Colonización por Streptococcus grupo B en embarazadas y recién nacidos en una comunidad de Venezuela. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 11:295-8.
16. National Committee for Clinical Laboratory Standards. 2002. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; approved standard, 8th ed. NCCLS document M2-A6 and M7A4. National Committee for Clinical Laboratory Standards, Wayne, Pa.
17. Leclercq, R. 2002. Mechanisms of resistance to macrolides and lincosamides: nature of the resistance elements and their clinical implications. *Clin. Infect. Dis.* 34:482–492.

Graphic 1. Antimicrobial drug susceptibility (%) of SGB against tested antibiotics (WGH, Venezuela, 1997-2003)



REPORTE DE CASO – CASE REPORT

Malformación Congénita del Pulmón (Quiste Broncogénico) en Mediastino Posterior - A Propósito de un Caso Clínico

*Drs. José R. Bousquet, Ángel Granado, José A. Bousquet, Irene Rodríguez.
Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Hospital “Dr. Domingo Guzmán Lander” (IVSS).
Barcelona, Estado Anzoátegui.
E-mail: josebousquet@hotmail.com
Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):119-125.*

Resumen

Una malformación congénita se define como una anomalía de estructura, función o metabolismo, ya sea genéticamente determinada o como resultado de la interferencia ambiental durante la vida embrionaria o fetal, y que puede manifestarse en el momento del nacimiento o posterior a este. El quiste broncogénico es una malformación de la porción ventral del intestino primitivo que ocasiona alteración en el desarrollo del árbol traqueobronquial. **Objetivo:** Informar el caso de una paciente femenina de 49 años de edad, portador de un LOE en Mediastino Posterior. **Método:** Descripción del caso clínico y revisión de la literatura. **Ambiente:** Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Barcelona. Estado Anzoátegui. **Resultado:** Se procedió a realizar Toracotomía Posterolateral Izquierda (D4-D5) por LOE en Mediastino Posterior más Biopsia Escisional. **Conclusión:** Los Quistes Broncogénicos poseen una delgada pared propia con cartílago, musculatura lisa y glándulas bronquiales. Pueden tener comunicación con la vía aérea y si la formación del quiste fue muy precoz pueden existir zonas con epitelio gástrico o esofágico. Suelen ser redondeados, uniloculares y el contenido puede ser aéreo, seroso o mucoso. El cuadro clínico varía de acuerdo con su localización y tamaño. Cuando se manifiestan clínicamente es por razones compresivas o infecciosas. La radiografía y tomografía de tórax nos permiten identificar el tipo, localización y extensión de la lesión. Aunado a ello, cualquier imagen radiológica patológica persistente, especialmente en pediatría, obliga a descartar una malformación broncopulmonar. Es importante un diagnóstico oportuno para poder brindarles a nuestros pacientes un tratamiento adecuado, que en este tipo de lesiones es quirúrgico.

Palabras Clave: quiste broncogénico, malformaciones congénitas del pulmón, tumores de mediastino posterior.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

A congenital malformation is defined as an abnormality of structure, function or metabolism or genetically determined or as resulting from the environmental interference during the embryonic or fetal life and that can be pronounced subsequent to at the moment of the birth or this. Bronchogenic cyst arises from abnormal budding of the diverticulum of the foregut that leads to abnormality of the tracheobronchial tree. **Objective:** To inform the case into a feminine patient of 49 years of age, carrier of a LOE in posterior mediastinum. **Method:** Description of the clinical case and revision of Literature. **Environment:** Department of Surgery. University Hospital Dr. Luis Razetti. Barcelona. State Anzoátegui **Result:** it was come to make left posterolateral thoracotomy (D4-D5) by LOE in posterior mediastinum more escisional biopsy. **Conclusions:** The Bronchogenic Cyst have a thin own wall with cartilage, smooth muscle and bronchial glands. They can have communication with the aerial route and if the formation of the cyst were very precocious they can exist zones with epithelia gastric or esophagus. Usually they are cleared, uniloculares and the content can be aerial, serous or mucous. The clinical picture varies in agreement with its location and size. When they are pronounced clinically is for compressive or infectious reasons. The x-ray and tomography of thorax allow us to identify the type, location and extension of the injury. Combined to it, any persistent pathological radiological image, especially in pediatrics, forces to discard a malformation to

broncopulmonar. An oportune diagnosis is important to be able to offer to our patients an suitable treatment, that in this type of injuries is surgical.

Key Words: bronchogenic cyst, congenital malformation of the lung, tumors of posterior mediastinum.

(Source: DeCS Bireme)

Introducción

Las Malformaciones Pulmonares Congénitas tienen una incidencia de un 2,2%, y son mucho menos frecuentes que las enfermedades pulmonares adquiridas. Existe un grupo de estas malformaciones que se han denominado malformaciones broncopulmonares del intestino anterior que comprenden los quistes broncogénicos (QB) pulmonares, secuestros pulmonares intra y extralobares, quistes de duplicación y la malformación adenoidea quística pulmonar. El diagnóstico del QB suele hacerse por estudio radiológico y el tratamiento debe ser quirúrgico.

Caso Clínico

Paciente femenina de 49 años de edad natural y procedente de Zaraza, Estado Guárico, con antecedente de Cardiopatía Hipertensiva e HTA2, quien refiere inicio de la enfermedad actual hace 7 meses aproximadamente cuando presenta dolor punzante en región dorsal del tórax, de fuerte intensidad, relacionado con la inspiración, motivo por el cual acude a facultativo quien indica exámenes paraclínicos e imagenología, evidenciándose LOE Basal Posterior Izquierda del Pulmón, motivo por el cual es referida a especialista quien posterior a evaluación decide planificar para cirugía electiva, se realiza Toracotomía Posterolateral Izquierda (D4-D5) por TU en Mediastino Posterior más Biopsia Escisional.

Figura No. 1 y 2. Rx. de Tórax PA y Lateral Izquierda. Se observa una imagen radiopaca, masa de partes blandas, homogénea, redondeada, bien delimitada cerca del botón aórtico en la proyección PA y en mediastino posterior en la proyección lateral izquierda.



Figura No. 3. RMN Dorso Lumbar. Se aprecia LOE a nivel pulmonar basal posterior izquierdo, que contacta con la aorta torácica que mide aproximadamente 3.1cm en su diámetro transverso x 2.6cm en su diámetro anteroposterior, con intensidad de señal mixta, mostrado parte sólida así como quística, bien delimitada, sin infiltración ni compromiso de estructuras vecinas. Posterior a la administración de medio de contraste (Gadolinio), se evidencia una muy leve captación del mismo en forma periférica.

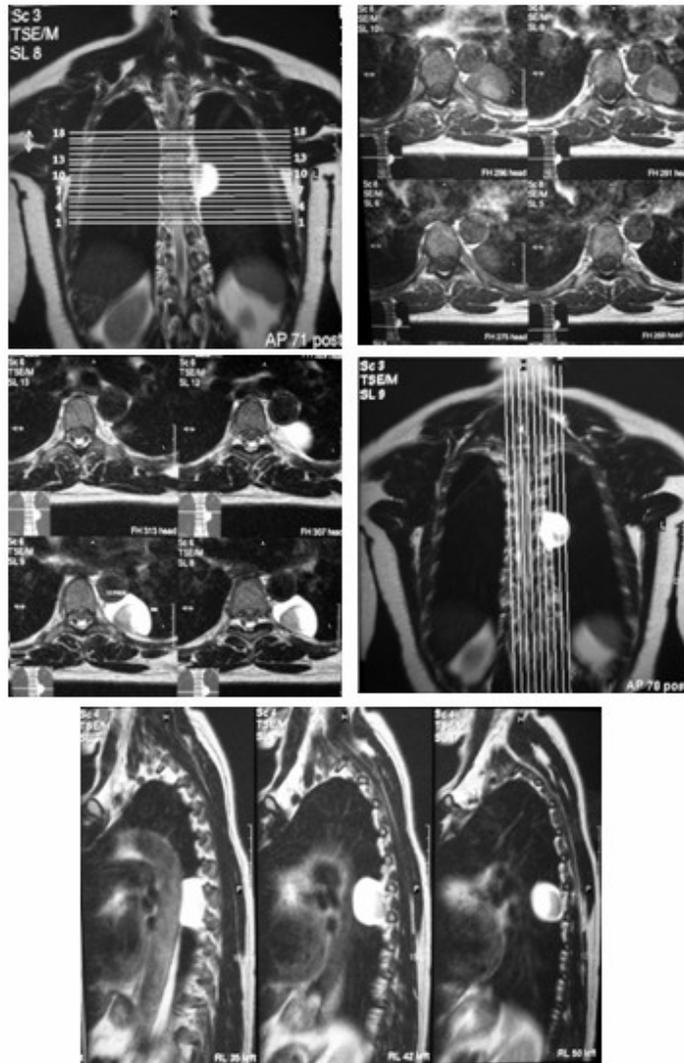
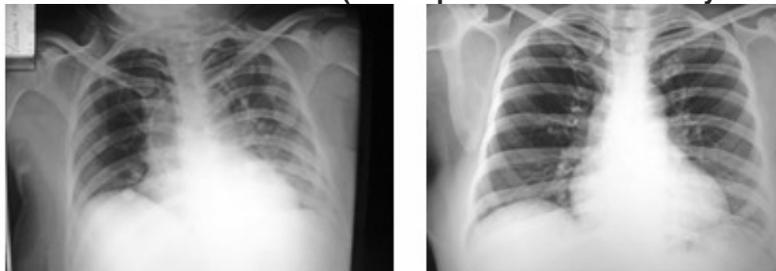


Figura No. 4. Rx. de Tórax PA (Post-operatorio inmediato y tardío).



Anatomía Patológica

Material Remitido: LOE en Mediastino Posterior

Figura No. 5. Análisis Macroscópico. Espécimen quirúrgico que mide 4x2cms, superficie externa lisa, pardo oscura, abierta quirúrgicamente. Al corte, de aspecto sacular, quística, paredes de 0.2cms de espesor, superficie interna lisa, pardo grisácea, de consistencia elástica. **Figura No. 6. Análisis Microscópico.** Se observa hacia uno de los extremos un epitelio cilíndrico ciliado de tipo respiratorio, subyacente al cual apreciamos tejido conectivo vascularizado con infiltrado inflamatorio y parénquima pulmonar. H-E 100X

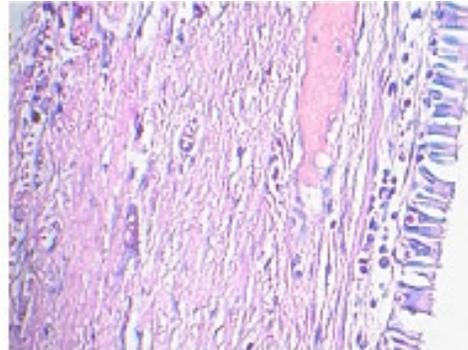
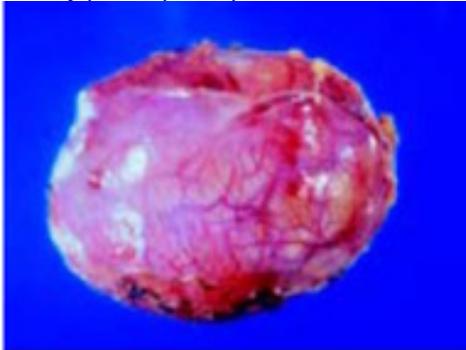
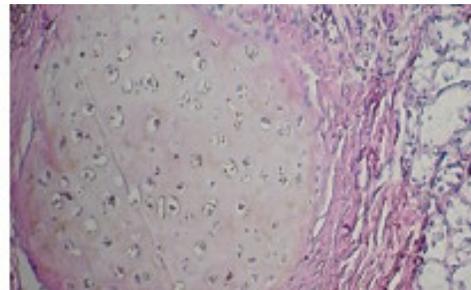
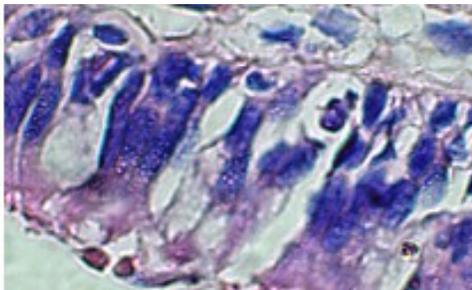


Figura No. 7 y 8. Análisis Microscópico (Continuación). A mayor aumento se aprecia el epitelio de tipo respiratorio (cilíndrico pseudoestratificado ciliado con células caliciformes). H-E 400X. Cartílago bronquial y glándulas submucosas formando parte de la pared del quiste. H-E 100X.



Diagnóstico Microscópico: Hallazgos histológicos compatibles con Quiste Broncogénico. No se observa malignidad en las secciones histológicas evaluadas.

Discusión

Fue descrito por primera vez por Blackader en 1911; Maier, en 1948, reportó la primera resección quirúrgica (2). En 2001, Bush A estableció una nueva nomenclatura de las enfermedades congénitas pulmonares y el QB está englobado como malformación torácica congénita (3). Los Quistes Broncogénicos (QB) corresponden a lesiones quísticas pulmonares o mediastínicas revestidas por epitelio columnar ciliado de tipo bronquial. Se desarrollan a partir de una gemación anómala del intestino primitivo debido a anomalías del desarrollo embrionario del árbol traqueobronquial entre la quinta y decimosexta semana de gestación (4). Si ocurre en forma precoz el quiste permanece en el mediastino, y en forma tardía, da origen a los quistes de ubicación periférica. Los quistes poseen una delgada pared propia con cartílago, musculatura lisa y glándulas bronquiales. Pueden tener

comunicación con la vía aérea y si la formación del quiste es precoz pueden existir zonas con epitelio gástrico o esofágico. Representa del 14 al 22% de todas las malformaciones congénitas pulmonares y el 10% de las masas mediastinales en los niños. No existe relación con la raza, sexo o recurrencia familiar. Suelen ser redondeados, uniloculares, múltiples o multiloculados y el contenido puede ser aéreo, seroso o mucoso.

De acuerdo con su localización se dividen en intraparenquimatosos y mediastinales, estos últimos se presentan en 65 a 86% de los casos, principalmente a nivel de mediastino medio y posterior (5). Los mediastinales usualmente están adyacentes al tercio distal de la tráquea o proximal al bronquio principal; por lo que a su vez se han dividido en pericarinales (52%), paratraqueales (19%), paraesofágicos (14%) y retrocardiacos (9%); generalmente se localizan del lado derecho. Pueden tener comunicación con el interior de la tráquea y comprimir el esófago. Los intraparenquimatosos generalmente se localizan a nivel de los lóbulos inferiores, en el 36%, contienen aire, frecuentemente se infectan hasta en un 75%. Otras localizaciones poco usuales incluyen: cuello, pericardio, cavidad abdominal y tejido celular subcutáneo. Esta yema pulmonar ectópica se desarrolla y puede establecer comunicación con el parénquima pulmonar a través de un bronquio accesorio. En algunos casos, puede existir conexión con esófago a través de un pedículo de tejido fibroso. Es rara la asociación con otros defectos congénitos, excepto cuando su presentación es a nivel de región cervical donde pueden existir anormalidades de la columna vertebral; otros defectos reportados son a nivel de pericardio y de duplicación gástrica.

El cuadro clínico varía de acuerdo con su localización y tamaño. Los síntomas se presentan en la mayoría de los casos desde la infancia, aunque pueden presentarse en cualquier edad, siendo asintomáticos hasta en el 19% de los casos. Cuando se manifiestan clínicamente es por razones compresivas o infecciosas. Los síntomas respiratorios son debidos a la compresión de la vía aérea, ya que al comprimirse la tráquea se puede presentar tos, estridor y sibilancias.

Al explorar el tórax podemos encontrar incremento en la frecuencia respiratoria, retracción supraesternal, tiraje subcostal, estertores difusos bilaterales y signos de condensación pulmonar en el caso de proceso infeccioso agregado, además puede manifestarse fiebre, expectoración y dolor torácico. La presencia de hemoptisis puede ser el único síntoma. En los casos en que existe compresión de las arterias pulmonares quizá haya tos crónica, disnea y dolor de tipo pleurítico. Otros síntomas pueden ser disfagia, arritmias cardíacas, pericarditis recurrente, insuficiencia cardíaca derecha y compresión de vena cava superior; en el caso de los quistes abdominales, náuseas, vómitos y dolor en epigastrio. Un quiste puede no ser visible en la radiografía de tórax, o bien, detectarse en forma incidental en el adulto joven; en cuanto al recién nacido, puede manifestarse como opacidad pulmonar debido al líquido amniótico retenido por obstrucción. Cuando el quiste es de localización mediastinal se observa en la radiografía de tórax como masa hiliar o mediastinal, de bordes lisos y pared bien definida. Los de localización parenquimatosa se visualizan principalmente en el lóbulo inferior en el 75% de los

casos. El diámetro promedio es de 2 a 4cm, y generalmente permanece sin incrementar su tamaño, al menos que se agregue un proceso infeccioso por lo que pudiera observarse un nivel hidroaéreo.

La tomografía computada de tórax con medio de contraste puede demostrar quistes que no son visibles en la placa simple. Se han descrito algunos criterios para ayudar a diferenciar entre quiste broncogénico y masa mediastinal de tejido blando; el quiste broncogénico es una masa bien definida, su contorno es lobular o liso, con pared uniformemente delgada y densidades de contenido líquido (5-7). En un 50% de los casos la densidad es líquida (-20 a +20UH) y la otra mitad puede ser mayor debido al contenido como material mucoso y la posibilidad de estar infectados o presentar sangrado. Al aumentar el tamaño debido a líquido o aire, el quiste puede comprimir o desplazar las estructuras mediastinales, principalmente tráquea y esófago, pero también al parénquima pulmonar y, en este caso, ocasionar atelectasias o infecciones recurrentes. Si un bronquio principal está afectado puede haber un fenómeno de válvula y ocasionar atrapamiento aéreo con sobredistensión pulmonar secundaria y confundirse con enfisema lobar congénito. Por resonancia magnética son hipointensos en T1, e hiperintensos en T2. Cuando el quiste es complejo, la intensidad en T1 es variable según el contenido proteico del quiste; sin embargo, siempre son hiperintensos en T2 (5-7). El esofagograma demostrará compresión extrínseca del esófago en la mitad de los casos, principalmente en los de localización paraesofágica o cervical, dependiendo del tamaño y posición del quiste.

Histológicamente, es de pared delgada cuando no está infectado, está compuesta por epitelio columnar ciliado; la pared también puede contener cartílago, músculo liso, glándulas bronquiales y tejido nervioso (9). El contenido del quiste varía de un líquido claro hasta del de material mucoso. La mayoría de estos quistes se pesquisan como hallazgo radiológico, ya sea por una imagen quística pulmonar única. Una TC con medio de contraste delimita el quiste. El tratamiento debe ser quirúrgico para evitar las complicaciones, que incluyen la malignización (10-11). Habitualmente se realiza la quistectomía pero a veces es necesaria una lobectomía dependiendo de la ubicación, tamaño y condiciones del quiste. El diagnóstico diferencial incluye otras masas de mediastino medio y posterior. El tratamiento de elección es netamente quirúrgico, aún en pacientes asintomáticos. El pronóstico sin tratamiento quirúrgico tiene una mortalidad hasta del 100% y, con cirugía que va del 0 al 14% (12-13).

Referencias

1. Felman AH. Radiology of the Pediatric Chest. United States of America: McGraw-Hill, 1987.
2. Hilman BC. Pediatric Respiratory Disease. Philadelphia: Saunders, 1993.
3. Bush A. Congenital Lung Disease: A Plea for Clear Thinking and Clear Nomenclature. Pediatric Pulmonology 2001;32:328-337.
4. Skandalakis J, Gray S: Embriology for Surgeons. Baltimore, Ed. Willimas d Wilkins. 1994.
5. Dähnert W. Radiology Review Manual. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.
6. Winters WD, Effmann EL. Congenital Masses of the Lung: Prenatal and Postnatal Imaging Evaluation. J Thorac Imaging 2001;16:198-199.



7. Lange S, Walsh G. Radiology of Chest Diseases. 2nd ed. New York: Thieme, 1998.
8. Cardoso JM, Criales JL, Moncada R. Tórax: Pulmón, Pleura y Mediastino. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1999.
9. Kravitz R. Pediatric Clinics of North America. Philadelphia: Saunders, 1994.
10. Evrard V, Ceulemans J, Coosemans W, De Baere T et al: Congenital parenchymatous malformations of the lung. World J Surg 1999; 23:1123-32.
11. De Lorimier AA. Respiratory problems related to the airway and lung. E: O`Neil JA, Rowe MI, Grosfeld JI, et al, eds Pediatric Surgery. 5º ed. San Louis. Missouri. Mosby 1998; 873-97.
12. Kravitz RM: Congenital malformations of the lung. Pediatr Clin North Am 1994;41:453-72.
13. Askin F: Respiratory Trac Disorders in the fetus and Neonate. In: Wigglesworth J, Singer D. Textbook of Fetal and Perinatal Pathology. 2ed Ed. Massachusetts Ed. Blackewll Science. 1998: 555-92.

CARTA AL EDITOR – LETTER TO THE EDITOR

Médicos: práctica asistencial, cooperación y cambio organizativo

Drs. José Ramón Repullo Labrador,¹ Luis Ángel Oteo Ochoa.²

¹Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII). ²Jefe del Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII). Madrid, España.

E-mail: jrrepullo@isciii.es

Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):126-128.

Los servicios sanitarios por su naturaleza y función, pueden ser caracterizados como organizaciones intensivas en conocimiento. Esta “materia prima”, se genera, difunde, almacena y se aplica de forma individual y colectiva, en un entramado de interacciones sociales e interdependencias funcionales que es preciso definir, integrar, facilitar, encauzar y evaluar desde la función del gobierno y la gestión clínica.

En las organizaciones sanitarias modernas, el desarrollo tecnológico suscita nuevas demandas, segmenta los dominios profesionales, fija la atención en los procedimientos y técnicas y en definitiva, identifica el crecimiento y reputación profesional con la innovación tecnológica y accesibilidad a la misma.

En esta evolución tecnológica y cultural, el trabajo médico en equipos multidisciplinares constituye la unidad operativa de las organizaciones sanitarias modernas; los profesionales que la integran deben estar en condiciones de cooperar interna y externamente, desarrollar procesos de aprendizaje individual y organizativo, coordinar actividades, expresar y compartir capacidades y conocimientos esenciales y muy específicamente, comprometerse con una misión y unos objetivos comunes, específicos y medibles.

La orientación de la práctica clínica centrada en el paciente promueve el compromiso con una cultura de gestión basada en una amplia autonomía profesional, y capacita para evaluar dimensiones de calidad, coste, aplicación tecnológica y tiempo de respuesta, estableciendo metas y comunicando abiertamente los resultados a la organización asistencial.

La base de todo proceso de mejora asistencial está en la identificación y evaluación de conocimientos y best practices, la aplicación del saber en el entorno usual, el desarrollo de las competencias profesionales y organizativas, y la gestión de la cartera de servicios.

Por ello, la lógica médica actual es que los buenos resultados son aquellos que se producen aplicando las mejores prácticas profesionales posibles. Sin embargo, la racionalidad clínica se interroga cuando en el término resultados se introducen variables que son internalizadas en el saber profesional como exógenas (bienestar, satisfacción, reintegración al medio, calidad percibida, funcionalidad social,...), que precisan de una respuesta más diferenciada y compleja, y que requieren inevitablemente integrar procesos clínicos, diluir barreras jerárquicas, redefinir responsabilidades y dominios de gestión, otorgar

reputación y gobierno clínico en función del talento cognitivo reconocido; esto representa una nueva cultura en la medicina asistencial.

No se trata de proclamar el final de un ciclo basado en la excelencia funcional como señal de valor de la profesión médica: el conocimiento técnico especializado, junto con el trabajo autónomo interconectado y la actitud proactiva para el trabajo en equipo constituyen la base de su competencia distintiva. Pero se precisa además de un enfoque hacia los procesos y resultados para aplicar eficientemente el conocimiento operacional, lo cual requiere de una visión horizontal compartida de la práctica profesional. Para ello son necesarias nuevas competencias profesionales que refuercen y cualifiquen -de forma simultánea- práctica médica apropiada y gestión, binomio que adecuadamente combinado conduce a la excelencia en los servicios sanitarios.

En entornos sanitarios, donde la innovación crece lineal y disruptivamente con la incertidumbre, la capacidad de resolver situaciones paradójicas, dilemáticas e impredecibles, es la forma de aprendizaje individual y organizativo más rápida y educativa, como consecuencia de la tensión creativa que se genera entre los profesionales del conocimiento que participan en su actividad habitual en comunidades de prácticas clínicas.

La gestión del conocimiento médico debe permitir capturar y aplicar ideas de forma creativa para impulsar la innovación. Para este fin se precisa en primer lugar, de un proceso previamente determinado (el proceso representa la unidad básica del trabajo); en segundo lugar, de un equipo de personas entrenado, con destrezas y habilidades para hacer operativo y sistémico el conocimiento a través de la cooperación; y en tercer lugar, de una tecnología apropiada que facilite el ciclo aprendizaje e implementación.

Esta diversificación funcional del acervo profesional médico, en un diseño organizativo de comunidad de prácticas asistenciales, no podrá desarrollarse bajo una experiencia sostenida, si los sistemas de compensación, promoción e incentivos no están dirigidos y alineados desde las propias instituciones con esta estrategia de innovación de procesos esenciales, aprendizaje cooperativo y renovación de las credenciales y compromiso social de esta profesión.

Las organizaciones sanitarias conformadas como redes de equipos autónomos, responsables de sus resultados y con notable cohesión interna son una aspiración arraigada dentro de los servicios sanitarios. Sin embargo, esta descentralización operativa y delegación personal -empowerment funcional- también es percibida con incertidumbre por lo que supone un cambio en las reglas del juego y una cesión de poder discrecional gestor, lo cual puede generar lógicas de competencia interna -en un medio con recursos limitados- incompatibles con los valores que sustentan el sistema.

Los profundos cambios en las competencias y responsabilidades de los equipos asistenciales multifuncionales, así como en sus complejas relaciones internas y con los órganos de dirección de las instituciones, representan una renovada visión en las organizaciones profesionales emprendedoras, en un proceso de transición desde un sistema mecanicista y reglamentado jerárquicamente hacia un modelo de gestión basado en el conocimiento y los valores.



Cuando se canalizan de forma apropiada las conductas individuales, es decir, en el momento en que cada miembro de una unidad funcional o de una agrupación cooperativa de servicios entiende y acepta que el beneficio particular sólo es posible si existe un beneficio colectivo, y en consecuencia sus comportamientos tienden a orientarse hacia éste como premisa inexcusable de aquél, un cambio cultural profundo se está materializando en el trabajo clínico colectivo.

La integración de funciones de producción y gestión, la implantación de instrumentos de información compartidos para la toma de decisiones, el desarrollo de sistemas de aprendizaje y competencias profesionales, aparte del liderazgo como factor crítico de excelencia, forman parte principal de los enfoques de cambio organizativo y funcional en los servicios sanitarios, lo cual exige una modificación sustancial del modelo retributivo y de incentivos específicos, que deberá basarse en la contratación de resultados en calidad, coste y volumen, aplicados tanto desde la perspectiva de responsabilidad del equipo como de los propios miembros que lo integran.

Todo ciclo de cambio es gestión renovada de recursos humanos, tecnologías y procesos en torno a una estrategia preestablecida y flexible. Dado que, en el plano operativo, no todas las transformaciones son posibles de forma simultánea, el sistema organizativo debe dotarse de una estructura de transición, para asistir a los equipos de práctica asistencial cooperativa en la aplicación de nuevos procedimientos, proporcionar herramientas y conocimientos que ayuden a predecir el resultado de las decisiones, comprender mejor las dimensiones y efectos de los proyectos de mejora, formalizar los métodos de aprendizaje en tecnologías de información a nivel individual y organizativo, promover iniciativas emprendedoras, plantear alternativas innovadoras, desarrollar mecanismos de autoevaluación y orientar la planificación y responsabilidades.

El cambio de valores y de competencias esenciales –profesionales, tecnológicas y sociales- que genera este proceso de transformación organizativa en el contorno de la práctica clínica lleva implícito nuevas actitudes y comportamientos, así como desarrollos basados en la gestión participativa y en la creatividad como sustrato de la innovación sanitaria y la excelencia asistencial.