



Acta Científica Estudiantil

SOCIEDAD CIENTIFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UCV



VALPARAISO, CHILE

(Sede del I Congreso Científico Internacional de la
Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina) (I CCI FELSOCEM) Valparaíso,
Chile, 1986.

Acta Científica Estudiantil 2005 Ene-Mar;3(1):1-42.



Junta Directiva de SOCIEM-UCV
2003-2004

Univ. **Vanessa Daza** (EMJMV)
Presidente
Univ. **Liliana Rada** (EMJMV)
Vicepresidente
Univ. **Lisette Cortes** (EMJMV)
Secretaria General
Univ. **Irene Camacho** (EMJMV)
Tesorero
Univ. **Nour Daoud** (EMLR)
Secretaria de Publicaciones
Univ. **Edgar Buloz** (EMJMV)
Secretaria de Relaciones Internacionales
Univ. **Soledy López** (EMJMV)
Secretario de Educación Médica
Univ. **Vicmary Pérez** (EMJVM)
Secretaria de Atención Integral en Salud
Univ. **América Álvarez** (EMJMV)
Secretario de Ética y Metodología Científica
Univ. **María Alejandra Díaz** (EMJMV)
Comisión Especial de Membresías
Univ. **Nour Daoud** (EMLR)
Editor en Jefe de Acta Científica Estudiantil
Univ. **Nour Daoud** (EMLR)
Representante de la Escuela Razetti
Univ. **América Álvarez** (EMJMV)
Representante de la Escuela Vargas
Miembros de SOCIEM-UCV en
Cargos Internacionales
2003-2004
Dr. **Alfonso J. Rodríguez Morales**
Miembro del Consejo de Asesores de FELSOCHEM
Gestión 2002-2004
Presidente del Consejo de Asesores de
FELSOCHEM
Gestión 2003-2004
Dra. **Rosa A. Barbella Aponte**
Miembro del Consejo de Asesores de FELSOCHEM
Gestión 2003-2004
Presidenta del Comité de Ética y Sanciones de
FELSOCHEM
Gestión 2003-2004
Dr. **Joel Arocnowicz**
Miembro del Consejo de Asesores de FELSOCHEM
Gestión 2003-2004
Univ. **Liliana Rada**
Miembro del Comité de Ética y Sanciones de
FELSOCHEM
Gestión 2003-2004
Consejo de Asesores de SOCIEM-UCV
2003-2004
Dra. **Rosa A. Barbella Aponte**
(Coordinadora)
Dr. **Alfonso J. Rodríguez Morales**
Dr. **Joel Arocnowicz**
Dr. **Mónica Reyes**

Comité Editorial
Acta Científica Estudiantil 2005-2006

Univ. **Yulahima Martínez**
Editor en Jefe

Univ. **Liliana Rada**
Editor Asociado

Univ. **Vicmary Pérez**
Editor Asociado

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:

ceditorial_sociemucv@yahoo.com

§

Acta Científica Estudiantil
Volumen 3 Número 1
Enero – Marzo 2005
Páginas 1-42



Contenido

TRABAJO DE INVESTIGACION

Conocimiento y Uso de Métodos Contraceptivos Orales de Emergencia por una Población Estudiantil, Venezuela, 2003

Univs: Rada Liliana, Martínez Yulahima, Rivero Alexandra, Ríos Miguel, Vásquez Guillermo

4

TRABAJO DE INVESTIGACION

Perfil Epidemiológico de Pacientes con HTA en el Norte de Caracas, Venezuela

Univs: Carolina Franco, Hilariolyn Ferrer, Gerlin Chacón Ana González, Salomón Hayón, Camilo López, Mauka Hernández

21

CARTA AL EDITOR

Modelos Causales y su Importancia en la Salud Colectiva

Univ. Andrea G. Rodríguez-Morales

34

Instrucciones a los autores

37

TRABAJO DE INVESTIGACION

Conocimiento y Uso de Métodos Contraceptivos Orales de Emergencia por una Población Estudiantil, Venezuela, 2003*

*Univs: Rada Liliana, Martínez Yulahima, Rivero Alexandra,
Ríos Miguel, Vásquez Guillermo*

Estudiantes de Medicina, Esc. Medicina J.M. Vargas, UCV.

Asesores: Drs: Soledad Blanco y Alfonso J. Rodríguez M.

Acta Científica Estudiantil 2005;3(1):4-20.

**Trabajo previamente presentado en el XIX Congreso Científico Internacional de FELSOCEM y XXVII Congreso Científico Nacional de ANACEM Chile, Antofagasta, Chile. 4-7 Octubre de 2004.*

RESUMEN

Introducción: La incidencia de embarazo precoz y de abortos ilegales en Venezuela infiere la ignorancia existente en salud reproductiva. Planteándose si la causa es ausencia de educación sexual o desconocimiento de centros donde se imparta. El presente estudio, descriptivo-epidemiológico-transversal evalúa el conocimiento y uso de anticonceptivos orales de emergencia (ACOE), como alternativa en la prevención de embarazos no deseados; asimismo se estudia la asistencia a instituciones de planificación familiar (IPF) por parte de poblaciones estudiantiles. Materiales y Métodos: La muestra evaluada estuvo conformada por 239 estudiantes del Liceo JMNP, Caracas, a los cuales se aplicó un instrumento validado para evaluar conocimiento y uso de ACOE. Se usaron instrumentos estadísticos donde fuese necesario, con Epi-Info, v.6.0. Resultados: 55,65% correspondió a estrato social Graffar-IV; 34,3% iniciaron relaciones sexuales; 66,9% desconocen IPF. 12,97% indicó que después de relación sexual con riesgo de embarazo utilizaría remedios caseros. 61,51% afirma conocer los ACOE, pero sólo 17,69% sabe que una desventaja es la desprotección contra ITS. 9,52% usa estos métodos. 46,94% dice manejar técnicas de uso de ACOE, pero 34,78% señaló su uso precoital. Al comparar conocimientos y actitudes sobre planificación familiar en personas que han asistido y las que no a IPF, no se encontraron diferencias significativas ($p>0,05$). Discusión: Es clara la desinformación especialmente sobre ACOE, los cuales podrían ayudar a disminuir el embarazo precoz. Es preocupante el desconocimiento de IPF así como la influencia de estas en los asistentes. Recomendamos la evaluación de estas y mejorar la calidad de información impartida, así como su accesibilidad.

Palabras Claves: Embarazo precoz, Anticonceptivos Orales de Emergencia, Instituciones de planificación familiar.



ABSTRACT

Introduction: The incidence of adolescent pregnancy and illegal abortion in Venezuela deduces the ignorance existing in reproductive health. It is considered whether the cause is a lack of sexual education or unawareness of centers where the information is given. This descriptive-epidemiological-transversal study evaluates a student population's knowledge and use of emergency contraception pills (ECPs) as an alternative in prevention of unwanted pregnancy; likewise it is investigated their attendance to family planning institutions (FPI). **Materials and Methods:** The sample was made up of 239 students from JMNP Public High School, in Caracas. They were evaluated using a validated questionnaire. The statistic instruments were applied using Epi-Info, v.6.0. **Results:** 55,65% of the sample belonged to social class Graffar-IV; 34,3% initiated sexual activity; 66,9% have never attended FPI. 12,97% indicated that after having a risky sexual intercourse they would use home-made remedies to prevent pregnancy. 61,51% says they know the ECPs, however only 17,69% knows that a disadvantage is the lack of protection against STI. 9,52% uses these methods. 46,94% affirm they are familiar with the using techniques of the ECPs, however 34,78% pointed out its use before sexual activity. When comparing knowledge and attitude about family planning between those that have attended to FPI and those that have not, it wasn't found significant differences ($p > 0,05$). **Discussion:** The lack of sexual information in these adolescents is evident, especially about ECPs. The unawareness of FPI is worrying and even worse the poor influence of it in those that go to. We recommend the evaluation of these centers, improving the quality of information given as well as the accessibility to it.

Key Words: Adolescent pregnancy, Emergency contraception pills, Family planning Institutions.

INTRODUCCIÓN

El inicio de relaciones sexuales (RS) a edades tempranas aunado al elevado índice de embarazo precoz y el gran número de adolescentes que recurren al aborto realizado en condiciones de riesgo en Venezuela (1), hace evidente la ignorancia de la población joven sobre salud sexual y reproductiva así como el nivel de desinformación sobre métodos contraceptivos en la prevención de embarazos no deseados.(2)

Los anticonceptivos orales de emergencia (ACOE), son métodos que disminuyen el riesgo de embarazo hasta en un 75% después de un acto sexual no protegido, posiblemente fértil, cuando se rompe un preservativo o después de una violación (3)(4); éste puede ser usado hasta tres días después de que la RS haya tenido lugar(5).

Estos ACOE vienen en dos formas aprobados por la FDA de los Estados Unidos: Plan-B o Preven. En el caso de Plan-B, el tratamiento incluye dos dosis de una píldora (0,75mg de levonorgestrel por píldora) con un lapso de 12 horas de diferencia. En el caso de Preven, se usan dos dosis de dos píldoras (0,25mg de Levonorgestrel y 0,5mg de etinilestradiol por píldora), también con una diferencia de 12 h. Su alta eficacia radica en su facultad de inhibir la ovulación así como la alteración de la receptividad endometrial para el implante del huevo; sin embargo ellos son incapaces de interrumpir un embarazo una vez que la implantación ha ocurrido.(3)(6)

En Venezuela, existen Instituciones de Planificación Familiar (IPF) cuya principal función es promover y mejorar la salud sexual y reproductiva, infinidad de centros que invierten tiempo y dinero en dar a conocer, en especial a los más jóvenes, los peligros de no ejercer su sexualidad de manera responsable y segura; facilitando información y accesibilidad a métodos contraceptivos. Instituciones como PLAFAM perteneciente a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) han desarrollado estrategias para el fortalecimiento de su capacidad de promoción del acceso y uso de ACOE por parte de la población en general (7), sin embargo estos métodos y su potencial para hacer disminuir la incidencia de embarazos involuntarios apenas ha comenzado a conocerse e incluso es aún considerado un método nuevo, a pesar de su disponibilidad desde hace 3 decenios (8).

Si la promoción de la asistencia a las IPF así como la calidad de la información impartida es lo suficientemente eficaz, es una pregunta que surge al echar un vistazo a las estadísticas del Distrito Sanitario 1, del Distrito Metropolitano, en Caracas; las cuales señalan que del total de mujeres que asistió a la consulta de PF del 1er Semestre de 2003, sólo el 1,38% estuvo representado por las menores de 15 años, y el 24,33% por aquellas en edad comprendida entre 15-19 años. De estas adolescentes, el primer grupo tuvo una tasa de embarazo del 50%, mientras que entre 15-19 años la tasa fue del 63,92%(9). Para el año 2000 las consultas por embarazo precoz representaron un 37% del total de consultas en el distrito.

La importancia de este estudio radica en reflejar la necesidad de orientación y educación sexual y reproductiva así como la ignorancia, por parte de los jóvenes venezolanos, sobre los métodos y medidas a realizar después de una relación sexual con alto riesgo de embarazo muy a pesar de la existencia de las mencionadas IPF (2).

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el porcentaje de la población estudiantil perteneciente al ciclo diversificado y el último año del ciclo básico del Liceo José Manuel Núñez Ponte que conoce y/o usa los métodos contraceptivos de emergencia.

Objetivos específicos

1. Determinar el estrato socioeconómico, según escala de Graffar, de la población estudiada
2. Conocer el promedio de la edad del grupo estudiado así como el rango de la misma.
3. Conocer la distribución de la población estudiada de acuerdo a género.
4. Determinar de acuerdo a grupo etario qué porcentaje de la población estudiada es sexualmente activa.
5. Precisar qué porcentaje de la población estudiada conoce las IPF y de conocerlas cuantas veces han asistido.
6. Determinar qué porcentaje de la población estudiada conoce los métodos anticonceptivos regulares.
7. Determinar qué porcentaje de la población estudiantil del Liceo José Manuel Núñez Ponte conoce el término ACOE y el de Pastilla del día siguiente (PDS).
8. Conocer qué porcentaje de la población estudiada posee información de cómo usar los contraceptivos de emergencia y de que fuente la recibió.
9. Dar a conocer el porcentaje de la población estudiada que usa los ACOE.
10. Precisar qué porcentaje de la población estudiada tiene conocimiento de las ventajas y desventajas de su uso.
11. Determinar qué porcentaje de la población estudiada conoce que método utilizar en caso de RS sin protección con alto riesgo de embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo epidemiológico, de corte transversal, en el cual se evaluó el conocimiento y uso de métodos contraceptivos de emergencia, así como el estrato socioeconómico de una población estudiantil venezolana. Se utilizó una muestra no probabilística, al azar, conformada por individuos pertenecientes a los tres últimos años de bachillerato correspondientes al 9no grado, 1ero de Ciencias y 2do Ciencias, del Liceo Público José Manuel Núñez Ponte ubicado en la Av. Norte 23 A de Mariperez, Edo. Miranda, Caracas, Venezuela. Esta institución se encuentra bajo la jurisdicción del ambulatorio Br. Eutimio Rivas, el cual pertenece al Distrito Sanitario Número 1, de

la Secretaría de la Alcaldía Metropolitana. El instrumento de evaluación fue un cuestionario validado. (Apéndice 1) Los datos cuantitativos son expresados en forma de media, con desviación estándar y los datos cualitativos en forma de porcentaje. Las diferencias fueron analizadas para determinar su significancia con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de confianza de un 95% y 99% (p significativa < 0,005 y p significativa < 0,001). Los datos fueron tabulados bajo Excel 2000 ® para Windows 98 ® y analizados bajo Epi Info v.6.0.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 239 individuos; predominantemente del sexo femenino(59,41%; $p < 0,001$)(Cuadro y gráfico 1). El promedio de la edad fue de 15,41 (DesvEst 1,15) estando un 73,64% de la población estudiada entre 15 y 17 años, un 21,76% entre 12 a 14 años y por ultimo un 4,60% entre los 18 y 20 años (Cuadro y Gráfico 2). La muestra perteneció en una mayor proporción al 9no Grado(43,93%; $p=0,004$), 1ro de Cs y 2do Cs estuvo representada por un 41% y 15,06% respectivamente(Cuadro 3). Por otro lado del 100% solo el 0,42% perteneció al Graffar I clase alta, siendo predominante con un 55,65%($p < 0,001$) el grupo perteneciente al Graffar IV pobreza seguido con 23,78% el perteneciente al Graffar III clase media baja, un 7,11% correspondiente al GraffarII clase media alta y un 8,37% perteneciente al Graffar V pobreza extrema o critica (Cuadro 4). Una gran parte de la población es inactiva sexualmente(64,44%; $p < 0,001$), mientras que un 34,3 % ya ha mantenido RS(Gráfico 3); de los cuales el 41,46% se inició a entre los 12 y 14 años, igualmente 41,46% inició el ejercicio de la función sexual entre los 15-17 años, seguido de un 14,63% el cual se inicio antes de los 12 años de edad. Solo un 2,44% señaló como edad de inicio entre los 18 y 20 años (Cuadro 5 y Gráfico 4). Del total de muestra estudiada solo 30,54% conoce las IPF, predominando por lo tanto la falta de conocimiento de estos servicios (66,9% $p < 0,001$) (Gráfico 5) De aquellas personas que indicaron conocer las IPF, 38,35% ha asistido alguna vez mientras que un 61,64% de estas personas no han asistido nunca($p = 0,004$)(Gráfico 6) Con respecto al conocimiento de los Métodos Anticonceptivos Regulares, casi la totalidad de la muestra afirma conocerlos (95,40%, $p < 0,001$)(Gráfico 7). Más específicamente, el término ACOE es conocido por un 53,97%($p=0,004$), contra un 41%que dice no conocerlo(Gráfico 8); mientras que un 52,3% conoce la otra denominación del método; la PDS, siendo no significativa la diferencia con el grupo que no lo conoce(41,84%; $p = 0,02$)(Gráfico 9). Hay un 61,51% de la población estudiada que conoce al menos alguno de los términos. El liceo constituyó la fuente de información más frecuente(64,63%; $p<0,001$), seguida de padres(42,86%) y amigos(20,41%). Un 8,84% refirió al ambulatorio como fuente de información, y el 13,61% restante indicó que fue otra su fuente de información(tíos, revistas)(Cuadro 6 y Gráfico 10) De la población que conoce, la mayor parte no lo utiliza(90,48%; $p< 0,001$) mientras que el 9,52% si han utilizado los anticonceptivos de emergencia(Gráfico 11). Con respecto al conocimiento de cómo utilizar el método ACOE, un 46,94% tuvo una respuesta afirmativa, lo cual no representa una diferencia significativa con respecto a los que no conocen($p=0,63$)(Gráfico 12). De aquellos que indicaron conocer el uso, el 34,78% señaló antes de la RS,

un 18,84% la utilizan hasta 72 horas después del coito, el 14,49% 24 horas después, el 8,70% mensualmente, un 7,25% 2 horas después de haber mantenido RS, el 5,8% durante la misma y el 4,35% refieren emplear este método semanalmente (Cuadro 7 y Gráfico 13). Del total que respondió afirmativamente conocer al menos un término, el 70,75% manifiesta como principal ventaja evitar embarazo no deseado, el 48,98% menciona su protección contra ITS, el 12,93% señalo su rápida acción, el 10,88% resalta su adquisición sin récipe médico, un 6,8% destaca su fácil acceso y el 2,04% señala que estos métodos no tienen ninguna ventaja(Cuadro 8 y Gráfico 14). De aquellos que afirmaron conocer al menos un término, sólo un 17,69% señala que una desventaja primordial es la falta de prevención contra ITS, un 13,61 % menciona que no tiene ninguna desventaja, 10,88% destaca náuseas y vómitos, 8,84% señala el hecho que disminuye efecto después de 72 horas de RS; la población que indicó que necesitan récipe médico, que son costosos, y que no evitan embarazo estuvo representada por un 7,48% cada una, un 6,8% refiere dolor de cabeza y sólo un 0,68% refiere que no se consiguen fácilmente (Cuadro 9 y Gráfico 15). Del total de la muestra estudiada, el 33,05% señala la PDS como método a utilizar luego de una RS sin protección con alto riesgo de embarazo; un 20,5 % indicó que no utilizaría ningún método;12,97% señaló remedios casero; un 9,62% señalan otros (preservativo, condón, ir al ginecólogo, hacer acto de micción, coitos interruptus, pastillas anticonceptivas y solicitud de ayuda a familiares) y el 7,11% corresponde a duchas vaginales como método de elección (Cuadro 10 y Gráfico 16). Se encontró que de aquellas personas que usan el método ACOE, un 50% conoce que su principal desventaja es que no previene las infecciones de transmisión sexual. Por otro lado de aquellas personas que no usan el método, 65,41% sabe que previene el embarazo. Para finalizar se compararon los conocimientos y actitudes sobre planificación familiar en aquellas personas que han asistido, y las que no a IPF, no encontrando una diferencia significativa entre ambas (Cuadro 11 y gráfico 17).

Leyenda - Abreviaturas

AS: Actividad Sexual
IPF: Instituciones de
Planificación Familiar
ACR: Métodos
Anticonceptivos
Regulares
ACE: Métodos
Anticonceptivos de
Emergencia
PDS: Pastilla del día
siguiente

Cuadro 1. Distribución por sexo

SEXO	N°	%
Femenino	142	59,41%
Masculino	94	39,33%
No respondió	3	1,26%
Total	239	100,00%

p < 0.001

Fuente: Encuesta

Cuadro 2. Distribución por edad

Edad (Años)	N°	%
<12	0	0,00%
12 a 14	52	21,76%
15 a 17	176	73,64%
18 a 20	11	4,60%
>20	0	0,00%
total	239	100,00%

Fuente: Encuesta

Cuadro 3. Distribución por Nivel de Escolaridad

Escolaridad	N°	%
9no Grado	105	43,93%
1ro Cs	98	41,00%
2do Cs	36	15,06%
Total	239	100,00%

p = 0.004

Fuente: Encuesta

Cuadro 4. Distribución por Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico -Graffar	N°	%
I	1	0,42%
II	17	7,11%
III	64	26,78%
IV	133	55,65%
V	20	8,37%
no respondió	4	1,67%
Total	239	100,00%

p < 0.001

Fuente: Encuesta

Cuadro 5. Distribución por Edad de Inicio de Actividad Sexual

Edad de Inicio de AS (años)	N°	%
< 12	12	14,63
12 a 14	34	41,46
15-17	34	41,46
18 a 20	2	2,44
>20	0	0
total	82	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 6. Distribución según Fuente de Información en personas que conocen al menos un ACE

Fuente de Información	N°	%
Liceo/Colegio	95	64,63
Ambulatorio	13	8,84
Amigos	30	20,41
Padres	63	42,86
Otros	20	13,61
Total	147	

p < 0.001

Fuente: Encuesta

Cuadro 7. Distribución según Formas de Utilizar el ACE

Forma de Utilizarlo	N°	%
2h después de RS	5	7,25
24h después de RS	10	14,49
72h después de RS	13	18,84
Antes de RS	24	34,78
Durante RS	4	5,80
Semanal	3	4,35
Mensual	6	8,70

Fuente: Encuesta

Cuadro 8. Distribución según conocimiento de las Ventajas de la ACE

Conoc de Ventajas	N°	%
Evita Embarazo	104	70,75
Facil Acceso	10	6,80
No necesita recipe médico	16	10,88
Actúan Rapidamente	19	12,93
Ninguna	3	2,04
Evitar ITS	72	48,98

Fuente: Encuesta

Cuadro 9. Distribución según variables de Conocimiento de Desventajas de ACE

Conoc de Desventajas	N°	%
Disminuye Efecto desp de 72h de RS	13	8,84
Dolor de cabeza	10	6,8
Nauseas y Vomitos	16	10,88
No previene ETS	26	17,69
Ninguna	20	13,61
No evita embarazo	11	7,48
Son costosos	11	7,48
No se consiguen facilmente	1	0,68
Necesitan Recipe Médico	11	7,48

Fuente: Encuesta

Cuadro 10. Distribución según variables de Métodos Utilizados después de una Relación Sexual sin protección y con alto riesgo de embarazo.

Métodos Utilizados después de RS s/protección	N°	%
Ninguno	49	20,5
Remedios Caseros	31	12,97
Duchas Vaginales	17	7,11
PDS	79	33,05
Otros	23	9,62

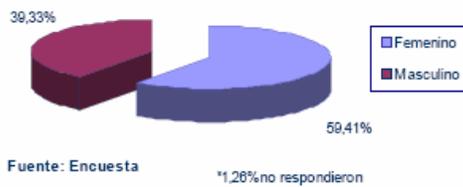
Fuente: Encuesta

Cuadro 11. Comparación de conocimientos y actitudes sobre planificación familiar en Personas que asisten o no a IPF.

	Personas que asisten a IPF (n=28)	Personas que no asisten a IPF (n=45)	P
conoce AC reg	96,43	95,56	0,671893
conoce termino ACE	60,71	62,22	0,897486
conoce termino PDS	64,29	60,00	0,714237
conoce el uso	39,29	35,56	0,748206
lo utilizan correctamente	10,71	17,78	0,628467
utilizarían PDS después de una relación sin protección	42,87	35,56	0,532727

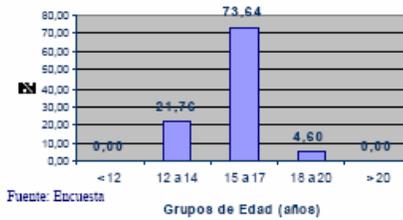
Fuente: Encuesta

Gráfico 1. Distribución por sexo de la población estudiada*



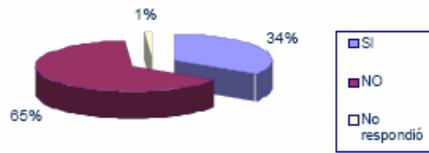
Fuente: Encuesta

Gráfico 2. Distribución por Grupos Etareos



Fuente: Encuesta

Gráfico 3. Distribución de los individuos según su actividad sexual



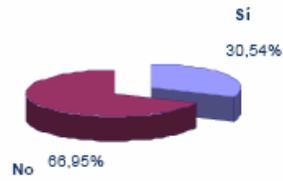
Fuente: Encuesta

Gráfico 4. Distribución por Edades de Inicio de AS



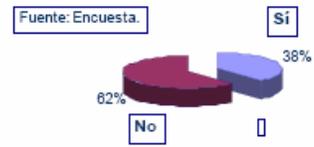
Fuente: Encuesta

Gráfico 5. Distribución según conocimiento de IPF*



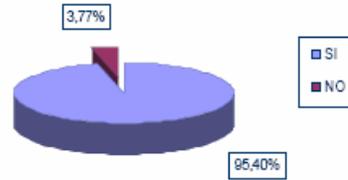
Fuente: Encuesta *2,51% no respondieron

Gráfico 6. Distribución según asistencia a IPF



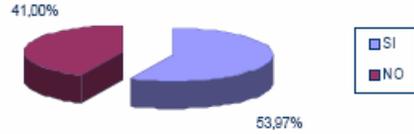
Fuente: Encuesta.

Gráfico 7. Distribución según conocimiento de Metodos Anticonceptivos Regulares*



Fuente: Encuesta. *0,83% no respondieron

Gráfico 8. Distribución según Conocimiento del Término Anticonceptivo de Emergencia (ACE)*



Fuente: Encuesta. *5,02% no respondieron

Gráfico 9. Distribución según Conocimiento del PDS*

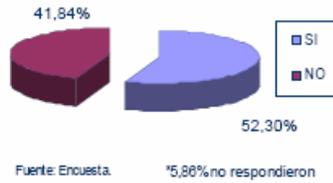
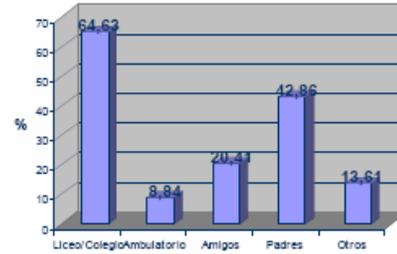


Gráfico 10. Fuentes de Conocimiento en Individuos que conocen al menos un ACE



Fuente: Encuesta

Gráfico 11. Distribución según Uso de ACE

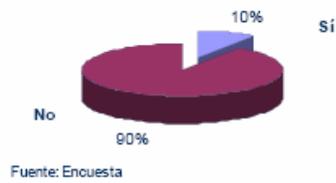
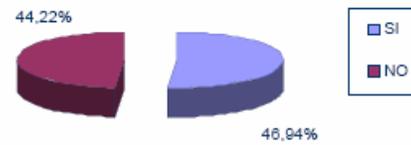


Gráfico 12. Distribución según Conocimiento de cómo utilizar el ACE*



Fuente: Encuesta. *8,84% no respondieron

Gráfico 13. Distribución según forma de utilizarlo

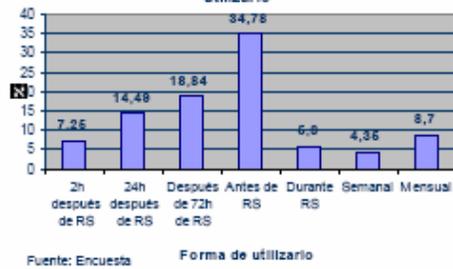


Gráfico 14. Distribución según conocimiento de las Ventajas de la ACE

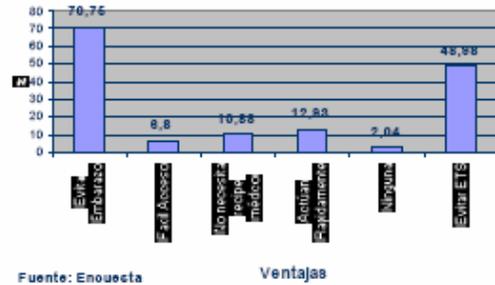
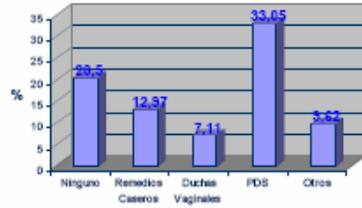


Gráfico 15. Conocimiento de Desventajas

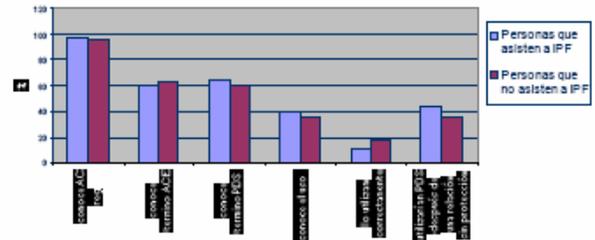


Gráfico 16. Métodos Utilizados después de RS s/protección



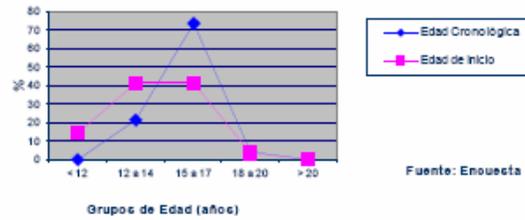
Fuente: Encuesta

Gráfico 17. Comparación de conocimientos y actitudes según asistencia a IPF



Fuente: Encuesta Conocimientos y actitudes

Gráfico 18. Comparación entre Curva de Edad y Edad de Inicio de AS



Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

El inicio de RS a edades cada vez más tempranas y el embarazo en la adolescencia como principal consecuencia de esta actividad sexual precoz es una problemática de estos tiempos a la cual debe hacerse frente(10). Esto se hace evidente al estudiar pequeñas poblaciones como la del objeto de nuestro estudio, en la cual se observa que un porcentaje considerable inició sus relaciones sexuales siendo menor de 12 años. Sin embargo, y debido al promedio de la edad; puede afirmarse que esta población está iniciándose sexualmente (Gráfico 18).

Esto demuestra que la población está preparada y en su derecho de recibir información y orientación con respecto a la planificación de embarazo, así como el mantenimiento de su salud, al estar enterado cómo evitar las infecciones transmitidas por vía sexual. Sin embargo, es preocupante la poca cantidad de personas que conocen las IPF, siendo aún menor el porcentaje de individuos que en efecto asiste; lo cual en primera instancia podría explicar el poco conocimiento y uso encontrados en relación a los ACOE. Es relevante destacar que dentro de aquella población que conoce este método, es bien entendido que su principal uso es evitar el embarazo cuando no se han tomado medidas previas, y en efecto, de la población total encuestada fue la PDS la opción más popular como método a utilizar después de una RS sin protección y con alto riesgo de embarazo. A pesar de esto, en el momento de la aplicación real, sólo una mínima parte los utiliza; hecho probablemente debido a una gran cantidad de factores, entre ellos culturales y económicos, sugiriéndose un análisis más profundo de los mismos. Por otro lado, es prudente no pasar por alto que con respecto al método ACOE la información es confusa, lo cual es reflejado en una población que conoce muy poco acerca de las desventajas del método, principalmente no evitar infecciones de transmisión sexual, lo cual a largo plazo vendría a constituir otro problema de salud pública.

Es preocupante observar que las IPF y la información que estas imparten ha tenido poco impacto en la población estudiada, hecho sustentado en los datos obtenidos al indicar que los conocimientos y actitudes sobre PF no son mayores en las personas que afirman haber asistido a algún centro especializado en planificación familiar que en los que no (Gráfico 17). En relación a este asunto se recomienda la evaluación de la calidad de información proporcionada en estos centros así como la promoción y la accesibilidad a los mismos; desarrollando estrategias que logren atraer a la población joven(11).

No debe olvidarse que existen ciertos factores influyentes sobre los resultados obtenidos; es así el caso de que la población estudiada estuvo conformada principalmente por un estrato socio-económico bajo (GraffarIV), predominantemente femenina y de escolaridad fundamentalmente 9no grado. Por esto se recomienda la realización de estudios donde se analicen y compare la influencia de estos factores lo cual permitirá la aplicación de soluciones adaptadas a cada población con sus características específicas, o si de lo contrario estaría

indicado el empleo de una acción general a toda la población adolescente venezolana.

Es preciso recordar que la sexualidad es una parte importante en el ciclo vital del ser humano, y su orientación adecuada desde edades tempranas de la vida es una acción asertiva, siendo fundamental la educación sobre los distintos métodos anticonceptivos que permitan llevar una vida sexual sana y responsable, por tanto es importante poder realizar acciones donde se guíe y aconseje a quienes lo necesitan. En muchos lugares se han organizado servicios de planificación familiar asociados a la obstetricia(7), y ello se debe a que muchas mujeres están especialmente alertas a la necesidad de la anticoncepción para mejorar su vida reproductiva; sin embargo, para esto es importante explicar bien sobre esta temática, pues la dificultad principal es que muchas técnicas anticonceptivas no son en realidad complicadas, sino que no se saben como usarlas; por consiguiente, la enseñanza cuidadosa del método es mas importante que el conocimiento detallado de la anatomía y la fisiología.(12)

Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que puedan entorpecer nuestros propósitos como políticas, culturales o religiosos, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño. La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones adecuadas, significa tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia cuando sea necesario .(12)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Peña, E.;Polanco, Evis. Revista Venezolana-La incidencia del aborto en Embarazadas adolescentes. Servicio de Ginecología-Obstetricia Centro De Salud "Dr. Carlos Diez Del Ciervo" PuntoFijo-Edo.Falcón, Venezuela. URL: http://indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/venezuela/cardon/edicion4/ginecologia_embarazo.htm Fecha de Acceso: Diciembre 2003
2. SINIÑEZ SIISE. Sistema de Indicadores Sociales sobre Niños y Adolescentes-Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Ministerios del Frente Social. Gobierno del Ecuador. INEC, MEC-UCP,UNICEF 1999-2002.URL: <http://www.siise.gov.ec/fichas/sini0s8i.htm> Fecha de Acceso: Junio 2004
3. Loose-Mitchell, D.S.; Stancel, G.M. Estrógenos y Progestágenos. En Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica . Mc Graw-Hill. 10ma Ed. 2003. Vol. II. 58: 1641-1644
4. World Health Organization. Emergency Contraception. Fact Sheet N°244/June2004. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> Fecha de Acceso: Noviembre 2003



5. World Health Organization. Emergency Contraception: A guide for service delivery. WHO/FRH/FPP/98.19
6. Trussell J., Stewart F., Guest F., Hatcher R.A., Emergency Contraceptive Pills. A Simple Proposal to Reduce Unintended Pregnancies , Family Planning Perspectives, 1992 Nov-Dec; 24(6):269-73.
7. International Planned Parenthood Federation. Western Hemisphere Region. Program Area: Emergency Contraception. URL: http://www.ippfwhr.org/programs/program_ec_e.asp
8. Glasier A, Ketting E, Palan VT. Case studies in emergency contraception from six countries . Int Fam Perspect 1996; 22(2):57-61.
9. Archivos del Ambulatorio Dos Pilitas. Datos aportados por la Lic. Trabajo Social Enid Delgado.
10. Mirabal Martínez, G.; Modesta Martínez, M. y Pérez Domínguez, D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia , Revista cubana Enfermería 2002; 18(3):175-83 Policlínico Docente Manuel Gonzáles Díaz
11. International Consortium for Emergency Contraception. Expanding Global Access to Emergency Contraception: A Collaborative Approach to Meeting Women's Needs. May 2001. URL: <http://www.cecinfo.org/html/res-downloadable-mtrls.htm> Fecha de Acceso: Junio 2004
12. Chirinos, J.L., Brindis, C., Sheri et al. Diferencias y similitudes en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos sexuales y de anticoncepción entre estudiantes adolescentes varones latinos en California, Estados Unidos y en Lima, Perú. Cad. Salud pública, Jul-Ago.2001, vol.17 N° 4, p833-842.

TRABAJO DE INVESTIGACION

Perfil Epidemiológico de Pacientes con HTA en el Norte de Caracas, Venezuela*

*Univs: Carolina Franco, Hilariolyn Ferrer, Gerlin Chacón
Ana González, Salomón Hayón, Camilo López,
Mauka Hernández*

Estudiantes de Medicina, Esc. Medicina J.M. Vargas, UCV.

Asesores: Drs: Sergia Cubillan y Alfonso J. Rodríguez M.

Acta Científica Estudiantil 2005;3(1):21-33.

**Trabajo previamente presentado en el XX Congreso Científico Internacional de la FELSECEM Panamá, Octubre de 2005.*

RESUMEN

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de pacientes con HTA que viven en una localidad del Norte de Caracas donde se realizan rotaciones especiales de Medicina Preventiva y Salud Pública en Centros Ambulatorios.

Metodología: Se usaron como instrumentos de evaluación un cuestionario diseñado a tales fines e información de historias de consulta del Ambulatorio Dos Pilitas, Caracas. Los pacientes fueron evaluados en Mayo 2005. A partir de estos, se describieron las variables epidemiológicas de la población estudiada. Los análisis estadísticos se realizaron en Epi Info (95% confianza).

Resultados: Se evaluaron en total, 30 pacientes, correspondiendo un 70% al sexo femenino y 30% al masculino ($p < 0,05$). La edad promedio fue $54,3 \pm 14,4$ años. En la evaluación física se pudo observar que el IMC promedio fue $28,3 \pm 5,4$ kg/m² (50% correspondieron con $IMC \geq 30$ kg/m²). En sus hábitos psicobiológicos: 63,3% tabaquismo, 10% alcoholismo. Además, 87% tienen antecedentes familiares de HTA, 50% tienen hiperlipidemia y/o diabetes mellitus. Aquellos pacientes con $IMC \geq 30$ kg/m² tenían una edad promedio menor ($52,9 \pm 12,7$ años) en comparación con aquellos con $IMC < 30$ kg/m² ($55,4 \pm 16,1$ años) ($p = 0,504$); así como también mayor proporción de antecedentes familiares de HTA (93,3% vs 80%, $p = 0,254$).

Conclusiones: En esta pequeña serie, la población evaluada, a pesar de ser conocidos hipertensos presentan hábitos que son perjudiciales para su enfermedad como el tabaquismo y alteraciones del peso, entre otras. Motivos por los cuales se refuerza la necesidad de realizar en esta población no solo prevención primaria sino también secundaria en personas que ya presentan la enfermedad para evitar complicaciones secundarias de la HTA.

Palabras Claves: Perfil epidemiológico, HTA, factores de riesgo, prevención.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad cardiovascular de mayor morbimortalidad a nivel mundial y constituye junto a la diabetes y las hiperlipidemias el factor de riesgo más importante de la aterosclerosis y las enfermedades coronarias. En el comienzo del nuevo milenio estamos asistiendo a un espectacular incremento en la incidencia de hipertensión arterial (HTA) y sus complicaciones cardiovasculares, en gran parte debido al envejecimiento de la población [1-4]. La importancia sociosanitaria de la HTA se debe a su influencia en la patogenia de un amplio espectro de afecciones cardiovasculares entre las que se incluyen: hipertrofia ventricular izquierda (HVI), coronariopatía, insuficiencia cardíaca, trastornos del ritmo cardíaco, ictus, nefropatía y otras manifestaciones de aterosclerosis [5-8].

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar entre las causas de muerte en 1999 (21%), donde las enfermedades hipertensivas aportaron una de cada 10 muertes. El principal grupo de edad afectado se encuentra entre los 40 y 60 años. El sexo masculino sigue siendo el más comprometido, así como las mujeres en edades postmenopáusicas [9-11].

Según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela (MSDS) la primera causa de muerte en el Distrito Capital (Caracas) son las enfermedades cardiovasculares, con un 21,38%, siendo esta una cifra alarmante, ya que la HTA es una patología prevenible e incluso controlable [12].

Diferentes estudios muestran que un cambio en el estilo de vida, es el mejor tratamiento para el control de la HTA, esto incluye evitar los trastornos del peso corporal y los hábitos tabáquicos y alcohólicos [13-15]; sin embargo la existencia de estos factores son características comunes en el perfil epidemiológico de los pacientes hipertensos [16].

En el presente trabajo se describe el perfil epidemiológico de pacientes con HTA, que viven en una localidad al Norte de Caracas y que asistieron al Ambulatorio Dos Pilitas durante las rotaciones de Medicina Preventiva y Salud Pública del mes de mayo de 2005.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil epidemiológico de pacientes con HTA que asistieron al Ambulatorio “Dos Pilitas” durante el mes de mayo de 2005?

OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico de pacientes con HTA que viven en una localidad del Norte de Caracas donde se realizan rotaciones especiales de Medicina Preventiva y Salud Pública en Centros Ambulatorios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las variables demográficas de los pacientes hipertensos que asistieron al Ambulatorio “Dos Pilitas” durante el mes de mayo de 2005.
2. Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) de dichos pacientes.
3. Identificar sus hábitos psicobiológicos: tabaquismo y alcoholismo
4. Definir la existencia de antecedentes familiares en pacientes hipertensos.
5. Evaluar la coexistencia de otras patologías como diabetes mellitus e hiperlipidemias.
6. Establecer la relación existente entre la edad y el IMC, así como también la relación que puede existir entre éste último y los antecedentes familiares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, no experimental, no controlado. La población de estudio se constituyó por 30 pacientes hipertensos que asistieron al Ambulatorio “Dos Pilitas” durante el mes de mayo de 2005.

Materiales:

Los datos fueron suministrados por medio de: una Información Primaria dada por un instrumento de tipo entrevista otorgado a los pacientes y una Información Secundaria representada por las Historias Clínicas del Servicio de Medicina interna del Ambulatorio “Dos Pilitas”.

Procedimiento:

Se revisaron todos los casos de hipertensión arterial del mes de mayo 2005 del Ambulatorio “Dos Pilitas”, obteniéndose las variables epidemiológicas que encierran tanto la edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC), como los hábitos psicobiológicos (tabaquismo y alcoholismo) además de los antecedentes familiares y la coexistencia de diabetes y/o hiperlipedemia. El diagnóstico de HTA se basó en los criterios del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada de EUA (2003) [17].

Las variables cualitativas fueron expresadas en forma de proporciones, en tanto que las cuantitativas fueron expresadas en forma de medias y desviaciones típicas.

La otra variable cuantitativa Índice de Masa Corporal (IMC) fue analizada por intervalo de clase que va desde 20 a 40 kg/m² según la clasificación de la OMS. Una vez obtenidos los resultados fueron recopilados y representados en cuadros y gráficos para su análisis correspondiente mediante la interrelación de las variables como: edad y sexo, hábitos psicobiológicos, estado físico y antecedentes familiares.

Los análisis estadísticos (chi cuadrado y prueba de Fisher) se realizaron en Epi Info (con un nivel de confianza de 95%).

RESULTADOS

Durante el mes de mayo del 2005 se diagnosticaron 30 casos de hipertensión arterial en el Ambulatorio "Dos Pilitas", de los cuales un 70% corresponde al sexo femenino y un 30% al masculino ($p < 0,05$). La edad promedio fue $54,3 \pm 14,4$ años (rango, 28-80 años) (Gráfico 1) (mujeres: $54,8 \pm 13,9$ años [rango, 32-80 años] [Gráfico 2]; hombres: $53,0 \pm 16,2$ años [rango, 28-80 años] [Gráfico 2]; $p > 0,05$). En la evaluación física se determinó que el IMC promedio fue $28,3 \pm 5,4$ kg/m² (Gráfico 3) Solamente un 37% de los pacientes presentan un IMC entre 20-25 Kg/m². Un 50% correspondieron con $IMC \geq 30$ kg/m² (Gráfico 3).

Un 63% de los pacientes consumen por lo menos un cigarro diario y en cuanto al alcoholismo, éste está representado por un 10% de los pacientes evaluados. Un 87% tienen antecedentes familiares de HTA (Gráfico 4), en tanto que un 50% tiene hiperlipidemia y/o diabetes mellitas (Tabla 1).

Aquellos pacientes con $IMC \geq 30$ kg/m² tenían una edad promedio menor ($52,9 \pm 12,7$ años) en comparación con aquellos con $IMC < 30$ kg/m² ($55,4 \pm 16,1$ años) ($p = 0,504$) (Gráfico 5); así como también mayor proporción de antecedentes familiares de HTA (93,3% vs 80%, $p = 0,254$).

Tabla 1

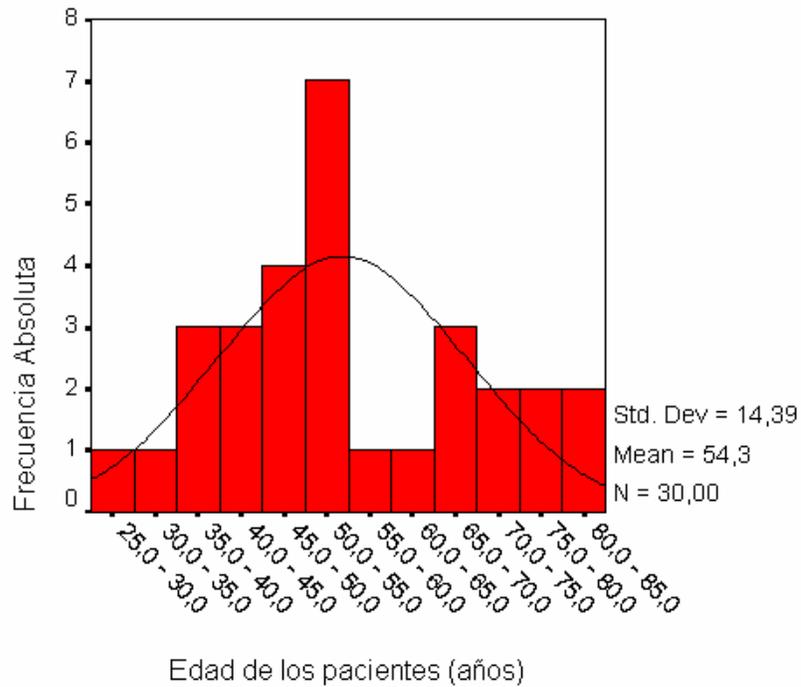
Pacientes Hipertensos Según Concurrencia de Patologías. Norte de Caracas-Venezuela. Mayo 2005.

Concurrencia de patologías	Número de pacientes	%
Diabetes	7	23
Hiperlipídemia	9	30
Ausencia	14	47
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

Gráfico 1

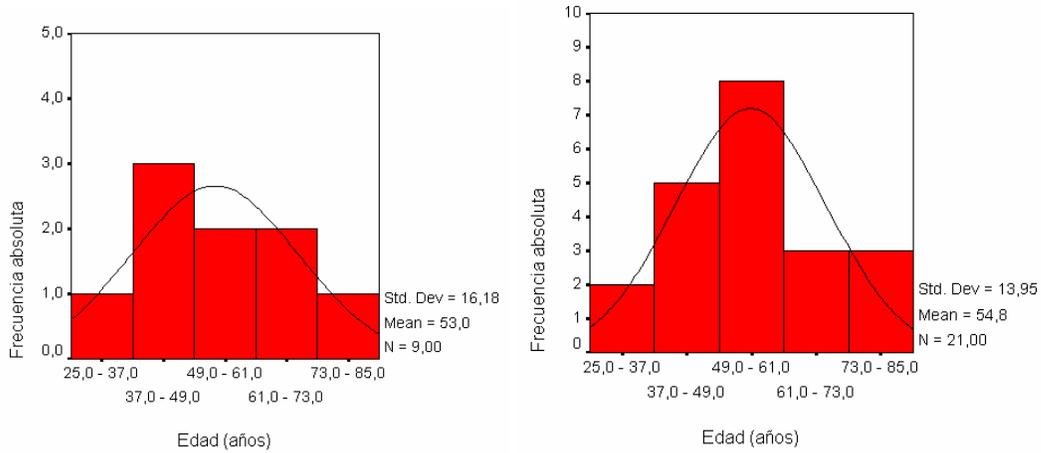
Distribución de Pacientes Hipertensos según Edad, Norte De Caracas-Venezuela.
Mayo 2005.



Fuente: Encuesta.

Gráfico 2

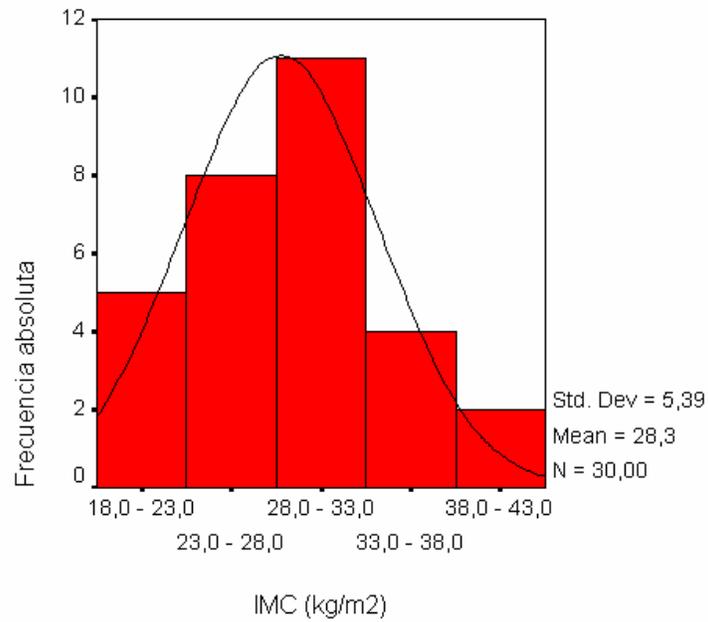
Distribución de Pacientes Hipertensos del Sexo Masculino (izquierda) y Femenino (derecha) según Edad, Norte De Caracas-Venezuela. Mayo 2005.



Fuente: Encuesta.

Gráfico 3

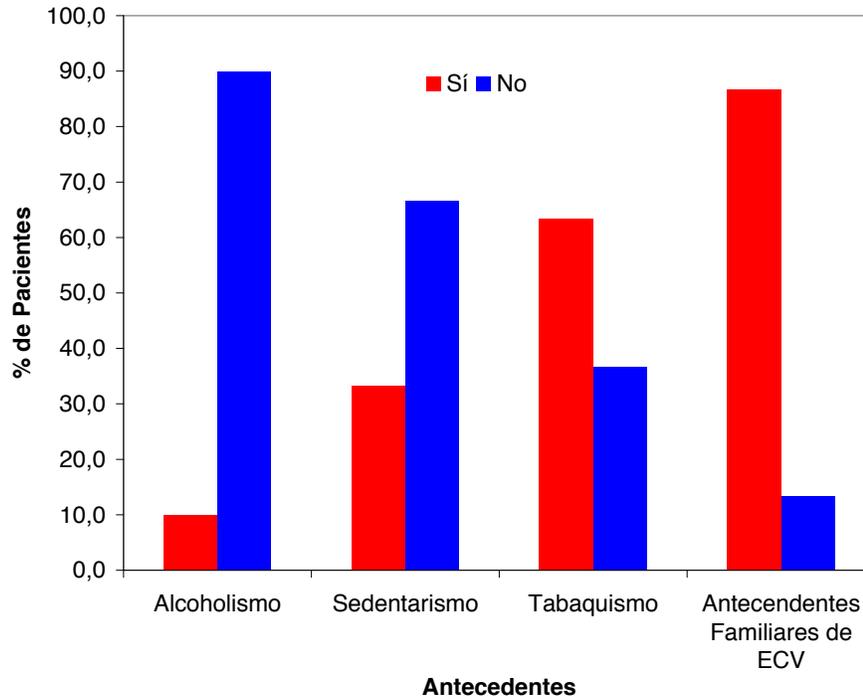
Distribución de Pacientes Hipertensos de acuerdo a su IMC, Norte De Caracas-Venezuela. Mayo 2005.



Fuente: Encuesta.

Gráfico 4

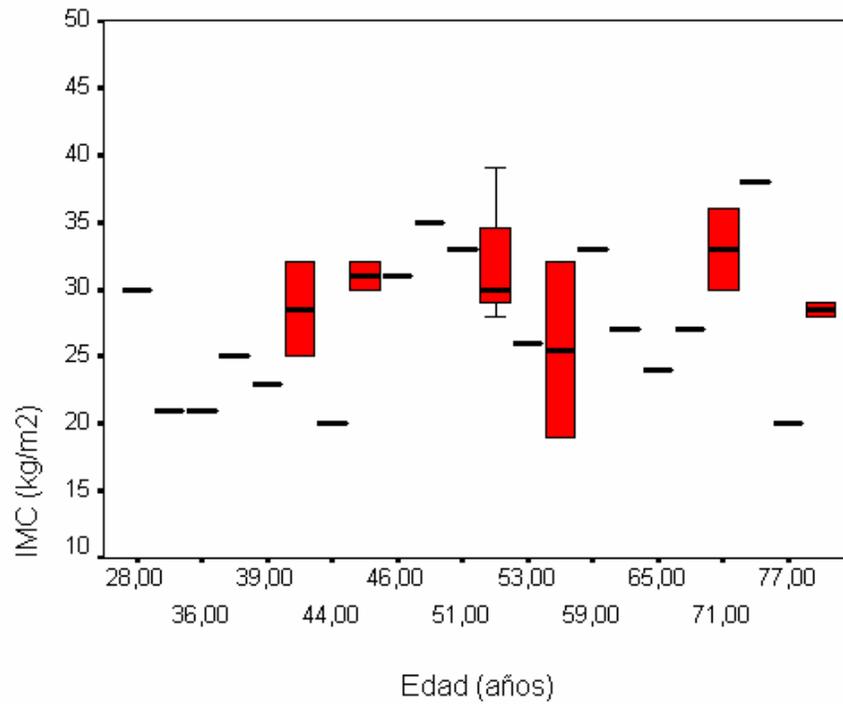
Distribución de Pacientes Hipertensos de acuerdo a Antecedentes, Norte De Caracas-Venezuela. Mayo 2005.



Fuente: Encuesta.

Gráfico 5

Relación entre la Edad y el IMC de Pacientes Hipertensos, Norte De Caracas-Venezuela. Mayo 2005.



Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

Como se ha expresado anteriormente, la hipertensión arterial es la primera causa de muerte a nivel mundial, y Venezuela no escapa a esta situación (>20% de las muertes se deben a estas afecciones); según los datos del MSDS, índice de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el país es de 24,564 x 100.000 habitantes [18].

En nuestro estudio se establece una predominancia del sexo femenino con una relación de 7:3 que no coinciden con lo reportado en muchos estudios donde se refleja un dominio del sexo masculino [5,6,9-11], esto se debe a una mayor concurrencia de las mujeres en los centros asistenciales, al contrario de los hombres que se muestran más renuentes a esta actividad. Al mismo tiempo existe una relación entre el sexo y la edad post-menopáusicas (dado que la mayoría de las mujeres hipertensas de nuestro estudio son post-menopáusicas), apoyando las teorías antes estudiadas [5,6,9-11].

En base a la evaluación física y los hábitos psico-biológicos y los antecedentes familiares quedan determinados que éstos son fuertemente influyentes para el desarrollo de la enfermedad [4], así como también la coexistencias de otras patologías, ya que quienes presentan HTA pueden presentar diabetes y/o hiperlipidemia, debido a los trastornos metabólicos que cada enfermedad puede traer consigo [2,3,5-7,9].

Debido a los hábitos perjudiciales para su salud que presentan los pacientes evaluados, existe la necesidad de realizar en esta población prevención primaria y sobretodo secundaria en personas hipertensas para evitar complicaciones secundarias de la HTA, dado que a pesar de ser pacientes que presentan una enfermedad crónica siguen presentando factores de riesgo que conllevan a la enfermedad y que la agravan, reforzando la necesidad de modificar dichos factores para evitar complicaciones [19,20].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud (OMS). Análisis preliminar de la situación de salud en Venezuela. Washington, OMS, 2000.
2. Gonzalez-Juanatey JR. Corazón e hipertensión: ¿juntos o separados? *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 55-8.
3. Kannel WB Blood pressure as a cardiovascular risk factor. *JAMA* 1996; 275: 1571-1576.
4. Rodgers A, MacMahon S Blood pressure and the global burden of cardiovascular disease. *Clin Exp Hypertens* 1999; 21: 543-552.
5. Banegas JR, Rodríguez F, De la Cruz JJ, De Andrés B, Del Rey J Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 489-494.
6. Van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D, for the Seven Countries Study Research Group The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *N Engl J Med* 2000; 342: 1-8.
7. Mosterd A, D'Agostino RB, Silbershatz H, Sytkowski PA, Kannel WB, Grobbee DE et al Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *N Engl J Med* 1999; 340: 1221-1227.
8. Alli C, Avanzini F, Bettelli G, Colombo F, Torri V, Tognoni G The long-term prognostic significance of repeated blood pressure measurements in the elderly: SPAA (Studio sulla Pressione Arteriosa nell'Anziano) 10-year follow-up. *Arch Intern Med* 1999; 159: 489-494.
9. Fisman EZ, Tenenbaum A, Pines A. Systemic hypertension in postmenopausal women: a clinical approach. *Curr Hypertens Rep.* 2002; 4: 464-70.
10. Miller AM, Wilbur J, Chandler PJ, Sorokin O. Cardiovascular disease risk factors and menopausal status in midlife women from the former Soviet Union. *Women Health.* 2003; 38: 19-36.
11. Sekuri C, Eser E, Akpınar G, Cakir H, Sitti I, Gulomur O, Ozcan C. Cardiovascular disease risk factors in post-menopausal women in West Anatolia. *Jpn Heart J.* 2004; 45: 119-31.
12. Lorarca B. Programa Nacional de Enfermedades Cardiovasculares. División de Salud Poblacional del MSDS, Informe Técnico, Caracas, 2005.
13. Kannel WB, Vasan RS. Assessment of cardiovascular risk and choice of antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep.* 2004; 6: 346-51.
14. Kenchaiah S, Narula J, Vasan RS. Risk factors for heart failure. *Med Clin North Am.* 2004; 88: 1145-72.
15. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS, D'Agostino RB, Massaro JM, Beiser A, Wolf PA, Benjamin EJ. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2004; 110:1042-6.
16. Talbert RL. New therapeutic options in the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. *Am J Manag Care.* 2002; 8(12 Suppl): S301-7.



17. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003; 42: 1206-52.
18. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Anuario de Mortalidad, Año 2003. Dirección de Epidemiología, División de Salud Poblacional, MSDS, Caracas, 2004.
19. Hanna IR, Wenger NK. Secondary prevention of coronary heart disease in elderly patients. *Am Fam Physician*. 2005; 71: 2289-96.
20. Lynn MM. Primary and secondary prevention of coronary heart disease. Evidence offers multiple strategies. *Adv Nurse Pract*. 2000; 8: 36-41

CARTA AL EDITOR

Modelos Causales y su Importancia en la Salud Colectiva

Univ. Andrea G. Rodríguez Morales

Estudiante de Medicina, Esc. Luis Razetti, UCV.

Acta Científica Estudiantil 2005;3(1):34-36.

El médico debe tener siempre dos bases inquebrantables en su ejercicio. Debe tener el amor a la ciencia, y por tal, debe enriquecerse de ella cada día y aprender para estar en la capacidad de ayudar al paciente. Pero igualmente debe tener conciencia de su acción social, porque el médico forma parte de ese sistema llamado sociedad, de ese conjunto de ciudadanos a quienes nos uno un mismo sistema jurídico, y forma parte importante, como proveedor de un servicio fundamental.

Por tal, el médico debe centrar su ejercicio profesional en la salud de la población, en trabajar en todo lo que permita que esta se mantenga o mejore. Para esto, el sector salud debe estar estructurado para cubrir cuatro campos básicos: prevención, curación, formación de recursos humanos e investigación.

Es sumamente importante al momento de establecer tratamiento para la curación, y para aplicar con éxito medidas preventivas, conocer la causa de la enfermedad. El concepto de causalidad no es exclusivo de la medicina, sino que por el contrario, es innato a la especie humana, debido a que el hombre siempre ha relacionado las situaciones presentes con eventos anteriores para lograr entender su mundo y poder adaptarse a él. La causa es el estado de la naturaleza que origina el desarrollo de uno o varios eventos, de manera que al alterar este estado, se puede modificar el efecto subsiguiente.

En la historia de la medicina es posible encontrar una variedad de modelos que intentan explicar el proceso salud-enfermedad. Un modelo es un conjunto de elementos derivado de la teoría y de la observación que representa un aspecto de la realidad de una manera resumida, coherente, profunda y flexible; permitiéndonos revisar ideas y acciones y facilitando nuestra comprensión, en este caso, de un problema de salud. El modelo nos permite organizar los componentes de una situación real para llevarlos a términos más accesibles y englobar situaciones semejantes.

Los primeros modelos que explicaron el proceso salud-enfermedad fueron de tipo unicausal. Existía una causa específica con una conexión predecible con un efecto específico. Resaltante fue el modelo biológico, promovido por científicos como Pasteur y Koch, que estableció como única causa de la enfermedad a un agente biológico. En base a este modelo, Koch determinó que el bacilo de Koch era la única causa de la tuberculosis, que sólo producía la tuberculosis, y que cualquier cambio en el bacilo de Koch produciría un cambio en la tuberculosis. Sin embargo, este modelo no explica porque el agente biológico no causa siempre enfermedad, ni porque se presenta de diferentes formas en diferentes personas.

Mucho antes de Pasteur y Koch, un modelo más elemental fue desarrollado en la época antigua, el cual también era unicausal porque establecía la enfermedad como el efecto de un espíritu maligno castigador o en otras culturas como un don divino. Para nosotros, hombres de ciencia, este modelo carece de lógica, sin embargo, es un modelo, y como tal, representa la observación y los conocimientos de una cultura. Así, es importante conocer el modelo mágico-religioso, y al momento de evaluar a un paciente

valorar su cultura y no juzgarlo, recordando además que estas creencias están muy extendidas en nuestro país.

Como el modelo unicausal no logró representar todos los aspectos de la enfermedad, se desarrolló un modelo que explicó el proceso salud-enfermedad como consecuencia del equilibrio o desequilibrio de los factores de la trílogía hombre-agente-medio ambiente, propuesto por Leavell y Clark, el cual revolucionó la epidemiología al considerar al agente según fuera biológico, físico, químico o social; al huésped con su edad, su patología previa, su experiencia, su sexo, sus hábitos; y al ambiente, incluyendo su fauna, su flora, su clima y sus aspectos antropológicos. Aunque este modelo es útil, es difícil aplicarlo porque no toma el aspecto social como un factor aparte, y este es muy importante en países como el nuestro donde la segunda causa de mortalidad infantil es la gastroenteritis, una enfermedad donde predomina lo social por ser producto de los hábitos de las clases socioeconómicas de recursos limitados.

A partir de este modelo, surgieron otros que expresaban en el proceso salud-enfermedad con causas múltiples, aunque cada uno se enfocó en diferentes campos. El modelo epidemiológico incluyó al colectivo y los factores de riesgo, condiciones que con su presencia pueden aumentar la probabilidad de padecer un proceso mórbido. Sin embargo, este modelo tampoco dio un peso mayor al aspecto social, por lo que Peter Frank postuló el modelo social, destacando las condiciones laborales y socioeconómicas del individuo. Cabe acotar que la clasificación de unicausal y multicausal puede llegar a ser muy estricta, y los modelos precisamente se caracterizan por su flexibilidad.

Al conocer estos modelos es importante no tomar unos como “correctos” y otros como “erróneos” sino integrarlos para poder tener una visión en totalidad del proceso salud-enfermedad. Debemos, por ejemplo, observar que el SIDA es consecuencia de un virus, el VIH (modelo biológico), pero debemos también valorar las condiciones de vida del individuo, por ejemplo, la probabilidad de que la padezca una prostituta es igual que la de una monja (modelo social), al mismo tiempo debemos detectar los factores de riesgo del colectivo, evaluando por ejemplo si proviene de una comunidad donde es frecuente el uso de drogas intravenosas (modelo epidemiológico) y finalmente debemos evaluar la tríada, factores genéticos que predisponen al huésped, el tipo de virus, factores antropológicos como la violencia relacionada con violaciones, etc. Evaluando de esta manera la enfermedad entendemos como tratarla y además que elementos modificar para prevenirla.

De forma tal que entendiendo el proceso salud-enfermedad en el marco de los modelos causales, el médico puede orientar la investigación y el análisis, procesos que le permiten fijar metas claras en espacio, tiempo y recursos y con el mínimo de riesgo e incertidumbre por basarse en la demanda real y potencial de la población.

Lamentablemente, este no es el panorama del sector salud en Venezuela. El estado no garantiza el servicio de salud a todos los ciudadanos porque no existen sistemas de apoyo eficientes. Los médicos no están formados ni como actores sociales ni como investigadores, por lo cual los sistemas de salud son insuficientes, no existen bases de datos confiables que permitan conocer las características de la población hasta tal punto que ni siquiera las historias médicas son útiles debido a que son llenadas incorrectamente. Si no hay información, el resto del sistema no puede funcionar eficientemente. Se planifica sin bases, con el máximo riesgo e incertidumbre, sin saber si es eso lo que realmente requiere la población.

Además, el sector salud venezolano, al igual que otros sectores, no evalúa, es decir, no compara lo que se había planificado lograr con lo que se logró, por lo que es imposible corregir los problemas y sentar bases para decisiones futuras. Por tal, la población percibe que el sistema es deficiente y el Estado no.



Toda esta situación origina que los recursos no se utilicen correctamente y que gran parte de la población no tenga acceso a los servicios de salud, haciendo del sistema de salud en Venezuela un sistema disfuncional. Este es uno de los aspectos que nos caracteriza como subdesarrollados: la mayoría no tiene acceso a los recursos básicos, aún cuando el Estado posee los recursos materiales para que la realidad fuera otra.

La solución a esta problemática no es sustituir este sistema de salud disfuncional por uno diferente, que es lo que se ha tratado de hacer en los últimos años en nuestro país, la solución está en la planificación. En conocer las necesidades de la población y dirigir los recursos en base a ellas. Establecer metas y evaluar los resultados para saber si seguir con la misma estrategia o cambiarla. Parte de la solución también está en inculcar a los estudiantes de medicina la importancia de la investigación y de la salud pública; enseñarles a crear bases de datos confiables y a enmarcar la problemática de salud en modelos integrales que faciliten su comprensión, para crear así médicos especialistas que contribuyan a mejorar la salud del colectivo y médicos sanitaristas que puedan establecer estrategias efectivas, para que así desde el médico de emergencia hasta el ministro de salud estén conscientes de la problemática social y promuevan su solución.

Instrucciones a los Autores

Normas de Vancouver

Las “Normas de Estilo Vancouver” constituyen las bases para la presentación de los trabajos científicos en los Congresos Científicos Internacionales de FELSOCÉM, encontradas en los “Requisitos Uniformes de Los Manuscritos Propuestos para la Publicación en Revistas Biomédicas” elaboradas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, siendo la edición de 1997 la utilizada por el Comité Evaluador del Congreso.

A. Extensión y presentación in-extenso.

1. Se realizará en papel blanco tamaño carta (216 x 279 mm) o en la medida estándar ISO A4 (212 x 297 mm), mecanografiadas a una sola cara. El trabajo científico no excederá las 15 páginas.

2. Cada página será enumerada en el ángulo superior derecho, incluyendo la página del título y la del resumen.

3. Cada página contendrá como máximo un total de **25 líneas, a doble espacio.**

4. El tamaño de la letra será en **formato de 10 puntos.**

5. **Ningún** margen de la hoja debe ser **menor de 3 cms.**

6. Al final de cada línea no debe quedar cortada ninguna palabra.

7. Cada una de las siguientes secciones ha de comenzar en hoja aparte: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, bibliografía, cada uno de los cuadros, figuras y los pies o epígrafes.

8. Cualquier trabajo que no cumpla alguno de estos requisitos quedará al margen de la publicación del libro de resumen del Congreso.

B. Contenido del in-extenso.

1. Página del título

a. Título del trabajo: Claro y específico, **que no exceda las 15 palabras** con información necesaria para clasificar el artículo.

b. Nombres y apellidos de los autores.

c. Nombres y apellidos de los asesores y grado académico más importante.

d. Afiliación institucional.

e. Mes y año en que se presenta el reporte.

2. Resumen

La página del resumen debe contener el título del artículo, inmediatamente debajo deben colocarse **un máximo de 4 palabras claves**. Utilice para ello los términos de la lista **Medical Subject Headings** (MeSH) -Encabezamientos de materia médica- del **Index Medicus**; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no estén representados en los MeSH, pueden usarse las expresiones corrientes.

El resumen constituye el contenido esencial del reporte y contiene el planteamiento del problema, metodología, resultados más importantes (proporcione datos específicos y, de ser posible, su significación estadística) y principales conclusiones. Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio o las observaciones. **No debe exceder de 250 palabras, no debe llevar bibliografía y debe ser redactado en forma impersonal.**

3. Introducción

- a. No debe ser mayor de 2 páginas del texto.
- b. Debe tener el problema de investigación y los artículos de apoyo teórico, objetivos e hipótesis.
- c. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.
- d. No es recomendable que los autores expongan una introducción amplia o que trate de demostrar que los investigadores poseen gran conocimiento sobre el tema.

4. Materiales y métodos

- a. Trata de la metodología empleada por los investigadores y constituye la parte más importante del reporte.
- b. Debe incluirse el tipo de estudio, diseño del mismo y logística.
- c. Se deben incluir los **sujetos, materiales y procedimientos**.
- d. **Sujetos:** Se incluye selección muestral (criterios de inclusión, exclusión y eliminación), forma de realización del muestreo, particularidades de los sujetos (raza, edad, sexo, peso, etc.).
- e. **Materiales:** Se utiliza en trabajos realizados en laboratorios o con animales de experimentación. Debe incluir descripción de instrumentos (debe darse el nombre de aparatos y dirección del fabricante entre paréntesis), cuestionarios, validez, confiabilidad y estandarización de dichos elementos.
- f. **Procedimientos:** Debe describirse detalladamente y paso a paso lo que se hizo. **No es necesario describir procedimientos conocidos por la mayoría (Tensión arterial, etc.), sino cuál método se utilizó.** En el caso de trabajar con animales o plantas se debe anotar el nombre científico de éstos. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, incluyendo nombres genéricos, dosis y vías de administración.
- g. **Ética:** Cuando informe sobre experimentos en seres humanos, indique si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas del comité

(institucional o regional) que supervisa la experimentación en seres humanos o con la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Cuando dé a conocer experimentos con animales, tiene que indicar si se cumplieron las normas de la institución o de cualquier ley nacional acerca del cuidado y el uso de animales de laboratorio.

h. **Estadística:** Debe describirse el manejo estadístico de los datos, que incluye los métodos estadísticos utilizados. Siempre que sea posible se deben cuantificar los datos y expresarlos con indicadores de error o incertidumbre de la medición (Intervalos de Confianza). Proporcione detalles de los métodos de aleatorización. Si se usaron medios para enmascarar las observaciones (método ciego), descríbalos junto con la única salvedad son los documentos considerados como de dominio público.

5. Resultados

Los hallazgos obtenidos en el estudio se presentarán en esta sección.

- a. Debe ser de manera clara, concisa y sólo deben ser mencionados los datos más importantes, pues de ellos son obtenidas las conclusiones.
- b. Es óptimo que los resultados obtenidos concuerden con la hipótesis planteada, pero ello no implica que los estudios que no concuerden con la hipótesis sean estudios mal elaborados, al contrario, demuestra la honestidad por parte del investigador.
- c. Es recomendable que en la presentación de los resultados éstos sean referidos a las tablas o cuadros donde están representados y complementados.
- d. No deben ser comentados ni analizados pues esto se realizará en la siguiente sección.

6. Discusión

Es una sección muy importante pues la claridad en este punto facilitará al lector concluir la importancia del estudio.

La estructura de una buena discusión incluye:

- a. Precisar el significado de los hallazgos, supeditados a los resultados obtenidos en la investigación.
- b. Explicar los alcances de los resultados obtenidos, ampliando la información al respecto, incluso expresando inferencias adicionales de los hallazgos de investigación.
- c. Relacionar o confrontar los resultados del estudio con observaciones o experiencias previas referidas en los antecedentes, exponer las conclusiones del estudio y las implicancias presentes y futuras del mismo. **La discusión no debe ser una descripción de los resultados.**
- d. No reclamar ninguna clase de prioridad ni referirse a trabajos que aún no estén terminados. Proponer nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello, pero identificándolas claramente como tales. Cuando sea apropiado puede incluir recomendaciones.

7. Reconocimientos

En este apartado el autor manifiesta el reconocimiento a las personas que contribuyeron a la realización del trabajo de investigación en distinta índole: moral, técnica, económica, etc.

8. Referencias bibliográficas y bibliografía

Se debe seguir las recomendaciones del **Index Medicus**. Permiten al lector profundizar sobre el tema que trata el artículo. Numere las referencias en forma consecutiva, según el orden en que aparecen en el texto.

- a. Deben incluirse las referencias accesibles eliminando fuentes secundarias, tesis, comunicaciones verbales, etc.
- b. Deben ser entre 10 y 20 referencias actualizadas con no más de 10 años de haber sido publicadas (salvo excepciones).
- c. Cuando se hagan citas, deben ser enumeradas en orden ascendente con la acotación respectiva y sólo en números arábigos.

Al hacer la cita de un libro:

- 1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.
- 2) Título del libro, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, finalizando con un punto.
- 3) A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.
- 4) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de una coma se coloca el año del libro y seguida de dos puntos las páginas consultadas.
Ej.: Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología estructural y funcional. 4a. Ed. Barcelona: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1990: 450-482.

Capítulo de un libro:

- 1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.
- 2) Título del capítulo, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, seguido de la palabra In finalizando con dos puntos.
- 3) Apellido inicial y nombre de cada uno de los editores seguido de un punto.
- 4) Título del libro. A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.
- 5) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de un punto y coma se coloca el año del libro y seguida de un punto las páginas consultadas, abreviando la palabra página, seguido de otro punto y separando las páginas con un guión terminando al final con un punto.
Ej.: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd de. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Al hacer la cita de una revista:

- 1) Apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, separados por coma (si excede 5 autores se anotarán éstos y luego las palabras et al.) y punto al final.
 - 2) Título del artículo en negrilla seguido de un punto.
 - 3) Nombre abreviado de la revista según el Index Medicus seguida del año de edición de la revista, seguido de punto y coma.
 - 4) El número de la revista seguido de dos puntos.
 - 5) Las páginas que comprende el artículo seguidas de un punto.
- Ej.: Estirado E, Arzuaga J, Roman F et al. **Absceso cerebral. Revisión clínica de 26 casos.** Rev Clin Esp 1995;195:304-307.

9. Tablas

Una tabla o cuadro nos permite presentar los datos obtenidos, elaborados de tal manera que se pueda omitir una explicación en forma de texto. Estas tablas contarán con:

- a. Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte al final del artículo.
- b. Número de tabla, debe ir en negrilla alineado a la izquierda de la tabla y antes del título, deberá tener un orden consecutivo a lo largo de todo el trabajo, señalado por un número arábigo.
- c. Título, viene seguido del número de tabla. Deberá ser lo más claro posible y describir en forma completa la información contenida, además indicará el lugar y la fecha de origen de la información.
- d. Las categorías en las que se agrupan los datos van centradas en su columna correspondiente.
- e. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales, una después del título, otra a continuación del encabezado de la columna y otra al final del cuadro.
- f. Todo vacío deberá llenarse con un cero, un guión o una llamada explicativa.
- g. Pie o nota de tabla, deberá ir cuando se necesite aclarar un término. Se indicará a continuación de la línea sólida inferior.
- h. La fuente del cuadro es el último dato de la tabla.
- i. Si se incluyen datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde.
- j. No deben presentarse tablas innecesarias o no relacionadas con los objetivos de la investigación, limite el número de tablas al mínimo necesario.

10. Ilustraciones

Son las ayudas visuales de cualquier tipo (gráficos, organigramas, mapas, dibujos, fotos, etc.). Las ilustraciones deben agregar información y no duplicar la de las tablas.

- Las normas de presentación de las figuras son:
- a. Se identificarán con números arábigos.
 - b. Cada número irá precedido de la palabra figura, la cual se escribirá en mayúscula y alineada a la izquierda.
 - c. Títulos concisos y explicativos.
 - d. Deben ser claras y sencillas.
 - e. Se enviará entre hojas de cartón para protección.

- f. Deben estar identificadas por el reverso.
 - g. No se pondrán notas al pie de la figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.
 - h. Los títulos de todas las figuras se anotarán en orden numérico en una hoja de papel independiente.
 - i. En caso de fotografías, son preferibles en blanco y negro de buena calidad, identificadas en el dorso con un título claro y breve. Si la foto es de un paciente, éste no debe ser identificable; de lo contrario se deberá anexar la carta del paciente o de un familiar si éste ha fallecido que autorice su publicación posterior.
 - j. Si la figura ya fue publicada, se debe hacer el reconocimiento de la fuente original y presentar la autorización por escrito que el titular de los derechos de autor concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quién sea el autor o la editorial; la
- resultados que dieron. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Indique las pérdidas de sujetos de observación (por ej. las personas que abandonan un ensayo clínico). Debe especificarse cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

11. **Abreviaturas, siglas y unidades de medidas**

Utilice únicamente abreviaturas ordinarias. **Absténgase de usar abreviaturas en el título y el resumen.**

- a. Si se menciona por primera vez deben estar acompañadas de su significado y luego entre paréntesis la abreviación.
- b. Deben ser escritas solamente en español, a menos que sean siglas que se acepten como nombres. Ej.: ELISA.
- c. Las unidades de medida deben ser las correspondientes al Sistema Internacional (SI). Los símbolos de las unidades no toman la terminación en plural y sólo van seguidos de punto en caso de que se encuentren al final de la frase.
- d. Las cifras deben agruparse en tríos dispuestos a la derecha e izquierda de la coma decimal y separadas entre sí por un espacio simple. No deben separarse por ningún signo de puntuación.