

ISSN 0121-73-72

Volumen 15 No. 1 • 2006

Repertorio



de Medicina y Cirugía

Revista de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José
y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

**Conización con asa
de radiofrecuencia**

**Aseguramiento de la calidad
en citología vaginal**

RENACE EL HOSPITAL INFANTIL

Jorge Gómez Cusnir MD.*



Gracias a un enorme esfuerzo financiero y después de un año de continuas y difíciles negociaciones, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud ha hecho posible que desde el mes de enero pasado los predios del antiguo Hospital Infantil “Lorencita Villegas de Santos” alberguen nuevamente un número importante de los estudiantes de su Facultad de Medicina, como lo hiciera de manera ininterrumpida por más de cinco décadas.

La primera piedra del otrora hospital insignia de una *escuela pediátrica* de reconocido prestigio nacional e internacional fue colocada en 1.941. Sus aportes tanto al progreso y desarrollo de la pediatría colombiana como de la calidad de vida de miles de niños, dejó un recuerdo imborrable en el corazón de gran parte de las familias bogotanas y de muchas otras del territorio patrio.

Todos aquellos que tuvimos la oportunidad de aprender dentro de sus instalaciones siendo alumnos de la facultad de medicina del Colegio Mayor del Rosario y de la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José, sentimos hondo pesar cuando súbitamente cerró sus puertas hace cerca de siete años, debido a sus insostenibles deudas y pasivos laborales, ante la mirada inmutable del gobierno nacional y el de una comunidad que siempre le fue solidaria y que gracias a sus donaciones, lo mantenía en operación con el esfuerzo de sus trabajadores y eminentes colegas.

Desde hace ya varios años se inició el proceso de liquidación de la Fundación Hospital Universitario Infantil “Lorencita Villegas de Santos” sin que hasta la fecha se viera una salida clara para sus acreedores, en especial los pensionados y empleados. Luego de una infructuosa oferta pública que culminó a finales del 2.004 y sin recibir propuesta alguna, se empantanó de nuevo todo el proceso de liquidación.

Fue en ese momento cuando presenté como Presidente al Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la propuesta de iniciar conversaciones con el señor liquidador del antiguo Hospital Infantil para explorar la posibilidad de salvar esa benemérita institución y convertirla en el Nuevo Hospital Universitario y sede norte para nuestra institución educativa, cuyas facultades en proceso importante de crecimiento y expansión durante los últimos años, requería nuevos campos de práctica para asegurar su ventaja competitiva entre más de cincuenta facultades de medicina existentes en la actualidad en nuestro país.

Afrontar este nuevo proyecto obligó a la Fundación Universitaria a desechar la idea de desarrollar su nueva infraestructura docente en el costado sur del lote del Hospital de San José y también a suspender el desarrollo inmediato del lote adquirido para estos menesteres en la sede norte, proyectada en la calle 175 arriba de la autopista en un lote de 25.000 metros cuadrados de área, el cual se adquirió hace unos años con el fin de desarrollar un *campus* para la universidad.

* Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José y del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Después de algo más de un año de negociaciones y de estructurar un plan de negocios y proyecciones financieras para lo que sería el nuevo hospital universitario, se presentó el proyecto ante 19 entidades financieras con el fin de estructurar un crédito sindicado con varios bancos que nos permitiera constituir el patrimonio autónomo que adquiriría los predios y equipos del antiguo Hospital Infantil. Finalmente, después de muchas dificultades se consiguieron los recursos necesarios para hacer posible este ambicioso proyecto, que culmina con éxito en diciembre del 2.005 con la compra a puerta cerrada del inmueble de 34.000 metros cuadrados y casi 30.000 metros de área construida, que en el futuro próximo abrirá sus puertas para brindar la mejor atención a la comunidad y a la población infantil y adulta que acuda a sus renovadas instalaciones.

Hemos proyectado al nuevo hospital como una institución de cuarto nivel de complejidad, con una capacidad aproximada de 250 camas, dotadas con equipos de apoyo diagnóstico de última generación, que brinde servicios integrales con los últimos adelantos en las ciencias de la salud soportada por un grupo humano de comprobada calidad técnico-científica y amplia experiencia tanto asistencial como académica, que haga de este centro hospitalario un lugar de referencia obligada para la población colombiana, la comunidad científica, las empresas prestadoras y demás instituciones de salud a nivel nacional e internacional.

Este nuevo centro hospitalario estamos seguros que será un pilar fundamental en el posicionamiento de nuestras facultades de medicina, enfermería, instrumentación quirúrgica y citohistología, así como de nuestra escuela de posgrados médico-quirúrgicos, al convertirse en soporte fundamental de las rotaciones de nuestros estudiantes, que ya cuentan con un bello auditorio con una capacidad para 220 personas.

En la actualidad se están adelantando las obras de adecuación de la gran central de urgencias que tendrá una capacidad de 45 camas para observación

de niños y adultos, con moderna infraestructura y facilidades que la convertirán en un centro de referencia para los pacientes del norte de Bogotá.

También contará con un moderno centro médico que albergará a un importante número de especialistas de diferentes áreas del saber médico, la unidad de biomedicina reproductiva, servicios de cardiología, hemodinamia y cirugía refractiva entre otros.

La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud no ha escatimado recursos ni esfuerzos para brindarle a sus alumnos las mejores condiciones para su aprendizaje y por ello viene adecuando todas las áreas necesarias para la más moderna e innovadora metodología de enseñanza de la medicina y ciencias afines.

Gracias al esfuerzo mancomunado de sus directivas, del consejo superior, la rectoría, las vicerrectorías académica, administrativa y de proyectos especiales, la directora encargada del nuevo hospital, la gerencia tanto de la FUCS como del Hospital de San José, el director de la oficina de planeación universitaria, los decanos de las unidades académicas y demás funcionarios de nuestra institución docente, así como el de las entidades financieras que creyeron en este proyecto, se ha hecho realidad lo que hasta hace algunos meses era tan sólo una ilusión, pero que hoy vemos con enorme satisfacción convertida en una realidad, el renacer del “Hospital Universitario Infantil de San José” como el más grande aporte de nuestra institución universitaria para un país ávido y necesitado de buenas noticias.

Que Dios nos ayude a perpetuar este nuevo proyecto de salud y podamos dejar este legado a las nuevas generaciones que habrán de sucedernos. Nunca serán más apropiadas las palabras que escribiera el doctor Laurentino Muñoz en su libro Historia de la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José, refiriéndose en su momento a nuestros ilustres fundadores: “La lámpara que encendísteis no se apagará en nuestras manos”.

CONIZACIÓN CON ASA DE RADIOFRECUENCIA

Experiencia en el Hospital de San José

Pablo Alberto Galvis MD*, José Miguel Guío MD**, Álvaro Enrique Rojas MD***, Carlos Raúl Melo MD****, Carlos Humberto Pérez MD*****, Alejandro Pachón MD*****

Resumen

Con el objetivo de evaluar la experiencia del Hospital de San José en la conización cervical con asa de radiofrecuencia, se realizó una investigación retrospectiva, transversal y analítica con 390 pacientes que fueron sometidas a dicho procedimiento en nuestro hospital entre abril de 1998 y marzo de 2004. Las variables evaluadas fueron: edad, factores de riesgo para cáncer cervical, diagnóstico citológico, colposcópico e histológico tanto de la biopsia dirigida como del cono, el manejo y seguimiento post-conización y las complicaciones. El rango de edad predominante fue de 26 a 35 años en 39% de los casos; el 73% eran portadoras de lesiones de alto grado y 14% de bajo grado por diagnóstico histológico previo al cono, 12% de las pacientes presentaron discordancia en citología – colposcopia - biopsia y 3% con sospecha de lesión oculta fueron sometidas al procedimiento. La correlación histológica biopsia vs. cono fue de 74%. En el 82% el cono fue suficiente, 14% de los casos presentaron bordes de sección comprometidos, 3% cubo endocervical positivo y 2% legrado del lecho del cono positivo. Al 23.6% de las pacientes se les realizó tratamiento complementario posterior a la conización, de las cuales el 75% fueron llevadas a histerectomía abdominal ampliada y 5% a reconización. La frecuencia de complicaciones fue muy baja (6.7%). Se concluyó que la conización del cérvix con asa de radiofrecuencia es una técnica quirúrgica efectiva para el diagnóstico y la terapia de las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino.

Palabras clave: conización, asa de radiofrecuencia, neoplasia intraepitelial cervical.

Introducción

El canal cervical comunica la cavidad uterina con la vagina y está revestido con epitelio cilíndrico simple glandular de origen mülleriano. En el orificio

externo se fusiona con el epitelio pavimentoso poliestratificado, el cual se origina del seno urogenital. El límite entre ambos epitelios, llamada zona de transición o unión escamocolumnar, es el sitio donde aparecen el mayor número de lesiones neoplásicas del cérvix.¹⁻²

Luego de emplear la colposcopia y la citología para el diagnóstico de las afecciones malignas de cuello, la conización se convirtió en la técnica conservadora diagnóstica y terapéutica más depurada.³⁻⁴

Su ventaja como método diagnóstico es la obtención de una amplia muestra de tejido para examen histológico y así resolver una serie de interrogantes

Fecha recibido: 15 de nov.2005 - Fecha aceptado: 15 de dic.2005

- * Ginecólogo, Hospital de San José.
- ** Ginecólogo, Hospital de San José.
- *** Ginecólogo, Hospital de San José. Instructor Asistente Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- **** Ginecólogo, Hospital de San José. Instructor Asociado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- ***** Jefe Depto. de Ginecología y Obstetricia, Hospital de San José. Profesor Asociado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- ***** Jefe de la unidad de patología cervical y colposcopia, Hospital de San José. Profesor Asistente Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

como: naturaleza, localización y extensión precisa de las atipias celulares, relación con el tejido subyacente, demostración de la invasión del estroma y profundidad alcanzada así como determinar si la lesión ha sido extirpada totalmente. Constituye un procedimiento terapéutico al confirmar la ausencia de lesión en los bordes de sección.²⁻⁵

En la última década, el manejo de la patología cervical neoplásica preinvasora ha logrado un desarrollo preponderante con la técnica de resección con asa de radiofrecuencia (LLETZ: large loop excision of the transformation zone), método radioquirúrgico que utiliza corriente alterna de alta frecuencia. Al contacto con la célula aumenta el calor, la destruye y se convierte en vapor; esto produce un corte limpio de los tejidos con una mínima zona carbonizada. Este procedimiento permite la extirpación total de la zona de transformación cervical y su posterior evaluación diagnóstica, mediante el estudio histológico de la pieza obtenida.⁶

La técnica de la conización consiste en la extirpación de un cono de ápice truncado, cuya circunferencia de base asciende por el canal cervical en buena parte de su altura, la cual depende según se trate de mujeres en edad fértil.² La conización de cuello uterino es una intervención simple, con una cuota baja de complicaciones y una intervención con cicatrización rápida que conserva íntegra la capacidad reproductiva de la mujer. Las ventajas que representa este procedimiento para el cirujano y la paciente compensan las desventajas para el patólogo, quien debe realizar el diagnóstico histológico en un tejido que puede presentar distorsión de la arquitectura por artificios causados por el asa de radiofrecuencia.⁷

Motivados por lo antes expresado, se decidió realizar esta investigación para documentar nuestra experiencia con la conización en el Hospital de San José (pionero de la patología cervical en Colombia). No existen publicaciones de nuestra casuística, salvo una comunicación personal de uno de los autores (Dr. Carlos Pérez) sobre un estudio

similar sin publicar, que data de 1995; en la presente revisión reportamos la experiencia obtenida en los últimos seis años.

Indicaciones de la conización⁸

- Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (NIC).
- Sospecha de lesión oculta en endocérnix.
- Lesión que penetre el canal endocervical.
- Falta de correlación de citología- colposcopia- biopsia.
- Carcinoma microinfiltrante y/o adenocarcinoma en biopsia dirigida.
- Persistencia de citología anormal a pesar de colposcopia normal.
- Sospecha de carcinoma in situ por biopsia.

Técnica de conización⁹⁻¹⁰⁻¹¹

Igual que con todos los procedimientos quirúrgicos para la NIC, la conización con asa de radiofrecuencia esta contraindicada en mujeres con infecciones cervicovaginales activas y en aquellas con cáncer cervical invasivo. Debe utilizarse con cautela en mujeres embarazadas o cuando sufren trastornos hemorrágicos conocidos. Después de obtener el consentimiento informado, se coloca a la paciente en posición de litotomía y se introduce en la vagina un espéculo no conductor en vez de uno metálico, con capacidad de evacuación de humo. A continuación se aplica ácido acético al 3 a 5% y se utiliza el colposcopio para delinear los límites de la lesión; algunos autores aconsejan pintar el cérvix con solución de lugol para limitar la lesión, antes del procedimiento de extirpación.

Una vez que se observa la lesión se elige un asa de tamaño apropiado, que dependerá de la extensión

de la zona de transformación y la distancia a la que se prolongue dentro del conducto endocervical. Lo ideal es extirpar toda la zona de transformación completa en una pieza.

Se procede a conectar los tubos eliminadores de humo al espéculo y al evacuador de humo; se inyectan circunferencialmente en el cuello uterino hasta 10 cc de anestésico local. El asa debe pasarse en la dirección que facilite el procedimiento; después de activar la energía es posible observar chispas eléctricas que forman un arco en la punta del asa; enseguida se hunde con lentitud en el estroma cervical hasta la profundidad deseada; el espécimen en cono se extrae con una pinza. Si se requiere extirpación endocervical se usa un asa más pequeña para el segundo paso, ajustando la potencia a un nivel inferior; después de obtener la muestra con asa endocervical se aconseja un curetaje endocervical, porque la información es beneficiosa en la clasificación de pacientes para su seguimiento. Una vez recolectados todos los especímenes, se cauteriza con cuidado mediante el electrodo en esfera.

Se programa siempre una consulta cerca de diez días después del procedimiento. En ella se revisa el sitio operatorio, el informe de histopatología del espécimen y se traza el programa de seguimiento que responda a las inquietudes del paciente.

El índice de curación de mujeres que se tratan con el LLETZ depende de que los márgenes de conización sean positivos o negativos. En la segunda posibilidad cabe esperar un índice de curación cercana al 95%. Cuando son positivos llega al 85%. En 1 a 2% de los procedimientos con asa electroquirúrgica ocurren complicaciones, en particular hemorragia intensa e infección.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación retrospectiva y analítica en el Hospital de San José Bogotá, de las pacientes que fueron sometidas a conización de cuello uterino entre abril de 1998 y marzo de 2004.

El grupo estuvo formado por 390 enfermas que respondieron un formulario con información sobre edad, factores de riesgo para cáncer de cervix, diagnóstico citológico, colposcopia, biopsia dirigida, resultado histológico de la pieza del cono, complicaciones, tratamientos complementarios y seguimientos hasta un año postconización.

Todas las conizaciones con asa de radiofrecuencia fueron realizadas en el Hospital de San José por especialistas de la unidad de patología cervical. La mayoría fueron valoradas mediante colposcopia en nuestra unidad, otras llegaron remitidas de su EPS (entidad promotora de salud) con diagnóstico histológico y autorización para la realización del procedimiento.

El protocolo de manejo contiene las indicaciones de conización similares a las referidas antes y nuestra técnica quirúrgica emplea los parámetros ya mencionados. En todos los casos se realiza adicionalmente cubo endocervical y legrado del lecho del cono.

Se utilizó un equipo ellman surgitron F.F.P.F 110V, un asa cortante consistente en un mango aislante que lleva unido un asa de alambre de acero de 0.2 mm de diámetro y de radios diferentes, así como un electrodo de esfera metálica de 5 mm de diámetro para electrocauterización.

El tiempo del procedimiento fue aproximadamente de 20 minutos, en forma ambulatoria y como indicaciones postoperatorias se recomendó reposo relativo por 72 horas, abstinencia sexual por un mes y control posterior en consulta externa diez días después del procedimiento. El seguimiento con citocolposcopia se efectuó cada cuatro meses durante el primer año, con variaciones de acuerdo al grado de severidad del diagnóstico histológico de la pieza del cono.

Resultados

El promedio de edad de las pacientes fue de 36.3 años con un rango que osciló entre 18 y 83 años, de

las cuales cerca del 65 % corresponde al grupo etáreo de 26 a 45 años (**Tabla 1**).

En cuanto a los reportes de patología de la biopsia del cérvix previa al cono, el principal hallazgo fue lesión intraepitelial (LIE) de alto grado (73%), anotando que existió un 4% de las pacientes (21) que no tuvieron reporte original en la historia clínica del resultado de patología antes de la conización, por ser remitidas de su EPS solo para la realización del procedimiento (**Tabla 2**).

En lo referente a las indicaciones del procedimiento quirúrgico (conización cervical), la predo-

minante fue la LIE de alto grado en el 73% de los casos, en 12% se presentó discordancia entre citología–colposcopia–biopsia y un 5% de las pacientes presentó resistencia de LIE bajo grado después de 2 años de seguimiento y el 10% restante presentó otras indicaciones (**Tabla 3 y figura 1**).

El informe definitivo de patología de la pieza de la conización reportó en 60% de los casos LIE de alto grado y sólo en 4% se evidenció carcinoma del cérvix (**Tabla 4 y figura 2**).

Tabla 1. Distribución por grupos de edad

Edad	No.	%
De 15 - 25 años	53	14%
De 26 - 35 años	151	39%
De 36 - 45 años	102	26%
De 46 - 55 años	56	14%
Mayor de 55 años	20	5%
Sin dato	8	2%
Total	390	100%

Tabla 2. Resultados de patología de la biopsia del cérvix previa a la conización

Patología	Biopsia	Biopsia
	No.	%
LIE bajo grado	54	14%
LIE alto grado	285	73%
Ca microinvasor	3	1%
Displasia no graduable	12	3%
Negativo	16	4%
Sin Dato	17	4%
Otros	3	1%
Total	390	100%

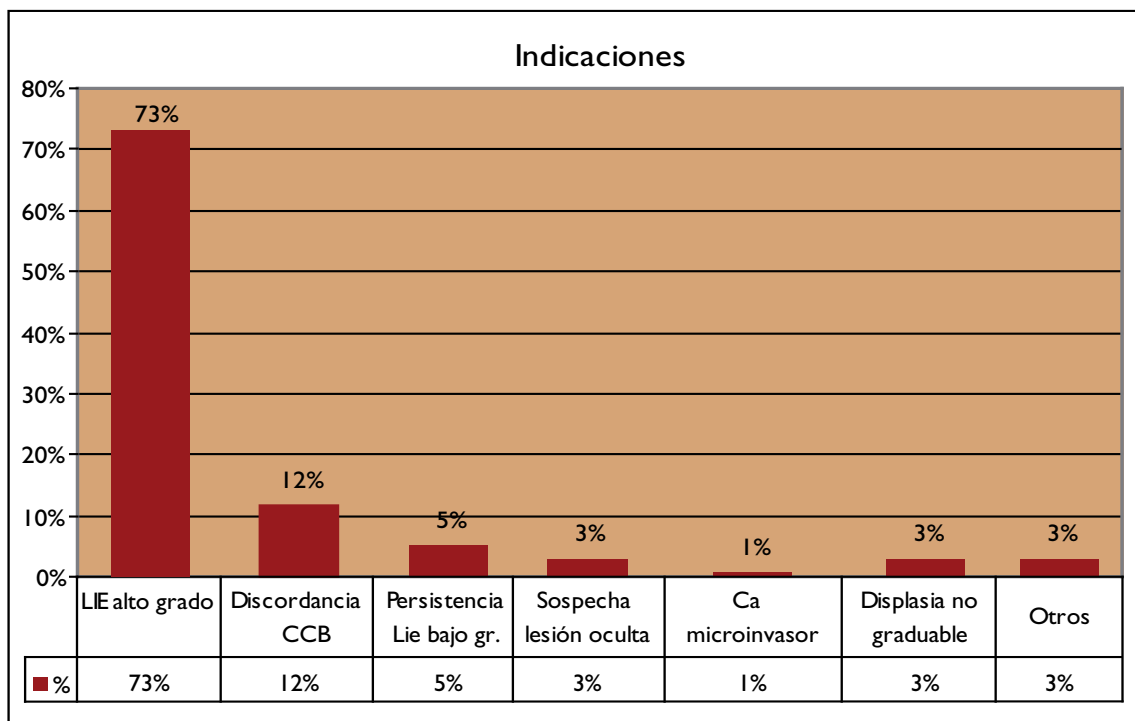


Figura 1. Indicaciones de la conización con asa de radiofrecuencia en el Hospital de San José.

Tabla 3. Indicaciones de la conización con asa de radiofrecuencia en el Hospital de San José

Indicaciones	No.	%
LIE alto grado	285	73%
Discordancia CCB	46	12%
Persistencia LIE bajo gr.	21	5%
Sospecha lesión oculta	11	3%
Ca microinvasor	3	1%
Displasia no graduable	12	3%
Otros	12	3%
Total	390	100%

La correlación histológica de la biopsia del cérvix y la pieza quirúrgica del cono fue de 74% (Figura 3).

La Tabla 5 muestra la suficiencia del cono en lo referente a la extensión quirúrgica de la lesión y la efectividad de la técnica empleada en nuestra institución. Se destaca que en el 82% los resultados son satisfactorios y el 14% presentan compromiso de los bordes por la lesión (Tabla 5 y figura 4).

Aproximadamente un 23.6% de las pacientes necesitaron terapia adicional al procedimiento quirúrgico: 69 fueron llevadas a histerectomía abdominal ampliada (HAA), siete se remitieron al Instituto de Seguro Social (ISS) para evaluación por el servicio de oncología y solo cinco requirieron reconización, cuya principal indicación fue el deseo de paridad de la paciente (Tabla 6).

Al evaluar las complicaciones presentadas por la conización cervical, solo se reportó un 6.7% de eventos adversos (26 pacientes), el mayor de los

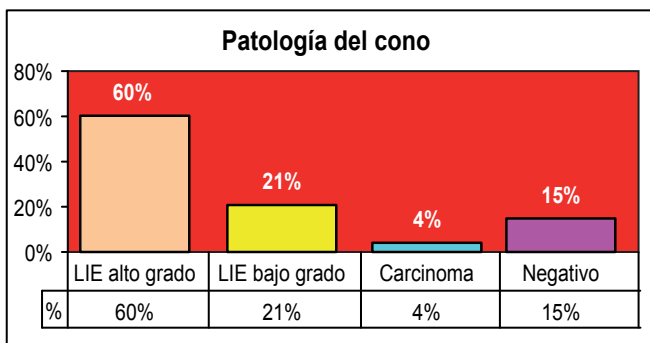


Figura 2. Resultados histopatológicos de la pieza de conización cervical.

Tabla 4. Resultados histopatológicos de la pieza de conización cervical

Patología cono	No.	%
LIE alto grado	235	60%
LIE bajo grado	81	21%
Carcinoma	16	4%
Negativo	58	15%
Total	390	100%

cuales corresponde a sangrado tanto, durante, como después del acto quirúrgico (15 pacientes). Cuatro requirieron cauterización quirúrgica en un segundo tiempo. Además, el 2.3% se quejaron de dolor en el posoperatorio inmediato, una paciente sufrió quemadura en la región glútea secundaria al funcionamiento inadecuado de los accesorios del equipo de radiofrecuencia y una última refirió vómito incoercible en el postoperatorio (Figura 5).

Discusión

Desde la década de los 90 son numerosas las publicaciones sobre la extirpación con asa diatérmica de las lesiones cervicales intraepiteliales.¹²

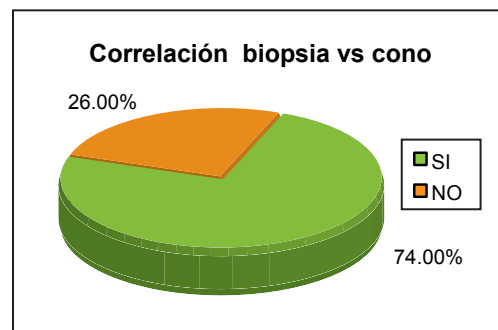


Figura 3. Correlación histopatológica biopsia de cérvix vs. conización.

Tabla 5. Suficiencia de la conización cervical

Suficiencia	No.	%
Satisfactoria	319	81.8%
Bordes positivos	55	14.1%
Cubo endocervical +	10	2.6%
Legrado endocervical +	6	1.5%
Total	390	100%

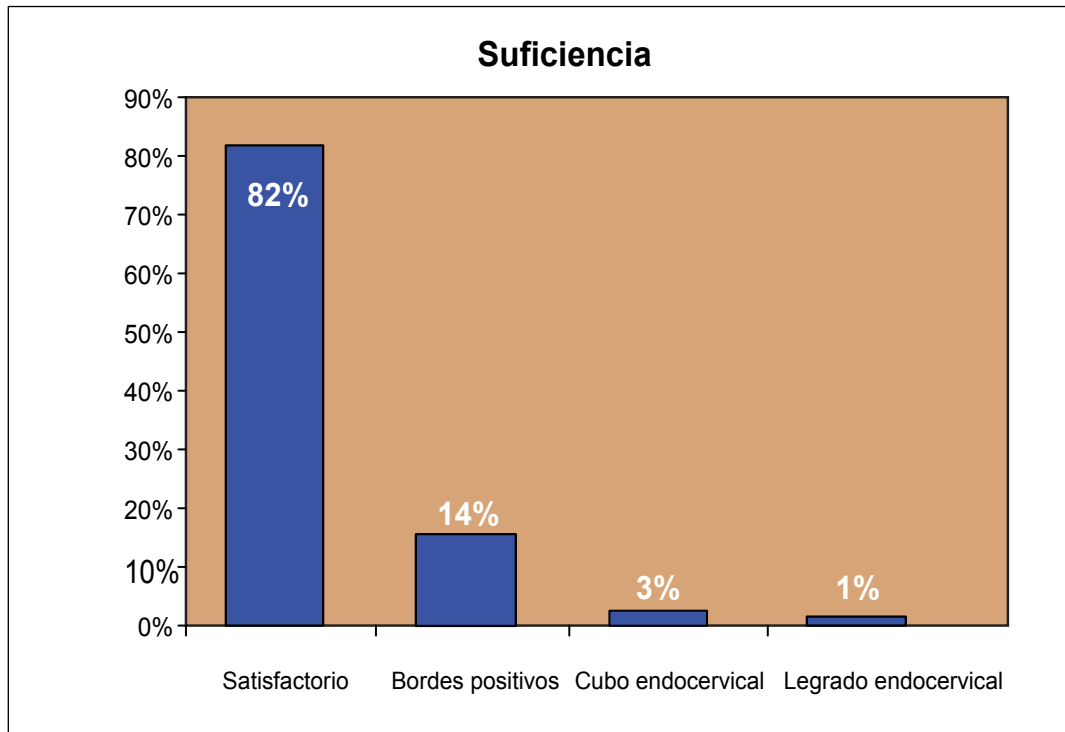


Figura 4. Suficiencia de la conización cervical.

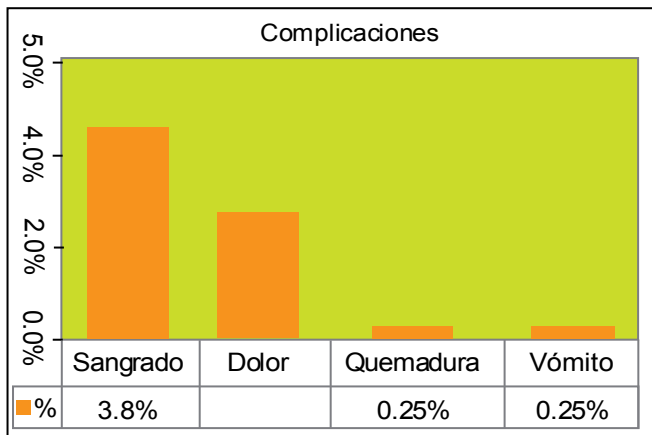


Figura 5. Complicaciones de la conización cervical en el Hospital de San José.

Tratamiento post-cono	No.	%
HAA	69	75%
Reconización	5	5.43%
Histerolinfadenectomía	4	4.34%
HAT	2	2.17%
Cauterización quirúrgica	4	4.34%
Remitida a oncología ISS	7	7.60%
Cerclaje cervical	1	1%
Total	92	100%

Las ventajas sobre otras técnicas (bisturí y láser) y cuando son efectuadas por profesionales entrenados en el diagnóstico de lesiones preneoplásicas, han superado en forma amplia las expectativas dada la facilidad del uso, menor costo, baja incidencia de complicaciones y mínimo artificio térmico para una adecuada evaluación histopatológica.⁶⁻¹²⁻¹³

En nuestra serie encontramos que la patología se concentra en el grupo etáreo mayor de 30 años,

lo que concuerda con la historia natural de la enfermedad informada en estudios previos.²⁻⁶⁻⁷⁻¹⁴

La principal indicación para efectuar el procedimiento quirúrgico en mención en nuestra institución, es la NIC de alto grado. Se destaca la falta de relación entre la citología-colposcopia-histopatología y la persistencia de lesiones de bajo grado en el seguimiento realizado en la consulta de patología cervical. La correlación histopatológica entre la

biopsia del cérvix y la pieza del cono fue de 74%, que comparada con valores superiores al 81% de otros autores representa una relación menor.

Nuestra revisión demostró un porcentaje de curación mediante la conización del 96%, de acuerdo con el grado de severidad de la enfermedad valorada según el reporte de patología del cono, la cual coincide con las estadísticas descritas en la literatura médica internacional.⁹⁻¹⁰⁻¹⁵ Así mismo, la suficiencia de la conización cervical representó el 82% de los casos con resultados satisfactorios, solo 14% de los conos presentaron márgenes positivos, que comparado con otros estudios representa un valor mucho menor.⁶⁻⁷⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸ En cuanto a la conducta post-conización, el 76.4% de las pacientes presentó control normal en el post-operatorio inmediato y 23.6% de los casos requirieron manejo complementario. De éstas, 69 pacientes fueron llevadas a HAA, con reporte negativo para displasia residual en la pieza quirúrgica en el 78% de los casos y carcinoma invasor en el 4%. El restante 18% corresponde a persistencia de la displasia en el reporte patológico final. Una paciente requirió cerclaje cervical por embarazo, demostrado en el seguimiento realizado en la consulta externa. Las pacientes con reconización, en la mayoría de los casos presentaban paridad no satisfecha, por lo cual la conducta tomada se consideró la más acertada.

Es desafortunado que por inconvenientes administrativos provenientes de las EPS a las que pertenecen las pacientes, fue imposible realizar un adecuado seguimiento y control de todos los casos, con cifra cercana al 69% sin control posterior al primer mes post-operatorio.

Las complicaciones del procedimiento fueron mínimas (6.7%), menores que las reportadas en otras revisiones.¹⁹⁻²⁰⁻²¹ Consideramos que utilizando el protocolo de la técnica presentada y realizada por un equipo de profesionales entrenados, la conización cervical es una excelente herramienta para el manejo de las pacientes con NIC con fines terapéuticos, así como también para aquellas que requieran coniza-

ción con fines diagnósticos, dadas las ventajas ya mencionadas.

Referencias

1. Palo de G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Panamericana; 1998.p.287-334.
2. Balestena J, Suarez C, Piloto M. Correlación entre el diagnóstico citológico colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. Hospital Universitario "Abel Santamaría" Rev. Cubana Obstet Ginecol 2003; 29 (1): 71-9
3. Bjerre B, Eliasson G, Linell F, Sodeabery H. Conization as only treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix. Am J Obstet Gynecol 1996;155:143-65.
4. Cabeza E. Tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas tempranas. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993;19(2):114-20.
5. Chaulet A, Esquivel E, Natan A, Seiref S, Righetti R. La conización de cuello en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial de cuello uterino en la actualidad. Obstet Ginecol Latinoam 1996;44(11-12):413-18.
6. Varela J, Egaña J. Conización por asa. Experiencia en Hospital Carlos Van Buren. Rev Chil. Obstet. Ginecol. 2002; vol. 67 (1): 3-9.
7. Amigó de Quesada M, Figueroa A, Cruz J, Salazar S. Conización con asa diatérmica, resultados de 1011 casos. Departamento de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología La Habana Cuba; nov-dic.2002. www.conganat.org
8. Parra S, Rojas A, Daste J, Urbina S. Revisión de temas y pautas de tratamiento en ginecología y obstetricia. En tomo I. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Gente Nueva Editorial, Bogotá, 2001.
9. Herbst Arthur. Neoplasia del cuello Uterino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas2000; 327-380.
10. Apgar B, Brozman G, Spitzer M. Colposcopia Principios y Práctica. McGraw - Hill Interamericana, 2003; 469-79
11. McLucas B, Wright Jr. T, Richart R, Prendiville W. Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility. Loop Excision of Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN). Year Book 1992 jul-ago; 1992: 15 (4): 158-204.
12. Wrigt T, Gagnon S, Richart R. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using loop electrosurgical excision procedure. Obstet Gynecol 1992; 79:173-78.
13. Osorio O, Roa E, Tisné J. Asa electroquirúrgica en la neoplasia intraepitelial de cuello uterino. Rev Chil Obstet Gynecol 1997;62(2):86-92.
14. Keijser K, Kenemans P, Zanden Van der P. et al : Diiatliiermy loop excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia diagnosis and treatment in one procedure. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 1281-7.
15. Meza Israel. Tratamiento con electrocauterización de las lesiones premalignas del cérvix. Colombia Médica 1995; 26: 119-24.

16. Bretelle F, Cravello L, Yang L, Benmoura D, Roger V, Blanc B. Conization whit positive mergins: What strategy should be adopted? Ann Chir 2000 jun;125(5): 444-9.
17. Felix JC, Muderspach Ll, Duggan BD, Roman LD. The significance of positive margins in loop electrosurgical cone biopsies. Obstet Gynecol 1994 dec; 84 (6): 996-1000.
18. Montz Fj, Holschneider CH, Thompson LD. Large-loop excision of the transformation zone: effect on the pathologic interpretation of resection margins. Obstet Gynecol 1993 Jun; 81(6): 976-82.
19. Santana E, Reyes J, Cedano V. Neoplasia intraepitelial cervical: utilidad de conización biopsia. Acta Med Domin 1999; 11(3): 82-5.
20. Focaccia GH, Nussemtrum S, Suttora GE, Plaga TJS. Evaluación de la conización diagnóstica y/o terapéutica de 24 pacientes. Obstet Ginecol Latinoam 1998;48(10/12):235-41.
21. Valero F, Nebat JM, Vidal A, Coniz A, Vidal F. Conización de cuello uterino. Estudio comparativo de los hallazgos Rev Esp Ginecol Obstet 1987; 46(319): 414-20.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD HOSPITAL DE SAN JOSE

Personería Jurídica No. 10917 del 01-12-1976 Resolución Ministerio de Educación Nacional No. 0125

Facultad de Instrumentación Quirúrgica
Código ICFES 270246100281100111100

Título otorgado
Instrumentador Quirúrgico

Oficina de admisiones: Carrera 19 No. 8A-32 Edificio docente, 1^{er} piso
PBX. 5998977 • 5998842 Tel: 2019867 • Telefax: 2018938
E-mail: instrumentacion@fucsalud.edu.co
hppt: www.fucsalud.edu.co

I SEMESTRE	II SEMESTRE	III SEMESTRE	IV SEMESTRE	V SEMESTRE	VI SEMESTRE	VII SEMESTRE	VIII SEMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> • Biología • Morfofisiología I • Física • Química • Introducción a la instrumentación • Comunicación oral y escrita • Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Microbiología • Ecología • Morfofisiología II • Esterilización • Bioquímica • Técnicas quirúrgicas I • Técnicas de instrumentación • Sociología 	<ul style="list-style-type: none"> • Patología I • Cuidados básicos en salud • Farmacología • Anestesia • Técnicas quirúrgicas II • Técnicas de instrumentación II • Inglés I • Psicología 	<ul style="list-style-type: none"> • Patología II • Epidemiología • Técnicas quirúrgicas III • Técnicas de instrumentación II • Inglés II • Constitución política y derecho en salud • Ética general • Administración general • Investigación I 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica I • Bioética • Administración hospitalaria • Investigación II 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica II • Didáctica • Proyecto de Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica III • Mercadeo • Seminario de Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica IV

PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE NUTRIENTES EN UCI

Hospital de San José, octubre a diciembre de 2004

Catherin Cholo Bulla*, Nidia Carolina Mayorga León**, Erika Johanna Suescún***

Resumen

La labor de la enfermera en el apoyo nutricional se basa en aplicar los conocimientos para mantener o restablecer el buen estado metabólico nutricional mediante una alimentación artificial útil aprovechando los avances tecnológicos, con especial énfasis en la vigilancia y los cuidados para la detección y prevención de complicaciones. Todo ello de manera conjunta con el equipo de salud, para mejorar la calidad de vida del paciente. El presente trabajo es el resultado de un proyecto que desarrollado en forma descriptiva tiene como objeto comparar lo que se prescribe y se administra en nutrición parenteral, enteral o mixta a los enfermos de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital de San José en el período de octubre a diciembre de 2004. La población total de pacientes atendidos en la UCI con soporte nutricional ya sea enteral o parenteral en dicho lapso fue de 25. Luego de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra disminuyó a 16, de los cuales 81% eran mujeres y 19% hombres. La nutrición enteral fue la más frecuente, administrada por lo menos a 10 de los 16 pacientes que conformaron la muestra (62.5%). El estudio reveló que tanto la enteral como la parenteral no siempre cumplen con los requerimientos necesarios para suplir las demandas metabólicas del paciente en estado crítico y por consiguiente se está nutriendo en forma inadecuada por defecto o exceso, sin tener en cuenta que puede ocasionar descompensación metabólica.

Palabras clave: nutrición, prescripción, administración, unidad de cuidados intensivos.

Introducción

En los últimos años se le ha dado poca importancia a la valoración nutricional de los pacientes, ya que los parámetros hasta ahora desarrollados no han sido aceptados en forma universal, debido a que en algunos casos se ven afectados por la respuesta a la enfermedad y suelen originar en ocasiones una evaluación de la relación costo-beneficio. Pero ahora, debido al impacto que tiene la nutrición en la evolución clínica, se ha acrecentado el interés por encontrar un marcador preciso de mal nutrición.

De ahí la importancia de la investigación en el soporte nutricional del enfermo crítico en cuanto a los requerimientos basales y la administración adecuada que proporcione un buen aporte proteico calórico que conlleve al mantenimiento de la salud y por consiguiente a un equilibrio metabólico. El apoyo metabólico nutricional es un área que rápidamente se ha involucrado en la terapéutica del paciente. Los estudios clínicos indican que su inicio temprano (en particular cuando se utiliza la vía enteral) puede disminuir la frecuencia de infecciones y la estancia hospitalaria, con notable reducción de los costos.

Los pacientes en estado crítico necesitan aportes superiores a los requerimientos normales de macro o micro nutrientes para disminuir su hipermetabolismo, prevenir el catabolismo excesivo y lograr una recuperación posterior. Por ello es de gran importancia brindar un soporte nutricional adecuado y oportuno.

Fecha recibido: 2 de febrero 2006 - Fecha aceptado: 15 de febrero 2006

* Enfermera, Fundación Hospital San Carlos, estudiante de III semestre de postgrado en cuidado intensivo de enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

** Estudiante de III semestre de postgrado en cuidado intensivo de enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

*** Enfermera Hospital Militar, estudiante de III semestre de postgrado en cuidado intensivo de enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
Tutoría de la licenciada Yolanda Vallejo, Decana de la facultad de enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo principal de la investigación fue comparar la prescripción y la administración en nutrición parenteral, enteral o mixta a los pacientes de la UCI del Hospital de San José.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y comparativo para establecer si hay diferencias entre la prescripción y la administración del soporte nutricional a los pacientes críticamente enfermos de la UCI del Hospital de San José. El tamaño de la muestra se determinó con base en los pacientes hospitalizados en la UCI con soporte nutricional enteral, parenteral o mixta con más de cinco días de nutrición, teniendo en cuenta la estimación de estancia promedio en el período comprendido entre octubre y diciembre de 2004. Los criterios de inclusión fueron: nutrición enteral y nutrición parenteral y estancia hospitalaria mayor de cinco días. Los de exclusión fueron: pacientes con vía oral sin requerimiento de sondas, los admitidos en calidad de donantes potenciales de órganos, aquellos en post-operatorio de cirugías cardíacas o electivas que ingresaron para extubación programada, siempre y cuando esta se realice satisfactoriamente y se inicie alimentación por vía oral.

Esta investigación solo tomó la cantidad de nutrientes en kilocalorías, ya que los datos suministrados en las historias clínicas eran insuficientes en cuanto al aporte proteico y graso que se estaba prescribiendo y administrando, lo cual dificultó la asociación de los datos y por ende solo se basó en esta medida.

Se elaboró un formato de recolección de datos que permitió comparar la prescripción médica del requerimiento nutricional diario de cada paciente con lo realmente administrado. Se incluyeron preguntas que aportaron información sobre el nombre, número de la historia clínica, edad, diagnóstico, sexo, fecha de ingreso a la UCI, prescripción de soporte nutricional (en kilocalorías) y tipo de nutrición.

La información se tabuló en una base de datos en el programa Excel y se presentó en tablas de distribución e histogramas, que mostraron los resultados de la evaluación del soporte nutricional en la UCI del Hospital de San José.

Resultados

Se realizó una investigación retrospectiva, con el fin de verificar cuánto se prescribe y se administra de la nutrición en kilocalorías por parte del personal de enfermería y se obtuvieron las siguientes conclusiones.

La población total de enfermos atendidos en la UCI con soporte nutricional ya sea enteral o parenteral en el lapso de septiembre a diciembre de 2004 fue de 25. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra disminuyó a 16 pacientes, de los cuales el 81% eran mujeres con una edad mediana de 66 años, oscilando entre 24 y 88 años; mientras que la edad mediana de los hombres fue de 69 años variando entre 23 y 70 años.

En relación con las medidas antropométricas, el peso mediano para las mujeres fue de 65k con un valor mínimo de 57 y un máximo de 80; de otro lado para los hombres el peso mediano fue 50k (43-65). En cuanto a la talla, el valor mediano fue de 1.59 m y de 1.75 para las mujeres y los hombres respectivamente.

En el **gráfico 1** se observa, que al tener en cuenta el tipo de nutrición administrada, la más frecuente fue la enteral, con un mínimo de diez pacientes.

Al realizarse la comparación entre lo prescrito y lo administrado en kilocalorías, se observó que en la mayoría de los días, independiente del tipo de dieta, el valor mediano fue inferior a lo indicado por el médico. Llama la atención que en este estudio se encontró que la nutrición enteral del primer día no cumple con el requerimiento óptimo, ya que el valor mediano entre lo prescrito y lo administrado presentó una gran diferencia siendo de 1.604 kcal y de 1.261 kcal respectivamente, consecuencia de la prueba de tolerancia. Adicional-

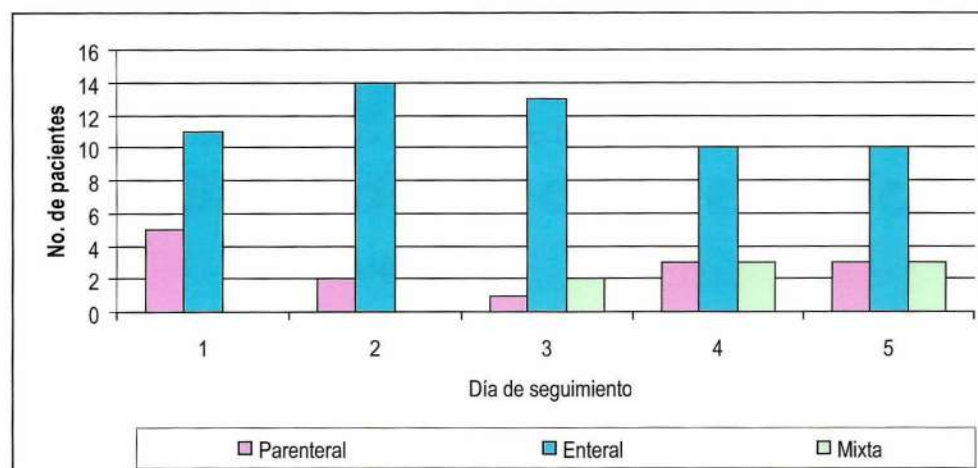


Gráfico 1. Distribución del número de pacientes según el tipo de nutrición administrada en cinco días de seguimiento.

mente, el mismo día se observó un paciente que se le administró el consumo calórico más bajo, siendo de 242 kcal cuando lo prescrito era de 1.800 kcal.

Se halló que en dos de los tres días en que hubo administración de nutrición mixta, el valor mediano de lo aportado fue superior a lo formulado. Además, se identificó una paciente que durante los tres días que estuvo con dicha nutrición sobrepasó su requerimiento, mientras que los dos primeros días en los cuales tuvo enteral no cumplió con su demanda nutricional.

A continuación se presenta la **tabla 1** de las medidas de tendencia central y de dispersión para

cada tipo de nutrición según el día de seguimiento; al igual que el correspondiente **gráfico 2** comparativo entre el valor mediano prescrito y el administrado en nutrición enteral.

Luego de calcular cuánto de lo prescrito se había administrado, se discriminó dicho porcentaje en los tres grupos contemplados en el capítulo de metodología, hallando que en la nutrición enteral al menos dos pacientes no cumplían con el requerimiento. En el mismo tipo de nutrición se encontró que en el 64% de los pacientes en el primer día no se cumplía con lo prescrito, disminuyendo dicho porcentaje casi a la mitad los días siguientes, exceptuando el tercer día.

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de dispersión según la nutrición y el día de seguimiento

	Nutrición	N	Ordenado		Administrado			
			Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo
Día 1	Parenteral	5	1,750	1,673	1,900	1,804	1,766	1,884
	Enteral	11	1,604	1,040	1,800	1,261	242	1,828
Día 2	Parenteral	2	1,750	1,700	1,800	1,581	1,512	1,650
	Enteral	14	1,733	1,500	1,900	1,733	529	2,724
Día 3	Parenteral	1	.	1,700	1,700	.	1,630	1,630
	Enteral	13	1,700	1,500	1,900	1,647	434	1,850
	Mixta	2	1,750	1,700	1,800	1,867	1,850	1,884
Día 4	Parenteral	3	1,804	1,700	1,835	1,400	835	1,868
	Enteral	10	1,791	1,600	1,900	1,656	800	1,874
	Mixta	3	1,800	1,776	1,800	1,766	1,080	2,114
Día 5	Parenteral	3	1,804	1,800	1,900	1,800	1,800	1,836
	Enteral	10	1,775	1,446	1,800	1,650	800	1,984
	Mixta	3	1,800	1,800	1,900	1,853	1,780	2,233

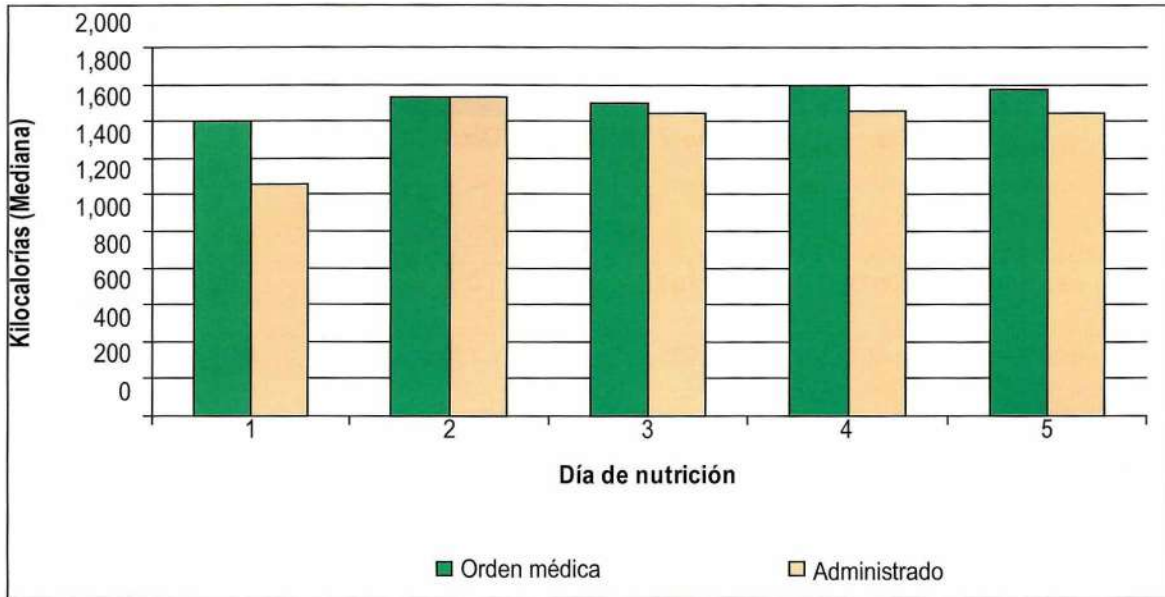


Gráfico 2. Comparación entre el valor mediano de la orden médica y lo administrado durante cinco días de nutrición enteral.

En cuanto a la parenteral, así se tenga una submuestra pequeña, se observó que la tasa de incumplimiento del aporte nutricional es inferior que la anterior, como resultado de la menor intervención de enfermería.

A continuación se presenta la **Tabla 2** de frecuencias absolutas y porcentajes para cada tipo de nutrición según el día de seguimiento teniendo en cuenta el cumplimiento del requerimiento.

De acuerdo con la comparación que se realizó frente a lo prescrito y lo administrado en kilocalorías en cinco días de hospitalización, se observó que la enteral y parenteral no cumplen en varias oportunidades con los requerimientos necesarios para suplir las demandas metabólicas del paciente en estado crítico y por consiguiente se está malnutriendo por defecto o exceso, sin tener en cuenta que se puede ocasionar descompensación metabólica.

Esto es más evidente al comenzar la nutrición, ya que hay múltiples causas para que no se inicie a tiempo, como sucede cuando la IPS no cubre el suplemento nutricional. Además, como la suspensión no se especifica en muchas historias clínicas por diferentes motivos, el resultado es un bajo suministro que puede

causar más complicaciones, estancias hospitalarias prolongadas y mayores costos para la institución.

Discusión

El soporte nutricional especializado se define como un suministro de nutrientes por vía oral, enteral o parenteral con fines terapéuticos. La enteral comprende suministro involuntario de nutrientes por sonda en el tracto gastrointestinal. La parenteral es la administración por vía endovenosa. El soporte nutricional especializado se implementa en los individuos que no pueden, no deben o no quieren alimentarse en forma adecuada y en quienes los beneficios de la nutrición facilitada superan los riesgos. Los pacientes con desnutrición o en riesgo significativo de presentarla deben recibir un soporte nutricional especializado. Su administración nunca es una emergencia y solo debe instaurarse cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estabilizado.

La evaluación del deterioro del estado nutricional debe ser la base para establecer un soporte adecuado, requiriéndose un monitoreo de indicadores que traduzcan desnutrición proteico calórica, si tenemos en cuenta que estos pacientes reciben la influencia de la inanición y el estrés, es decir van a estar hiper-

Tabla 2. Distribución de frecuencias absolutas y porcentajes para cada tipo de nutrición según el día de seguimiento teniendo en cuenta el cumplimiento del requerimiento

		Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Día 5	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Parenteral	No cumple	3	60%	1	50%	0	0%	1	33%	0	0%
	Cumple	2	40%	1	50%	1	100%	0	0%	3	100%
	Sobrepasa	0	0%	0	0%	0	0%	2	67%	0	0%
Enteral	No cumple	7	64%	3	21%	5	38%	2	20%	3	30%
	Cumple	2	18%	5	36%	4	31%	5	50%	3	30%
	Sobrepasa	2	18%	6	43%	4	31%	3	30%	4	40%
Mixta	No cumple	0		0		0	0%	1	33%	0	0%
	Cumple	0		0		0	0%	1	33%	1	33%
	Sobrepasa	0		0		2	100%	1	33%	2	67%

catabólicos. Evaluar en la cabecera del enfermo su estado nutricional es la piedra angular para lograr una mejor calidad en la evolución de los pacientes críticos.

La investigación desarrollada durante el periodo de octubre a diciembre de 2004 en la UCI del Hospital de San José, demostró que existen diferencias entre lo prescrito y administrado en cuanto al soporte nutricional, evidenciándose que lo último estuvo casi siempre por debajo de lo primero, aunque, en algunos casos lo administrado superó lo prescrito. Los factores que incidieron para que esto sucediera se relacionan directamente con las características de los pacientes en sí, de un inapropiado monitoreo continuo y de la vigilancia por parte de las jefes del servicio.

Como parte de las sugerencias que surgen de esta investigación, está la capacitación continua en el área

de soporte nutricional, con el objeto de incluir en el plan diario de atención de enfermería el monitoreo y vigilancia continuo para la detección temprana y prevención de riesgos que conlleven a estas situaciones que son deletéreas para el paciente.

Además, es importante resaltar la importancia de entrenar al personal médico en formación que son los directos responsables de la prescripción del soporte y del registro de la evolución nutricional. El seguimiento de estos pacientes requiere una continua monitorización y ajuste de los nutrientes formulados cada día, especificando el porcentaje de carbohidratos, lípidos y proteínas equivalentes al requerimiento calórico total de cada paciente. Cualquier modificación que se haga debe ser constantemente evaluada para aplicar los correctivos pertinentes.

Se recomienda que en la UCI es primordial conformar un grupo de soporte nutricional especializa-

do y exclusivo para brindar la terapia nutricional, lo cual beneficiará a los pacientes y al hospital en cuanto a costo-beneficio y estancia hospitalaria.

Lecturas recomendadas

- Baquero L. H. Soporte nutricional especial, organización de una unidad de soporte metabólico y nutricional. 3ª edición, Ed. Panamericana, 2002; 3-8
- Cerra FB. Hypermetabolism, organ failure, and metabolic support. *Surgery* 1987; 101:1
- Lipman TO. Grains or veins: Is enteral nutrition really better than parenteral nutrition? A look at the evidence. *JPEN* 1998;22:167-182
- Mora R. soporte nutricional Especial. Ed. Médica Panamericana, Bogotá, Colombia. Primera Edición 1992.
- Robles G. J. Nutrición en el paciente críticamente enfermo. Ed. McGraw Hill. Mexico. 1996.
- Ziegenbein RC. Focused review criteria for central parenteral nutrition. *Nutr Clin Pract* 1989; 4:24



MODELO DE PERFIL DE MORBILIDAD, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

Barrio El Rodeo de la localidad de San Cristóbal, Bogotá D.C.

María del Rosario Bernal MD*, Constanza Rubio MD**, Alexander Vergara***

Resumen

Para la implementación del programa “Barrio Saludable” era importante determinar el perfil de morbilidad de los habitantes del barrio El Rodeo, sus necesidades fundamentales de saneamiento y sus características sociodemográficas, con el fin de establecer programas de salud, generar conductas de autoestima y autocuidado, promoviendo así la salud y evitando la aparición y el desenlace de patologías modificables, intervenibles y prevenibles, utilizando al máximo los escasos recursos de la salud.

Palabras clave: morbilidad, saneamiento ambiental, localidad de San Cristóbal.

Introducción

En Colombia el actual sistema de salud implementado con la ley 100 de 1993, es un modelo principalmente curativo, en donde la cultura popular es la asistencia a los servicios de salud para la mejoría de la enfermedad, generando gastos de administración y operación del sistema bastante elevados, con una infraestructura deficiente, inexistente e insuficiente para la prestación de los servicios de rehabilitación y tratamientos de alto costo.

Ante las necesidades poblacionales en la localidad de San Cristóbal en Bogotá D.C. y teniendo en cuenta la tendencia de la Secretaría Distrital de Salud de pago por evento y fijo global prospectivo hacia los pagos por impacto o de reconocimiento por resultados, proceso que aceptará solo aquellos eventos que demuestren un beneficio palpable para el paciente en todas las áreas de la salud, basados en actividades de promoción y preven-

ción por sexo y grupo étnico, los cuales deben realizarse dentro de paquetes definidos y costeados donde estarán contempladas todas las actividades resolutorias y los procedimientos intermedios necesarios.

El estudio se realizó en el barrio El Rodeo, localizado en el área de influencia de la UPA La Victoria, perteneciente al Hospital San Cristóbal, ubicada en la localidad cuarta de la ciudad de Bogotá D.C.

Dentro de las actividades de la gestión local de salud se encuentra la identificación del perfil de morbilidad del barrio El Rodeo, para realizar así un plan de gestión local que oriente a la UPA La Victoria a prestar un servicio acorde con las necesidades básicas de la comunidad por grupos étnicos y aquellos especiales de los menores de un año y las mujeres embarazadas. Se haría a través de programas de salud y actividades que generan impacto y hábitos de vida saludable al estimular el mejoramiento en la calidad de los procesos de salud – enfermedad, lo cual evita costos operacionales elevados y favorece una rentabilidad económica al actual sistema de salud.

La investigación permitió identificar las enfermedades más frecuentes en la población del barrio El Rodeo a través del diseño de una ficha familiar

Fecha recibido: 17 de nov. 2005 - Fecha aceptado: 30 de Enero 2006

* Médica de la Pontificia Universidad Javeriana, Coordinadora UPA La Victoria. Postgrado en Gerencia en Salud, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

** Odontóloga del Colegio Odontológico Colombiano. Postgrado en Gerencia en Salud. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

*** Enfermero de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Postgrado en Gerencia en Salud.

aplicada en la visita domiciliaria, el diligenciamiento de la historia clínica con examen físico completo y los hallazgos de la encuesta de calidad de vida. Con ello se determinó el perfil de morbilidad, las características sociodemográficas y de saneamiento ambiental, para así fortalecer los programas de promoción y prevención, además de la implementación del programa "Barrio Saludable", mediante el cual se recupera el concepto de salud familiar tomando al individuo como parte de la familia y de la comunidad.

Metodología

Es un estudio observacional descriptivo, el universo es la localidad de San Cristóbal y la muestra por conveniencia son los habitantes del barrio El Rodeo afiliados al régimen subsidiado de salud, vinculados y personas no afiliadas al sistema.

Se decidió tomar este barrio por las siguientes razones: colaboración por parte de la comunidad y deseo de la misma para implementar programas de impacto para sus habitantes, cercanía a la UPA La Victoria, tamaño del barrio y necesidades sentidas de la población.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron la encuesta de calidad de vida (de acuerdo con los parámetros establecidos por la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.), la ficha familiar y la historia clínica de la UPA La Victoria. En el mes de junio de 2003 se aplicó a los habitantes del barrio la encuesta de calidad de vida por el personal de enfermería y del departamento de saneamiento básico del Hospital San Cristóbal. De esta encuesta se obtuvo el censo de población, las características de saneamiento ambiental, sociodemográficas y el número telefónico de los habitantes.

Con esta información se contactó a la población y se acordó el día de la visita domiciliaria con el fin de captar a toda la familia. El día de la visita se aplicó la ficha familiar por el médico, el odontólogo, la auxiliar de enfermería y el técnico de saneamiento. Para verificar la veracidad de los datos dados por la

comunidad se solicitó la muestra de soportes médicos y fórmulas de tratamiento, para llegar a diagnósticos certeros y evitar sesgos de memoria.

En la visita domiciliaria se realizó el proceso de apertura de historia clínica, examen físico, diagnóstico médico y odontológico y se canalizaron a los diferentes servicios de la UPA para la realización de las actividades de promoción y prevención y toma de exámenes paraclínicos, estipulados en la resolución 412 y ley 715.

Resultados

Se realizaron el 100% de las visitas domiciliares. El total de la población fue de 294 habitantes, cuya distribución por edad y sexo se ve en la (Tabla 1).

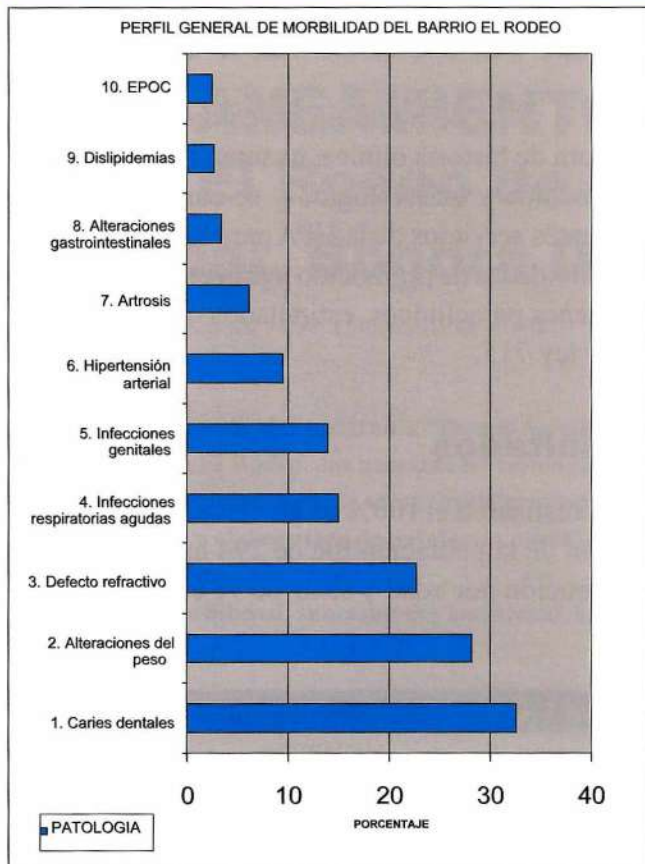
Tabla 1. Distribución por edad y sexo de la población

	HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%
Menores de 1 año	5	4,1	3	1,8
1-5 años	10	8,1	14	8,2
6-15 años	19	15,4	41	24,0
15-44 años	65	52,8	56	32,7
Mayores de 45	24	19,5	57	33,3
	123	100	171	100

La media de edad es de 30 años con una desviación estándar de 4 años. El 38% de la población se encuentra en estado civil soltero, 35% casado y 14% en unión libre.

Los resultados en cuanto a saneamiento ambiental muestran falta de cobertura total en alcantarillado 6% y suministro de agua 10%. El 81% de la población carece de una disposición adecuada de basuras. De acuerdo con las condiciones de vivienda el 100% de estas no brindan necesidades básicas y la densidad promedio por casa de 4.2 habitantes. El 47.2% tiene vivienda propia y 44% en arriendo.

El perfil de morbilidad del total de la población se aprecia en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Distribución por edad y sexo de la población

Los resultados por grupo etáreo se indican a continuación:

- Menores de un año: la población de este grupo es de ocho personas, que equivalen solo al 2.7% del total. El 37.5% (tres casos) en el momento de la visita presentaba infecciones de vías respiratorias (otitis, rinofaringitis, faringitis, bronquitis), 25% (dos casos) presentó displasia congénita de cadera y el 37.5% eran sanos.

- 1-5 años: del total de 24 niños se encontró que la enfermedad estomatológica (caries dentales) ocupa el primer lugar de patología en este grupo con un 75% (18 casos), seguida de las alteraciones de la agudeza visual 38% (nueve casos), infecciones respiratorias agudas 29% (siete casos) y peso bajo 25%.

- 6-15 años: la primera causa corresponde a la caries dental con un 23% (14 casos), seguida por bajo peso 17% (diez casos), en tercer lugar con alte-

raciones de la agudeza visual con 13% y descienden al cuarto lugar con 8% las infecciones respiratorias altas. Los procesos inflamatorios oculares y de vías urinarias corresponden al 3% y otras afecciones como hipotiroidismo (un caso) con el 2%.

- 16-44 años: es el grupo más representativo del estudio, con un total de 121 habitantes. La primera causa corresponde a caries dentales, con un 25%, (30 casos), seguida de infecciones genitales (vaginosis, vulvovaginitis, cervicitis) con un 19% (23 casos); continúan las alteraciones del peso (sobrepeso, obesidad y peso bajo) 18%, luego las alteraciones de la agudeza visual 12%, las afecciones gastrointestinales 8% (colon irritable, enfermedad ácido péptica) y otras 5% (insuficiencia renal aguda, hipoglicemia, dislipidemia y enfermedad varicosa).

- Mayores de 45 años: es el segundo grupo en tamaño con 81 habitantes; la primera causa de morbilidad está dada por alteraciones en el peso 52%, seguida por defecto refractivo 43%, caries 42%, hipertensión arterial 35%, vaginosis 22% y artrosis 22%. Se encontró que 92 personas (31.2%) estaban en buen estado de salud.

Conclusiones

El perfil de morbilidad reveló que las dos terceras partes de la población padecen de alguna patología en el momento de la visita. Un porcentaje importante (10%) presenta problemas de saneamiento básico que pueden generar focos de infección, epidemias y problemas de salud en los habitantes. La mayor densidad poblacional es de adultos jóvenes entre los 16 y 44 años, dentro de los cuales se encuentran dos de los grupos especiales: mujeres en edad fértil y embarazadas.

Para la realización de planes de acción es fundamental trabajar por grupos etáreos y grupos especiales, pues es la única forma de realizar actividades precisas encaminadas a la realidad. Al enfocar un perfil global, se pueden dispersar las acciones. Cuando se conoce el perfil de morbilidad, se puede obtener el rendimiento máximo de los recursos económicos y

administrativos para la implementación de programas acordes con la realidad de la población y evitar la aparición de complicaciones y enfermedades de alto costo.

Recomendaciones

Es evidente la necesidad de implementar y fortalecer un programa en salud oral que debe desarrollarse desde la gestación, con énfasis en los hábitos nutricionales, la autoestima y el autocuidado, por ser las caries dentales la causa principal de enfermedad en el barrio.

Es preocupante los niveles de malnutrición de la población que son factores determinantes de otras patologías del perfil. Las acciones de promoción y prevención deben desarrollarse desde la gestación para así disminuir la alta carga de morbilidad de los habitantes.

Ya que el 41% de la población se encuentra en edad fértil debe fortalecerse el programa de planificación y continuar con la permanente difusión y entrega de los diferentes métodos, al igual que favorecer las actividades de sexualidad responsable y evitar así la presentación de infecciones genitales. Es importante trabajar las actividades de

promoción y prevención por ciclos vitales y realizar seguimiento con la implementación de la ficha familiar en el barrio. Es indispensable identificar el perfil de morbilidad por barrio para tomar acciones focalizadas según las necesidades propias, dirigidas a la promoción y prevención y disminuir así los recursos encaminados a actividades resolutivas. Se debe implementar la ficha familiar en cada uno de los barrios de la localidad como inicio a un nuevo modelo de salud familiar.

Lecturas recomendadas

- Descentralización y Municipios Saludables, OPS, Col, 1998
- Guía Para la Formulación del Plan, Universidad Tecnológica de Pereira, OPS, 2002.
- Lineamientos Estrategia Barrio Saludable, Hospital San Cristóbal, 2003
- Los Sistemas Locales de Salud, Conceptos, Métodos, Experiencias, OPS, Washington DC, 1999.
- Malagón L G, Garantía de Calidad en Salud Bogotá, Editorial Panamericana, 2001.
- Matriz y Contrato Fondo Financiero Distrital, Actividades Promoción y Prevención, Marzo 2003
- Modelo de Reconocimiento por resultados para las Empresas Sociales del Estado de I Nivel de Atención del Distrito Capital. Bogotá, Octubre 2002
- Normas Técnicas, Resolución 0412, Ministerio de Salud, Colombia. 1998
- Plan Estratégico, Hospital San Cristóbal, Año 2002-2004, Bogotá, 2002



NECESIDADES PSICOSOCIALES DEL PACIENTE QUE INGRESA POR PRIMERA VEZ A LA UCI*

Hospital de San José de Bogotá D.C.

María Elena Algarra, Marlene Arias, Esperanza Benavides, Sandra L. García, Blanca Flor Melo, Yohana Niño**

Resumen

Recurrir a la investigación como medio para descubrir aquellas necesidades que presentan los pacientes en la UCI del Hospital de San José, nos otorga la posibilidad de proyectar nuestro trabajo como un medio para mejorar su permanencia y condiciones de atención por parte del personal especializado. El ejercicio de nuestra profesión nos exige partir de las necesidades psicosociales, las cuales se desglosan en esta investigación para proyectar una atención que contribuya al mejoramiento de la calidad de quienes pasan por la UCI. Se trata de un estudio cualitativo, cuya muestra fue de 15 pacientes de la UCI del Hospital de San José, a quienes se les aplicó un cuestionario de preguntas abiertas con el fin de reconocer las necesidades psicosociales que presenta el adulto que ingresa a la unidad. Además, permite identificarlas, priorizar las más relevantes que fueron manifestadas y con base en las respuestas quedó claro que se hace necesaria una relación directa entre enfermero y paciente, que enriquezca el proceso de comunicación y por ende ayude en la satisfacción de las necesidades psico-sociales fundamentales.

Palabras clave: necesidades psicosociales, unidad de cuidados intensivos (UCI).

Introducción

El cuidado del paciente crítico ofrece una oportunidad al profesional de enfermería para asumir responsabilidades; no solo deben poseerse conocimientos científicos, sino que debe saber que su comportamiento y actitud respecto a los pacientes puede influir en la evolución y recuperación de los mismos. Una persona que sufre un evento crítico y que requiere para su recuperación el ingreso a la UCI, experimenta situaciones que van desde un máximo riesgo vital, hasta donde su capacidad cognitiva le permite, hasta la sensación de muerte inminente; asociado con esto, el nivel de independencia para satisfacer sus necesidades básicas disminuye y se ve involucrado en un ambiente desconocido y hostil, lo cual puede generar aislamiento, ansiedad y preocupación.

Con base en la experiencia, se observa que el estado crítico de los pacientes y el ambiente de alta tensión que se vive en la UCI, produce una situación particular en donde la atención de enfermería tiende a centrarse en el comportamiento biológico, dejando a un lado las necesidades psicosociales fundamentales que el paciente puede experimentar durante su estancia en la unidad, quizá porque no se consideran prioritarias o simplemente porque no nos hemos preparado para identificarlas y abordarlas. Un enfermero con numerosas actividades por desempeñar, puede suponer fácilmente que el enfermo comprende lo que sucede o no ha percibido una necesidad importante para su recuperación, por tanto, la interacción enfermero-paciente constituye un mecanismo relevante que puede ser útil en la detección y satisfacción de las necesidades psicosociales de este, pues el enfermero es quien proporciona el cuidado las 24 horas del día, es quien dispensa todo tipo de atención y ayuda al que se encuentra aislado de su familia y de su medio; por tanto, se ve la importancia que tiene en la iden-

Fecha recibido: 18 de enero 2006 - Fecha aceptado: 31 de enero 2006

* UCI Unidad de Cuidados Intensivos

** Enfermeras estudiantes de especialización en cuidado intensivo 2004.

tificación y atención de las necesidades particulares y prioritarias del enfermo, que aseguren una mejor calidad y continuidad en el cuidado.

Metodología

Estudio cualitativo, ya que reconoce las necesidades psicosociales fundamentales del paciente que ingresa por primera vez a la UCI del Hospital de San José. La muestra fue de 15 pacientes quienes reunieron los siguientes criterios de inclusión: conscientes, orientados, estables, mayores de 18 años, cuyo ingreso fuera por primera vez y que no tuvieran soporte ventilatorio. Se aplicó una encuesta de preguntas abiertas la cual fue diligenciada por las investigadoras. Se realizó prueba piloto en tres UCI (Hospital de San José, Santa Clara y Santa Rosa de Lima) a los pacientes para evaluar el entendimiento de las preguntas y realizar ajustes al instrumento. La entrevista duró quince minutos con presentación, narración, observación simultánea y cierre.

Con la información recolectada se procedió a realizar un análisis cruzado frente a los objetivos y supuestos teóricos que sustentan el problema de este estudio, a través de la recolección de datos.

Por ser éste un estudio sobre la experiencia vivida, se tienen en cuenta los derechos e integridad. Hubo personas vulnerables, difíciles de abordar debido a su estado crítico, lo que exige un contexto ético y respeto al ser humano. Una de las consideraciones éticas que se tuvo en cuenta en primera instancia fue el consentimiento informado. La información que se le pidió al paciente fue compatible con los objetivos planteados para el desarrollo de la investigación.

Al ser un estudio cualitativo no se pretende la generalización de los resultados, las respuestas son polisémicas, por lo que la interpretación que se les ha dado en esta investigación puede ser una de varias posibles.

Resultados y discusión de la información

Identificación de las necesidades psicosociales: el promedio de edad de la muestra fue de 54.1 años

con una desviación estándar de 13.8, el 67% de estos corresponde al sexo masculino y 33% al femenino; en cuanto a la escolaridad, 34% hicieron primaria, 33% secundaria y el 33% restante realizó otros estudios. En lo referente a la ocupación, 33.3% tiene empleos profesionales, 26.6% trabajan independientemente, 26.6% se desempeñan en el hogar, 6.66% está desempleado y 6.66% pensionado.

Necesidad de seguridad: los pacientes encuestados consideraron que los equipos empleados en la UCI no eran peligrosos para su integridad física. Para las investigadoras peligroso significa todo elemento que atente contra la salud del enfermo y por tanto los equipos empleados benefician la atención a través del monitoreo continuo, permitiendo una valoración y actuación oportuna ante cualquier complicación que se presente.

Manifestaron que la tristeza es el sentimiento que más se genera al estar en la UCI; de acuerdo al consenso hecho por las investigadoras, se dice que la tristeza es una alteración del estado de ánimo que tal vez puede desencadenarse por el sometimiento a un entorno desconocido que le produce aislamiento social por no estar con sus seres queridos. Para las investigadoras el hecho de que el paciente se encuentre temporalmente alejado de su familia puede conllevar a que extrañe su entorno, pues la familia cumple un soporte vital dentro del bienestar.

Los pacientes respondieron que la prolongación del tiempo de visita sería una actitud importante para disminuir este sentimiento (tristeza); el consenso de las investigadoras fue que este mayor tiempo puede mejorar el estado de ánimo del paciente.

Según Bongard y Sue, 1995, "Los pacientes que se colocan en ambientes no conocidos tienen limitada sensación de autonomía. Esta condición puede generar un enfoque depresivo del mundo que los rodea, puede desarrollar distorsiones cognitivas en forma tal que los pacientes comienzan a tener errores de juicio como interpretar de manera negativa eventos inocuos. Comienzan a pensar en ellos mismos como seres sin valor y sentir que son una carga para quie-

nes los rodean, deteriorando la motivación para la participación en los cuidados médicos”.

Con base en lo anterior y en la experiencia de la profesión, se puede afirmar que la tristeza es el sentimiento al que se ven abocados los pacientes, principalmente por el medio desconocido que los rodea y el desprendimiento de su familia como parte de su seguridad.

Necesidad de pertenencia: los encuestados refirieron que la relación diaria con el personal de enfermería que lo atiende es buena; de acuerdo con el consenso de las investigadoras se dice que la relación enfermero-paciente puede estar determinada por el grado de empatía que se establece entre los dos y la capacidad que tiene el primero para lograr un acercamiento con el segundo, con el fin de mejorar el cuidado que se le otorga.

Piensen que el personal de enfermería puede brindarle bienestar durante la hospitalización estando más tiempo con ellos; de acuerdo con lo acordado entre las investigadoras, se denota la importancia que tiene establecer una relación directa con el paciente que le permita al enfermero una mejor comunicación con él y que el tiempo que se pase junto sea de calidad para que se sienta más acompañado durante su hospitalización.

Los pacientes manifestaron que pueden contribuir con el cuidado que se les presta colaborando con los procedimientos y recomendaciones que se les imparte; de acuerdo con lo anterior, se puede decir que cuando quieren participar en su cuidado y facilitan los procedimientos, se puede fortalecer el trabajo en equipo (personal de salud-paciente) y se mejora la calidad de la atención.

Según Kalish: “la necesidad de acercamiento es la capacidad que tiene una persona de relacionarse con otros en su entorno, cubriendo sus actividades básicas como un compromiso”. Los enfermeros deben ayudar al paciente a satisfacer las necesidades básicas a través de la relación enfermero-paciente, compensando lo que le falta, ayudando a establecer

las intervenciones clínicas con el fin de brindar bienestar físico y emocional durante su hospitalización.

Necesidad de autoestima: los pacientes encuestados manifestaron que la enfermedad que los llevó a la UCI es la alteración física más significativa; para las investigadoras, la enfermedad es cualquier alteración en el estado de salud que comprometa la vida por lo cual los pacientes se pueden sentir vulnerables ante la pérdida de su salud y de su independencia. Respondieron que la tristeza por su condición actual es la alteración que identifican en el aspecto emocional.

Manifestaron que su estado de ánimo actual no les permite desarrollar actividades como comer, bañarse e interactuar con otras personas; para las investigadoras la alteración en el estado de ánimo puede alterar las actividades que realizaban antes, en especial si presentan alguna patología que les impida desenvolverse por sí mismos, pueden sentirse con pérdida de su autonomía e independencia.

Contestaron que mejorar su autocuidado es la mayor experiencia que les ha dejado su estancia en la unidad; para las investigadoras lo anterior puede significar que la participación del paciente en la realización de las actividades de cuidado en beneficio propio, puede brindarle sentido de utilidad y de alguna forma la independencia que ha sido alterada por su estancia en la UCI y el proceso patológico que allí lo llevó.

Según Maslow, “el individuo se esfuerza por conseguir reconocimiento, utilidad, independencia, dignidad y libertad, teniendo respeto propio”. Si bien es cierto que los seres humanos tienen unas necesidades fundamentales consideradas prioritarias tanto en el sano como en el enfermo, vale la pena pensar que en el momento en que alguna causa (enfermedad) interfiere deteriorando su nivel de vida, el paciente tendrá carencia de sus necesidades y se ve imposibilitado de actuar y mantenerse útil a la sociedad.

Necesidad de autorrealización: los enfermos piensan que después de la hospitalización no se verá afectado su desempeño laboral; para las investigadoras este factor juega un papel importante dentro de la autorrealización del ser humano, el cual puede contribuir hacia las metas que satisfagan su deseo de superación. En contraste con lo manifestado por los pacientes hospitalizados en la unidad, el trabajo no les preocupa mucho pues la mayoría desempeñan labores domésticas o están desempleados.

Los encuestados manifestaron que la dinámica de su estructura familiar se ve alterada por su permanencia en la UCI; para las investigadoras dicha dinámica es el rol que desempeña cada miembro dentro de la unidad familiar y las funciones que ejerce en ella. Esta se puede alterar debido a que la mayoría son cabeza de hogar y por tanto punto de equilibrio en la dinámica familiar.

Contestaron que el hecho de estar en la UCI no les evoca ninguna experiencia traumática que afecte su situación actual; para las investigadoras experiencia traumática es un suceso que puede alterar de manera negativa el conocimiento que se adquiere a través de un evento vivido y que puede ser más relevante si ha ocurrido en personas muy cercanas al individuo.

Según Maslow, “el nivel de necesidad más alto es la autorrealización o la necesidad de sacarle el mayor partido de sus capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales, con el fin de sentir el tipo de persona que desea ser”. Es así que en nuestra experiencia laboral, los hospitalizados no se preocupan por las necesidades de autorrealización, ya que les preocupa cubrir las demás necesidades.

Escala de prioridades psicosociales fundamentales: la satisfacción de las necesidades fundamentales es una característica que identifica a todo ser humano, teniendo en cuenta que esto sucede en grados de prioridad individual según la experiencia de vida, lo cual se observa en las respuestas al instrumento aplicado. La más relevante es la necesidad de **pertenencia**, seguida en su orden por la de **autoestima**, **autorrealización** y **seguridad**.

En la primera, los pacientes se sienten desprotegidos pues se enfrentan a un medio desconocido, aislado de la sociedad y de su familia, donde están permanentemente dependientes de otros, su capacidad para afrontar las situaciones de la vida diaria disminuye debido al proceso patológico que cursa y la vulnerabilidad emocional que esto le acarrea.

Continuando con el orden de prioridad, la necesidad de autoestima se ve reflejada en la alteración física manifestada por la patología que los llevó a su hospitalización, manifestándose en su aspecto emocional como tristeza, preocupación e incomformidad, al considerar que esta alteración del estado de ánimo no les permite desarrollar las actividades de la vida diaria.

En cuanto a la necesidad de autorrealización, manifestaron que no se afecta su desempeño laboral, pero que por el aislamiento al cual se ven sometidos dentro de la UCI altera su dinámica familiar.

Por último, en la necesidad de seguridad consideran que los equipos empleados en la UCI no son peligrosos para su integridad física y por el contrario manifiestan que estos les proporcionan mayor seguridad pues se sienten mejor cuidados; al mismo tiempo, el sentimiento que les genera el estar en la UCI es la tristeza debido a que se sienten aislados del mundo, de su familia y el hecho de estar hospitalizados allí les crea la sensación de que pueden morir.

Conclusiones y recomendaciones

Las necesidades psicosociales fundamentales de los pacientes que ingresan por primera vez a la UCI del Hospital de San José de una u otra manera se ven afectadas por el proceso de la enfermedad. Sin embargo, la actitud de ellos es positiva ya que confían en la capacidad técnico-científica del personal de enfermería.

La investigación prioriza algunas de las necesidades psicosociales fundamentales y justifica el queha-

cer de la profesión de enfermería en la satisfacción de cada una de ellas.

Considerando la solicitud manifestada por los pacientes, se propone la posibilidad de ampliar el horario de visitas a la UCI del Hospital de San José y así lograr satisfacer una de las necesidades más sentidas.

Se sugiere que el instrumento empleado en la recolección de la información siga siendo evaluado y corregido hasta obtener uno final validado.

Con base en las respuestas de los pacientes encuestados quedó claro que se hace necesaria una relación directa entre enfermero y paciente, que enriquezca el proceso de comunicación y por ende ayude en la satisfacción de las necesidades psicosociales fundamentales de los enfermos de la UCI.

Lecturas recomendadas

- Helderearp P. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia para la enfermera psicodinámica. Barcelona; Salvat, 1995, p.15
- Weley R. Teorías y modelos de enfermería. México Interamericana; 1995, p.27



ADHERENCIA A LA GUÍA DE LAVADO DE MANOS EN UCI*

Vigilancia Epidemiológica en el Hospital de San José de Bogotá

*María del Carmen Calvo***, *Fabiola Jiménez***, *Carolina Lancheros***, *John Martínez***, *Constanza Reyes***

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la adherencia a la guía de manejo clínico de lavado de manos por parte del personal de salud, después de la aplicación del sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital de San José de Bogotá. Para conseguirlo se contó con un grupo de 33 individuos que conformaron la muestra. A este personal de salud se les aplicó una lista de chequeo e insumos obteniendo un diagnóstico inicial. Después se explicó el funcionamiento del SVE y se asignaron tareas. Luego se realizó un acompañamiento para solucionar inquietudes que surgieron en el diligenciamiento de las listas de verificación. A cada funcionario que labora en la UCI del Hospital de San José de Bogotá y que fue observado en el diagnóstico inicial, se le asignó un código que lo identificó de manera anónima y que lo ubicó en el semáforo epidemiológico, dependiendo del grado de adherencia de cada uno a la guía de lavado clínico de manos.

Posterior a la implementación del SVE se aplicaron las mismas listas de verificación utilizadas en el diagnóstico inicial para determinar el comportamiento de la adherencia a la guía de lavado de manos, con los siguientes resultados: se observó un mejoramiento en la adherencia por parte de todo el personal de salud, donde las que menos fallaron fueron las enfermeras y las terapéutas y el número de ítems acertados llegó hasta 20, con lo cual se concluyó que el personal que labora en la UCI aunque se lava las manos, presenta deficiencias en la adherencia a la guía, las cuales son susceptibles de superarse con la aplicación continua del SVE. Aunque la práctica de lavado de manos es diaria, se deben realizar talleres de capacitación y evaluación periódica como lo estipula la guía de la Secretaría de Salud para garantizar la adherencia al 100%, pues el éxito del SVE depende de la motivación y aplicación continua por parte del personal. El control de la disponibilidad permanente de insumos, permite la exigencia del cumplimiento de la guía de manejo de lavado de manos.

Palabras clave: sistema de vigilancia epidemiológica, guía de lavado de manos, unidad de cuidados intensivos, personal de salud.

Introducción

En el ejercicio profesional se observa que el lavado clínico de manos se ha convertido en un procedimiento mecánico que se realiza sin darle la relevancia que merece, olvidando que las manos son reservorio de microorganismos patógenos y no patógenos, siendo el principal vehículo de infección cruzada en las instituciones de salud.

Para la transmisión de patógenos al paciente se requiere una cadena secuencial que comprende: microorganismos presentes en la piel del paciente o en objetos inanimados que se transmitan a las manos de los trabajadores y que sobrevivan en las manos del personal de salud.

La complejidad del cuidado del paciente de la UCI requiere mayor número de contactos del personal de salud, aumentando los factores de riesgo extrínsecos para adquirir una infección nosocomial, en consideración a su inmunosupresión, a los múltiples procesos invasivos y en muchas ocasiones a la necesidad

Fecha recibido: 20 de enero 2006 - Fecha aceptado: 30 de enero 2006

* Unidad de cuidados intensivos

** Estudiantes de postgrado UCI adulto crítico, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
Tutoría de la Sra. Lucy Muñoz de Rodríguez, asesora metodológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

de administrar antibióticos de amplio espectro que aumentan la posibilidad de gérmenes emergentes con gran capacidad patogénica infecciosa. Por consiguiente, el lavado de manos es un factor esencial en la prevención de las infecciones nosocomiales y debe ser parte de la cultura de autocontrol generada a través de sistemas de vigilancia continua.

Partiendo de la motivación y compromiso de la mayoría del personal que labora en la UCI del Hospital de San José de Bogotá sobre la adherencia al lavado clínico de manos, y el uso de alcohol glicerinado, comportamiento que no es igual en el personal externo a la unidad, el grupo investigador presentó como estrategia de mejoramiento hacia la vigilancia continua, el SVE del lavado de manos que se implementó en la unidad quirúrgica de la misma institución.

El trabajo partió de un diagnóstico situacional sobre la adherencia al lavado de manos del personal que labora en la unidad, continuando con la aplicación del SVE, adaptado a las necesidades de la UCI y por último el diagnóstico para determinar la adherencia antes y después de la aplicación del mismo.

Métodos

Se hizo una investigación cuasi-experimental con una muestra de 33 personas conformada por intensivistas, residentes en cuidado crítico, enfermeras, auxiliares de enfermería y terapeutas respiratorias de la UCI del Hospital de San José de Bogotá de todos los turnos.

La muestra es no probabilística a conveniencia, conformada por el total de la población y que cumple con los siguientes criterios de inclusión: personal del equipo de salud que labora en la UCI del Hospital de San José de Bogotá, a quienes se aplicó la lista de chequeo sobre la adherencia a la guía de lavado clínico de manos con un diagnóstico inicial y final.

La lista de chequeo de adherencia a la guía de lavado clínico de manos se hizo teniendo en cuenta la que existe en la UCI del Hospital de San José

de Bogotá, la cual cumple con el 100% de la normatividad vigente. Está compuesta por 20 ítems que desglosan el procedimiento en forma correcta, secuencial y completa.

Los datos del diagnóstico inicial fueron recolectados en los diferentes turnos de la UCI por cinco observadores durante las prácticas de dos semestres de la especialización en cuidado crítico y los del diagnóstico final se recolectaron un mes después de implementado el SVE.

Previa autorización del jefe médico y la enfermera coordinadora de la UCI se inicia la sensibilización sobre la importancia de adherencia a la guía de lavado clínico de manos y el apoyo para el establecimiento del SVE en la UCI. Se programaron tres talleres de sensibilización, donde se presentaron los resultados del diagnóstico inicial, se explicó el funcionamiento del SVE y se asignaron tareas para los enfermeros y auxiliares de enfermería de acuerdo con el subsistema correspondiente.

Como actividad de reforzamiento se colocaron notas motivadoras hacia la adherencia al lavado de manos y el inicio de la aplicación del SVE en las carteleras de la UCI. El siguiente paso fue el acompañamiento a los auxiliares de enfermería y enfermeros para solucionar inquietudes que surgieron en el diligenciamiento de las listas de verificación de cada subsistema.

El análisis estadístico utilizado para la revisión de los resultados obtenidos de la investigación fue descriptivo y su presentación se realizó en tablas comparativas de los diagnósticos inicial y final, las cuales identifican los ítems incumplidos con mayor frecuencia durante el lavado de manos y las fallas en los insumos que deben solucionarse con prioridad para llegar a niveles máximos de calidad en la adherencia a la guía de lavado clínico de manos.

Resultados

La **Tabla 1** muestra el comportamiento del personal de salud en cuanto a la adherencia a la guía

Tabla 1. Comparativo de ítems acertados en la adherencia a la guía del lavado de manos

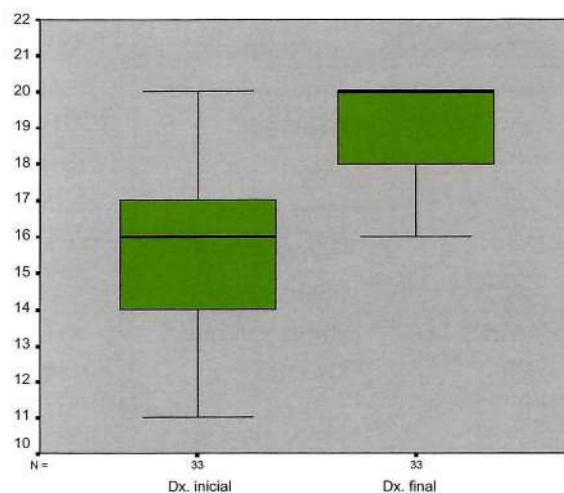
		DX. INICIAL	DX. FINAL
Auxiliar	N	15	15
	Mediana	14	19
	Mínimo	11	16
	Máximo	17	20
Enfermera	N	8	8
	Mediana	18,5	20
	Mínimo	14	17
	Máximo	20	20
Médico	N	5	5
	Mediana	16	19
	Mínimo	11	16
	Máximo	20	20
Terapista	N	5	5
	Mediana	17	20
	Mínimo	14	17
	Máximo	20	20
Total	N	33	33
	Mediana	16	20
	Mínimo	11	16
	Máximo	20	20

de manejo de lavado clínico de manos. Se utilizó la mediana por el tamaño de la muestra. En los 15 auxiliares de enfermería observados en el diagnóstico inicial, el mínimo de ítems acertados fueron 11 con un máximo de 17; mientras que en el diagnóstico final hubo un mínimo de 16 y máximo 20, siendo este último el total de la lista de chequeo. En ocho enfermeros el mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 14 y máximo 20, y en el diagnóstico final el mínimo fue 17 y máximo 20. En 5 médicos observados, el mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 11 y máximo de 20, mientras que en el final el mínimo fue 16 y máximo de 20. En las 5 terapistas el mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 14 y máximo 20 mientras que en el final fue de 17 y 20.

Se concluye que los auxiliares de enfermería fueron quienes más fallaron en el diagnóstico inicial

y los que menos los enfermeros y terapeutas; mientras que en el diagnóstico final se nota una mayor adherencia a la guía de lavado de manos por parte de todo el personal de salud.

El **Gráfico 1** muestra en total los 33 trabajadores de la salud de la UCI cuyo mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 11 y máximo 20 mientras en el final fueron 16 y 20, lo que indica una mayor adherencia a la guía de lavado de manos.

**Gráfico 1.** Comparativo total de ítems no acertados en los diagnósticos inicial y final.

En la **Tabla 2** se observa que 13 personas no se adherían en el diagnóstico inicial y en el final si lo hicieron, 14 individuos no se adhirieron ni en el inicial ni en el final.

También se aprecia que cuatro personas se adhirieron en el diagnóstico inicial y en el final, mientras que dos en el inicial y no en el final.

La **Tabla 3** indica que en el diagnóstico inicial se detectaron los seis ítems que más fallaron en la UCI y al compararlos luego de la aplicación del SVE se observa el mejoramiento. En el ítem antes y después los auxiliares de enfermería pasaron de 11 a 1 en guantes de 12 a 4, en sitios de 12 a 7, en limpia uñas de 11 a 1, en palma de 7 a 0 y en muñeca de 11 a 1. Los

Tabla 2. Adherencia vs. no adherencia en los diagnósticos inicial y final

Diagnóstico final				
Diagnóstico inicial		Adherencia	No adherencia	Total
	No adherencia	13	14	27
		39,3 %	42,4 %	-
	Adherencia	4	2	6
		12,1%	6%	-
Total	-	17	16	33

Tabla 3. Mejoramiento de ítems no adheridos con la aplicación del SVE

		Auxiliares	Enfermeros	Médicos	Terapistas	Total general
Diagnóstico inicial	Antes y después	11	1	3	2	17
	Guantes	12	1	2	4	19
	Sitios	12	3	4	1	20
	Limpia uñas	11	2	1	1	15
	Palma	7	2	3	2	14
	Muñeca	11	3	1	1	16
Diagnóstico final	Antes y después	1	0	2	1	4
	Guantes	4	1	0	1	6
	Sitios	7	1	0	1	9
	Limpia uñas	1	0	1	0	2
	Palma		1	1	0	2
	Muñeca	1	0	0	1	2

enfermeros en el ítem antes y después pasaron de 1 a 0, en guantes siguen en 1, en sitios de 3 a 1, en limpia uñas de 2 a 0, en palma de 2 a 1 y en muñeca de 3 a 0.

Los médicos en el diagnóstico inicial en el ítem antes y después pasaron de 3 a 2, en guantes de 2 a 0, en sitios de 4 a 0, en limpia uñas de 1 a 0, en palma de 3 a 1, y en muñeca de 1 a 0. Las terapeutas pasaron en el ítem antes y después de 2 a 1, en guantes de 4 a 1, en sitios siguen en 1, en limpia uñas de 1 a 0, en palma de 2 a 0, y en muñeca siguen en 1.

En cuanto a ítems no acertados, disminuyeron así: antes y después de 17 a 4, en guantes de 19 a 6, en sitios de 20 a 9, en limpia uñas de 15 a 2, en palma de 14 a 2 y en muñeca de 16 a 2.

El **Gráfico 2** muestra en las columnas verdes la no adherencia a los seis ítems que más fallaron en el diagnóstico inicial, en comparación con las columnas rojas que indican que fallaron en el diagnóstico final los 33 trabajadores. Se observa un mejoramiento en todos los ítems.

La **Tabla 4** muestra que en el diagnóstico inicial hay 5 ítems que demuestran deficiencias en los insumos para el lavado clínico de manos.

La **Tabla 5** muestra que en la lista aplicada en el diagnóstico final no falla ningún ítem.

Discusión

Al evaluar el primer mes de aplicación del SVE se concluye que se debe contar con este sistema siempre,

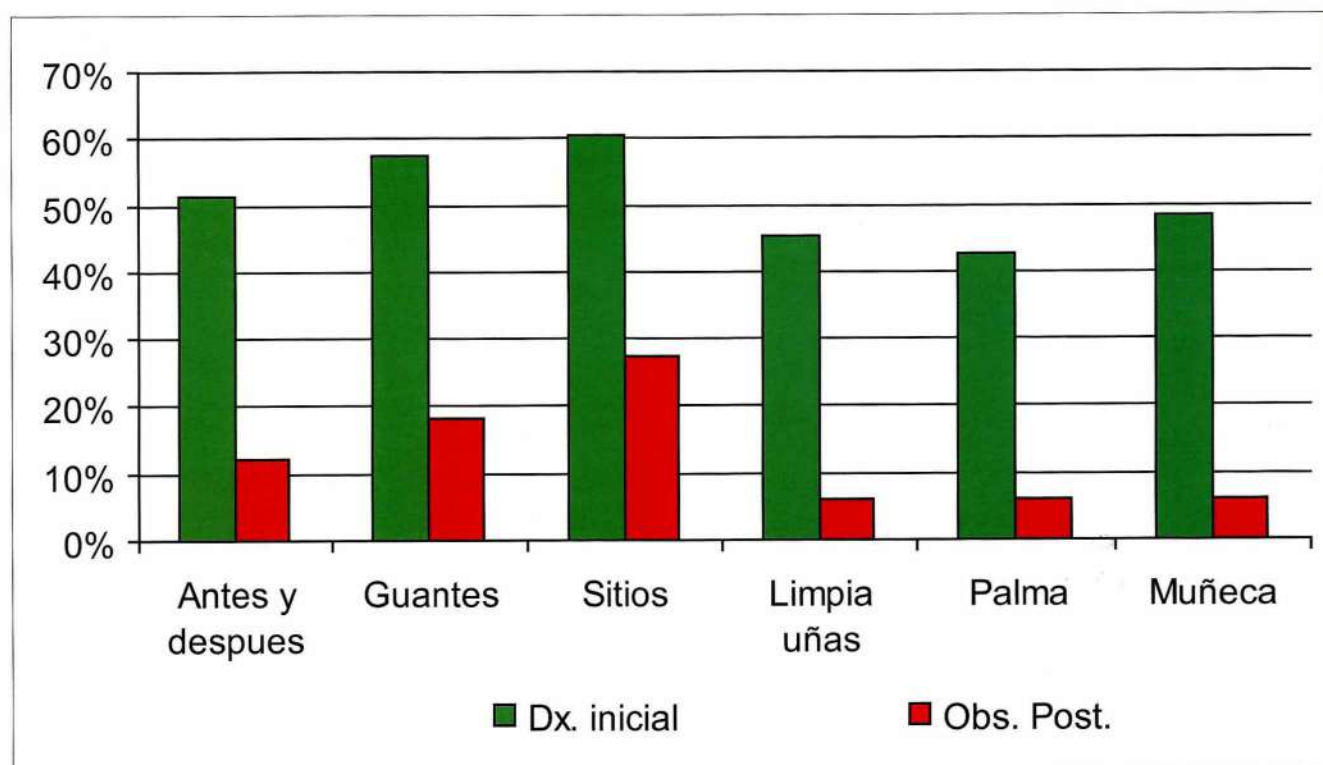


Gráfico 2. Mejoramamiento de los ítems no adheridos con la aplicación del SVE.

Tabla 4. Insumos diagnóstico inicial

LISTA DE INSUMOS DIAGNÓSTICO INICIAL

Pasos de la guía de manejo	Mañana	Tarde	Noche	Total
Protocolo de lavado de manos	1	1	1	3
Lavamanos	1	1	1	3
Agua fría	1	1	1	3
Jabón antiséptico	1	1	1	3
Reloj	1	1	1	3
Toallas desechables	1	1	1	3
Alcohol glicerinado	0	0	0	0
Caneca	1	1	1	3
Compresas	1	1	1	3
Ayudas visuales	1	1	1	3
Control biológico del agua	1	1	1	3
Medidas conservación del agua	1	1	1	3
Protocolo de llenado dispensadores	0	0	0	0
Protocolo almacenamiento antisépticos	0	0	0	0
Control biológico antisépticos	0	0	0	0
Entrenamiento al personal	1	1	1	3
Medidas correctivas	0	0	0	0

Tabla 5. Insumos diagnóstico final

LISTA DE INSUMOS DIAGNÓSTICO FINAL

	Mañana	Tarde	Noche	Total
Protocolo de lavado de manos				3
Lavamanos				3
Agua fría				3
Jabón antiséptico				3
Reloj				3
Toallas desechables				3
Alcohol glicerinado				3
Caneca				3
Compresas				3
Ayudas visuales				3
Control biológico del agua				3
Medidas conservación del agua				3
Protocolo de llenado dispensadores				3
Protocolo almacenamiento antisépticos				3
Control biológico antisépticos				3
Entrenamiento al personal				3
Medidas correctivas				3

de manera que cada persona realice sus funciones específicas, permitiendo así aumentar el grado de adherencia a la guía de manejo establecida, mediante el reforzamiento continuo de los evaluadores en la buena práctica o el cumplimiento del 100% de la guía, a través de evaluaciones individualizadas.

De acuerdo con el marco normativo establecido por el CDC de Atlanta y la Secretaría de Salud de Bogotá, se demuestra que la técnica del lavado clínico de manos es de fácil aprendizaje por su aplicación constante en el cuidado de los pacientes. La meta es el 100% de adherencia de todo el personal mediante capacitación, entrenamiento y evaluación continua, aspectos que contempla también el SVE.

El hecho de que en el diagnóstico final hayan permanecido 14 personas sin adherirse al 100% de ítems planteados en la guía y que dos que inicialmente cumplían el 100% y en el diagnóstico final no lo hacen, está de acuerdo con lo revisado en la literatura. El lavado de manos a pesar de ser una

norma estricta en el manejo de los pacientes, por ser una práctica rutinaria y mecánica no se cumple a cabalidad por todo el personal de la salud.

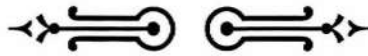
El logro obtenido en el mejoramiento de los insumos, refleja que la participación activa que ofrece el sistema aumenta la motivación del personal para el cumplimiento de los requisitos establecidos. El mejoramiento de las falencias más frecuentes identificadas en el diagnóstico inicial, como fueron no lavarse las manos cuando se manejan dos sitios diferentes del paciente o quitarse los guantes, así como incluir en el lavado los espacios interdigitales, se logró con reforzamientos específicos y comprobando los beneficios que ofrece la aplicación del sistema de vigilancia propuesto.

Se considera que este SVE para el mejoramiento en la adherencia puede aplicarse a las diferentes UCI del país, validando además los instrumentos de verificación de la guía de manejo establecida por la Secretaría de Salud de Bogotá, ya que estos

mecanismos se utilizan como herramienta de verificación del sistema

Lecturas recomendadas

- Benumog G. Infecciones nosocomiales. enero 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Cardozo A. Infecciones nosocomiales. abril 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Conde S. Escalas de valoración de pacientes en cuidado crítico. diciembre 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Estadísticas epidemiológicas de infección nosocomial en UCI. Tomado Comité de Infecciones Hospital de San José, Bogotá 2003-2004.
- Guías Intrahospitalarias: Lavado y antisepsia de manos. Secretaria Distrital de Salud de Bogota.
- Herder A. La prevención de infecciones nosocomiales en UCI. España enero 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Moreno R. Diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en la unidad quirúrgica del Hospital San José de Bogota. 2004.
- Programa de Microbiología y Micología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, universidad de Chile y Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.2003.
- Robert R. Memorias norteamericanas. Estados Unidos enero 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Romero M. Avances en infección intrahospitalaria. Revisión de las medidas para evitar las infecciones de los pacientes hospitalizados, enero 2005.
- Simmon R Bevan A. Bacterias e infección nosocomial. diciembre 2003. Disponible en <http://www.google.com>.
- Zea M F. La prevención de infecciones nosocomiales en UCI. Disponible en <http://www.nejm.org.com>.



ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN CITOLOGÍA VAGINAL

Implementación de normas ISO en el laboratorio de citohistopatología de la Clínica del Occidente

Martha Hernández León *, Nancy Jaramillo Morán **

Resumen

El laboratorio de citología de la Clínica del Occidente es un área de gran importancia en la institución a la que la directivas han decidido involucrar en sus políticas de calidad; este trabajo constituye la base fundamental para establecer el sistema de garantía de la calidad de acuerdo con las normas internacionales ISO y a los lineamientos que el Ministerio de la Protección Social emitió para tal fin.

Palabras clave: normas ISO, calidad, citopatología.

Introducción

La calidad en una organización representa un medio a través del cual se satisfacen las necesidades de los clientes. En el contexto de la cadena cliente proveedor, los clientes internos pueden ser los accionistas, directivos y trabajadores, y los externos, organizaciones cooperadoras o partes de la sociedad. Cuando la organización decide iniciar un proceso formal de mejora que pretende tener reconocimiento de organismos externos, no solo de sus clientes o usuarios, suele considerar múltiples factores que, de alguna manera, permitan predecir el éxito de ese proceso.

En el marco de dichos conceptos se desarrolló este trabajo buscando los objetivos de calidad que la Clínica del Occidente ha plasmado en sus políticas;

el sistema propuesto se apoya en normas nacionales, internacionales, técnicas y legales que sirvieron para elaborar un documento con lineamientos necesarios para tener un sistema de calidad organizado que permita tomar decisiones correctas y adecuadas, buscando la acreditación y la calidad en todos sus órdenes.

Materiales y métodos

Buscando cumplir con los propósitos de las normas ISO y las políticas de calidad propuestas por el Ministerio de la Protección Social, se siguieron las metodologías para alcanzar un proceso de garantía de la calidad del sistema general de seguridad en salud, de acuerdo con lo establecido en el decreto 2174 de 1996 y los documentos del ministerio.

Para el desarrollo del sistema de calidad para la citología en la Clínica del Occidente, se tuvo en cuenta la metodología conocida como planificar-hacer-verificar-actuar (PDCA). Su descripción breve es como sigue.

Fecha recibido: 20 de enero 2006 - Fecha aceptado: 30 de enero 2006

* Estudiante IV semestre facultad de citohistotecnología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

** Estudiante VI semestre Facultad de citohistotecnología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Este trabajo fue realizado bajo la tutoría del Dr. Pablo Emilio Morales, médico patólogo de la Clínica del Occidente y de la Dra. Ana María Morales, microbióloga de la Universidad de Los Andes.

Planificar: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización. **Hacer:** implementar los procesos. **Verificar:** realizar el seguimiento y medir los procesos y los productos con las políticas, los objetivos y los requisitos del producto e informar los resultados. **Actuar:** tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos. Bajo esta concepción se redactó un documento que es la guía para que las directivas alcancen y mantengan una política seria de calidad para la práctica de citología en el laboratorio de la institución.

Metodología

Tipo de estudio: se realizó uno retrospectivo y descriptivo de datos del laboratorio de citopatología de la Clínica del Occidente de la ciudad de Bogotá D.C, con el objetivo de conocer los resultados de las citologías vaginales realizadas en dicho centro a las pacientes que acudieron durante el período agosto de 2003 a enero de 2004 con fines de evaluación ginecológica. El universo estuvo constituido por 549 pacientes a las cuales se les había realizado la citología aplicando la técnica de Papanicolaou; se investigaron los datos clínicos y sus diagnósticos.

Diagnóstico inicial: se realizó al principio un diagnóstico general con la auditoría interna sobre el estado actual del laboratorio de citohistopatología. Luego se implementó el sistema de calidad propuesto, después se elaboraron fichas metodológicas basadas en el sistema de calidad de las normas ISO con la auditoría interna que se evaluaron de la siguiente manera: se tomaron 188 ítems para cinco factores definidos, como fueron área física, área de trabajo, recursos humanos, procesamiento de muestras e indicadores de calidad.

La calificación se realizó según la siguiente valoración:

- 0.53 Clasificación máxima del ítem.

- 0.33 Inconformidad parcial.
- 0.13 Inconformidad menor.
- 0.00 Inconformidad crítica.

Realización de manuales:

De acuerdo con el diseño del sistema de aseguramiento, se elaboraron los siguientes manuales de calidad y procedimientos:

- Funciones.
- Toma de citología vaginal.
- Coloración de citología vaginal.
- Lectura y análisis de citología vaginal.
- Archivo.
- Aseo.

Plan de acciones correctivas y preventivas: de acuerdo con los resultados de la auditoría interna se elaboró un plan de acciones correctivas y se presentó a las directivas de la Clínica del Occidente con el fin de que se corrigieran y se implementaran las medidas propuestas. Además, se hizo conocer en detalle, por los profesionales, técnicos y personal que labora en el área de citología vaginal.

Resultados

Se aplicaron los puntajes de la auditoría interna, para los cuales se tuvieron en cuenta las cinco áreas definidas dentro del laboratorio de citohistopatología de la Clínica del Occidente, cuyos valores se aprecian en las **Tablas 1 y 2** y **Figuras 1 y 2**.

En el estudio descriptivo se encontró una falencia en cuanto al registro de los casos y falta de diagnós-

Tabla 1. Puntajes de auditoría interna			
ÁREAS	ÍTEM	PUNTAJE OBTENIDO%	PUNTAJE ESPERADO%
Área física	15	6.95	7.95
Sitio de trabajo	15	7.15	7.95
Recurso humano	36	17.68	19.08
Procesamiento de muestra	100	51.80	53
Indicadores	23	9.59	12.19
PUNTAJE TOTAL	189	93.17	100

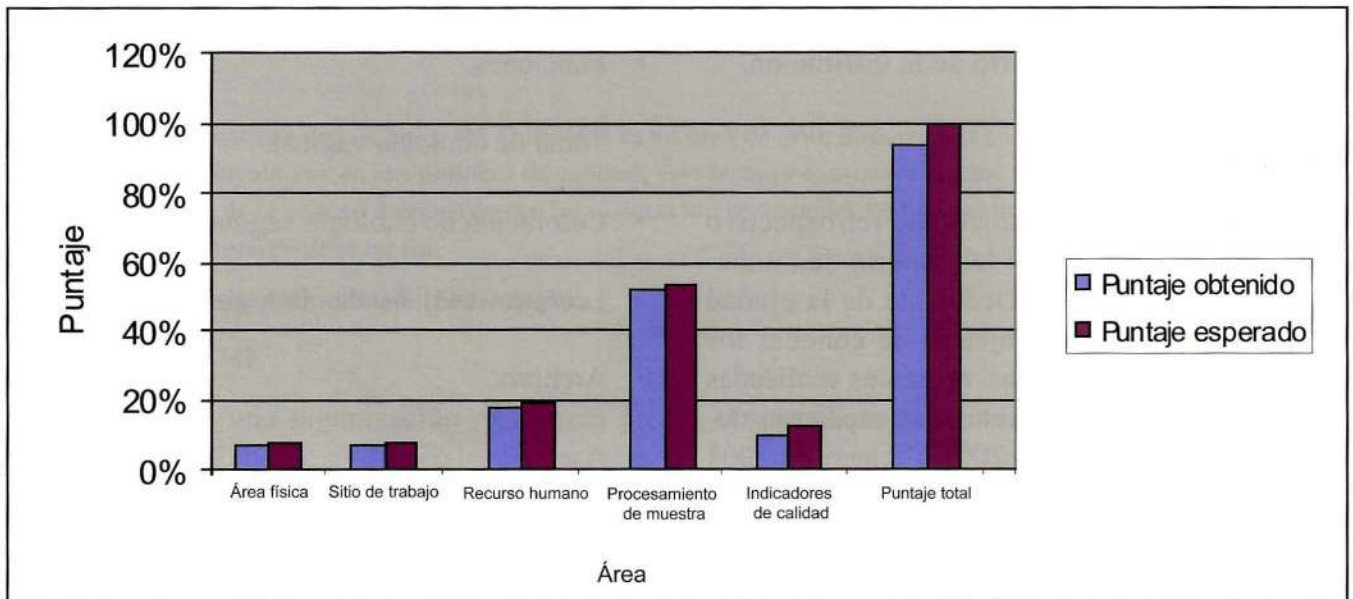


Figura 1. Puntajes de auditoría interna.

Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento			
ÁREAS	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO
ÁREA FÍSICA	6.95	7.95	87,42138365
SITIO DE TRABAJO	7.15	7.95	89,93710692
RECURSO HUMANO	17.68	19.08	92,66247379
PROCESAMIENTO DE MUESTRA	51.80	53	97,73584906
INDICADORES DE CALIDAD	9.59	12.19	78,67104184

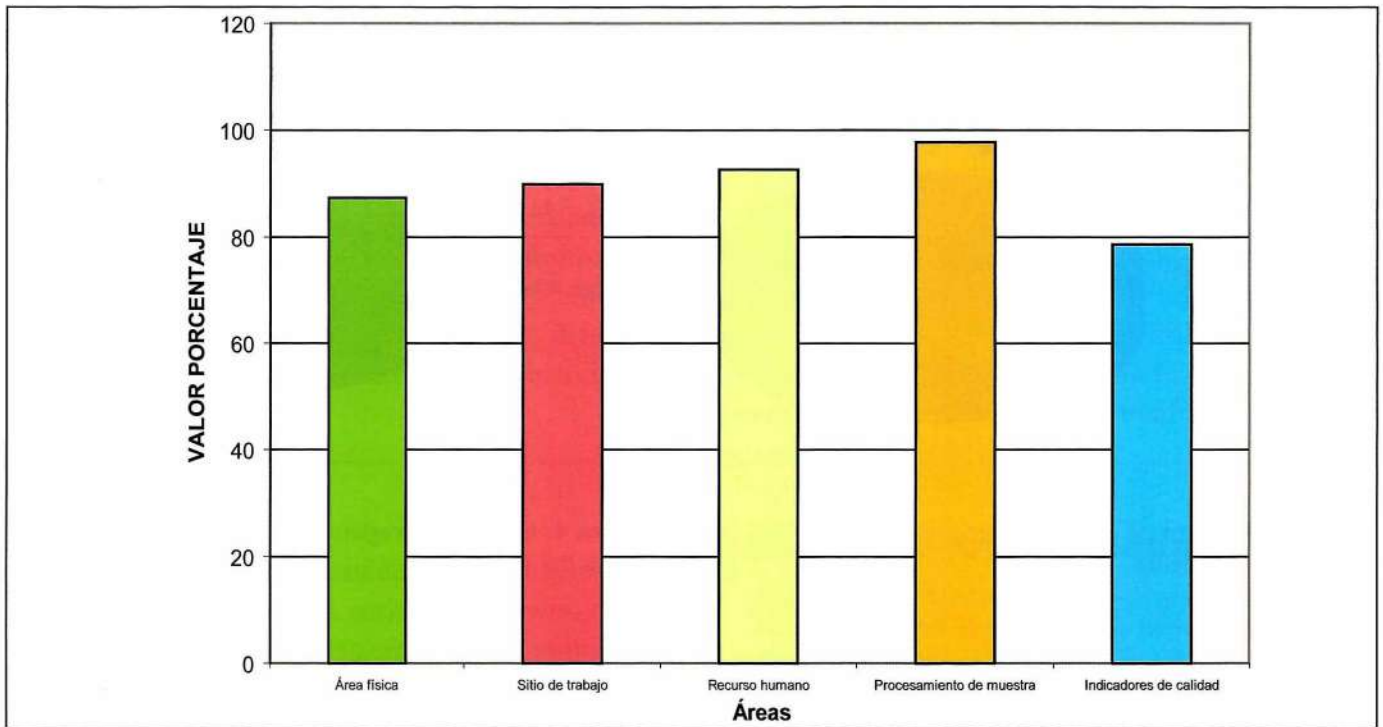


Figura 2. Porcentaje de cumplimiento de las áreas evaluadas.

tico en un gran porcentaje, lo que constituyó un factor negativo para la calificación de la calidad y para el registro de los datos. Los gráficos siguientes demuestran lo afirmado **Tablas 3 y 4, Figuras 3 y 4**

Registro de la calidad: por la falta de registros adecuados no fue posible el cálculo de indicadores, se evaluaron cualitativamente, pero se planteó un sistema de indicadores para ser valorados en futuras auditorías internas.

1. Indicadores de proceso

Detección:

1.1. Indicadores de Cobertura.

- Número total de muestras tomadas.

Negativas	436
Positivas	7
ASCUS	14
Sin diagnóstico	92
TOTAL	549

- Número de muestras tomadas por primera vez.
- Distribución por grupo de edad de las pacientes.

1.2. Indicador de calidad de las muestras citológicas.

- Porcentaje de muestras insatisfactorias: no mayor del 10%.

1.3. Indicadores de la calidad de los laboratorios de citología.

- Lectura de un mínimo de 10,000 láminas anuales por citotecnólogo.
- Revisión del 100% de láminas positivas y sospechosas por médico patólogo.

Gardnerella	102
Hongos	4
Herpes	8
Sin diagnóstico	92
TOTAL	212

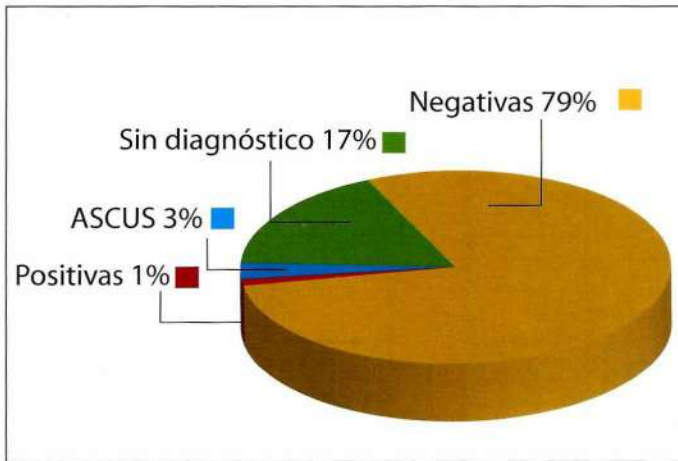


Figura 3. Registro de citologías agosto/03 - enero/04 Clínica del Occidente.

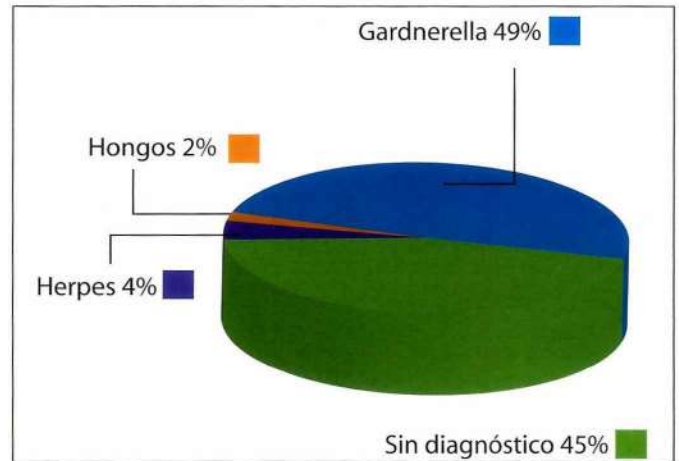


Figura 4. Infecciones registradas agosto/03 - enero/04 Clínica del Occidente.

- Revisión del 10% de láminas negativas por médico patólogo.
- Tiempo de remisión del informe citológico: 14 días como máximo, desde que llega la lámina al laboratorio.
- Porcentaje de Pap positivo: no menor del 1.5%.
- Porcentaje de ASCUS del total de Pap positivo: no mayor del 10%.
- Control de calidad externo: Secretaría de Salud Distrital.

Diagnóstico:

1.4. Indicador de la calidad del diagnóstico.

- Porcentaje de mujeres con Pap positivo y estudio histopatológico mayor del 80%.

Tratamiento:

1.5. Indicador de la calidad del tratamiento.

- Porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC II-III, tratadas: mayor del 80%.

- Porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC II-III, tratadas en forma ambulatoria: mayor del 50%.

Seguimiento:

1.6. Indicadores de la calidad del seguimiento.

- Porcentaje de mujeres con Pap positivo, evaluadas: mayor del 80%.
- Porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC II-III, tratadas y con seguimiento mínimo de 12 meses: mayor del 50%.

2. Indicadores de resultado

2.1. Cobertura específica.

- Porcentaje de mujeres programadas examinadas: mayor del 80%.

2.2. Exámenes por primera vez.

- Porcentaje de mujeres programadas que por primera vez se benefician del Pap: mayor del 30%.

3. Indicadores de impacto

Plan de acciones correctivas: las acciones preventivas permiten eliminar las causas de la

inconformidad potencial del producto y las correctivas eliminan la causa de insatisfacción, por consiguiente para el laboratorio de citopatología se ha establecido el siguiente procedimiento para la detección del producto no conforme de las desviaciones que afecten el sistema de calidad o el desarrollo eficiente del proceso. De acuerdo con la evaluación de la auditoría interna se elaboró un plan de acciones correctivas para las diferentes áreas definidas y en los ítems que obtuvieron menor puntaje.

Conclusiones

Las normas ISO como estándares internacionales de calidad establecen una serie de procedimientos y requerimientos para alcanzar niveles óptimos de calidad; la implementación de estas medidas es de vital importancia para el laboratorio de citopatología de la Clínica del Occidente en aras de prestar un servicio adecuado a los clientes y para acreditarse ante los organismos de evaluación de calidad en el ámbito local, nacional e internacional.

El control de calidad del laboratorio de citopatología de la Clínica del Occidente debe estar presente en todos los niveles, como son la toma del material bajo lineamientos estrictos, recepción, identificación apropiada, coloración, interpretación y entrega de resultados.

Dentro de la implementación de un sistema de calidad para el proceso de citología cervicovaginal

en el laboratorio de citopatología de la Clínica del Occidente, es de gran importancia incluir programas de capacitación y actualización en sistemas de calidad para el personal responsable del proceso.

El sistema de aseguramiento de la calidad propuesto debe ser articulado en el plan de desarrollo institucional y nombrar un grupo idóneo responsable de llevar a buen término el proceso de implementación, con el objeto de agilizar su operatividad y garantizar su evaluación y cumplimiento.

Lecturas recomendadas

- Cáceres G E. Manual de Normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, Ministerio de Salud Perú, marzo 2004. www.inen.sld.pe
- Clínica del Occidente. Manual de calidad para patología 2003
- Isaza García M L. Manual de procedimientos de citología, Alcaldía de Medellín. www.metrosalud.gov.co
- Lázaro M.JM. Citología Exfoliativa cervico vaginal, Boletín oncológico No 8 1998. www.opolanco.es
- Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer del cuello uterino. Resolución 00412, 2002. www.saludcolombia.com
- Normas ISO 9000, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación Icontec. 1994
- Secretaría de Salud de Bogotá. Guía 1 para la elaboración de un manual de calidad. Fortalecimiento de las IPS del Distrito.
- Secretaría de Salud de Bogotá. Guía 2 para realizar el diagnóstico de garantía de la calidad IPS.
- Secretaría de Salud de Bogotá. Normas ISO, Boletín Noticialidad, febrero 2002.
- Sosa MB. Guía practica de citología cervicovaginal, junio 2002 www.Gineconet.com



FÍSTULA Y PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEOS POR HERIDA CON ARMA DE FUEGO

Corrección con stent recubierto

Luis Moya J. MD*, Fernando Riveros MD**, Javier del Castillo MD***, Leonidas Borrero MD****, Ludy Sáenz G*****

Introducción

Las lesiones vasculares traumáticas son difíciles de corregir mediante abordaje quirúrgico en especial si comprometen arterias principales y muy complejas si llegan a afectar órganos como el cerebro. En este caso demostramos que con los nuevos procedimientos endovasculares se simplifica la corrección y el abordaje, con resultados curativos inmediatos y, a largo plazo, baja morbilidad, escasas complicaciones y menores costos por estancia para nuestro sistema de salud.

Presentación del caso

Se trata de un paciente de sexo masculino de 17 años que ingresó al servicio de urgencias de nuestra institución a las 10:38 p.m. por herida con arma de fuego treinta minutos antes en la región facial y zona III de cuello. Al examen físico se halló consciente, activo reactivo, hidratado con TA 100/70, FC 80/min y FR 20/min. Orificio de entrada en región mandibular izquierda a cinco centímetros del ángulo mandibular y de salida en región cervical izquierda a la altura de C4-C5, con presencia de un hematoma de cerca de diez centímetros de diámetro en hemicono izquierdo que se extiende a la región cervical del mismo lado, con pulso carotídeo presente, vibración thrill a la palpación y soplo IV/IV continuo

Fecha recibido: 1 de diciembre 2005 - Fecha aceptado: 15 de diciembre 2005

* Jefe del Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Hospital de San José. Profesor Titular Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

** Residente de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Hospital de San José.

*** Residente de Cardiología, Hospital de San José.

**** Profesor Asistente Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

***** Jefe de Enfermeras, Servicio de Hemodinamia Hospital de San José.

en la región carotídea izquierda, inmediatamente por debajo del ángulo maxilar. El resto del examen físico fue normal. Con diagnóstico de lesión vascular carotídea, herida en zona III del cuello y trauma cervical, se iniciaron los estudios por los servicios de cirugía, neurocirugía y otorrinolaringología, quienes solicitaron angiografía, TAC de los segmentos cervical y torácico, de la columna, radiografía de cara y demás paraclínicos de rutina en caso de trauma. Los datos más relevantes fueron: angiografía con pseudoaneurisma localizado en la carótida interna alrededor de 1.5 cm de la bifurcación, con paso de material de contraste al parecer por un trayecto fistuloso a un saco aneurismático de contornos lisos y regulares (**Figura 1**) de aproximadamente cinco mililitros. Había irregularidad en el llenado que sugería la formación de trombos, adelgazamiento de la luz de la carótida interna por compromiso extrínseco que hizo pensar en hematoma perilesional. El TAC reportó aire en los tejidos blandos del dorso y

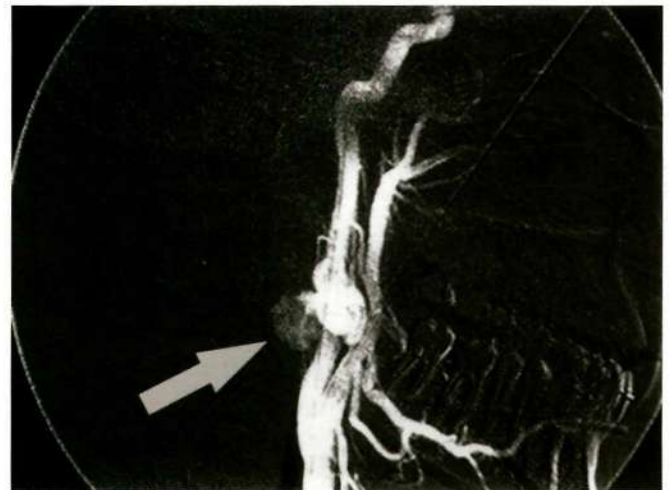


Figura 1. Saco aneurismático con paso de material de contraste.

la región suboccipital, sin evidencia de alteraciones en las estructuras óseas. Las radiografías de la cara mostraron fractura conminuta de las ramas horizontal y vertical de la mandíbula del lado izquierdo con desalojo de fragmentos menores. Otorrinolaringología realizó cerclaje intermaxilar y programó la fijación de la fractura maxilar una vez definida la patología vascular.

Corrección con stent recubierto

El concepto de cirugía vascular y neurocirugía fue que su corrección era de alto riesgo por la localización anatómica intracerebral, por lo cual solicitaron valoración por el servicio de hemodinamia para la posible corrección con endoprótesis.

El paciente fue evaluado por nuestro servicio y junto con radiología se revisó la angiografía donde se documentó paso de material de medio de contraste de la carótida interna hacia una forma sacular de gran tamaño, por lo cual se programó para la realización de implante de un stent recubierto. Se realizó siguiendo la técnica de Seldinger con inyección previa para localizar el sitio exacto de la lesión vascular, con un orificio fistuloso de un milímetro de diámetro y el paso de material de contraste a un saco aneurismático en la arteria cuyo diámetro era de 5.5 mm en sus extremos y de 3.5 mm alrededor de la lesión. Se procedió a pasar una guía 0.35 al extremo posterior a la lesión con implante de endoprótesis Wallgraft de 30 x 6 mm, con sistema de entrega por autoexpansión.



Figura 2. Angiografía post implante de stent recubierto con normalización de la luz.

El control angiográfico mostró corrección total tanto del paso del material de contraste extravascular (saco aneurismático) como de los diámetros a 5.5 mm (**Figuras 2 y 3**). El procedimiento terminó sin complicaciones neurovasculares el control por Doppler fue normal y al examen físico no se auscultó el soplo continuo descrito antes. Se dió salida al paciente 24 horas después del procedimiento con protocolo de seguimiento y anteagregación plaquetaria

Discusión

Nos pareció interesante la publicación de este caso por tratarse de una herida por arma de fuego en una arteria como la carótida con formación clara de un saco aneurismático por ruptura de la luz arterial, donde peligraba la función cerebral y la vida del paciente que por su localización, como lo describen los cirujanos, es difícil corregir no solo por su abordaje sino por la secuelas neurológicas a las cuales está expuesto.

La terapia endovascular es una nueva alternativa para este tipo de lesiones vasculares convirtiéndose en un método sencillo, rápido y con menor costo de hospitalización al suprimir UCI, cirugía y anestesia, y además con resultados exitosos inmediatos y a largo plazo. En este caso por haber lesión con ruptura vascular se utilizó un stent teflonado que permite la corrección de la continuidad de la pared arterial, pero su uso más frecuente es en lesiones de tipo ateromatoso, bien sean obstructivas o dilataciones aneurismáticas.



Figura 3. Placas comparativas antes y después del procedimiento.

Lecturas recomendadas

- Bush ET, Lin PH, Dodson TF y col: Endoluminal stent placement and coil embolization for the management of carotid artery pseudoaneurism. *J Endovasc Surgery* 2001; 8: 53-61.
- Coldwell DM, Novak Z, Ryurk RK. Treatment of post traumatic internal carotid arterial pseudoaneurism with endovascular stents. *J Trauma* 2000; 48: 470-472.
- Duke BT, Ryu RK, Coldwell DM Treatment of blunt injury to the carotid artery by using endovascular stents. *J Neurosurg* 1997; 87: 825-829.
- Fabian TC, Patton JH, Croce MA. Blunt carotid injury: importance of early diagnosis and anticoagulant therapy. *Ann Surg* 1996; 223: 513-522.
- Goldstone J. Aneurism of extracranial carotid artery. En: Rutherford RB *Vascular surgery*. Philadelphia; Saunders, 2000. pp 1850.
- Hertzanu Y, Hirsch M, Tovi F. Pseudoaneurism of internal carotid artery secondary to tonsillectomy: combined radiology and surgical treatment. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1987; 10: 147-149.
- Laitt RD, Lewis TT, Bradshaw JR: Blunt carotid arterial trauma. *Clin Radiol* 1996; 51: 117-122.
- Liu AY, Paulsem RD, Marcellus ML. Long-term outcomes after carotid stent placement treatment of carotid artery dissection. *Neuro Surgery* 1999; 45: 1368-y. Van Nieuwenhove Vandembrandep, Vantussebroekf Latrogenic carotid artery pseudoaneurism treated by an autologous vein covered stent. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 16: 262-265.
- Matsuvra JH, Rosenthal D, Jerivs H y col: Traumatic carotid artery dissection and pseudoaneurism treated with endovascular coils and stent. *J Endovasc Surg* 1997; 4: 339-343.
- May J, White GH, Waugh R: Endoluminal repair of internal carotid artery aneurism: a feasible but hazardous procedure. *J Vasc Surg* 1997; 26: 1055-1060.
- Nayeem SA, Tada Y, Takagi A. Carotid artery pseudoaneurism following internal yugular vein cannulation. *J Cardiovasc Surg* 1990; 31: 182-183.
- Parodi JC. Endovascular repair of aortic aneurism, arteriovenous fistula and false aneurism. *World J Surg* 1996; 20: 655-663
- Perez-Cruet MJ, Patwardhan RV, Mawad ME. Treatment of dissecting pseudoaneurism of the cervical internal carotid artery using a Wall Stent and detachable coils: case report. *Neuro Surgery* 1997; 40: 622-626.
- Petre R, Kiirsteimer K, Reverdin A. Blunt carotid artery injury: devastating consequences of undetected pseudoaneurism. *J Trauma* 1995; 39: 1012-1014.



CRISIS CONVULSIVA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Ramón Antonio Quintero Almenarez MD*, Manuel Guillermo Uribe Granja MD**, Paolo Solano Leal***

Resumen

La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central cuyos hallazgos patológicos se encuentran principalmente en la sustancia blanca. Sin embargo, es paradójico que quienes padecen esta enfermedad tienen una probabilidad mayor que la población general de presentar crisis epilépticas.

Citamos a continuación el caso de un paciente joven con esclerosis múltiple tipo recaída remisión, que presentó una crisis como primera manifestación de su enfermedad. Los hallazgos imagenológicos de las lesiones corticales y yuxtacorticales encontrados se relacionan topográficamente con las manifestaciones clínicas de las convulsiones. Se analizan la epidemiología, clínica, fisiopatología, aproximación diagnóstica y terapéutica, así como el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

Palabras clave: esclerosis múltiple, crisis epiléptica, epilepsia, resonancia magnética cerebral.

Justificación

Las crisis epilépticas pueden ocurrir como una manifestación clínica de la esclerosis múltiple, son debidas a lesiones desmielinizantes corticales o subcorticales, o a efectos adversos de medicamentos utilizados para tratar la esclerosis múltiple. Dichas crisis por presentarse con frecuencia como un epifenómeno durante la recaída, por lo regular no requieren tratamiento con fármacos anticonvulsivantes.

La presentación de este caso muestra que la esclerosis múltiple debe ser tenida en cuenta como una causa de epilepsia de novo en adultos jóvenes, al igual que nos enseña como el enfoque diagnóstico apropiado puede evitar el uso innecesario de anti-convulsivantes, el cual es un potencial generador de efectos adversos para el paciente.

Fecha recibido: 1 de diciembre 2005 - Fecha aceptado: 15 de diciembre 2005

* Residente de tercer año de neurología clínica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C. Colombia.

** Neurólogo clínico, neurotoxicólogo, Hospital de San José, Bogotá, D.C. Profesor Asistente Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, (FUCS), Bogotá, D.C. Colombia.

*** Estudiante de medicina Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C. Colombia.

Resumen de la historia clínica

Hombre de 22 años admitido por cuadro clínico de tres días de evolución consistente en contracciones de aparición súbita en hemicara izquierda seguidas de movimientos clónicos del hemicuerpo ipsilateral, de dos minutos de duración con frecuencia de tres por día, asociados a dolor retroocular y disminución de la agudeza visual por el ojo izquierdo, debilidad y disestesias en miembros inferiores.

Antecedentes: hace diez años crisis focal motora con marcha jacksoniana tratada con carbamazepina. Dos episodios de neuritis óptica izquierda hace siete y dos años. Parálisis facial periférica izquierda hace 22 meses. Un episodio de déficit motor en hemicuerpo izquierdo hace 20 meses. En todas las ocasiones se manejó como recaídas de esclerosis múltiple y recibió pulsos de metilprednisolona por cinco días con mejoría.

Examen físico: el general es normal. En el neurológico se encontró en el ojo izquierdo agudeza visual 20/50, desaturación al rojo y azul, fenómeno pupilar

de Marcus Gunn. Fuerza de 4/5 en miembros inferiores e hiperreflexia rotuliana y aquiliana simétrica. Nivel sensitivo T10. Resto normal.

Se consideraron como posibilidades diagnósticas:

1. Esclerosis múltiple tipo recaída-remisión.
2. Mielitis transversa secundaria a la anterior.
3. Neuritis óptica secundaria a la primera.
4. Epilepsia focal sintomática.

En el hospital se practicó estudio de resonancia magnética con contraste (RMC) los hallazgos se observan en la **Figura 1**. El electroencefalograma (EEG) no muestra descargas epilépticas. Se administraron pulsos de metilprednisolona durante cinco días con mejoría de la agudeza visual a 20/40, resolución total de los síntomas sensitivos, del dolor ocular y de la debilidad. Se suspendió la carbamazepina sin recurrencia de crisis.

Comentarios

La aparición de crisis epilépticas es entre tres a seis veces mayor en pacientes con esclerosis múltiple (EM) que en la población general, tienen una prevalencia entre 1 y 5%^{1,2,3}. La EM debe tenerse en cuenta como causa de epilepsia de novo en adultos jóvenes. Las crisis pueden ocurrir en cualquier momento de la evolución de la enfermedad o ser su única manifestación. Hasta un 5% de los pacientes pueden presentar crisis de uno a cinco años antes de otra manifestación de (EM)⁴, aunque algunos estudios muestran porcentajes hasta del 48% de los casos², las crisis también pueden ocurrir como manifestación única durante la recaída o estar asociadas a otros signos clínicos o radiológicos relacionados con la recaída de EM^{4,5}.

El tipo de crisis es variable de un paciente a otro y se encuentra relacionado con la localización de la lesión cerebral, la descrita con mayor frecuencia es

la tónica clónica generalizada; otros tipos de crisis se observan en la **Tabla 1**^{2,6,7,8}. Se han descrito casos de epilepsia del lóbulo temporal corroborados con lesiones desmielinizantes en RMC y descargas en el EEG en dicha localización⁹.

En un paciente con EM con historia de ilusiones visuales se observaron paroxismos epilépticos occipitales en el EEG. Un caso de epilepsia refleja un tipo musicogénica también fue descrito². Es poco frecuente el status epiléptico.

Las crisis se atribuyen a lesiones desmielinizantes corticales o yuxtacorticales, pueden estar relacionadas con edema perilesional deberse a los medicamentos utilizados en el tratamiento de EM; algunos estudios sugieren que el interferón beta reduce el umbral convulsivo; el uso de baclofeno en altas dosis así como la suspensión abrupta de éste, son potenciales generadores de crisis; el empleo de 4-aminopiridina en el tratamiento de EM también se ha mencionado como responsable de convulsiones. Para realizar el diagnóstico de crisis es importante practicar una RMC con contraste, con el fin de localizar las lesiones epileptogénicas^{10,11,12}. Son de ayuda también los potenciales evocados¹¹. El EEG en estos pacientes es importante para correlacionar la localización de lesiones desmielinizantes en las imágenes y sitios de descargas epileptiformes; sin embargo en estudios realizados el EEG puede ser normal en el 25 a 50% de los pacientes^{2,6}.

El pronóstico de las crisis no está claramente relacionado con la severidad de la EM; a largo plazo es favorable, en especial cuando las convulsiones solo se presentan durante la recaída y por lo regular no se requieren fármacos antiepilépticos. En algunos casos de status epiléptico se encuentra buena respuesta a esteroides endovenosos cuando se asocia con recaídas^{2,3}. El tamaño y la localización de la lesión son los factores determinantes en el desarrollo de epilepsia crónica. Los medicamentos antiepilépticos han demostrado éxito en el control de la gran mayoría de crisis, como es el caso de la carbamazepina a dosis de 400 mg/día, lo mismo el ácido valproico y la fenitoína². Los tipos de EM

asociados con crisis son recaída-remisión (85%) y secundaria progresiva (15%)⁴.

Nuestro paciente presenta más de dos ataques y evidencia clínica objetiva de las lesiones, lo que hace el diagnóstico de esclerosis múltiple (EM). Ha presentado dos crisis motores con marcha jaksoniana de iguales características, la primera tres años antes de otras manifestaciones de EM. En la RMC se evidencia una lesión hiperintensa en el T2, frontotemporal derecha de localización cortico-subcortical, la

cual tiene correlación clínica con las convulsiones. Consideramos que las crisis son secundarias a dicha lesión, en la primera ocasión correspondió a la primera manifestación de EM y en la segunda hizo parte de la recaída actual.

Referencias

- Poser CM, Brinar VV. Epilepsy and multiple sclerosis. *Epilepsy Behav* 2003 Feb;4(1):6-12
- Spatt J, Chaix R, Mamoli B. Epileptic and no epileptic seizures in multiple sclerosis. *J Neurol* 2001; 248:49
- Kinnunen E, Wikstrom J. Prevalence and prognosis of epilepsy in patients with multiple sclerosis. *Epilepsia* 1986 Nov-Dec;27(6):729-33
- Sokic D, Stojisavljevic N, Druilovic Jelena, et al. Seizures in multiple sclerosis. *Epilepsia* 2001; 42 (1):72-79
- Garcia-Asencio S, Lopez del Val J, Barrerna R, et al. Epilepsy as the first sign of multiple sclerosis. *Rev Neurol*. 1997 Jan ;25(137):80-3
- Nyquist PA, Cascino GD, Rodríguez M. Seizures in patients with multiple sclerosis seen at Mayo Clinic, Rochester, Minn, 1990-1998. *Mayo Clinic Proc* 2001 oct. 76 (10): 983-6
- Lacour De S. J. Revenco E, et al. Acute aphasia in multiple sclerosis: A multicenter study of 22 patients. *Neurology* 2004 mar 23; 62 (6):974-7
- Spatt J, Goldenberg G, Mamoli B. Simple dysphasic seizures as the sole manifestation of relapse in multiple sclerosis. *Epilepsia* 1994 nov-dec; 35 (6): 1342-5
- Gambardella A, Valentino P, Labate A, et al. Temporal lobe epilepsy as a unique manifestation of multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci*. 2003 aug; 30 (3): 228-32
- Truyen L, Barkhof F, Frequin ST, et al. Magnetic resonance imaging of epilepsy in multiple sclerosis: a case control study. Implications for treatment trials with 4-aminopyridine. *Mult Scler* 1996 feb; 1 (4): 213-7
- Murillo MJ, Aladro Y, Mompeo B. Epileptic crisis and multiple sclerosis: anatomo-clinical correlation. *Rev Neurol* 1999, sept. 29 (6): 508-10
- Thompson AJ, Kermode AG, Moseley IF. Seizures due to multiple sclerosis seven patients with MRI correlations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1993 dec. 56 (12): 1317-20

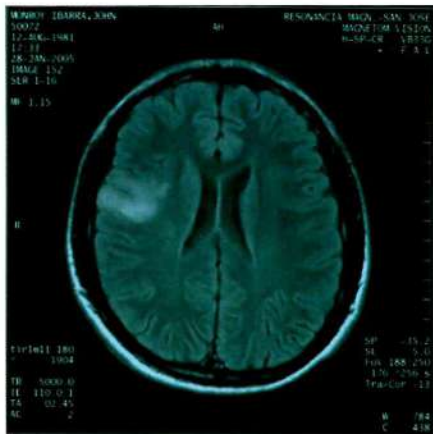
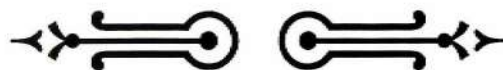


Figura 1. IRM T2 Lesión hiperintensa córtico-subcortical derecha en la resonancia magnética cerebral en T2.

Tabla 1. Tipos de crisis usualmente relacionadas con esclerosis múltiple

Tónico clónica generalizada
Motora con marcha jacksoniana
Motora sin marcha jacksoniana
Afásica
Disfásica
Musicogénica
Visuales



Repertorio de Antaño

COLITIS AMIBIANA Y DISENTERIA

AMIBIANA

Tomado de la revista "Repertorio de Medicina y Cirugía", volumen 9 No. 8 mayo de 1918.
Por el Doctor Carlos Julio Lezaca, de Victoria (Caldas)

Las observaciones que en nuestra ya larga práctica profesional hemos venido recogiendo con cuidadoso método de las enfermedades de nuestros climas tropicales hace que, como corolario de ellas y con el propósito de establecer el intercambio de ideas entre nuestros ilustres colegas del país, tratemos este tópico de la colitis amibiana, por creerlo de alguna importancia. Frecuentes han sido los casos de pacientes que han ocurrido a nuestro consultorio afectados de colitis crónica de origen amibiano y que por haber sido tomadas por colitis mucomembranas apenas habían logrado ligeras mejorías con tratamientos clásicos que les habían sido instituidos, pero al hacerles el análisis fecal se ha venido a descubrir el enigma, evidenciando las amibas, y en otros al establecer el tratamiento específico por la emetina, ha puesto en evidencia la causa, por la cura radical, la cual, por este procedimiento no se hace esperar.

Análisis fecal.- Para practicar el análisis fecal es preciso escoger cuidadosamente una pequeña porción de moco o de pus de las deyecciones, y todavía mejor es tomar el moco directamente del recto, para cuyo efecto se introduce en él un catéter de goma blanda. Considero también como un procedimiento práctico la administración de un catártico salino y hacer el examen de una porción líquida de las deyecciones que se obtengan bajo la influencia de este catártico. Los análisis que hagamos de porciones fecales en vez de escoger el moco, nos puede inducir a errores de diagnóstico, puesto que en la generalidad de los casos nos resultarán negativos.

Sintomatología.- Los síntomas de la colitis amibiana son idénticos a los de la colitis mucomembranosa, siendo los más generales las cefalalgias,

el abatimiento, ligeros dolores abdominales, sobre todo cuando vienen los deseos de defecar, diarreas alternadas de estreñimiento, las que vienen por accesos, acompañadas de fuertes dolores, que llegan a simular cólicos, notándose a la presión un punto muy sensible y doloroso que está situado en el ombligo y en el reborde costal izquierdo, y tal parece como si el antro doloroso estuviera concentrado en este punto; y además se observa, y con harta frecuencia, un estado espasmódico del colon, que con facilidad se reconoce a la palpación, y las deyecciones están acompañadas de mucosidades y en algunos casos están mezcladas de sangre. Este estado persiste en algunos enfermos por algunos días y en otros apenas dura algunas horas, para luego volver a recobrar una salud aparente, y en un período más o menos largo volver al mismo sufrimiento. Ha habido individuos que han venido a nuestra consulta aparentando una buena salud y a quienes sólo de tiempo en tiempo les vienen periodos de diarreas mucosas, que les duran, en algunos, unas pocas horas después del acceso y en otros unos días y que curan espontáneamente, para en un período más o menos largo volverles el acceso, el cual atribuyen ellos a la clase de alimentos, a malas digestiones y a fuertes ejercicios, y en esta alternatibilidad subsisten por más o menos tiempo hasta que se establece el período agudo y definido de la colitis; en cambio la disenteria amibiana se inicia con todos los caracteres de infección de una manera franca: dolores, algunas veces agudos desde su principio, tenesmo, frecuentes deseos de defecar, deyecciones mucosanguinolentas, y en los casos graves se intensifican más estos síntomas y a medida que su gravedad avanza las mucosidades son mayores, hasta llegar a expulsar en algunos casos porciones de mucosa mortificada

y en otros se presentan enterorragias más o menos fuertes. En la infección que en el año pasado se presentó en San Agustín, población inmediata a ésta y a donde fuimos llamados, tuvimos varios casos con abundantes enterorragias, pero por fortuna no tuvimos que lamentar la muerte de ninguno de los que tratamos.

Higado.- Cuando la disenteria amibiana toma cierta cronicidad son muy frecuentes los abscesos hepáticos, habiendo casos en los cuales éstos se inician en el período agudo, cuando la infección principia, lo que debe hacernos examinar con asiduidad la extensión de la macisez hepática y todo aumento de esta zona, ya sea hacia arriba ya sea hacia abajo debe hacernos sospechar la formación de un absceso; pues este órgano viene a lesionarse con mucha frecuencia y en dos formas: la una debido a las alteraciones locales del órgano, debido probablemente a la acción de los productos tóxicos de los intestinos, y la segunda por la formación de los abscesos, los cuales pueden ser múltiples o únicos, con mucha frecuencia se extiende hacia el diafragma, que generalmente acaba por perforarse, que es lo más frecuente. Nosotros tuvimos un caso que se abrió por la cavidad de la pleura derecha produciéndose una empiemia; otras veces el pus es evacuado por las vías respiratorias o por un órgano cercano, ya sea el estómago, los intestinos, el peritoneo, la vena porta o la hepática.

Anatomía patológica.- Las lesiones intestinales están constituidas por las úlceras de la mucosa que producen una infiltración ya general ya local de la submucosa, infiltración que es debida al estado edematoso y a la multiplicación de las células fijas de los tejidos y que durante el primer período de la enfermedad estas infiltraciones locales aparecen a modo de elevaciones, de forma hemisférica, que se descubren sobre el nivel de la mucosa, la que mortificándose al nivel de estas elevaciones se elimina quedando a descubierto el tejido submucoso infiltrado, presentando así el aspecto de una masa gelatinosa de color amarillo agrisado; constituyendo al principio el fondo de la úlcera para más tarde eliminarse como una escara.

De la estadística publicada por Strong, de la infección que apareció en Manila de disenteria

amibiana, se sacan importantes demostraciones anatomopatológicas.

Muchas veces la pérdida de sustancia es menor en las partes superficiales que en las capas profundas de los tejidos, de tal manera que la úlceras pueden fusionarse unas con otras por debajo de las capas superficiales, que por estar íntegras todavía vienen a formar senos, en que, pasando por encima una membrana mucosa, da una apariencia normal. El fondo de las úlceras puede estar constituido por la túnica submucosa, por la muscular o por la serosa así como las úlceras pueden extenderse al intestino en toda su zona o estar circunscritas a una sola región, especialmente al ciego o a los ángulos hepático y sigmoides del colon y al recto. En los casos graves el intestino se engruesa demasiado y se ulcera en toda su extensión, dejando apenas pequeñas zonas de mucosa intestinal sin lesionar, que permanecen íntegras. El avance de las lesiones se efectúa por la infiltración progresiva de las capas del tejido conjuntivo que forma parte del intestino, produciéndose la necrosis de las túnicas más superficiales, y la cicatrización tiene lugar por la formación gradual del tejido fibroso en el fondo y en los bordes de las úlceras, cicatrización que en muchos casos no se efectúa convenientemente, persistiendo el síntoma diarreico, no obstante el tratamiento específico, debido al tricocéfalo, nemátodo que aprovecha las zonas laceradas para su subsistencia, lo que hemos observado con harta frecuencia, así como no debemos perder de vista el hecho también harto frecuente de cómo el amibo está asociado al tricomona, parásito que hacer retardar la cicatrización de las úlceras, y hace persistir el síndrome diarreico.

Tratamiento.- El tratamiento específico por la emetina nos ha dado siempre resultados satisfactorios en la colitis amibiana, sin que hasta ahora se nos haya resistido el primer caso a una curación radical y pronta, tratamiento que hemos presidido de un purgante de aceite de ricino, aceite de eucalipto y cloroformo, con lo cual dejamos despejada la presunción del tricocéfalo y que si aparece en las desyecciones volvemos a repetir a corto intervalo hasta dejar los intestinos exentos de este nemátodo; así como en caso de hallar el tricomona hemos

el tratamiento trementinado con buenos resultados a la par de la emetina por la vía hipodérmica. En la disenteria amibiana el empleo de la emetina constituye el hecho de más importancia en su tratamiento; es un verdadero específico y con su empleo se consigue una mejoría rápida. Para el tenesmo rectal, los dolores abdominales fuertes y el hipo hemos usado con resultados muy satisfactorios la adrenalina en solución normal a la dosis de diez a veinte gotas con intervalo de tres a cuatro horas, habiendo llegado en algunos casos hasta darle cincuenta gotas a un paciente en veinticuatro horas.

Es de anotarse la manera satisfactoria como desde la primera dosis cede el tenesmo y los dolores y aun la misma frecuencia de defecar; para el hipo es un verdadero específico; a nosotros, en los varios casos en que la hemos usado no nos ha fracasado. Igualmente hemos empleado con buen éxito los lavados intestinales con un enema compuesto de mil gramos de suero fisiológico, al cual le adicionamos de veinte a treinta gotas de adrenalina; y para el éxito debe tenerse buen cuidado de que la enfermera, a quien siempre confiamos este tratamiento, sepa aplicar los enemas, porque de lo contrario viene a ser una mortificación para el paciente sin resultado satisfactorio, por la defi-

ciencia con que, en la mayoría de los casos, hacen estas aplicaciones, por no saber que debe cuidarse de que la solución llegue hasta el colon ascendente y el ciego, que son las zonas en que las úlceras revisten mayor gravedad, para cuyo efecto debe hacerse colocar al enfermo con las nalgas altas, y una vez se haya puesto el enema, hacerlo cambiar de posición a fin de que el líquido recorra todas las porciones del colon, procurando, además, el que sea retenido el mayor tiempo posible, ojalá sea por unos quince minutos. En algunos casos muy agudos hemos aplicado también con buen resultado los enemas con infusiones de ipecacuana en polvo. A un gramo o gramo y medio de ipecacuana en polvo en unos mil gramos de agua durante media hora le hemos adicionado veinte gramos de sulfato de soda. No hemos sido partidarios del uso del subnitrito de bismuto ni en la colitis amibiana ni en la disenteria, pues hemos creído que produce mayores perjuicios que ventajas, por el hecho de que esta sustancia se adhiere a la superficie de las paredes de las úlceras, sirviendo así para proteger más bien a los amibos, impidiendo que las aplicaciones locales en forma de enemas lleguen hasta ellos. Cataplasmas y fomentos trementinados sobre el abdomen producen bastante alivio atenuando los dolores.

COMENTARIO

*Raúl Edmundo Piña Téllez **

Es una excelente descripción de un cuadro clínico, los métodos diagnósticos y terapéuticos de la época de una enfermedad que todavía a pesar de los programas de educación y prevención, junto con los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas es un azote para la población menos favorecida en nuestro país y a nivel mundial, con gran impacto socio-económico.

Hay que destacar el tema presentado por el Dr. Lezaca, la importancia de la clínica, la fisiopatología y el diagnóstico diferencial magistralmente expuestos, lo cual nos compromete a los médicos en general a tener presente el valor tan importante en el ejercicio de la profesión, de los aspectos fisiopatológicos y clínicos de las enfermedades.

* Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital de San José. Profesor Asociado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Presidente de la Asociación de médicos egresados de la FUCS, AMEFUS.